

ДЕТИ. ОБЩЕСТВО. БУДУЩЕЕ CHILDREN, SOCIETY AND FUTURE

СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ
COLLECTED RESEARCH PAPERS



III КОНГРЕСС «ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА XXI ВЕКА»

III CONGRESS ON MENTAL HEALTH:
MEETING THE NEEDS OF THE XXI CENTURY



Volume

1

ТОМ

MOSCOW 2020

**III КОНГРЕСС
«ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА XXI ВЕКА»
ДЕТИ. ОБЩЕСТВО. БУДУЩЕЕ
СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ**

**III CONGRESS ON MENTAL HEALTH: MEETING THE NEEDS OF THE XXI
CENTURY
CHILDREN, SOCIETY AND FUTURE
COLLECTED RESEARCH PAPERS**

ТОМ 1

Volume 1

**June 2020
Moscow, Russia**

УДК 159.9
ББК 88.5
Д38

Дети. Общество. Будущее : сборник научных статей по материалам III Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века» : сборник статей. — Т. 1. — Москва: КНОРУС, 2020. — 342 с.

Children, Society and Future: Collected Research Papers of the III Congress on Mental Health: Meeting the Needs of the XXI Century. — Vol. 1. — Moscow: KNORUS, 2020. — 342 p.

ISBN 978-5-406-02938-1

В сборнике, состоящем из двух томов, представлены статьи специалистов в сфере охраны психического здоровья детей и подростков по различным академическим дисциплинам, включая общую медицину, психиатрию, психологию, социологию, педагогику, юриспруденцию, экономику, спорт, искусствоведение по материалам III Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века».

Сборник предназначен для исследователей и практиков, работающих в сфере охраны психического здоровья детей и подростков.

Редакция не несет ответственность за мнения, изложенные в статьях.

Электронная версия сборника размещена на сайте Союза охраны психического здоровья: <http://www.mental-health-congress.ru/ru/>

The two-volume proceeding of the III Congress on Mental Health: Meeting the Needs of the XXI Century covers different areas of scientific knowledge in the field of mental health and well-being in children and adolescents, including general medicine, psychiatry, psychotherapy, psychology, social policy, education, law, economics, sports and art.

The Congress proceeding is intended for researchers and practitioners acting in the field of the mental health care for children and adolescents.

The responsibility for the content of these papers lies with the authors.

The e-version of the collection is available on the Union for Mental Health web-site: <http://www.mental-health-congress.ru/en/>

УДК 159.9
ББК 88.5

ISBN 978-5-406-02938-1

© Союз охраны психического здоровья, 2020
Union for Mental Health
© ООО «Издательство «КноРус», 2020

Редакционная коллегия

Главный редактор

БОРОДИН Владимир Иванович, д.м.н.
(Союз охраны психического здоровья)

Члены редакционной коллегии

МОРОЗОВ Петр Викторович, д.м.н. (Российское общество психиатров)

ПОЛОЖИЙ Борис Сергеевич, д.м.н.
(ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России)

ХОЛМОГорова Алла Борисовна, д.псих.н.
(Московский государственный психолого-педагогический университет)

ГЛОЗМАН Жанна Марковна, д.псих.н.
(Факультет психологии МГУ имени М.В.Ломоносова)

ВЕРАКСА Николай Евгеньевич, д.псих.н.
(Факультет психологии МГУ имени М.В.Ломоносова)

ШЕВЧЕНКО Юрий Степанович, д.м.н.
(ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России)

ЕВСЕЕВ Сергей Петрович, д.пед.н.
(НГУ им. П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург)

КОПЫТИН Александр Иванович, д.м.н.
(СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург)

МОХОВ Александр Анатольевич, д.ю.н.
(Московский государственный юридический университет имени О.Е. Кутафина)

Editorial board members

Editor-in-Chief

BORODIN Vladimir Ivanovich, MD
(Union for Mental Health)

Editorial board members

MOROZOV Peter Viktorovich, MD
(Russian Society of Psychiatrists)

POLOZHY Boris Sergeevich, MD
(Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of the Russian Federation)

KHOLMOGOROVA Alla Borisovna, Psy.D.
(Moscow State University of Psychology and Education)

GLOZMAN Zhanna Markovna, Psy.D.
(Faculty of Psychology of the Lomonosov Moscow State University)

VERAKSA Nikolay Evgenievich, Psy.D.
(Faculty of Psychology of the Lomonosov Moscow State University)

SHEVCHENKO Yury Stepanovich, MD
(Russian Medical Academy for Postgraduate Education of the Ministry of Health of the Russian Federation)

EVSEEV Sergey Petrovich, D.Ped. (Lesgaft National State University, St. Petersburg)

KOPYTIN Alexander Ivanovich, MD
(Mechnikov North-Western State Medical University, St. Petersburg)

MOKHOV Alexander Anatolievich, Doctor of Law (Kutaphin Moscow State Law Academy)

СОДЕРЖАНИЕ

УКРЕПЛЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Анауате К., Петерс-Каххале Э. ПОДГОТОВКА ДЕТЕЙ К ОБУЧЕНИЮ В ПРОЦЕССЕ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА	10
Афранж Э. НЕДОНОШЕННОСТЬ: ПРИЧИНЫ, ПОСЛЕДСТВИЯ, УХОД	12
Басова А. Я., Северина Ю. В. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ	16
Битехтина Л. Д., Соколовская И. Э. НЕИЗБЕЖНОСТЬ ДЕФОРМАЦИИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ: ФЕНОМЕНЫ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ	19
Бочарова Е. А., Белова О. С., Соловьев А. Г. ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ (ДИСПАНСЕРНОМ) ОСМОТРЕ ДЕТЕЙ ПСИХИАТРОМ	22
Васянина Ю. Ш., Бойко Е. О. ВАЖНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ	25
Галако Т. И. АНАЛИЗ ДИНАМИКИ СУИЦИДОВ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ И МЕРЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ИХ ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ	28
Галасюк И. Н. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА И ИХ РОДИТЕЛЕЙ: ВОЗМОЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ НАРУШЕНИЙ	32
Галой Н. Ю. СОБЫТИЙНОСТЬ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ ФОРМИРОВАНИЯ SELF SKILLS	35
Гвоздева О. М. СФОРМИРОВАННОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У МОЛОДЕЖИ (НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ ФГБОУ ВО «ОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ АГРАРНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ П. А. СТОЛЫПИНА»)	38
Глозман Ж. М. ВОЗМОЖНОСТИ ОБЪЕДИНЕНИЯ КАЧЕСТВЕННЫХ И КОЛИЧЕСТВЕННЫХ МЕТОДОВ В НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ	41
Горбенко И. А. САНОГЕННАЯ РЕФЛЕКСИЯ КАК ФАКТОР ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКА	44
Гусев С. И., Устьянцев Л. Г. ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	47
Ивашиненко Д. М., Ивашиненко Л. В., Бурделова Е. В. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ	50
Казаковцев Б. А. ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	52
Калиш И. В. ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНОГО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В СЕМЬЕ И ВНЕ СЕМЬИ	54
Карауш И. С., Дашиева Б. А. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ	58
Карпова Н. Л., Николаева Е. И. РОЛЬ СЕМЬИ В КОРРЕКЦИИ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ТРУДНОСТЯМИ ОБУЧЕНИЯ: ПОЗИЦИЯ ЛУРИЯ И РЕЙТАНА	62
Карякин Н. Н., Божкова Е. Д., Баландина О. В. ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У УЧАЩИХСЯ 1–2 КЛАССОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ – МЕЖВЕДОМСТВЕННЫЙ ПОДХОД	65
Киселева Т. Б., Филиппов С. П. ШКОЛЬНЫЙ ЭКЗАМЕН КАК ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЙ РЕСУРС В КОНТЕКСТЕ НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ	68
Клиндухова К. С. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ	71
Куприянова И. Е. ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ В КОНТЕКСТЕ ПРЕВЕНЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ	74
Леон-Каррион Ж., Леон-Доминге У., Доминге-Морале М. ВАЖНОСТЬ ИСПОЛНИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ДЛЯ УСПЕШНОГО ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ	77
Любов Е. Б. ПОДРОСТКИ В СЕТИ: СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ	79
Мазаева Н. А., Головина А. Г. ПЕРСПЕКТИВЫ ПРЕВЕНЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	82
Маринина Д. В., Анохина Н. В., Киселев С. Ю. РАЗЛИЧИЕ МАРКЕРОВ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ У ДЕТЕЙ С ТИПИЧНЫМ И АТИПИЧНЫМ РАЗВИТИЕМ	85
Милушкина О. Ю., Маркелова С. В., Скоблина Н. А., Абрамов А. В., Федотова Т. И. ОБРАЗ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЕ СОВРЕМЕННЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	88
Минуллина А. Ф. ИССЛЕДОВАНИЕ ОБРАЗА ТЕЛА И САМООТНОШЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЕМ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ	91
Морозова И. Г. ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ САМОПОЗНАНИЕ РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА: ЛИЧНОСТНО-СРЕДОВАЯ МОДЕЛЬ	95
Морозюк С., Кузнецова Е. АЛГОРИТМ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ РАБОТЫ С МАТЕРЯМИ СО СТИЛЕМ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ «ФОБИЯ УТРАТЫ РЕБЕНКА»	98
Немет Д., Маккензи-Чусц К. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИСПОЛНИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ	103
Немет Д., Маккензи-Чусц К. ПОНИМАНИЕ «ГОРЯЧИХ» И «ХОЛОДНЫХ» ИСПОЛНИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	105
Новикова Г. Р. ПРОФИЛАКТИКА РИСКА ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ С ОБРАТИМЫМИ ФОРМАМИ НАРУШЕНИЙ НЕЙРОРАЗВИТИЯ	107
Овчинникова Т. Н. МЕТОД ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ И ЕГО РОЛЬ В УКРЕПЛЕНИИ ЗДОРОВЬЯ	110
Петрова Н. Н., Дорофейков В. В., Шубин К. Ю. ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА D И СОХРАНЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО И ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ РОССИИ	114
Положий Б. С. ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ	116
Пухов Д. Н., Маточкина А. И., Малинин А. В. ВЛИЯНИЕ КИБЕРБУЛЛИНГА НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И БЛАГОПОЛУЧИЕ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МЕЖДУНАРОДНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (HBSC) В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	120

Пыrkova К. В., Красильникова А. М. САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ КАК ПРЕДИКТОР СУИЦИДА	123
Решетников М. М. СОВРЕМЕННАЯ СПЕЦИФИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ	126
Розанов В. А., Рахимкулова А. С. ПОДРОСТКОВЫЕ СУИЦИДЫ: СТРЕСС-УЯЗВИМОСТЬ В ОБЩЕСТВЕ ПОСТМОДЕРНА	129
Руженкова В. В. ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ВЫПУСКНИКОВ ШКОЛЫ	132
Рыбакова Л. Н. СЕКСУАЛЬНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ ПОДРОСТКОВ: ПРОБЛЕМНОЕ ПОЛЕ	135
Савина Е. А., Зими́на А. В. РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА: РИСКИ И ПРОФИЛАКТИКА РЕЧЕВЫХ РАССТРОЙСТВ	138
Сиричароен В. ПОДХОДЫ К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ В ТАЙЛАНДЕ	141
Софронов А. Г., Абрита́лин Е. Ю., Добровольская А. Е. ДЕСТРУКТИВНЫЙ ИНТЕРНЕТ-КОНТЕНТ И ПОДРОСТКОВАЯ АУТОАГРЕССИЯ	144
Стигель С., Чечко Н. ПРОГНОЗ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ НА ОСНОВЕ КУМУЛЯТИВНОГО КОРТИЗОЛА, А ТАКЖЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ КОРТИЗОЛА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА	148
Ступина О. П., Сахаров А. В., Колчанова Т. Г. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ КРИЗИСНОЙ ПОМОЩИ	151
Терехина С. А. СЕМЬЯ И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ	154
Тимербулатов И. Ф. НОВАЯ ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ПРОФИЛАКТИКИ ПОДРОСТКОВЫХ СУИЦИДОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН)	157
Халфина Р. Р., Тимербулатова М. Ф. СПЕЦИФИКА ДОАБОРТНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ВЫСОКИМ РИСКОМ НЕВЫНАШИВАНИЯ И МЕДИЦИНСКИМИ ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ	160
Хохлов М. С., Зотов П. Б., Уманский М. С. СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СУИЦИДЕНТОВ – ПОТРЕБИТЕЛЕЙ СИНТЕТИЧЕСКИХ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ	163
Чернов Н. В., Макарова А. В., Костюк Г. П. КЛЮЧЕВЫЕ АСПЕКТЫ ЭФФЕКТИВНОЙ РАБОТЫ ПРОГРАММ ПО ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ БУЛЛИНГА	165
Чернов Н. В., Макарова А. В., Костюк Г. П. БУЛЛИНГ КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	168
Чибисова И. А. СОЦИАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ КАК ПРЕДИКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ)	171
Шаймарданова Е. А., Чапала Т. В. НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ В ПЕРВЫЕ ГОДЫ ЖИЗНИ	174
Шинина Т. В. ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ АКТИВНОСТЬ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА: ОСНОВА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ	177
Шига́шов Д. Ю., Фесенко Ю. А. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ	180
Шкитырь Е. Ю. СУИЦИДАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ	183

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Абрамов К. В., Танькина О. А., Стыцков Н. В., Басова А. Я. КОМПЛЕАНТНОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ К ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ	186
Абрамова М. Ф., Абрамов К. В. ЗНАЧЕНИЕ СОСУДИСТОГО ФАКТОРА В РАЗВИТИИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ	190
Афонина М. С., Герасимова А. М. ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МЛАДШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ	193
Бабкина Н. В. ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИИ	196
Балакирева Е. Е. ДИГЕСТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	200
Баландина О. В., Гвоздь У. Ю., Карякин Н. Н. АНАЛИЗ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ПРИВОЛЖСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ ПО СОСТОЯНИЮ НА 1 ЯНВАРЯ 2019 ГОДА	203
Бары́льник Ю. Б., Шульдяков А. А., Бачило Е. В., Мамедов С. С. ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ	207
Бачило Е. В. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ПОДХОДЫ К ИХ КОРРЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ	211
Городнова М. Ю. ПОДРОСТКИ И ВИЧ. ШКОЛА ПРИВЕРЖЕННОСТИ	215
Давтян А. В., Чапала Т. В. ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ	218
Евтушенко Е. М., Тимербулатова М. Ф. КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	222
Засыпкина Е. В., Гринина Е. С. СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ СЕМЬЕ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ	225
Злоказова М. В., Семкина Н. В., Ланских Ю. В. СКРИНИНГ-ДИАГНОСТИКА ПРЕДБОЛЕЗНЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПОДРОСТКОВ	228
Зотова О. А., Кулдыркаева Е. В., Морозова Н. Н. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СЕМЬИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	231
Иванов М. В., Симашкова Н. В., Козловская Г. В. НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА: СКРИНИНГ, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ПРОФИЛАКТИКА	234

Каледа В. Г., Крылова Е. С., Бебуришвили А. А. АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ПОДРОСТКОВО-ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ: КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ, ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ И СОЦИОРЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ СТРАТЕГИИ	237
Калинина М. А. ДЕТИ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ШИЗОФРЕНИИ: ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА, ТЕРАПИЯ, ПРОГНОЗ	241
Канивец И. В., Романова И. И., Пьянков Д. В., Коростелев С. А., Дадали Е. Л. КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ ПРИ ХРОМОСОМНЫХ СИНДРОМАХ	243
Киселева Т. Б. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ СРЕДСТВАМИ САНОГЕННОЙ РЕФЛЕКСИИ	247
Коваль-Зайцев А. А. СОЦИАЛЬНАЯ ПЕРЦЕПЦИЯ В КОНТЕКСТЕ ВИДОВ КОГНИТИВНОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	250
Кольцова О. В., Ханевская А. Г. БЕРЕМЕННЫЕ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ ЖЕНЩИНЫ: ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ ЗА ДЕСЯТИЛЕТИЕ	254
Коржова С. О., Ширяев О. Ю., Махортова И. С., Чубаров Т. В. АНАЛИЗ ЭПИЗОДА ПЕРЕЕДАНИЯ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА	257
Кузнецов Р., Желастопулу Е. ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ОБ АУТИЗМЕ У НАСЕЛЕНИЯ В ГРЕЦИИ	260
Кузьмич Г. В. ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ КОМОРБИДНОСТИ АУТИЗМА И ЭПИЛЕПСИИ: СУБКЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИЛЕПТИКОФОРМНАЯ АКТИВНОСТЬ	263
Куликов А. В. КАТАТОНИЧЕСКИЕ И КАТАНО-РЕГРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ПСИХОТИЧЕСКИХ ФОРМАХ РАС И ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ	266
Левковская О. Б., Шевченко Ю. С. ШИЗОФРЕНИЧЕСКИЕ (ШИЗОТИПИЧЕСКИЕ) ТВОРЧЕСКИЕ МИРЫ. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ПОДРОСТКОВ	269
Малыгин В. Л., Меркурьева Ю. А., Малыгин Я. В. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМЫХ ПОДРОСТКОВ И ПОДРОСТКОВ, ЗАВИСИМЫХ ОТ КАННАБИНОИДОВ	274
Оливер Т. В. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ СО СЛОЖНЫМИ МЕДИЦИНСКИМИ ПРОБЛЕМАМИ	277
Омельченко М. А., Мигалина В. В., Каледа В. Г. ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕГО РАСПОЗНАВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА	280
Панкова О. Ф., Данилова М. Ю., Иванова С. М., Языкова Т. М. ОСНОВНЫЕ ПРОТИВОРЕЧИЯ И ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ НЕЙРОЛЕПТИКОВ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХИАТРИИ	283
Пастрана Ф., Макэлрой П., Джонсон С. ОСНОВЫ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ОБУЧАЕМОСТИ	286
Пережогин Л. О. ЛЕЧЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПЕРСОНАЛЬНОГО КОМПЬЮТЕРА, ИНТЕРНЕТА И МОБИЛЬНЫХ УСТРОЙСТВ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ ДОСТУП В СЕТЬ	289
Пуэнтэ А. ПРОБЛЕМНЫЕ ДЕТИ С НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ	292
Розанов В. А. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ: КРИТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ГЛОБАЛЬНОЙ ДИНАМИКИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ДЕСЯТИЛЕТИЯ И ГИПОТЕЗЫ, ЕЕ ОБЪЯСНЯЮЩИЕ	293
Симашкова Н. В., Ключник Т. П., Якупова Л. П., Иванов М. В., Бокша И. С., Мукаетова-Ладинска Е. Б. СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ, ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ И АБИЛИТАЦИОННО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	297
Соболева А. Е. ИГРА В ПРОФИЛАКТИКЕ ОТКЛОНЕНИЙ В РАЗВИТИИ РЕБЕНКА	301
Соловьева Ю., Моралес А., Кинтанар Л. ОРГАНИЗАЦИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ КАК МЕТОД УКРЕПЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ	304
Солохина Т. А., Лиманкин О. В., Митихин В. Г., Тюменкова Г. В., Ястребова В. В. ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И ОЦЕНКА ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ В СИСТЕМЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И НКО: ДЕТИ, ПОДРОСТКИ, ВЗРОСЛЫЕ (НА ПРИМЕРЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРИВОЛЖСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ)	307
Софронов А. Г., Зайцев Д. Е., Зайцев И. Д., Титов Н. А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ЖИЛЯ ДЕ ЛЯ ТУРЕТТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	311
Тойч Т. М. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ С РОЖДЕНИЯ ДО 12 ЛЕТ: ПРИЧИНЫ ОТКЛОНЕНИЙ, КАК ИХ ИЗБЕЖАТЬ И УСТРАНИТЬ. КОМПЛЕКС D-ТИПА	315
Флэтт Д. А. КОГДА ЛЕКАРСТВА МОГУТ БЫТЬ ПОЛЕЗНЫ	318
Хайретдинов О. З. ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ НА БАЗЕ ПОДХОДА, ОРИЕНТИРОВАННОГО НА ЭФФЕКТИВНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ С ПАЦИЕНТОМ И ЧЛЕНАМИ ЕГО СЕМЬИ	320
Хортон А. М. РАЛЬФ РЕЙТАН И КЛИНИЧЕСКАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ДАННЫХ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТА У ДЕТЕЙ	323
Чапала Т. В., Илич М. ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК У ПАЦИЕНТОВ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	325
Шапошникова А. Ф., Кондратьева Р. В. НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	329
Шведовская А. А., Русаковская О. А., Абрамова С. С. ПСИХОСЕМИОТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ К ДЕТАМ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ	331
Шевченко И. А. СОЧЕТАНИЕ ЛУРИЕВСКИХ И ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИЙ РЕГУЛЯЦИИ И КОНТРОЛЯ ПРИ СДВГ	334
Шевченко Ю. С., Пилюгина Л. В., Шевченко М. Ю. СДВГ ИЛИ «ВОЗБУЖДЕННАЯ МАНИЯ»? ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ	337

CONTENTS

PREVENTION OF MENTAL DISORDERS TO PROMOTE THE MENTAL HEALTH AND WELL-BEING OF CHILDREN AND ADOLESCENTS

Anauate C., Peters Kahhale E. PREPARING CHILDREN TO LEARN THROUGH EARLY INTERVENTION	10
Afrange E. PREMATURITY: CAUSES, CONSEQUENCES, CARE	12
Basova A. Ya., Severina Yu. V. MODERN APPROACHES TO THE PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOR IN ADOLESCENTS	16
Bitekhtina L. D., Sokolovskaya I. E. INEVITABILITY OF DEFORMATION OF CHILD-PARENT RELATIONS: PHENOMENA, THEIR PSYCHOTHERAPEUTIC RESOLUTION	19
Bocharova E. A., Belova O. S., Soloviev A. G. POSSIBILITIES OF DIAGNOSTICS AT PREVENTIVE (DISPENSARY) CHILD INSPECTION BY PSYCHIATRICIAN	22
Vasyanina Y. Sh., Boiko E. O. IMPORTANT ASPECTS OF PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOR IN CHILDREN AND ADOLESCENTS OF THE KRASNODAR REGION	25
Galako T. I. ANALYSIS OF THE SUICIDES DYNAMICS AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS IN THE KYRGYZ REPUBLIC AND MEASURES AIMED AT THEIR PREVENTION	28
Galasyuk I. N. MENTAL HEALTH OF CHILDREN OF EARLY AGE AND THEIR PARENTS: RESOURCES AND POSSIBLE DIRECTIONS OF PREVENTION OF VIOLATIONS	32
Galoy N. Yu. EVENTFULNESS AS A PSYCHOLOGICAL MECHANISM OF SELF SKILLS FORMATION	35
Gvozdeva O. M. FORMATION OF INDICATORS OF QUALITY OF LIFE IN YOUTH (ON THE EXAMPLE OF STUDENTS OF THE STOLYPIN OMSK STATE AGRARIAN UNIVERSITY)	38
Glozman J. M. POSSIBILITIES OF INTEGRATING QUANTITATIVE AND QUALITATIVE MEASURES TO NEUROPSYCHOLOGICAL ASSESSMENT	41
Gorbenko I. A. SANOGENIC REFLECTION AS A FACTOR OF THE VIABILITY OF THE TEENAGER'S PERSONALITY	44
Gusev S. I., Ustyantsev L. G. FEATURES OF DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS FOR BEHAVIORAL PROBLEMS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS	47
Ivashinenko D. M., Ivashinenko L. V., Burdelova E. V. ORGANIZATIONAL ASPECTS OF PREVENTING AGGRESSIVE BEHAVIOR AMONG YOUNG PEOPLE	50
Kazakovtsev B. A. ORGANIZATION OF OBSTETRIC AND GYNECOLOGICAL CARE AND PREVENTION OF MENTAL DISORDERS	52
Kalish I. V. FEATURES OF THE ANXIOUS EMOTIONAL STATE OF PRESCHOOLERS WHO ARE BROUGHT UP IN THE FAMILY AND OUTSIDE THE FAMILY	54
Karaush I. S., Dashieva B. A. METHODOLOGICAL ASPECTS OF EARLY DIAGNOSIS AND PREVENTION OF AFFECTIVE DISORDERS IN ADOLESCENTS	58
Karpova N. L., Nikolaeva E. I. THE ROLE OF THE FAMILY IN CORRECTION OF SPEECH IN CHILDREN WITH LEARNING DIFFICULTIES: CLINICAL POSITIONS OF LURIA AND REITAN	62
Karyakin N. N., Bozhkova E. D., Balandina O. V. DIAGNOSIS AND CORRECTION OF SCHOOL MALADJUSTMENT IN STUDENTS OF 1-2 GRADES OF SECONDARY SCHOOLS-AN INTERDEPARTMENTAL APPROACH	65
Kiseleva T., Filippov S. SCHOOL EXAM AS A HEALTH-SAVING RESOURCE OF THE INDIVIDUAL IN THE CONTEXT OF CONTINUING EDUCATION AND PROFESSIONAL DEVELOPMENT	68
Klindukhova K. S. PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF EATING DISORDERS	71
Kupriyanova I. E. ASSESSMENT OF THE MENTAL HEALTH OF WOMEN WITH VARIOUS PREGNANCY PATHOLOGIES IN THE CONTEXT OF PREVENTION OF MENTAL DISORDERS IN CHILDREN	74
León-Carrión J., León-Domínguez U., Domínguez-Morales M.R. THE IMPORTANCE OF EXECUTIVE FUNCTIONS FOR SUCCESS IN SCHOOL	77
Lyubov E. B. TEENAGERS ON THE WEB: SUICIDOLOGICAL ASPECT	79
Mazaeva N. A., Golovina A. G. OUTLOOK FOR THE PREVENTION OF MENTAL DISORDERS IN CHILDHOOD	82
Marinina D. V., Anokhina N. V., Kiselev S. Y. DIFFERENCES IN MARKERS OF CHILD-PARENT INTERACTION IN CHILDREN WITH TYPICAL AND ATYPICAL DEVELOPMENT	85
Milushkina O. Yu., Markelova S. V., Skoblina N. A., Abramov A. V., Fedotova T. I. THE WAY OF LIFE AND HEALTH OF MODERN CHILDREN AND ADOLESCENTS	88
Minullina A. F. STUDY OF BODY IMAGE AND SELF-ATTITUDE IN ADOLESCENTS WITH EATING DISORDERS	91
Morozova I. G. PROFESSIONAL SELF-KNOWLEDGE OF A CHILD OF THE EARLY AGE: PERSONAL AND ENVIRONMENTAL MODEL	95
Morozyuk S., Kuznetsova E. ALGORITHM OF CONSULTATIONS FOR MOTHERS WITH THE STYLE OF PARENTING «PHOBIA OF LOSING A CHILD»	98
Nemeth D., Mckenzie Chustz K. EXECUTIVE FUNCTIONS DEFINED	103
Nemeth D., Mckenzie Chustz K. UNDERSTANDING HOT AND COLD EXECUTIVE FUNCTIONS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS	105
Novikova G. PREVENTION OF THE SCHOOL MALADAPTATION IN CHILDREN WITH REVERSIBLE FORMS OF NEURODEVELOPMENTAL DISORDERS	107
Ovchinnikova T. N. METHOD OF EMOTIONAL SELF-REGULATION AND ITS ROLE IN HEALTH PROMOTION	110
Petrova N. N., Dorofeykov V. V., Shubin K. Yu. VITAMIN D DEFICIENCY AND PRESERVATION OF PHYSICAL AND MENTAL HEALTH OF YOUTH OF RUSSIA	114
Polozhy B. S. PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOR IN ADOLESCENTS	116
Puhov D. N., Matochkina A. I., Malinin A. V. THE IMPACT OF CYBERBULLING ON THE MENTAL HEALTH AND WELLBEING OF SCHOOL-AGED CHILDREN: RESULTS OF CROSS-NATIONAL STUDY (HBSC) IN THE RUSSIAN FEDERATION	120
Pyrkova K. V., Krasilnikova A. M. SELF-HARMING BEHAVIOR OF ADOLESCENTS AS A PREDICTOR OF SUICIDE	123
Reshetnikov M. M. MODERN SPECIFICS OF SUICIDAL BEHAVIOR	126
Rozanov V. A., Rakhimkulova A. S. ADOLESCENT SUICIDES: STRESS VULNERABILITY IN POST-MODERN SOCIETY	129

Ruzhenkova V. V. BORDERLINE MENTAL DISORDERS AND SUICIDAL BEHAVIOR IN SCHOOL-LEAVERS.....	132
Rybakova L. N. SEXUAL EDUCATION FOR ADOLESCENTS: A PROBLEM FIELD.....	135
Savina E. A., Zimina A. V. SPEECH DEVELOPMENT IN CHILDREN OF EARLY AND PRESCHOOL AGE: RISKS AND PREVENTION OF SPEECH DISORDERS.....	138
Siricharoen W. V. AN APPROACH ON CURRENT SITUATION OF ADOLESCENTS PROBLEMS IN THAILAND.....	141
Sofronov A. G., Abritalin E. Y., Dobrovolskaya A. E. DESTRUCTIVE INTERNET CONTENT AND AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR IN ADOLESCENTS.....	144
Stickel S., Chechko N. PREDICTION OF POSTPARTUM DEPRESSION BASED ON CUMULATIVE CORTISOL AND CORTISOL EXPOSURE DURING PREGNANCY AND THE POSTPARTUM PERIOD.....	148
Stupina O. P., Sakharov A. V., Kolchanova T. G. SUICIDAL BEHAVIOR OF MINORS IN ZABAYKALSKY KRAI: EPIDEMIOLOGY AND ORGANIZATION OF CRISIS ASSISTANCE.....	151
Terekhina S. A. FAMILY AND SUICIDAL BEHAVIOUR IN ADOLESCENTS.....	154
Timerbulatov I. F. A NEW ORGANIZATIONAL MODEL FOR PREVENTION OF ADOLESCENT SUICIDES IN THE RUSSIAN FEDERATION (ON THE EXAMPLE OF THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN).....	157
Khalifina R. R., Timerbulatova M. F. SPECIFICS OF PRE-ABORTION PSYCHOLOGICAL COUNSELING FOR PREGNANT WOMEN WITH A HIGH RISK OF MISCARRIAGE AND MEDICAL INDICATIONS FOR TERMINATION OF PREGNANCY.....	160
Khokhlov M. S., Zotov P. B., Umansky M. S. SOCIAL CHARACTERISTICS OF CONSUMERS OF SYNTHETIC PSYCHOSTIMULANTS WITH SUICIDAL BEHAVIOR.....	163
Chernov N. V., Makarova A. V., Kostyuk G. P. THE KEY ASPECTS OF EFFECTIVE BULLYING PREVENTION PROGRAMS.....	165
Chernov N. V., Makarova A. V., Kostyuk G. P. BULLYING AS A PREDICTOR OF MENTAL DISORDERS DEVELOPMENT (LITERATURE REVIEW).....	168
Chibisova I. A. SOCIAL MALADJUSTMENT AS A PREDICTOR OF THE FORMATION OF BEHAVIORAL AND MENTAL DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS (GENDER ASPECT).....	171
Shaimardanova E. A., Chapala T. V. EATING DISORDERS IN CHILDREN IN THE FIRST YEARS OF LIFE.....	174
Shinina T. V. COGNITIVE DEVELOPMENT IN CHILDHOOD – THE BASIS FOR MENTAL HEALTH.....	177
Shigashov D. Iu., Fesenko Iu. A. MODERN FEATURES OF CRISIS CONDITIONS IN CHILDREN.....	180
Skityr E. Yu. SUICIDAL ACTIVITY IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE.....	183

TREATMENT AND REHABILITATION FOR THE MENTAL HEALTH AND WELL-BEING OF CHILDREN AND ADOLESCENTS

Abramov K. V., Tankina O. A., Stytsiuk N. V., Basova A. Ya. COMPLIANCE TO PSYCHOPHARMACOTHERAPY IN PARENTS OF CHILDREN WITH MENTAL DISORDERS.....	186
Abramova M. F., Abramov K. V. THE VALUE OF VASCULAR FACTOR IN THE DEVELOPMENT OF SPEECH DISORDERS IN CHILDREN.....	190
Afonina M. S., Gerasimova A. M. THE EMOTIONAL STATE OF THE YOUNGER PRESCHOOLERS WITH CHRONIC SOMATIC DISEASES.....	193
Babkina N. V. DIFFERENTIATION OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DELAYS UNDER THE CONDITIONS OF INCLUSIVE EDUCATION.....	196
Balakireva E. E. DIGESTIVE DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH MENTAL DISORDERS.....	200
Balandina O. V., Gvozd U. Y., Kariakin N. N. ANALYSIS OF THE COMPREHENSIVE CARE SYSTEM FOR CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS IN THE VOLGA FEDERAL DISTRICT AS OF JANUARY 1, 2019.....	203
Barylnik J. B., Shuldykov A. A., Bachilo E. V., Mamedov S. S. MENTAL HEALTH PROBLEMS IN MINORS WITH HIV.....	207
Bachilo E. V. MENTAL DISORDERS AND APPROACHES TO THEIR CORRECTION IN PREGNANT WOMEN WITH HIV.....	211
Gorodnova M. Yu. ADOLESCENTS WITH HIV: COMPLIANCE WITH TREATMENT.....	215
Davtyan A. V., Chapala T. V. COMPARATIVE ANALYSIS OF THE PSYCHOEMOTIONAL CONDITIONS IN MOTHERS OF CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DISORDERS AND WITHOUT DEVELOPMENTAL DISORDERS.....	218
Evtushenko E. M., Timerbulatova M. F. CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF SUICIDAL BEHAVIOR IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS.....	222
Zasyapkina E. V., Grinina E. S. SYSTEMIC APPROACH TO SUPPORTING A FAMILY WITH SPECIAL NEEDS CHILDREN.....	225
Zlokazova M. V., Semakina N. V., Lanskiikh Yu. V. SCREENING-DIAGNOSTICS OF PRECLINICAL MENTAL STATES DURING PREVENTIVE PSYCHIATRIC EXAMINATIONS OF ADOLESCENTS.....	228
Zotova O. A., Kuldyrkaeva E. V., Morozova N. N. REHABILITATION POTENTIAL OF THE FAMILY IN PROVIDING PSYCHIATRIC CARE TO CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH MENTAL DISORDERS.....	231
Ivanov M. V., Simashkova N. V., Kozlovskaya G. V. EARLY CHILDHOOD MENTAL AND DEVELOPMENTAL DISORDERS: DETECTION, PREVALENCE, AND PREVENTION.....	234
Kaleda V. G., Krylova E. S., Beburishvili A. A. AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR IN ADOLESCENCE: CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL ASPECTS, THERAPEUTIC AND SOCIO-REHABILITATION STRATEGIES.....	237
Kalinina M. A. CHILDREN WITH A HIGH RISK OF SCHIZOPHRENIA: DIAGNOSIS, PREVENTION, THERAPY, PROGNOSIS.....	241
Kanivets I. V., Romanova I. I., Pyankov D. V., Korostelev S. A. CLINICAL AND GENETIC CHARACTERISTICS OF MENTALLY RETARDED PATIENTS WITH CHROMOSOMAL SYNDROMES.....	243
Kiseleva T. B. PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF PARENTS OF CHILDREN WITH MENTAL DISORDERS BY MEANS OF SANOGENIC REFLECTION.....	247
Koval-Zaitsev A. A. SOCIAL PERCEPTION IN THE CONTEXT OF TYPES OF COGNITIVE DIZONTOGENESIS IN CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS.....	250
Koltsova O. V., Khanevskaya A. G. SIMILARITIES AND DIFFERENCES BETWEEN HIV-INFECTED WOMEN WHO BECAME PREGNANT IN 2010 WITH THOSE WHO BECAME PREGNANT IN 2019.....	254
Korzhova S. O., Shiriaev O. Yu., Makhortova I. S., Chubarov T. V. ANALYSIS OF AN EPISODE OF OVEREATING, ANXIETY AND DEPRESSIVE MANIFESTATIONS IN OBESE CHILDREN AND THEIR PARENTS IN A HOSPITAL SETTING.....	257
Kouznetsov R. I., Jelastopulu E. KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PERCEPTIONS OF AUTISM SPECTRUM DISORDER: A GENERAL POPULATION SURVEY IN GREECE.....	260

Kuzmich G. V. DEBATABLE ISSUES OF AUTISM- EPILEPSY COMORBIDITY: SUBCLINICAL EPILEPTIFORM ACTIVITY.....	263
Kulikov A. V. CATATONIC AND CATATONIC-REGRESSIVE DISORDERS IN PSYCHOTIC ASD FORMS AND CHILDHOOD SCHIZOPHRENIA	266
Levkovskaya O. B., Shevchenko Y. S. SCHIZOPHRENIC/SCHIZOTYPAL CREATIVE WORLDS. FEATURES OF ADOLESCENT PSYCHOTHERAPY	269
Malygin V. L., Merkurieva J. A., Malygin Y. V. PSYCHOLOGICAL FEATURES OF INTERNET-ADDICTED ADOLESCENTS AND ADOLESCENTS WITH CANNABINOID ADDICTION	274
Olivier T.W. NEUROPSYCHOLOGICAL EVALUATION OF CHILDREN WITH COMPLEX MEDICAL CONCERNS.....	277
Omelchenko M. A., Migalina V. V., Kaleda V. G. EARLY DETECTION AND INTERVENTION OF SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS	280
Pankova O. F., Danilova M. Yu., Ivanova S. M., Yazykova T. M. APPLICATION OF NEUROLEPTICS IN CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY: MAIN ISSUES AND CONFLICTS.....	283
Pastrana F., McElroy P.A., Johnson S. LAYING THE FRAMEWORK FOR DEVELOPING EXECUTIVE FUNCTIONS IN TWEENS WITH LEARNING DISABILITIES	286
Perezhogin L. O. TREATMENT FOR THE PERSONAL COMPUTER, THE INTERNET, AND MOBILE DEVICES ADDICTIONS.....	289
Puente A.E. VIEWING COMPROMISED CHILDREN FROM A NEUROPSYCHOLOGICAL PERSPECTIVE SYNOPSIS.....	292
Rozanov V. A. CHILD MENTAL HEALTH: A CRITICAL ASSESSMENT OF GLOBAL DYNAMICS OVER THE PAST DECADES AND HYPOTHESES EXPLAINING IT	293
Simashkova N. V., Klyushnik T. P., Iakupova L. P., Ivanov M. V., Boksha I. S., Mukaetova-Ladinska E. B. CONTEMPORARY CLINICAL, BIOLOGICAL, PREVENTIVE AND HABILITATION / REHABILITATION ASPECTS OF AUTISM SPECTRUM DISORDERS IN THE RUSSIAN FEDERATION	297
Soboleva A. E. USE OF GAMES IN PREVENTION OF CHILD DEVELOPMENTAL DISORDERS.....	301
Solovieva Y., Morales A., Quintanar L. ORGANIZATION OF LIFESTYLE AND CORRECTION OF CHILDREN WITH AUTISM AS A WAY FOR STRENGTHENING MENTAL HEALTH)	304
Solokhina T. A., Limankin O. V., Mitikhin V. G., Tiumenkova G. V., Yastrebova V. V. PSYCHOSOCIAL REHABILITATION AND EVALUATION OF ITS EFFICIENCY IN THE SYSTEM OF PSYCHIATRIC CARE AND COMMUNITY-BASED CARE DELIVERED BY NGOS: CHILDREN, ADOLESCENTS AND ADULTS (BASED ON THE RESEARCH IN THE VOLGA FEDERAL DISTRICT OF THE RUSSIAN FEDERATION).....	307
Soifronov A. G., Zaytsev D. E., Zaytsev I. D., Titov N. A. FEATURES OF THE COURSE OF GILLES DE LA TOURETTE SYNDROME IN CHILDREN AND ADOLESCENTS.....	311
Toich T. M. MENTAL HEALTH OF CHILDREN FROM BIRTH TO 12 YEARS: CAUSES OF DEVIATIONS, HOW TO AVOID AND ELIMINATE THEM. THE COMPLEX OF D-TYPE	315
Flatt J.A. WHEN MEDICATION MAY BE HELPFUL	318
Khairtdinov O. Z. CONTINUING EDUCATION FOR DEVELOPING COOPERATION BETWEEN MENTAL HEALTH PROFESSIONALS, PATIENTS AND FAMILY MEMBERS	320
Horton A.M. RALPH M REITAN AND THE CLINICAL INTERPRETATION OF CHILD NEUROPSYCHOLOGICAL TEST DATA.....	323
Chapala T. V., Ilich M. THE STUDY OF SOCIO-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH GASTROENTEROLOGICAL PROFILE	325
Shaposhnikova A. F., Kondratyeva R. V. EATING DISORDERS IN PRESCHOOL CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS	329
Shvedovskaya A. A., Rusakovskaya O. A., Abramova S. S. PSYCHOSEMIOTIC FEATURES OF PARENTAL ATTITUDES TOWARDS CHILDREN WITH MENTAL DISORDERS	331
Shevchenko I. A. COMBINING QUALITATIVE AND QUANTITATIVE MEASURES IN THE EVALUATION OF EXECUTIVE FUNCTIONS IN ADHD.....	334
Shevchenko Y. S., Pilyugina L. V., Shevchenko M. Y. ADHD OR «EXCITED MANIA»? DIFFERENTIAL DIAGNOSIS.....	337

УКРЕПЛЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

PREVENTION OF MENTAL DISORDERS TO PROMOTE THE MENTAL HEALTH AND WELL- BEING OF CHILDREN AND ADOLESCENTS

DOI: 10.37752/9785406029381-1

PREPARING CHILDREN TO LEARN THROUGH EARLY INTERVENTION

Carla Anauate, Peters Kahhale E. PHD,

Pontificia Universidade Católica De São Paulo, Centro Integrado De Neuropsicologia E Psicologia,
Coordenação De Aperfeiçoamento De Ensino Superior,
São Paulo, Brazil

Abstract

Early intervention is a fundamental tool within developmental neuropsychology. This process can promote the structural conditions of the brain that can optimize learning. Intervention activities, which promote bonding and enhance development, are the key to ensuring children meet their developmental milestones. Being attentive to and aware of the needs of each developmental stage allows for the provision of intervention tools to enhance children's growth.

Key words

Infancy, development, intervention, neuropsychology, clinical applications.

Introduction. Alexander R. Luria and Ralph M. Reitan are worldwide recognized neuropsychologist icons from, respectively, Russia and the United States. Both were concerned with evaluation of brain lesions and/or impairments as well as developmental neuropsychology. Both were scientists who left a legacy to the world in terms of the extension of their work, their discoveries and the amount of followers who use their evaluation batteries, concepts and build on top of them new forms of clinical applications. By studying these two renowned neuropsychologists, scientists from all over the world use their concepts and studies to think beyond and adapt and actualize new forms of working with the human being. In this way it is very important to have a solid base, a structural theoretical base, to be able to work accordingly, to progress and to think beyond.

Luria and Reitan structured this base with concepts, research, evaluation batteries in which many actual neuropsychologists use to produce and renew practices actualizing researches and theory. Both lived in an era without technological supplies. Luria focusing mainly on a qualitative evaluation and Reitan more in a quantitative evaluation, were both interested on explaining how the brain works, and on forms of evaluating to help to identify the problem in order to rehabilitate based on more precise data. Neither worked specifically with early intervention, but both studied and developed concepts, theories and practices which lead post Luria and Reitan scientists to follow their principles in order to update their ideas and clinical applicability.

Early intervention – prenatal stage. Early intervention starts before the child has even been conceived. It all starts with the desire to become parents and the preparation that this involves leading to the healthy development of a child. This preparation involves a life change, organization and planning to include this new being inside the womb of a family. Internal, including both physical and psychological preparation, plus external, including housing, economic and time preparation, have to be done. To raise a child is a life changing and challenging experience; therefore, it is fundamental to use all possible preventive measures aiming at healthy and positive results regarding the new life to be conceived.

Instructions should be given to the parents at the last trimester of pregnancy to prepare them for attentive parenting: pay attention to the baby's initiatives and respond to them by showing that you are present in this dynamic relation; look the baby in the eyes, talk to him and touch him as you change diapers, breastfeed and during all situations that you are together to create visual, auditory and tactile contact. Use all the baby's senses; let feelings of tenderness arise and name them; establish a relationship with your baby; hold the baby tightly and securely to provide safety; be entirely and completely in the relationship; when the baby makes a gesture, do the same gesture back to show that you are following him, paying attention to him and when the baby makes a sound, repeat this

sound back to the baby. Name this sound communicating in a sensitive way with your baby (Anauate, 2017).

Early intervention – postnatal. To clinically apply early intervention, it is important to pay attention and promote the development of all the areas, which are fundamental to the development of the baby in each skill as the baby grows and develops. If possible, the development of the baby should be observed following a medical scale. The scale SGSII – *Schedule of Growing Skills II* (Bellman, M. Lingam, S., & Aukett, A., 1996) is recommended. It has 10 detailed spheres of development to serve as orientation: passive and active postural control, visual, manipulative, locomotor, hearing and speech, talk and speech, social interaction, personal autonomy and cognitive. All of these spheres should be analyzed month by month to see if the baby/child achieves the milestones necessary for his adequate development, as each sphere has a chronological step-by-step development. All the spheres follow ontological milestones and aim at a healthy development of the child.

The brain doubles in size and quadruples in synaptogenesis during the first year of life (Tau & Peterson, 2010). In this way it is fundamental to apply a proposal of early intervention to optimize this developmental stage of life. The early intervention can be applied by a significant other, an adult – a caregiver, as suggested below, and should be applied if delays are noticed. Reitan (1974) mentioned that a training program should be established to suit the unique and individual needs of children who have specific deficits. Therefore, preventively speaking, let us examine each sphere contemplated on the Schedule of Growing Skills II (Bellman et al., 1996) and suggest some ways enhance child development and learning abilities as the baby grows.

Childhood interventions. To be able to give some examples of what could be done concerning childhood intervention, it is important to introduce Luria's functional system. Luria (1981) emphasized that brain functions are performed by a set of neurons forming a functional system. This system was studied and organized by Luria as a result of his work with injured soldiers during World War II. The system is composed of 3 functional units which will be summarized below.

The first functional unit is located in the brain stem and in the areas around it, and is responsible for brain activation as well as the vigil state. As a clinical application, several psychomotor exercises can be done to provide brain activation. These exercises, which recruit attention, activate the brain and provide a good field of concentration.

The second functional unit is located in the posterior part of the brain, including the parietal, temporal and occipital lobes,

and is responsible for the reception, storage and analysis of information. Primary areas receive auditory, visual and somesthetic messages connecting the outside world with the secondary areas. Secondary areas process information and give meaning by integrating perceptions and gnosis. The tertiary areas are for association, which will reach the symbolic and conceptual level, such as oral and written language, the notion of body schema, space, time and calculation. Many activities can be done that emphasize oral and written activities as well as the use of different noises, visual and tactile stimuli.

The third functional unit is located in the frontal lobe and is responsible for programming, regulating, organization, planning, anticipation of the action, problem solving, correction of errors and postponement of impulses; it is the core of the executive functions. The use of games and activities is important to stimulate the thought and the planning from both a psychomotor point of view as well as from a cognitive aspect. Before one does a motor exercise or speaks, one has to plan all the details of the action. This part of the brain is responsible for doing it.

Luria (1981) affirms that the brain works in concert, all the three units work together forming the Functional System. One unit helps the other in an interdependent way. These activities should be developed with a purpose, with an intention so that they become meaningful. Leontiev (1978) explains that all activities proposed should have meaning to the persons who are executing them. Meaningful actions make sense to the person and are more easily internalized and generalized, enhancing learning abilities and development. Glozman (2013) agrees that purposeful play activities contribute to the child's cognitive and personal growth.

Conclusion. The brain develops better within a stable environment of support and low levels of stress. Safe relations are the key to healthy brain development, as well as to emotional regulation that encourages learning and adaptation. It is very important to produce a cozy and welcoming environment so that the child can establish significant relations to consolidate itself as an autonomous and capable human being who can build significant subjective life experiences. It is very important that teachers and caregivers permit children to be authentic, truthful and respected in their choices and behaviors, within previously established parameters and limits. This objective allows for the formation of an original and spontaneous human being. Therefore, education can be a creative process in which a child can live in harmony within his surrounding world (Glozman, 2013).

Bibliography

1. Anauate, C. Orientação a pais: prevenção necessária. In Anauate, C., Glozman, J. Neuropsicologia Aplicada ao Desenvolvimento Humano. São Paulo: Editora Memnon. 2017.
2. Bellman, M. H., Lingham, S., & Aukett, A. Schedule of Growing Skills II References Manual. London: NFER Nelson. 1996.
3. Bock A. M. B., Gonçalves M. G. M., & Furtado O. Psicologia Sócio-Histórica (uma perspectiva crítica em psicologia). São Paulo: Cortez Editora. 2002.
4. Glozman, J. A. Developmental Neuropsychology. New York: Routledge Ed. 2013.
5. Leontiev, A. N. Activity, consciousness, and personality. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. 1978.
6. Luria, A. R. Fundamentos da Neuropsicologia. (Ricardo, J. A. Trans.) São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo. 1981.
7. Reitan R. M. Methodological Problems in Clinical Neuropsychology In Reitan R. M., & Davison L. A., Clinical Neuropsychology: Current Status and Applications. Washington D. C.: V. H. Winston & Sons. 1974.
8. Tau, G. Z., & Peterson, B. S. Normal Development of Brain Circuits. Neuropsychopharmacology. Jan, 2010. 35 (1): 147–168.

PREMATURITY: CAUSES, CONSEQUENCES, CARE

Emilia Afrange,

President of Latin-American Federation of Psychotherapy (www.flapsi.org), Vice President of Brazilian Association of Psychotherapy (www.abrap.org), a psychologist of the team specialized in Premature at “Escola Paulista de Medicina” (<http://www.viveresorrir.org.br>), a Psychotherapist, a clinical psychologist, a teacher and a supervisor of Instituto Sedes Sapientiae (www.sedes.org.br), an Affiliated member of the Institute of the Psychoanalysis Brazilian Society in São Paulo (<http://www.sbpsp.org.br/>), a Director of Institutional Relations at Mamãe Associação de Assistência a Criança Santamarensense NGO (<http://mamae.org.br/>), a member of the Núcleo de Pesquisa do Ambulatório de Prematuros da EPM-UNIFESP (Center for Preterms Studies), Brazil

“It is by exchange [...] that progresses can continue to be made in this field, producing increasingly effective healing and preventive actions”.
P. Mazet e S. Stoleru

Premature babies are children born alive before 37 weeks of pregnancy (< 37 weeks of gestation) and weighing less than two kilos. Based on the number of weeks of gestational age, premature babies born alive can be subcategorized at: extremely premature (< 28 weeks), very premature (28 to 32 weeks) and with moderate prematurity (32 to 37 weeks).



Introduction. Prematurity is a global and growing problem of Public Health. Over the past seven years, there has been greater attention to premature birth, including global initiatives such as the creation of World Prematurity Day, remembered on November 17 (Purple November), an initiative of the European Foundation for the Care of Newborn Infants¹ (EFCNI) in 2008 and the U.S. institution March of Dimes², as well as the Born too Soon³ report: the global action report on preterm birth, released by the World Health Organization (WHO) in 2012.

This is because prematurity is the leading cause of neonatal death (from 0 to 28 days) and infant mortality (under 5 years of age) in the world. More than one million children die annually due to complications of premature delivery.

Prematurity is also an important cause of severe morbidity, associated with long hospital admissions. Survivors of premature birth may face adverse health consequences throughout their

lives, as many of those who survive present impairments related to physical, cognitive, emotional and behavioral development, generating a burden to families and society.

Premature birth carries a higher risk of malnutrition, anemia, respiratory complications, alongside changes in neurodevelopment – including motor and language delay – and hearing and visual impairments. Prematurity also potentially carries a higher risk of autism spectrum disorders, attention deficit and hyperactivity, as well as psychiatric disorders⁴.

The sequelae of prematurity, therefore, are not limited to the period immediately after birth. Prematurity can determine biopsychosocial development because biological birth does not generate psychological birth. They don't coincide chronologically. They have different substrates.

The first is a very delimited and observable event. A separation of the child from his mother is required for the development to happen progressively.

The second is gradual. It is necessary the illusion of the child's fusion with the mother, generating a uniqueness, substrate of psychic birth. Only from the uniqueness one can generate a separation experience. Thus, the child will have elements to realize that this mother is not an extension of him, but someone else's.

Prematurity numbers. The Born Too Soon report notes that 15 million children worldwide are born prematurely each year. In Brazil, 340.000 babies were born premature in 2012 alone, according to data from the Living Birth Information System, the Unified Health System (SUS)⁵ and the Ministry of Health. This represents the birth of 931 premature infants per day or 40 per hour, indicating a prematurity rate of 12.4%, twice the rate of some European countries.

The main causes are: absence of prenatal care, cesarean section without medical indication, cigarette consumption, alcohol, drugs, high blood pressure, stress, twin or multiple pregnancy, uterine or placental problems, diabetes, obesity or low weight, disorders of blood clotting, previous history of premature delivery, pregnancy under 17 years or over 35 years of age.

The use of advanced technologies and modern equipment in hospital treatment, the presence of specialized professionals (multidisciplinary team) in care and in the first immediate care

¹ Efcni. Disponível em: <<https://www.efcni.org/>>. Acesso em: set. 2019.

² March of dimes. Disponível em: <<https://www.marchofdimes.org/>>. Acesso em: out. 2019.

³ Born too soon. Report. Disponível em: <https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf>. Acesso em: ago. 2019.

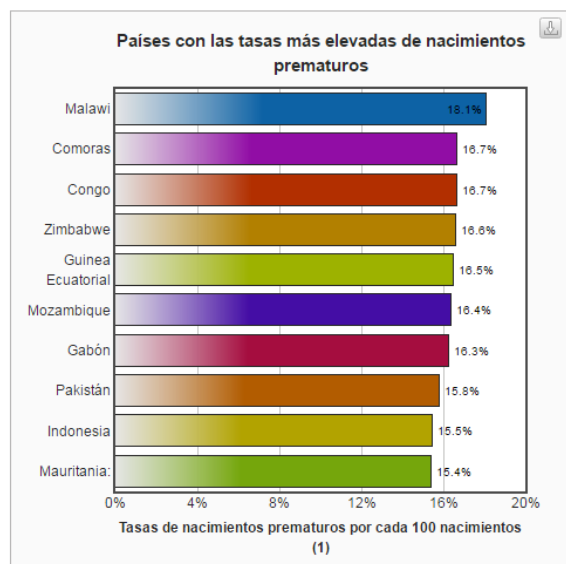
⁴ Instituto do prematuro viver e sorrir. Relatório Anual 2018. Disponível em: <institutodoprematuro.org.br>. Acesso em: out. 2019.

⁵ Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acesso em: out. 2019.

at birth and improvement in the postnatal approach, as well as psychosocial support for families, have been contributing to increase survival rates for premature babies born alive.

Gráfico 1

Los 10 países con las tasas más elevadas de nacimientos prematuros por cada 100 nacidos vivos son los siguientes:



(1) Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M, Chou D, Moller AB, Narwal R, Adler A, Garcia CV, Rohde S, Say L, Lawn JE. National, regional and worldwide estimates of preterm birth. The Lancet, June 2012. 9;379(9832):2162-72. Estimates from 2010.

Even though technological advances in medicine have provided greater survival to premature babies, including children

with very low gestational ages (24 weeks or 5.5 months), inequalities in survival rates in the world are still different and require urgent and effective measures.

Available information confirms that preterm delivery rates have been increasing periodically in almost all countries and in all social classes, and the risk is even higher in economically deprived populations. Of these babies, 75% could be saved if appropriate interventions were made available to all⁶.

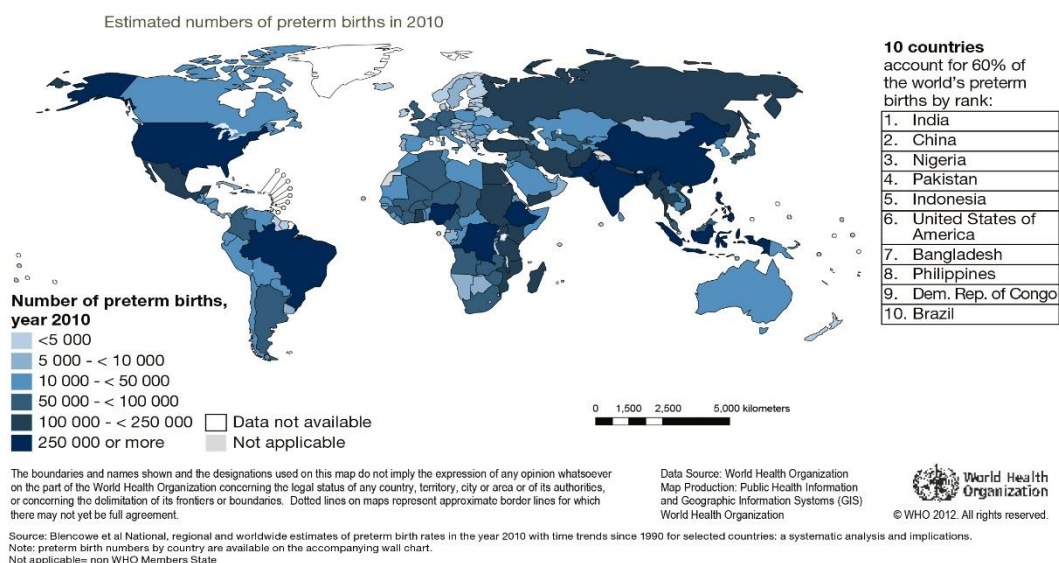
In developing countries, half of the babies born at 32 weeks die due to a lack of essential measures such as breastfeeding support and basic care to prevent infections and breathing difficulties.

And the importance of the interaction between the family nucleus and the biological factors of prematurity in the survival prognosis of premature children born alive is increasingly evident, because the family structure and their socioeconomic status contribute to the overall development of premature children. They also allow the prompt recognition of alterations, providing early treatment and obtaining good results, avoiding or minimizing complications that may accompany the child throughout life.

Unifesp premature outpatient clinic. *All the services that work with prematurity function as an extra uterus body accessory.*

Hospital São Paulo is a university hospital of the Paulista School of Medicine of the Federal University of São Paulo (HSP-EPM/Unifesp). It treats women with high-risk pregnancy. This service counts about 1.000 births per year, of which about 30% are premature.

Gráfico 2



In addition to hospital units, follow-up outpatient clinics for newborns at risk and support services are part of their neonatal unit.

The Outpatient Clinic of Premature Infants of Unifesp, located⁷ in the city of São Paulo, was created more than 30 years ago, in 1981, because of the increased demand for follow-up of children born prematurely.

⁶ Instituto do prematuro viver e sorrir. Relatório Anual 2018. Disponível em: <institudoprematuro.org.br>. Acesso em: out. 2019.

⁷ Rua Dr. Diogo de Faria, 764, Vila Clementino, São Paulo (SP).

Coordinated by the Discipline of Neonatal Pediatrics, the Outpatient Clinic offers multiprofessional follow-up to premature infants born weighing less than 1,500 g in Hospital São Paulo (HSP) and in three more public hospitals in São Paulo⁸. It is a reference in Brazil, as it adopts recommended model of assistance in developed countries, comprehensive care (*nurturing care*)⁹.

⁸ Hospital Estadual de Diadema (HED), Hospital Municipal Vereador José Storopoli (HJVJS), Hospital Pirajussara.

⁹ Survive and Thrive: transforming care for every small and sick newborn.

Each year, about 100 new premature babies enter for care. Currently, about 900 children and adolescents between 0 and 19 y.o. are under follow-up at the Outpatient Clinic.

The activities of the Outpatient Clinic are under the responsibility of professionals from various segments of health and multiple medical specialties: pediatrician, children's neurologist, ophthalmologist, speech therapist, psychologist, physiatrist, physiotherapist, dentist, social worker, nutritionist, dermatologist and psychopedagogue.

The Outpatient Clinic, in addition to the monitoring of these professionals, offers babies and their families welcoming, supporting and mentoring through partnership with the Institute of Premature – Viver e Sorrir, an Organization of Civil Society of Public Interest (OSCIP) founded in 2004.

This joint work is based on the observation that most of these children belong to families facing social difficulties and need help to properly adhere to treatment. For this to materialize, it is essential to establish a relationship of trust between the medical and multidisciplinary team with families and/or caregivers (adults who assume the essential functions that the beginning of human life requires) of the preterm baby, thus minimizing the failures to *follow-up* consultations.

The Psychology area. The area of Psychology in the Outpatient Clinic of Premature Infants of the Hospital São Paulo, the only one in Brazil, emerged in 2007 from the demand for emotional follow-up of children born prematurely and their families and/or their caregivers in coping with premature delivery, an event permeated by urgency and inflicting a trauma for all involved.

The care and the assistance of the psycho-emotional health of the preterm baby and his mother (primarily) are given through different forms of psychological support and our work is structured in this chain of actions:

1. Psychological screening, aimed at verifying the patient's needs and what type of care should be referred to;
2. Individual psychological care that, depending on the psychological syndrome, may have individual care as the only intervention;
3. Ludotherapy;
4. Individual Psychotherapy;
5. Psychiatric referral; and
6. Group service.

The interventions are mainly based on the care in Operative Groups, with the objective of working/discussing themes that emerge as conflicts/symptoms of the relationship, aiming at psychic enlargement, that is, aiming to instrument the participants in order to better manage their anguish, respecting the limits of each element involved and offering welcomed and therapeutic listening.

In the Outpatient Clinic of Preterm infants of Hospital São Paulo, the following Operative Groups were constituted:

- 1) Guidance Group with mothers and children from 0 to 3 years;
- 2) Operative Group of mothers and children from 4 to 7 years;
- 3) Operative Group of mothers and children aged 8 to 10 years;
- 4) Operative Group with adolescents;
- 5) Operative Group of caregivers.

Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326495/9789241515887-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: out 2019.

Periodically, under the coordination of a psychoanalyst, meetings are held with the participation of the various professionals' members of these groups, specialists from the Outpatient Clinic and resident physicians of the Paulista School of Medicine with aiming at promoting quality and improvement of therapeutic practice according to the Balint Method¹⁰. Michael Balint (1896–1970), Hungarian physician and psychoanalyst, resized the medical meeting. His discussion groups started in 1950, about the experiences in clinical practice, became a reference in the academic environment, because, for Balint, the physician's personality is the first 'medicine' that is administered to patients. *Listen to patients' stories. Treat them as friends. They may need a dose of strongest drug of all: the doctor.*

The mother-child bond. *"The importance of investment in motherhood when threatened by prematurity is proportional to the importance attributed to the mother-child relationship by Psychology"*. Elisa Motta Iungano¹¹

The construction of affective connections by humans is possible through several and different ways. In relation to premature births, it should be stimulated from the beginning, because premature infants form a particular group of potential risk in interaction with the others.

Family structure is a factor that profoundly influences the development of premature infants and all procedures to which they are submitted in the hospital usually tend to remove them from the first contacts with parents, siblings, grandparents, often due to the stay in intensive care unit (ICU). The delay in this initial contact can generate difficulties in the first relationships of attachment and in the formation of affective bonds in the future¹².

A bond develops with affective exchanges — of intimacy/proximity. It is fundamental for the construction of human psyche and, consequently, for the biopsychosocial development of the child, with great importance for the structuring of his personality.

When it comes to the mother-child bond in the case of preterm infants, this issue becomes more complex because the early, unanticipated separation can give the mother a feeling of not being empathically linked to her baby, sometimes generating situations of pain and "punishment", accompanied by feelings of guilt, helplessness, anxiety, fear, frustration, insecurity.

According to Elisa Motta Iungano¹³, "the gestation period and the early times after birth are essential for bond building and have lasting repercussions. Prematurity represents a sudden interruption in this interaction, affecting family dynamics, generating an early withdrawal and several ruptures in the establishment of the relationship between mother and child".

¹⁰ Balint, Michael. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984.

¹¹ Iungano, Elisa Motta. A relação entre a mãe e o bebê prematuro internado em UTI neonatal. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=512188&indexSearch=ID>>. Acesso em: out. 2019.

¹² Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia. Seguimento ambulatorial do prematuro de risco. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/Seguimento_prematuro_ok.pdf>. Acesso em: out. 2019.

¹³ Iungano, Elisa Motta. A relação entre a mãe e o bebê prematuro internado em UTI neonatal. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=512188&indexSearch=ID>>. Acesso em: out. 2019.

During pregnancy, the baby's physiological functions are maintained by the mother. This is naturally possible for the full term newborn. For the premature newborn, this is not always possible in most cases.

The Psychology area at the São Paulo Hospital Premature Ambulatory aims at recovering lost functions with prematurity, seeking to promote and create conditions for the newborn at risk to grow and develop globally, psychically and physically.

From a psychotherapeutic perspective, the focus is not just on the objective care of medical problems and sequelae, nor is it restricted to respond the requests for social protection. These are issues related to subjectivity that become emotionally complex given unconscious fantasies, especially in the mother-child relationship.

When a psychic place can be constituted that composes the mother's discomfort by her "premature motherhood" — since not only the physical pregnancy was interrupted, but also the psychic one — and the neonatal needs of the premature one, the acquisitions resulting may bring a better conception of the adverse situation. The mother may even see her baby as a winner rather than just a survivor.

This psychic place will have as its task to equate the mother's anguish and the neonatal needs of the premature, generating space for a better interaction, facilitating the creation of this which is the basic bond of every human being — mother-child. For, according to Héctor Martínez¹⁴, Colombian physician who devised the Kangaroo Mother Method (MMC), "the bond between mother and child has been, throughout human history, the basis of birth, development and survival — the one and only source of life."

Cases. *"In order for babies to finally become healthy adults, independent but socially concerned individuals, they depend entirely on being given a good principle, which is ensured,*

in nature, by the existence of a bond between mother and your baby." D. W. Winnicott¹⁵

In psychotherapeutic care within the Premature Outpatient Clinic since 2012, I have come across multiple clinical cases, always unique and delicate, as they address the mother-baby *copula*.

The supportive and helping interventions offered are based on observation, listening and psychotherapeutic presence, intervention strategies essential for understanding the other and important instruments for obtaining information. They are aimed primarily at strengthening what in Psychology is called "affective bonding" or "primary bonding" (*imprinting*), a concept that focuses on a child's growth as a result of her early relationship with her parents.

This bond will be progressively constituted under certain imperative conditions: physical approach, willingness to care, to meet the baby's needs, availability of time and development of attachment, feelings resulting from the interaction of both caregiver and baby.

The permanence of the premature baby in an Intensive Care Unit (ICU) for a long period sometimes causes damage to this primary attachment. And, for mothers, it may be the genesis of depressive and disabling states (anxiety, anguish, guilt, fears) and so many other manifestations they find to "protect" and defend themselves from premature birth.

Through different instruments, for example, the interview and the observation of the universe of nonverbal communication among others, it is possible to investigate the emotional conditions surrounding the difficulties in the clinical situations and to intervene appropriately, on a case by case basis.

I am going to present some clinical situations (cases) that focus on the constitution of the mother-child bond, the foundation of the physical and psychic development of every human being and the basis for their future relationships.

¹⁴ Héctor Martínez é o médico colombiano que idealizou e implantou o Método Mãe Canguru (MMC) no Instituto Materno Infantil de Bogotá (Colômbia) em parceria com o médico Edgar Rey Sanabria em 1979.

¹⁵ Donald Woods Winnicott (1896–1971), pediatra e psicanalista inglês.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Басова А. Я.^{1,2}, к.м.н., Северина Ю. В.^{1,2}

¹ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г. Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва, Российская Федерация

²ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

Аннотация

В работе оценивается современное состояние проблемы суицидального поведения подростков в мире и в г. Москве. Рассмотрены перспективы профилактики и реабилитации таких подростков с использованием современных информационных технологий.

Ключевые слова

Суицид, суицидальное поведение, подростки, подростковая психиатрия, информационные технологии, Интернет.

MODERN APPROACHES TO THE PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOR IN ADOLESCENTS

Basova A. Ya.^{1,2}, PhD (Medicine), Severina Yu. V.^{1,2}

¹Sukhareva Research and Practical Center for Child and Adolescent Mental Health of the Moscow Health Care Department, Moscow, Russian Federation

²Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

Abstract

The paper analyzes current trends in suicidal behavior of adolescents in Moscow and around the world. The perspectives of informational strategies for suicide prevention and treatment are considered.

Key words

Suicide, suicidal behavior, adolescents, adolescent psychiatry, information technology, the Internet.

В XXI в. развитие методов нейровизуализации, нейрофизиологии, нейрохимии и других ведут ко все большему пониманию причин самых разных заболеваний, в том числе в психиатрии. Однако, несмотря на все достижения современной науки, в развитых странах душевные расстройства постепенно выходят на лидирующие позиции по распространенности, бремени болезни и иным социальным последствиям. Будучи биопсихосоциальными заболеваниями, они не укладываются в рамки исключительно биологического подхода, что создает множество затруднений как в их выявлении, так и в профилактике и лечении.

С точки зрения врача-психиатра, суицид представляет собой ультимативное проявление болезненных переживаний, профилактика, выявление и коррекция которых — наша первоочередная задача. В докладе ВОЗ «Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда» от 2001 г. самоубийство рассматривается как «результат сознательных действий со стороны определенного человека, полностью осознающего или ожидающего летального исхода» [5]. Авторитетные отечественные суицидологи А. Г. Амбрумова и В. А. Тихоненко также определяют суицид как «намеренное лишение себя жизни» [1]. Современные авторы выделяют следующие критерии самоубийства, отличающие его от других видов

смерти и аутоагрессивного поведения: добровольность, самостоятельность, осознанность, намеренность, достаточность, непосредственная связь по времени («post hoc»)[6].

По данным ВОЗ, ежегодно кончают жизнь самоубийством более 800 000 человек (частота самоубийств составляет 10,5 на 100 000 населения; 15,0 для мужчин и 8,0 для женщин, ВОЗ (2018) [8]. Несмотря на столь высокую распространенность, частота самоубийств по всему миру постепенно снижается. Однако это не касается детских и подростковых самоубийств, число которых повсеместно растет. Так, по данным ВОЗ 2016 г., самоубийства детей в возрасте от 10 до 14 лет составили 9,368 (5,130 для мальчиков и 4,238 для девочек), в возрасте 15–19 лет — 52,750 (25,690 для мальчиков и 27,060 для девочек) [9]. Еще более резко выросла частота различных суицидальных попыток, которые остаются важнейшим фактором риска совершения самоубийства в дальнейшем. Самоубийства совершаются людьми на протяжении всей жизни, однако, в возрасте от 15 до 29 лет они становятся второй по значимости причиной насильственной смерти, уступая только гибели в автодорожных происшествиях.

К сожалению, эта тенденция прослеживается и в нашей стране. Данные, полученные при анализе госпитализаций

в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ», указывают на возрастание удельного веса госпитализаций детей с суицидальными проявлениями за 8 лет (с 2011 по 2018 г.) почти в два раза. Полученные результаты во многом отражают ситуацию с суицидальным поведением детей и подростков по г. Москве, поскольку Центр им. Г. Е. Сухаревой представляет собой основное учреждение, которое оказывает специализированную психиатрическую помощь детям и подросткам в кризисном состоянии.

В 2019 г. в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ» поступило 5850 детей и подростков в возрасте от 3 до 17 лет включительно. Из них 1010 человек в возрасте от 8 до 17 лет — с указанием на различные суицидальные проявления (удельный вес от общего числа поступивших — 17,26%). Это составляет 0,05%, или 48,5 на 100 тыс. населения Москвы детско-подросткового возраста, или 97,6 на 100 тыс. детей школьного возраста. Для сравнения: в 2011 г. данный показатель составлял 14,1 человека на 100 тыс. населения в возрасте от 3 до 17 лет. Средний возраст пациентов с суицидальными проявлениями, поступивших в Центр в 2019 г., составил 14 лет и у мальчиков, и у девочек.

Среди детей, госпитализированных в Центр с суицидальными проявлениями за период с 2011 по 2019 г., преобладали пациенты с суицидальными попытками — 41,7%, в меньшем количестве поступали дети с суицидальными высказываниями — 34,3% и еще реже с суицидальными мыслями — 24%. Суицидальные проявления среди населения распределяются прямо противоположным образом. Подобное распределение, безусловно, свойственно стационарным больным и обусловлено причинами обращения за помощью к психиатру. Вызывает тревогу возрастание удельного веса пациентов с суицидальными попытками приблизительно на 10% за 8 лет наблюдения (до 44,4% в 2018 г.). Высокий удельный вес регоспитализаций (50,3%) и большое количество повторных госпитализаций в первый год после поступления (21,9%) указывают на трудности ведения этой категории больных, недостаточность вторичной и третичной профилактики, в особенности на этапе постгоспитального сопровождения.

Анализ распределения госпитализированных пациентов с суицидальными проявлениями по полу показал значительное, более чем в три раза, преобладание девочек, в том числе среди пациентов с суицидальными попытками. Причем за 8 лет наблюдений количество пациентов женского пола с суицидальными проявлениями увеличилось в 7 раз. Девушки чаще совершают повторные и многократные суицидальные попытки, хотя, по литературным данным, заверченный суицид чаще встречается у мужчин. Резкий рост суицидального поведения у молодых женщин в последние годы описан и зарубежными исследователями.

При анализе нозологической принадлежности пациентов с суицидальными проявлениями обнаружено преобладание аффективных расстройств (39,8%), расстройств эмоций и поведения (26,2%) и шизофренического спектра (20,2%). Такое нозологическое распределение может отражать особенности диагностики психических расстройств в детском возрасте, незавершенность синдромальных форм, малый период наблюдения. К наиболее терапевтически сложной и прогностически опасной группе пациентов относились

больные с многократными суицидальными попытками. Среди них преобладали дети с аффективными расстройствами (34,5%), расстройствами шизофренического спектра (25%) и умственной отсталостью (19,1%).

С июня 2019 г. в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ» действует клиника кризисной помощи, включающая все этапы работы с детьми с аутоагрессивными, в том числе суицидальными, проявлениями, обусловленными психотравмирующими ситуациями, а именно кабинет кризисной помощи, круглосуточный и дневной стационар. По запросам детских соматических стационаров врачи-психиатры Центра консультируют детей с различными психическими нарушениями (выездная консультативная служба). Ведется активная психопросветительская, психообразовательная и антистигматизационная работа как с пациентами и их близкими, так и с населением. Безусловно, это способствует профилактике суицидального поведения. Однако масштабы проблемы и особенно тенденция к ее росту указывают на необходимость создания общегосударственной стратегии профилактики суицидального поведения, включающей все звенья такой деятельности и привлекающей к ней как различные государственные организации, так и общественное движение.

Разработка эффективных подходов к профилактике, лечению и реабилитации подростков с суицидальными проявлениями невозможна без учета тех ключевых изменений, которые произошли в нашем обществе во второй половине XX в. Стремительное развитие новых информационных технологий привело к значительному изменению социального и культурного ландшафта эпохи, что не могло не найти отражения в области психического здоровья. Особенно заметно эти изменения проявились с возникновением и бурным продвижением сети «Интернет».

По данным GfK, к началу 2019 г. аудитория интернет-пользователей в России среди населения 16+ составила 90 млн человек (+3 млн человек к прошлому году) и достигла отметки 75,4% взрослого населения страны [3]. Причем исследователи отмечают, что насыщение молодежной аудитории близко к предельному уровню (т.е. близко к 99%). По данным того же исследования, к началу 2019 г. доля пользователей Интернета на мобильных устройствах достигла 61% [3]. Это означает, что около 55 млн россиян пользуются Интернетом на мобильных устройствах, т.е. могут обратиться к нему в любое время, в любом месте, столько, сколько им удобно.

Считается, что примерно половина времени в Интернете тратится именно на социальные сети. По данным ВЦИОМ, подавляющее большинство подростков (98%) пользуются Всемирной паутиной ежедневно, кроме того, 89% заходят в социальные сети практически каждый день [4].

Таким образом, Интернет превратился в мощный ресурс, влияющий на подрастающее поколение. Очевидно, что он все более плотно входит в нашу жизнь, изменяя способы получения информации, воздействуя на нашу память и социальное взаимодействие между людьми [7]. Приведет ли это к возникновению новых психических расстройств — неизвестно. Очевидно, что сегодня цифровые технологии ведут лишь к патоморфозу хорошо известных нам психических расстройств, оказывая заметное влияние на их феноменологию, течение и поведенческие нарушения, а в ряде случаев облегчая их возникновение. Анонимность и кажущаяся сложность идентификации пользователей Интернета

привели к смещению ряда форм девиантного поведения в Сеть, а также к появлению новых форм патологического поведения, характерных именно для сетевого сообщества, таких как кибербуллинг, киберсуицид и киберсекс.

Киберсуицид трактуется либо как суицидальная попытка, совершенная под влиянием информации, найденной в Интернете, либо как публичное представление суицидальной попытки или обсуждение суицидальных намерений в Сети. К первому случаю относятся т.н. синдром Вертера, самоубийства знаменитостей, просуицидальные сайты форумы, страницы в соцсетях. Второй вариант представлен т.н. самоубийствами «под вебкамерой» и суицидальными паками. Представленность темы самоубийства в Интернете очень велика. Введение в поисковую систему «Яндекс» слова «самоубийство» (исследование 2017 г. [2]) дало около 9830 000 ссылок, слова «суицид» — 3800 000 ссылок. Полученные ссылки представляют собой преимущественно научные или научно-популярные сведения, противосуицидальные статьи разных, в том числе религиозных, организаций, новостные страницы о самоубийствах знаменитостей или суицидах, вызвавших общественный резонанс, и т.п. Изучение топ-100 этих ссылок (то же исследование) позволило подразделить источники по типу сайта на информационно-просветительские (43%), СМИ (22%), пропагандистские (19%), рекламные (12%), религиозные (4%). По отношению к суициду источники разделялись на противосуицидальные (79%), нейтральные (19%) и просуицидальные (2%). По особенностям общения с пользователем — на монологические с односторонним типом общения (75%) и диалогические (25%) [2]. Таким образом, подавляющая часть информации, представленной в Интернете по запросу «самоубийство» или

«суицид», носило отчетливую антисуицидальную направленность. Преобладали научные или научно-популярные статьи либо новости в электронных СМИ. Причем информация преподносилась в форме монолога; отзывы пользователей, если и публиковались, оставались безответными, дискуссия не поддерживалась. В результате люди с суицидальными мыслями и депрессивными переживаниями, обратившиеся к этим источникам, не получали должной поддержки и помощи. Представленные данные, при всей их неполноте, позволяют обратить внимание на недостаточность антисуицидальной, антистигматизационной и психопросветительской работы в русскоязычном сегменте Интернета.

Эти данные хорошо согласуются с исследованиями ВЦИОМ (2019 г.) о влиянии социальных сетей на подростков. Согласно этим исследованиям, лишь 18% из них осведомлены о сайтах, распространяющих материалы о самоубийствах, причем в качестве основной причины интереса к подобному материалу указываются психологические проблемы самих несовершеннолетних пользователей (49%), конфликты со сверстниками (31%) и отсутствие родительского контроля (29%) [4].

Интернет, в том числе социальные сети, предоставляет замечательные возможности для профилактики и реабилитации подростков с суицидальным поведением, которые в настоящее время практически не используются. Это не только психопросветительская работа, но и создание диалоговых площадок, ведущими которых могут стать авторитетные в сети фигуры (актеры, журналисты, писатели, ученые, блогеры и др.), психотерапевтические сайты с возможностью психотерапии онлайн, противосуицидальные программы для мобильных устройств и многое другое.

Библиографический список

1. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. МЗ РСФСР. М., 1980. 55 с.
2. Басова А. Я. Влияние сети «Интернет» на суицидальное поведение детей и подростков: от угрозы к реабилитации // Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы. Научно-практическая конференция / под ред. Г. П. Костюка. 2018. С. 548–557.
3. Исследование GfK: Проникновение Интернета в России [Электронный ресурс]. URL: <https://www.gfk.com/ru/insaity/press-release/issledovanie-gfk-pronikновение-interneta-v-rossii/> (дата обращения: 14.01.2020).
4. Подросток в социальной сети: норма жизни или сигнал опасности? [Электронный ресурс]. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=9587> (дата обращения: 14.01.2020).
5. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. ВОЗ, 2000. 243 с. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/publications/list/whr01/ru/> (дата обращения: 1.07.2019).
6. Трунов Д. Г. Определение суицида: поиски критериев // Суицидология. 2016. Т. 7. № 1. С. 64–67.
7. Firth J. et al. The «online brain»: how the Internet may be changing our cognition // World Psychiatr. 2019. № 18. P. 119–129. doi: 10.1002/wps.20617.
8. World Health Organization (2011). Causes of death 2008: Data sources and methods [Электронный ресурс]. URL: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_200_sources_methods.pdf.
9. World Health Statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals [Электронный ресурс]. URL: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/EN_WHS2016_TOC.pdf?ua=1.

НЕИЗБЕЖНОСТЬ ДЕФОРМАЦИИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ: ФЕНОМЕНЫ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ

Битехтина Л. Д.¹, к.псих.н., д.ф.н., профессор,

¹Общероссийская общественная организация «Общественная Народная Академия наук»,
Москва, Российская Федерация

Соколовская И. Э.², д.псих.н., профессор кафедры социальной, общей и клинической
психологии факультета психологии,

²ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Негативное влияние матери на своего ребенка может иметь различные психологические оттенки. Анализ моделей отношений «мать — дочь» и их четкая дифференциация могут помочь специалистам распознать, понять и в конечном итоге скорректировать проблемные и болезненные взаимоотношения. В данной статье мы постараемся рассмотреть и проанализировать именно те варианты отношений, которые являются патологическими и определенно требуют коррекции.

Ключевые слова

Нелюбимая дочь, материнская любовь, деформации детско-родительских отношений.

INEVITABILITY OF DEFORMATION OF CHILD-PARENT RELATIONS: PHENOMENA, THEIR PSYCHOTHERAPEUTIC RESOLUTION

Bitekhtina L. D., PhD (Psychology), Doctor of Philosophy, Professor, Academician of the Russian People's Academy of Sciences, Moscow, Russian Federation

Sokolovskaya I. E., Psy.D., Professor at the Department of Social, General and Clinical Psychology of the Faculty of Psychology, Russian State Social University, Moscow, Russian Federation

Abstract

Unhealthy mother-daughter relationships come in various psychological forms. Their analysis and clear differentiation can help professionals to improve the mother-daughter relationships. The paper analyzes relationships between mothers and daughters that appear to be outside of the norm and require intervention.

Key words

Unloved daughter, maternal love, deformations of parent-child relations.

Достаточно известно, что у всех нелюбимых дочерей и изначально не настроенных на родительскую любовь матерей есть общие переживания. Отсутствие материнского тепла и подтверждения его существования в реальности искажает у дочерей ощущения полноценности самих себя, лишает уверенности или заставляет опасаться близких эмоциональных связей. У матерей присутствует подсознательное чувство вины в связи с пониманием ими своего несоответствия тысячелетиями существующей социальной модели и как реакция — озлобление на объект, порождающий данную нравственную деформацию.

В результате зачастую такая мать старается скрывать свое подлинное отношение за неискренними словами и жестами, а нелюбимая дочь слышит что-то совсем другое и полностью усваивает еще один урок отторжения. В отличие от дочери «нормальной» матери, которая растет в отраженном ею свете любви, нелюбимая дочь как бы уменьшается в условиях такого тандема.

Какое послание не получают дочери матерей, неспособных проявлять свою любовь? И какую важнейшую информацию

сообщают своим детям любящие матери? Эмоционально-комфортное эмпатийное сообщение ребенку от матери вербально можно выразить следующей формулой: «Ты — тот, кто ты есть. Ты — то, что ты чувствуешь. Ты можешь быть хрупким и ранимым, ведь ты еще ребенок». Эту установку предлагает использовать в общении с детьми американская писательница Джудит Вiorст [1, с. 220].

Дочери, недополучившие материнской любви, слышат совершенно другие послания и получают прямо противоположные уроки. Негативное влияние матери может иметь различные психологические оттенки.

Разберем конкретный случай из собственной клинической практики. К психотерапевту обратилась женщина по имени Светлана, 33 года. Она не замужем, детей нет. Высшее образование, педагог начальных классов, к лишнему весу не склонна. Она — второй ребенок в семье, старший брат погиб в детском возрасте.

Эту клиентку все раздражало. Она не могла сосредоточиться ни на одной из своих проблем. Ее «бесил» сам психотерапевт, по ее мнению, слишком дотошно выпытывающий про прошлое,

раздражало много лет не исполняемое желание наладить отношения хоть с каким-нибудь мужчиной и выйти замуж, постоянные депрессии и т.д. После нескольких бесед-сеансов психотерапевт выявил у нее «отсутствие личной границы», крайне заниженную самооценку, болезненное реагирование на любую критику, на любую неудачу в целом, даже в мелочах.

В результате довольно продолжительного консультирования (несколько месяцев) психотерапевт смог пробиться к глубоко запятанному «тайному хранилищу» причин патологии. Женщина научилась себя отчасти контролировать, сосредотачиваться на одной проблеме и подробно рассказала о своем детстве. Анализ этого периода жизни был детальным, и в любом негативном окрашенном воспоминании сразу всплывал образ матери — не любящей, постоянно и обидно критиковавшей дочь за любые действия и даже нечаянно высказанные мысли, не предупреждавшей о своих поздних возвращениях, постоянно игнорировавшей все чувства и желания ребенка. Мать также постоянно сравнивала Светлану с другими детьми и всегда преувеличенно восхищалась ими, тем самым всячески принижая свою дочь.

По мере прохождения нескольких этапов психологического консультирования клиентка становилась более адекватной, начинала вспоминать и отмечать независимость от матери (даже маленькие шаги, которые до этого она обесценивала). Применение терапии посредством метода «Семейные системные расстановки по Берту Хеллингеру» помогли частично ответить на причины болезненных отношений матери и дочери. Потеряв первого ребенка — сына, мать не смогла переработать психологический удар и спрятала память о нем в подсознании. Эта сублимация страданий имела сильный побочный эффект переноса вины в смерти сына на родившуюся после него дочь. Отсюда постоянная критика и сравнение ее с другими детьми (идеализированными призраками сына).

Берт Хеллингер обратил внимание на то, что многие люди способны переживать чувства, которые не имеют к ним отношения, а являются эмоциональными реакциями кого-то из их семьи. Присваивая себе чужие чувства и переживая их, они приобретают уже собственные проблемы разного характера, включая нервные заболевания. Он заметил, что внутри каждой семьи есть определенное духовное (морфогенетическое) поле. К нему относятся, как правило, близкие по крови родственники. Таким образом, все члены семьи и те, кто находится или был в ее поле, сосуществуют в резонансе друг с другом [4, с. 120].

Теперь вернемся к нашей пациентке. Терапия закончилась по ее собственному желанию через шесть месяцев. Через месяц она вернулась на консультирование с внезапно возникшим страхом смерти, постоянными паническими атаками. В ходе дополнительного лечения рецидив был остановлен. Панические атаки и депрессии прекратились. Женщина встретила мужчину и стала жить с ним в «гражданском» браке, неплохо продвинулась в личном росте посредством чтения рекомендованных книг и тренингов. Таким образом, можно сделать вывод, что терапия данной травмы возможна.

Рассмотрим основные сценарии клинических паттернов в отношениях матери и дочери.

Увольнение. «Моя мама игнорировала меня», — говорит Светлана 33 лет. — Если бы я сделала нечто, что, по моему мнению, могло бы заставить ее гордиться, она либо отклонила бы

это как незначительное, либо снисвелировала каким-то другим способом. И я бы поверила ей» [3, с. 34]. Дочери, воспитанные *пренебрежительными матерями*, сомневаются в обоснованности собственных эмоциональных потребностей. Они чувствуют себя недостойными внимания и переживают глубокую, мучительную неуверенность в себе, все время испытывая сильное стремление к любви и утверждению.

Увольняющее поведение, как сообщают дочери, встречается по всему спектру отношений и может стать агрессивным, если мать активно и настойчиво «увольняет» дочь из взаимных отношений. Такая ситуация способна усилить потребность, подтолкнув дочь к активной форме вопроса: «Почему ты не заботаешься обо мне / не любишь меня, мама?» или «Почему ты игнорируешь меня?», либо подвинуть к действию в попытке исправить положение: «Я получу все хорошие оценки в школе или выиграю приз, и тогда она наверняка полюбит меня!» Ответом, как правило, увы, является неизбежное дальнейшее уклонение матери от любящего отношения, часто сопровождаемое полным отрицанием того, что произошло.

Контролинг. Во многих отношениях это еще одна форма пренебрежительного взаимодействия, хотя оно представляется с материнской стороны совсем по-другому, суть же в том, что *контролирующая мать* не признает свою дочь так же, как пренебрегающая. Эти матери управляют своими дочерьми, активно отказываются признавать обоснованность их слов или решений и прививают чувство незащищенности и беспомощности своим детям.

Недоступность. Эмоционально *недоступные матери*, те, которые последовательно «уходят» от близких отношений с дочерью или которые отказывают в любви одному ребенку, передавая ее другому, наносят иной вид ущерба. Это может даже не быть осознанным поведением. «Моя мама не имела это в виду, — пишет одна женщина, — но она была эмоционально отсоединена от меня и до сих пор такова».

Подобное поведение может включать отсутствие физического контакта (не обниматься, не утешать), невосприимчивость к воплям или проявлениям эмоций ребенка, равнодушие к его четко сформулированным потребностям по мере взросления и, конечно же, полный отказ от сколько-нибудь близких отношений.

Поглощение. В то время как первые два типа поведения описывают матерей, которые дистанцируются от своих детей, третий случай противоположен: эти матери не признают каких-либо границ между собой и своими детьми. Происходит буквально материнское удушение дочерней воли, такие женщины являются классическими *сценическими мамами* и сверхэмоционально переживают достижения своих детей, от которых они и требуют и в то же время поощряют.

Боевой паттерн. Понятие «война» характеризует этот вид взаимодействия. Такие матери никогда не признают своего агрессивного поведения, и они обычно очень осторожны, чтобы показывать его на публике. В данную группу входят женщины, которые за закрытыми дверями активно оскорбляют дочерей, *гиперкритичны*, сильно завидуют своим детям или соперничают с ними. Обвинения и вызов ощущения стыда — излюбленное оружие подобных женщин. Чтобы «победить», они могут использовать словесное и эмоциональное насилие, а то и прибегать к физической силе.

Ненадежность. Во многих отношениях это самое сложное и травмирующее поведение для дочери, потому что она никогда не знает, появится перед ней «хорошая мама» или «плохая». Все дети формируют мысленные образы того, на что похожи отношения в реальном мире, основываясь на их связях с матерями. Но вот у таких мам дочери усваивают, что эмоциональная связь чревата, непредсказуема и даже опасна.

Самостоятельность. Это отношение можно назвать *нарциссическим*. Такая мать видит свою дочь — если вообще видит — как продолжение себя, и ничего более. Она тщательно направляет поведение ребенка в соответствии с собственной рефлексией. Сильная личность, мать неспособна на сочувствие, вместо этого очень обеспокоена внешностью дочери и мнением о ней других. Эмоциональная связь с дочерью является поверхностной — хотя мать бы очень отрицала это, если бы ее спросили, — поскольку она сосредоточена на себе. Тактика, которую она использует, чтобы манипулировать своей дочерью и контролировать ее, позволяет ей самоутверждаться и чувствовать себя уверенно.

Перемена ролей. Довольно часто встречающийся сценарий, в котором дочь, даже в совсем раннем возрасте, становится помощницей или даже «матерью» своей собственной матери. Возникают такие отношения, например, в ситуации, о которой сообщила клиентка Галина, около 30 лет: «К тому времени, когда моей маме исполнилось 26 лет, у нее было четверо детей, мало денег и никакой поддержки. Я была самой старшей и к пяти годам уже стала ее помощником. Я научилась готовить, стирать и убираться по дому. Когда стала старше, характер отношений остался прежним, даже укрепился. Мама называла меня своим «добрым духом», но никогда не обращала внимания на меня, а только на моих младших братьев и сестер. Теперь, когда я взрослая, она по-прежнему не заботится обо мне, но действует скорее как очень критический, старший друг. Я думаю, что она отняла у меня мое детство».

«Мертвая мать». Впервые комплекс «мертвой матери» был определен и исследован знаменитым психоаналитиком

Андре Грином [2]. Необходимо отметить, что феномен «мертвой матери» происходит не из-за настоящей смерти матери, «мертвая мать» остается живой биологически, но при этом она умирает на психическом уровне, в силу ряда причин проваливается в глубокую депрессию (гибель дитя, родного человека, близкого друга или любого очень любимого объекта). Это может быть депрессия разочарования, которую вызвали процессы, произошедшие внутри семьи или у родителей (измена мужа, тяжело переживаемый развод, страдания, унижения, агрессия и т.д.).

Взрослые дети таких матерей рассказывают, что настоящий интерес и проявления заботы от матери они наблюдают, только если у них происходит что-то плохое, а когда все идет прекрасно, то создается ощущение, что мама не просто недовольна, а еще и расстроена этим обстоятельством. В этом и заключается суть «мертвой убивающей матери».

Выводы. Таким образом, установлено, что между матерью и ребенком существует пожизненная доверительная связь, определяющая природу отношений. Доверительная связь является базовым фактором, «ближайшей зоной», обеспечивающей безопасность и устойчивое развитие дитя. Искажение доверительной связи, основанной на любви, внимании и заботе, имеет разнообразные последствия, которые можно систематизировать как типологию индивидуальных проявлений, присущих каждому отдельному, рассматриваемому случаю и индивиду. Это говорит о сугубо личностном психотерапевтическом подходе при рассмотрении деформации связи и ее последствий. Последнее свидетельствует о глубине и общезначимости проблемы и ее разрешении на всех уровнях сознания целокупно. Проблема фиксируется в познавательной установке матери на поиске ответа и средств для ее устранения. Исследование показывает значимость классически поставленной проблемы и возможность для неклассического ее разрешения, когда описанный случай становится моделью и средством первичной диагностики для дальнейшего видения и погружения в спасительную реальность.

Библиографический список

1. Виорст Д. Необходимые потери. Нью-Йорк: Саймон и Шустер, 1968. 447 с.
2. Грин А. Комплекс мертвой матери // Livejournal. <https://www.livejournal.com/media/45359.html>
3. Кайли Аглиас. Разъединение и принятие решений: взрослые дети объясняют свои причины отчуждения от родителей. Австралийская социальная работа (2015) 69: 1, 92–104. 2015. С. 34.
4. Хеллингер Б. И в середине тебе станет легко. М.: Институт консультирования и системных решений, 2010.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ (ДИСПАНСЕРНОМ) ОСМОТРЕ ДЕТЕЙ ПСИХИАТРОМ

Бочарова Е. А., д.м.н., доцент, **Белова О. С.**, к.м.н., доцент, **Соловьев А. Г.**, д.м.н., профессор,
ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации,
Архангельск, Российская Федерация

Аннотация

Выделены группы риска психической патологии у детей раннего и дошкольного возраста с перинатальным поражением центральной нервной системы. Предложены методики для экспресс-диагностики психического здоровья детей в условиях профилактического (диспансерного) осмотра. Обосновывается целесообразность применения нейросонографии для скрининга отклонений нервно-психического развития у доношенных и недоношенных детей и раннего выявления детей групп риска.

Ключевые слова

Ранний и дошкольный возраст, группы риска, перинатальное поражение центральной нервной системы, психические отклонения, скрининг, экспресс-диагностика.

POSSIBILITIES OF DIAGNOSTICS AT PREVENTIVE (DISPENSARY) CHILD INSPECTION BY PSYCHIATRICIAN

Bocharova E. A., Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, **Belova O. S.**, PhD (Medicine),
Associate Professor, **Soloviev A. G.**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Northern State Medical
University of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Arkhangelsk, Russian Federation

Abstract

The risk groups of mental pathology in children of early and preschool age with perinatal damage of the central nervous system are identified. Methods for express diagnostics of children's mental health in the conditions of preventive (dispensary) examination are proposed. The feasibility of using neurosonography for screening deviations of neuropsychic development in full-term and premature children and early detection of children at risk is substantiated.

Key words

Early and preschool age, risk groups, perinatal damage to the central nervous system, psychical deviations screening, rapid diagnosis.

Раннее выявление психических отклонений — важная и сложная задача для детских психиатров. Выделение пяти основных групп здоровья детей до настоящего времени служит основой индивидуального наблюдения и лечения [4, 7]. Сроки и содержание диспансерного наблюдения принципиально не меняются.

С учетом того что подавляющее большинство детей относится к группе риска (ГР), конкретное содержание такого наблюдения требует внесения дополнений. В большей степени это касается детей с перинатальным поражением центральной нервной системы (ППЦНС), особенно недоношенных, требующих наблюдения командой специалистов.

Выбор схемы наблюдения должен основываться на утвержденных сроках прохождения медицинских осмотров пациентов этого возраста. Диспансерное наблюдение педиатром и неврологом осуществляется согласно срокам наблюдения за здоровыми детьми и имеющими проблемы со здоровьем.

При этом преемственный характер помощи определяет необходимость особого внимания педиатров к детям первого и/или второго годов жизни, снятых с неврологического наблюдения по причине выздоровления с полным угасанием неврологической симптоматики.

Для более раннего выявления психических расстройств у детей врачи-психиатры включили в перечень специалистов для проведения профилактических медицинских осмотров детей (диспансеризации) в возрасте до трех лет [5]. Оценка психического развития (состояния) в карте профилактического медицинского осмотра подразумевает следующее:

- для детей в возрасте 0—4 лет отмечается возраст развития познавательной, моторной, эмоциональной и социальной (контакт с окружающим миром) функций; предречевое и речевое развитие;
- для детей в возрасте от 5 лет отмечаются норма или нарушения психомоторной сферы, интеллекта, эмоционально-вегетативной сферы.

Профилактический осмотр врачом-психиатром позволяет выявить следующие категории **детей**:

- здоровые, без отклонений в развитии;
- ГР психической патологии;
- с нарушениями в развитии (умственная отсталость, задержка психического развития (ЗПР), нарушения речевого развития, слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата и пр.);

— с симптомами психических расстройств и заболеваний. Основываясь на результатах многолетнего изучения детей раннего и дошкольного возраста с нарушениями развития, мы выделили следующие ГР психической патологии [3].

Дети 1-го года жизни:

- с сочетанным воздействием факторов риска (ФР) и ППЦНС (дети с явной патологией, наблюдающиеся регулярно у педиатра и невролога, получающие восстановительные курсы лечения);
- с сочетанным воздействием ФР без указания на ППЦНС, с задержкой нервно-психического развития (НПР) на 1-м году жизни;
- с сочетанным воздействием ФР без задержки НПР на 1-м году жизни.

С 1 года до 3 лет:

- дети 2-го, 3-го года жизни с задержкой НПР на 1-м году жизни;
- дети 2-го, 3-го года жизни с установленным диагнозом ППЦНС на 1-м году жизни, снятые с диспансерного наблюдения неврологом, без задержки НПР;
- дети 2-го, 3-го года жизни с сочетанным воздействием ФР, без ППЦНС, без задержки НПР на 1-м году жизни.

С 4 до 6 лет:

- дети дошкольного возраста с отклонениями в психическом и речевом развитии;
- дети дошкольного возраста без отклонений в психическом и речевом развитии, имеющие в раннем анамнезе задержку в развитии речи.

На основе современных принципов оказания комплексной помощи нами предложены схемы и рекомендованы сроки наблюдения детей с ППЦНС, не противоречащие принятым на настоящем этапе, но включающие осмотры и динамическое наблюдение дифференцированных ГР специалистами не медицинского профиля [2].

На наш взгляд, наблюдение **клиническим** (медицинским) психологом, компетентным в вопросах возрастной и специальной психологии и владеющим психологическими методами изучения ребенка, могло бы в подавляющем большинстве случаев заменить осмотр врачом-психиатром детей в раннем возрасте. Регулярные наблюдения психологом начиная с 1-го года жизни дадут педиатру и педагогу ценную информацию о взаимодействии взрослых с ребенком, а также дополнительные сведения о ходе его эмоционального и когнитивного развития. Особенно нуждаются в психологическом обследовании и коррекции дети ГР.

Ряд вопросов организации реабилитационной помощи и медико-психолого-педагогической коррекции в отношении детей раннего возраста в первичном звене здравоохранения остается нерешенным. В их числе — подготовка психиатров, ориентированных на ранний возраст. В настоящее время детский психиатр осматривает ребенка данной возрастной

категории в 2 года и 6 лет. Нами было осмотрено 80 детей (49 девочек и 31 мальчик) в возрасте 5,5–6 лет, посещающих дошкольно-образовательные учреждения (ДОУ) общего типа. Выявлено, что у 56,3% детей (в 67,7% случаев у мальчиков, в 49,0% — у девочек) имелись нескорректированные нарушения речи; 5,0% детей, посещающих ДОУ, потребовалось дополнительное обследование у врача-психиатра: у 3,8% не исключалась ЗПР, у 1,2% — расстройства аутистического спектра. Профилактический осмотр врачом-психиатром детей в возрасте 6 лет позволяет выявлять отклонения психического развития на фоне речевых нарушений в рамках вторичной психопрофилактики. Период времени за один год до поступления в школу дает возможность специалистам провести углубленную диагностику, скорректировать выявленные нарушения до начала школьного обучения, определиться с дальнейшим образовательным маршрутом.

Диагностика психических нарушений включает три этапа: скрининг (выявление отклонений в психическом развитии и здоровье ребенка без точной квалификации их характера и степени), *дифференциальную диагностику* отклонений, *психолого-педагогическую диагностику*. Профилактические осмотры — это **скрининговый этап выявления отклонений в психическом здоровье ребенка**.

Особое внимание необходимо уделять тщательному подбору методик обследования, которые в условиях приема детского психиатра должны быть не только результативными, но и малозатратными по времени. Не исключается возможность использования опросников для родителей, заполняемых ими накануне приема.

При массовых медицинских обследованиях мы рекомендуем использовать методику «Опросник жалоб ребенка для выявления детей с пограничной нервно-психической патологией». Опросник применялся нами при обследовании детей, имеющих отклонения в развитии с целью выявления детей ГР и нуждающихся в психотерапевтической помощи [1]. Были обследованы дети в возрасте от 2,5 до 6 лет (в их числе дети с ЗПР — 28 человек и с речевой патологией (РП) — 44 ребенка). Полученные результаты сравнивались с данными обследования 26 детей, посещающих дошкольные образовательные учреждения общего типа.

Наибольшее число детей ГР по развитию вторичных отклонений в НПР было выявлено у детей 4–6-летнего возраста. Количество детей ГР в ДОУ общего типа составило 16%, т.е. каждый шестой ребенок без отклонений в развитии мог быть отнесен к ГР по развитию пограничной нервно-психической патологии. В группе с патологией количество таких детей было увеличено до 20%. Наиболее часто отмечаемые родителями в ДОУ общего типа жалобы преимущественно связаны с нарушениями в эмоционально-волевой сфере и расстройствами поведения, а именно раздражительностью (40%), несдержанностью (35%), гипердинамическими расстройствами (повышенная двигательная активность, отвлекаемость, расторможенность; 35%). Каждый пятый проявлял конфликтность, агрессивность, упрямство, капризность. У 15% дошкольников преобладали пониженное настроение, неуверенность в себе, трудности в общении; 15% детей испытывали разнообразные страхи, имели вредные привычки. В группе с патологией у детей

наиболее частыми были гипердинамические расстройства, упрямство, капризность, несдержанность, раздражительность, неадекватное привлечение к себе внимания. Значительно чаще у детей с психоречевыми нарушениями отмечались трудности в соблюдении дисциплины, пониженное настроение, сложности сосредоточения внимания.

Выбор методик определяется предпочтениями специалиста и временным ресурсом, которым он располагает. Для количественной оценки развития детей до 3 лет нами предложен «Способ оценки психического и речевого развития детей раннего возраста» [1]. Методика может использоваться родителями, позволяет обследовать большое количество детей. Преимуществом способа является наблюдение ребенка в естественной среде, а также то, что результат оценки не зависит от особенностей коммуникации ребенка с незнакомым взрослым. Родителям предлагается отметить наличие умений и навыков у ребенка. Для экспресс-диагностики во время профосмотра предлагаемая методика представлена в более наглядном варианте, без количественной оценки.

На этапе скрининга не следует исключать возможность объективных методов исследования. Так, применение нейросонографии (НСГ) для диагностики ППЦНС у детей позволяет в ранние сроки выявить широкий спектр церебральных нарушений и использовать ее результаты в качестве предикторов НПР. Специальной подготовки к исследованию не требуется. В настоящее время НСГ является основным методом диагностики перивентрикулярной лейкомаляции. Разработаны основные наиболее распространенные показатели, предложенные для оценки тяжести поражения головного мозга, прогнозирования развития и эффективности реабилитационных программ [6]:

- субэпендимальное кровоизлияние;
- диффузное и локальное повышение эхогенности перивентрикулярных зон;
- признаки внутриутробной инфекции;
- локальное и диффузное увеличение желудочков, увеличение межполушарной щели;
- перивентрикулярная лейкомаляция;
- внутрижелудочковое кровоизлияние.

Нейросонография может служить и методом прогноза отклонений развития у детей раннего возраста с перина-

тальным поражением головного мозга. Нами были изучены возможности применения результатов обследования методом НСГ для прогнозирования задержки НПР у детей раннего возраста с ППЦНС [3]. Было обследовано 116 детей первого года жизни с ППЦНС, в том числе 39% недоношенных.

Полученные результаты сравнивались с данными обследования 21 ребенка, не имеющих в анамнезе ППЦНС, отклонений в развитии. Практически все поражения головного мозга были диагностированы с помощью НСГ. Фактор этиологии ППЦНС не имел доминирующего значения для прогноза НПР по сравнению с массивностью (сочетанностью и тяжестью) церебральных расстройств. Полученные при НСГ данные были неспецифическими и, несмотря на идентичность при визуализации, имели различный механизм возникновения. Поэтому НСГ-признаки сами по себе не могут иметь прогностической значимости, а всегда требуют детализации (время появления, дальнейшая динамика, массивность поражения и т.д.).

Методы нейровизуализации должны входить в стандарт обследования ребенка с НПР, особенно в случаях неуточненного диагноза. Выявленные аномалии на НСГ в позднем неонатальном периоде, так же как и НПР в возрасте 1 года, являются критериями для включения детей в ГР, нуждающихся в динамическом наблюдении. Целесообразно применять НСГ в практике скрининговых обследований функционального состояния головного мозга детям 1-го года жизни с отягощенным перинатальным анамнезом ежеквартально на протяжении первых 6 месяцев жизни и по показаниям — во втором полугодии. По результатам данного исследования нами предложен «Алгоритм скрининга отклонений нервно-психического развития у доношенных и недоношенных детей на основе данных НСГ» для раннего выявления детей ГР отклонений в развитии и экспресс-диагностики отклонений НПР [2].

Динамическое наблюдение за развитием ребенка является одним из важных направлений деятельности амбулаторно-поликлинического звена. Предложенные методики для экспресс-диагностики психического здоровья детей при массовых медицинских обследованиях способствуют повышению эффективности скрининга.

Библиографический список

1. Белова О. С., Бочарова Е. А., Соловьев А. Г. Психодиагностика в раннем и дошкольном возрасте в практике детского психиатра. Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2019. 119 с.
2. Бочарова Е. А., Белова О. С., Соловьев А. Г. Психическое здоровье и отклонения в развитии у детей раннего и дошкольного возраста. Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2018. 114 с.
3. Бочарова Е. А., Сидоров П. И., Соловьев А. Г. Проблемный ребенок: психосоциальная адаптация и качество жизни / под ред. П. И. Сидорова. Архангельск: Издат. центр СГМУ, 2005. 217 с.
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2012 № 1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них».
5. Приказ Минздрава РФ от 10.08.2017 № 514н «О порядке проведения профилактических осмотров несовершеннолетних».
6. Свицкий А. В., Белова О. С., Сидоров П. И., Соловьев А. Г. Нейросонография как метод эндоэкологического прогноза задержки нервно-психического развития у детей раннего возраста с перинатальным поражением головного мозга // Экология человека. 2007. № 11. С. 35–40.
7. Яцык Г. В., Беляева И. А., Бомбардирова Е. П. и др. Диспансеризация новорожденных и детей грудного возраста // Российский педиатрический журнал. 2012. № 2. С. 22–25.

ВАЖНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Васянина Ю. Ш.,

заведующая отделом детской психиатрии диспансерного отделения,

Бойко Е. О., д.м.н., профессор,

ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» Министерства
здравоохранения Краснодарского края,
Краснодар, Российская Федерация

Аннотация

В статье представлены данные мониторинга суицидального поведения детей Краснодарского края, определены наметившиеся в ходе мониторинга общие тенденции, освещены вопросы профилактики аутоагрессивного и суицидального поведения несовершеннолетних, обозначены проблемы суицидологической службы региона и перспективы ее дальнейшего развития.

Ключевые слова

Суицидальное поведение, дети и подростки, профилактика суицидального поведения.

IMPORTANT ASPECTS OF PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOR IN CHILDREN AND ADOLESCENTS OF THE KRASNODAR REGION

Vasyanina Y. Sh., Head of the Department of Child Psychiatry of the Dispensary Department,

Boiko E. O., Doctor of Medical Sciences, Professor,

Specialized Clinical Psychiatric Hospital № 1 of the Ministry of Health of the Krasnodar Krai,
Krasnodar, Russian Federation

Abstract

The paper presents results of the monitoring of suicidal behavior in children of the Krasnodar region. Current trends in suicidal behavior of minors and the ways of suicide prevention are analyzed. The paper addresses problems affecting the regional health-care services in the field of suicide prevention and prospects for their further development.

Key words

Suicidal behavior, children and adolescents, prevention of suicidal behavior.

В системе здравоохранения Краснодарского края суицидологическая помощь населению осуществляется в рамках оказания специализированной психиатрической и психолого-психотерапевтической помощи. Деятельность психиатрической службы региона сфокусирована на проведении комплекса профилактических мероприятий, находящихся в ее компетенции, которые составляют малую часть в сложном, системном и межведомственном подходе к проблеме суицида.

С 2004 г. в Краснодарском крае ведется мониторинг суицидального поведения детей и подростков. В рамках углубленного анализа зарегистрированных случаев завершенных суицидов нами было выявлено, что до 2013 г. около 12% случаев можно было трактовать как сомнительные или ошибочные. Так, в медицинскую статистику завершенных суицидов попадали случаи гибели от обрушения зданий и пожаров; случаи отравления алкоголем, наркотиками и токсическими веществами; случаи, имеющие признаки внешних насильственных действий (убийств); случаи смертности от механической асфиксии при попадании рвотных масс

в дыхательные пути; практически все случаи обнаружения тел «в петле» и случаи падения с высоты; возможность же суицида при утоплении сразу исключалась. С 2014 г. совместная работа с краевым управлением ЗАГС и Краснодарстатом позволила снизить число ошибок до 2,1% начиная с 2017 г. Однако до настоящего времени актуальными остаются проблемы единых статистических данных в заинтересованных ведомствах. Так, сотрудники Следственного комитета, органов МВД и комиссий по делам несовершеннолетних края по-прежнему заносят все сомнительные случаи в свои ведомственные регистры как случаи суицида.

За весь период наблюдения (2004–2019 гг.) показатель распространенности **завершенных суицидов** несовершеннолетних в Краснодарском крае имел волнообразный характер с тенденцией к снижению. Максимальный его уровень составил 3,3 на 100 тыс. детского населения в возрасте до 18 лет в 2005 г., а минимальный — 0,53 в 2017 г.

Ведение информативного суицидального мониторинга с выявлением неспецифических факторов риска самопо-

вреждающего поведения и развития кризисных и суицидоопасных состояний и выступает одним из базовых условий организации эффективной универсальной профилактики суицидального поведения [2].

Важно отметить, что мониторинг суицидального поведения детей и подростков в Краснодарском крае, проводимый специалистами психиатрической службы, включает в себя регистрацию и анализ **всех форм суицидального поведения**: суицидальных мыслей, намерений, угроз и незавершенных суицидальных попыток, а не только случаев завершенных суицидальных попыток (собственно суицидов).

Относительный показатель распространенности **суицидальных попыток** среди детей и подростков также имеет волнообразный характер с тенденцией к снижению. Максимальный его уровень составил 19,4 на 100 тыс. детского населения в возрасте до 18 лет в 2005 г., а минимальный — 7,3 в 2018-м.

За весь период наблюдения можно выделить несколько устойчиво сложившихся тенденций.

Прежде всего отмечены явные возрастные и гендерные различия: значительное преобладание по возрасту подростков 15–17 лет (60–80%) и преобладание при суицидальных попытках девушек (65–80%), а при завершенных суицидах — юношей (60–70%).

По территориальному принципу большинство суицидальных попыток было зарегистрировано в городах, а погибали от суицидов чаще сельские подростки.

В случаях истинных суицидальных намерений чаще выбирались наиболее «травматичные» и потенциально летальные способы сведения счетов с жизнью (повешения, падения с большой высоты, прыжки под поезд, огнестрельные ранения), а в случаях демонстративного привлечения внимания к себе — нетяжелые медикаментозные отравления и повреждения (царапины, неглубокие порезы) преимущественно поверхностных вен запястья в сочетании с выраженными элементами манипулятивного поведения (широким обсуждением своих планируемых намерений с заблаговременным сообщением о них окружающим, подготовкой и рассылкой прощальных записок или писем).

В постсуицидальном периоде причинами попыток суицида большинством детей и подростков (более 70%) назывались конфликты в кровной или приемной семье (авторитарное воспитание с физическим и психологическим насилием, игнорированием базовых потребностей); при этом большинство несовершеннолетних были из внешне социально и материально благополучных семей, положительно характеризующихся в официальной документации. Сами подростки имели достаточный уровень успеваемости, характеризовались педагогами как спокойные, неконфликтные и не имеющие нарушений поведения, влекущих за собой постановку на профилактический учет. Следует отметить, что только в четверти случаев суицидальной попытке предшествовали острые кризисные ситуации (субъективно значимые семейные конфликты и ссоры, страх наказания за совершенный противоправный проступок). В подавляющем же большинстве случаев информация о внезапно остро возникших значимых стрессовых ситуациях в досуицидальный период отсутствовала, однако дети и подростки отмечали имевшие место в течение длительного периода конфликтные отношения

в семье и, как следствие, отсутствие у них желания общаться и взаимодействовать с родителями и близким окружением, сочетающееся с нарастанием ощущений непреодолимости создавшегося положения.

Значительно реже причинами суицидального поведения подростки называли отвержение в значимой группе сверстников (15–20%), неразделенные романтические чувства (5–10%) и проблемы успеваемости (5–10%). У подростков данной группы нередко встречались упоминания об одиночестве, скуке и «непонятости», но они не сопровождались желанием наладить общение и взаимодействие со сверстниками и намерениями изменить сложившуюся ситуацию либо содержали крайне нереалистичные представления о путях ее решения.

Важно отметить, что полученные нами эмпирические данные согласуются с мнением ведущих экспертов в вопросах суицидологии о том, что семейные факторы риска формирования суицидального поведения у подростков являются основными, а наиболее распространенные варианты патологического воспитания в семьях — это авторитарность с присущими ей жестокостью и насилием, воспитание по типу кумира семьи, безразличие, равнодушие и игнорирование базовых потребностей ребенка («сирота при живых родителях»). При этом главная составляющая в формировании гармоничной личности — безусловная любовь родителей к своим детям — в семье отсутствует [3].

При исследовании индивидуально-психологических особенностей детей и подростков суицидального контингента в целом выявлялись признаки выраженной социально-психологической дезадаптации [1], такие как низкий уровень рефлексии, повышенный уровень алекситимии, эмоциональная незрелость с категоричностью, амбивалентностью, импульсивностью, неадаптивными социальными установками, сужением круга общения, отсутствием интереса или негативным отношением ко всем основным сферам своей жизнедеятельности (обучению, взаимодействию с родителями, общению со сверстниками, собственному будущему), экстрапунитивными реакциями («не понимают», «недостойны»), сочетающиеся при этом с высоким уровнем притязаний наряду с самоуничижительными мыслями о неспособности достичь желаемого. Для лиц суицидального контингента был характерен также сниженный порог фрустрационной толерантности и социальной компетентности с отсутствием навыков эффективного совладающего поведения, ограниченными способностями поиска выхода из сложившихся ситуаций и истощением адаптационных возможностей, страхом перед будущим и возможными проблемами; суицидальное поведение явилось для них вариантом разрешения трудных жизненных ситуаций. Очень показательным, что для всех проанализированных случаев было характерно отсутствие у подростков доверительного контакта с родителями и окружающими взрослыми.

Важным показателем эффективности проводимой профилактической работы послужило увеличение количества выявленных детей группы риска (2004 г. — 0; 2019 г. — 16 человек), высказывавших суицидальные мысли, намерения и угрозы, но еще не совершавших суицидальные попытки, что позволило своевременно оказать необходимую

помощь и предотвратить суицидальные попытки с их стороны в дальнейшем.

В комплекс мероприятий, направленных на снижение числа несовершеннолетних с суицидальным поведением, входит деятельность специалистов психиатрической службы универсальной (первичной), селективной (вторичной) и антикризисной (третичной) по профилактике суицидов.

Целью универсальной профилактики суицидов является предотвращение возникновения суицидального поведения среди детско-подростковой популяции. Селективная включает в себя помощь детям и подросткам, находящимся в группе высокого социального риска, и несовершеннолетним, уже высказывающим суицидальные мысли и намерения, а антикризисная нацелена на работу с детьми и подростками после совершения ими незавершенной попытки самоубийства.

В рамках универсальной профилактики суицидов специалистами психиатрической службы на постоянной основе ведется межведомственная и междисциплинарная работа по повышению компетентности специалистов первичного звена здравоохранения, психологов, оказывающих помощь детям, сотрудников образовательных организаций (муниципальные и межрайонные обучающие семинары, вебинары, краевые научно-практические конференции), разработаны методические рекомендации для специалистов («Суицидальное поведение у детей и подростков», «Проблемы суицидального поведения у детей и подростков», «Как не допустить суицида»).

Систематически ведется информационно-просветительская деятельность, проводятся круглые столы, интерактивные семинары, тренинги, беседы и лекции по профилактике суицида и всех видов зависимости для учащихся и их родителей, созданы методические пособия для взрослых по вопросам распознавания кризисных состояний и суицидального риска у детей и подростков («Детская агрессия и суицид. Как избежать беды», «Как не допустить суицида»); для родителей выпущены брошюра «Диагностика суицидального поведения у детей», памятка «Если тебе дорог твой ребенок», а для учащихся листовки «Я живу, и это здорово!».

В структуре психиатрической службы края функционируют восемь кабинетов медико-социально-психологической помощи и восемь кабинетов «Телефон доверия», в том числе «Телефон доверия для детей и подростков». Ежемесячно проводятся заседания восьми «Школ для родителей, воспитывающих детей с особенностями психического развития», посвященные вопросам воспитания и сопровождения детей.

В сотрудничестве с краевыми СМИ в сфере информационно-психологической безопасности и формирования адекватной информационной политики по актуальным проблемам профилактики психических расстройств, депрессий, кризисных состояний и суицидов, а также пропаганде здорового образа жизни, систематически проводятся выступления на региональных и муниципальных телевизионных и радиоканалах, публикуются статьи в газетах и сети «Интернет».

В рамках селективной и антикризисной профилактики самоубийств специалистами психиатрической службы проводится оказание лицам суицидального контингента дифференцированной психиатрической и психолого-психотерапевтической помощи. В пресуицидальный период, после первичного обращения пациента на «Телефон доверия» или в кабинет медико-социально-психологической помощи, ребенок направляется на консультацию к врачу-психиатру. В постсуицидальный период после оказания неотложной помощи пациенты направляются на консультацию к районному врачу-психиатру, а в диагностически сложных случаях — к краевым специалистам. На каждом этапе осуществляются комплексное психолого-психиатрическое и функциональное обследование, дифференциальная диагностика и подбор адекватной терапии в амбулаторных или стационарных условиях, курсовая реабилитация под контролем психиатра и психолога по месту жительства.

Таким образом, специалистами психиатрической службы Краснодарского края в рамках компетенции на постоянной основе проводится комплекс профилактических мероприятий, направленных на превенцию дезадаптации, кризисных и суицидоопасных состояний. Однако эффективная профилактика суицидального поведения возможна только при системном межведомственном подходе.

Библиографический список

1. Амбрумова А. Г., Трайнина Е. Г. К вопросу о саморазрушающем поведении подростков // Саморазрушающее поведение подростков: сб. ст. Л.: Ленингр. н.-и. психоневрол. ин-т, 1991. С. 29–36.
2. Банников Г. С., Павлова Т. С., Кошкин К. А., Летова А. В. Потенциальные и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы) // Суицидология. 2015. № 4. С. 21–32.
3. Положий Б. С., Панченко Е. А. Суицидальная ситуация среди детей и подростков в России // Российский психиатрический журнал. 2012. № 9. С. 52–56.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ СУИЦИДОВ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ И МЕРЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ИХ ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ

Галако Т. И., к.м.н., доцент,

зав. кафедрой медицинской психологии, психиатрии и наркологии, Кыргызская государственная медицинская академия имени И. К. Ахунбаева, президент Кыргызской психиатрической ассоциации, Бишкек, Кыргызская Республика

Аннотация

Представлен анализ динамики суицидов и суицидальных попыток в Кыргызской Республике с акцентом на показатели детского и подросткового возраста. Приведены данные по возрастному, региональному и гендерному признакам. Представлены меры предотвращения суицидов среди детей и подростков, которые позволили снизить их распространенность и которые необходимо осуществлять в дальнейшем.

Ключевые слова

Динамика суицидов, суициды среди детей и подростков, меры предотвращения суицидов среди детей и подростков.

ANALYSIS OF THE SUICIDES DYNAMICS AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS IN THE KYRGYZ REPUBLIC AND MEASURES AIMED AT THEIR PREVENTION

Galako T. I., PhD (Medicine), Associate Professor,

Head of the Department of Medical Psychology, Psychiatry and Narcology at the Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, President of the Kyrgyz Psychiatric Association, Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract

The article presents an analysis of the dynamics of suicides and suicide attempts in the Kyrgyz Republic with an emphasis on indicators of child and adolescent age. Data on age, regional and gender characteristics are provided. Evidence-based measures to prevent suicides among children and adolescents are presented. Recommendations for exercising the preventive measures are outlined.

Key words

The dynamics of suicides, suicides among children and adolescents, measures to prevent suicides among children and adolescents.

Суициды на сегодняшний день являются одной из глобальных и наиболее острых проблем человечества, индикатором как психического здоровья, так и социального благополучия населения.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 2014 г. опубликовала обширный доклад под названием «Предотвращение самоубийств: глобальный императив». Согласно данным, приведенным в этом документе, в 2012 г. самоубийства составили 1,4 % всех летальных исходов в мире, заняв 15-е место среди причин смерти. Это вторая по частоте причина кончины молодых людей в возрасте от 15 до 29 лет. А неудавшиеся попытки убить себя совершаются гораздо чаще: на каждого погибшего приходится более 20 человек, попытавшихся, но не сумевших довести самоубийство до конца.

По данным ВОЗ, ежегодно около 1 млн человек умирают в результате суицида; «глобальный» коэффициент смертности составляет 16 на 100 000, или один случай смерти каждые 40 с [2]. За последние 45 лет показатели самоубийств воз-

росли во всем мире на 60%. В мировом масштабе в течение последних десятилетий наиболее высокая частота суицидов отмечалась среди пожилых людей. Однако, по данным веб-сайта Программы ВОЗ по профилактике суицидов (World Health Organization's Suicide Prevention Program (SUPRE)), частота самоубийств у подростков и юношей настолько возросла, что эта категория стала группой повышенного риска. В некоторых странах самоубийство является второй по значимости причиной смерти в возрастной группе от 10 до 24 лет. Среди детей и подростков в 2014 г. количество смертей увеличилось вдвое по сравнению с 2007-м [7].

Сравнение показателей распространенности самоубийств в разных странах затруднено из-за различий в характере, качестве, доступности отчетности, сбора и анализа данных [6].

Состояние проблемы суицидов в Кыргызской Республике (КР) в достаточной мере стало отслеживаться с 2008 г., когда при поддержке регионального бюро ВОЗ было проведено исследование суицидологической ситуации в стране [1].

На основе полученных результатов начали проводиться организационные мероприятия по превенции самоубийств.

Официальная статистика на текущий период отражена в данных Национального статистического комитета (НСК), которые показывают скорее обнадеживающие тенденции (рис. 1, 2).

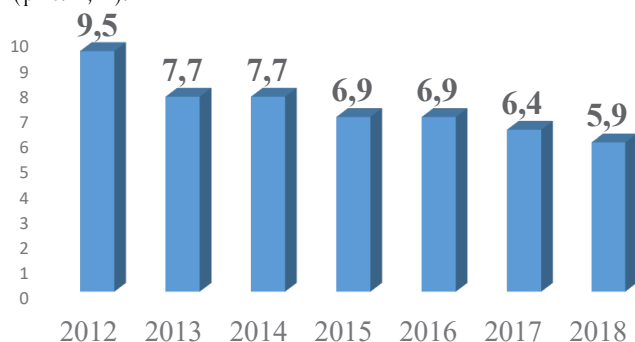


Рис. 1. Динамика суицидов за 2012–2018 гг. по КР (на 100 тыс. населения)

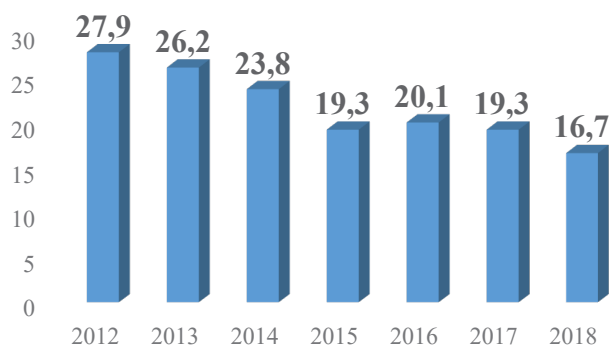


Рис. 2. Динамика суицидальных попыток за 2012–2018 гг. по КР (на 100 тыс. населения)

Из рис. 1, 2 видно, что наиболее высокий уровень распространенности завершенных суицидов за последние 7 лет отмечался в 2012 г.: 9,5 на 100 тыс. населения с последующим снижением до 5,9 в 2018 г.

Такая же тенденция отмечается по суицидальным попыткам: показатель распространенности на 100 тыс. населения в 2012 г. составил 27,9; к 2018 г. снизился до 16,6.

Приведенные статистические показатели, конечно же, говорят о положительной динамике, но вместе с тем не исключается возможность снижения выявляемости суицидов.

В табл. 1 представлены статистические данные по суицидам в разрезе регионов Кыргызстана. Явно прослеживается преобладание распространенности суицидов в трех областях – Иссык-Кульской, Чуйской и Нарынской. Такая же тенденция (но еще и в г. Бишкеке) наблюдается и по распространенности суицидальных попыток. В настоящее время проводится исследование, которое должно выявить причины высоких показателей суицидального поведения в этих регионах республики.

Опубликованные данные, по всей видимости, не отражают реальную проблему суицидов в стране. В киргизских семьях самоубийство считается большими грехом, и родственники предпочитают выдавать истинные суициды за «несчастные случаи». Можно считать, что в Кыргызской Республике, как, впрочем, и в других странах, суицидальное поведение подчиняется законам феномена «айсберга», когда большая

часть случаев остаются нераспознанными из-за влияния культуры, религии, заложенных в семье традиций и многих других факторов.

Таблица 1. Динамика суицидов по регионам КР за 2012–2018 гг. (на 100 000 населения КР)

Регионы КР	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Кыргызская Республика	9,5	7,7	7,7	6,9	6,9	6,4	5,9
Баткенская обл.	9,7	6,9	6,1	8,2	5,8	6,1	7,4
Джалал-Абадская обл.	3,8	2,8	3,9	2,7	2,9	1,4	1,5
Иссык-Кульская обл.	25,1	19,1	21,0	17,6	15,6	15,0	19,4
Нарынская обл.	14,6	13,0	17,2	13,8	13,2	15,2	10,1
Ошская обл.	5,3	6,2	5,8	4,4	3,9	3,8	2,8
Таласская обл.	5,1	12,4	6,1	8,4	4,3	3,1	3,8
Чуйская обл.	20,5	14,2	14,4	13,8	16,7	15,2	13,6
г. Бишкек	4,2	3,8	3,2	2,5	2,8	2,4	1,8
г. Ош	2,7	1,1	2,2	1,8	2,5	2,5	1,7

Динамика суицидального поведения по гендерному признаку показывает постепенное снижение завершенных суицидов и рост суицидальных попыток среди мужчин и обратное соотношение показателей среди женщин.

Следует обратить особое внимание на детско-подростковые суициды. По статистике, представленной НСК, их динамика нестабильна. Если до 2013 г. отмечалось снижение количества самоубийств, то в 2013 г. совершили суициды 8,3% детей в возрасте до 14 лет (рис. 3). В 2017 г. показатель оставался высоким, и далее наблюдается его снижение до 3,1% в 2018 г. Та же тенденция, но с более высокими показателями отмечается среди детей и подростков в возрасте от 15 до 19 лет (рис. 4).

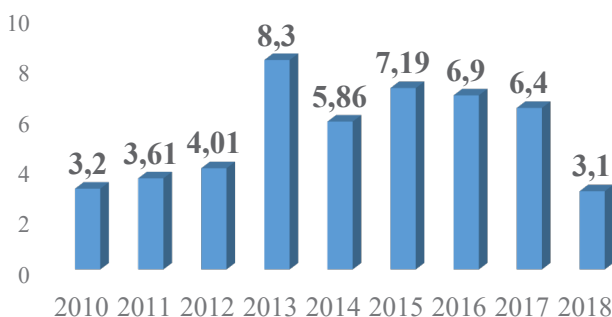


Рис. 3. Динамика соотношения завершенных суицидов среди детей в возрасте до 14 лет к общему количеству суицидов, %

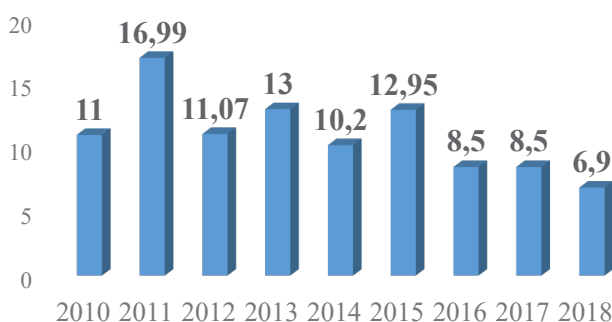


Рис. 4. Динамика соотношения завершенных суицидов среди детей и подростков в возрасте от 15 до 19 лет к общему количеству суицидов, %

Количество суицидальных попыток среди детей и подростков в возрасте до 19 лет, по данным Республиканского медико-информационного центра (РМИЦ), постепенно снижается. В 2018 г. дети до 14 лет совершили суицидальные попытки в 3,1 % случаев, а подростки — в 6,9 % случаев от общего количества суицидальных попыток по республике.

По гендерному признаку не отмечается значимых отличий этого показателя по сравнению с взрослыми лицами.

В разрезе областей в 2018 г. наиболее часто самоубийства совершали дети и подростки в Ошской, Таласской и Нарынской обл., а суицидальные попытки — в Ошской, Джалал-Абадской и в г. Бишкеке. Эти показатели требуют выявления и изучения причин высокого уровня суицидов и суицидальных попыток в определенных регионах республики.

Проведенный анализ суицидологической ситуации в Кыргызстане показал, что среди причин самоповреждений у молодых людей доминируют конфликты в семье. Чаше это семейные ссоры двух поколений — «отцы и дети», после которых последние совершают суицидальные попытки. Достаточно большой процент занимают конфликты с другом, подругой, сверстниками. Среди прочих проблем отмечаются такие, как беременность, «украли без согласия», смерть близких людей и т.п.

Разные исследования отмечают близкую связь между суицидальным поведением и отношением «родитель — ребенок». В результате высокой миграции населения за рубеж дети и подростки остаются без соответствующего родительского воспитания и поддержки. Культурные и социальные нормы являются другой причиной добровольного ухода из жизни. К сожалению, объем исследования не позволил получить полной информации об образовательном уровне суицидентов, семьях, в которых они проживали, и других аспектах суицидального поведения среди детей и подростков.

На основе полученных при исследовании данных начали проводиться организационные мероприятия по превенции суицидов. Была разработана и внедрена по всем регионам республики учетно-регистрационная форма по самоубийствам. В 2011 г. получены первые результаты стандартизованного мониторинга суицидологической ситуации.

Результаты исследования явились основой для разработки Программы Министерства здравоохранения КР по предупреждению суицидов в Кыргызской Республике на 2012–2015 гг., утвержденной приказом МЗ КР от 25.12.12 № 28 [3]. Целью программы стали разработка и внедрение в практику здравоохранения Кыргызской Республики комплекса мероприятий по организации системы превенции суицидов среди населения республики, по профилактике суицидального поведения, снижению числа самоубийств и уровня медико-социальных последствий, связанных с данной проблемой. Программа включала шесть компонентов.

1. Укрепление психического здоровья и благополучия, предотвращение психических проблем.

2. Предоставление доступных и эффективных лечебно-диагностических и реабилитационных услуг лицам с суицидальным поведением на всех уровнях здравоохранения.

3. Совершенствование учета и регистрации суицидальных действий, а также критериев оценки и эффективных механизмов мониторинга проблем, связанных с суицидами.

4. Снижение суицидальных наклонностей среди детей и подростков.

5. Ограничение доступа к средствам совершения самоубийства.

6. Достижение эффективного межсекторального взаимодействия государственных и неправительственных структур в решении проблем, связанных с суицидами.

В свою очередь четвертый компонент предусматривал:

1) разработку образовательных обучающих программ для персонала школ и школьных психологов по выявлению признаков состояний дистресса у школьников с целью ранней диагностики суицидального поведения;

2) выявление случаев употребления психоактивных веществ школьниками с выделением их в качестве группы риска для проведения психокоррекционной работы;

3) обучение врачей Центров семейной медицины выявлению признаков состояний дистресса у несовершеннолетних;

4) разработку нормативных актов, услуг и стратегий с целью профилактики по предупреждению и снижению уровня суицидов среди несовершеннолетних;

5) разработку нормативов о продолжительности пребывания детей в интернет-клубах и других игровых заведениях в зависимости от возраста и времени суток.

Определенная часть этих мероприятий была реализована, а некоторые оказалось невозможно выполнить, так как требовалось межсекторальное взаимодействие.

Учитывая это обстоятельство, Правительством Кыргызской Республики было опубликовано распоряжение от 22.03.2016 № 120-р, в соответствии с которым утвержден межведомственный план мероприятий по профилактике суицидов, правонарушений и преступлений среди детей и молодежи на 2016–2018 гг. [5]. Реализация плана привела к улучшению суицидологической ситуации в стране, но не решила проблему предупреждения самоубийств в целом с учетом региональных, культурных и этнических особенностей.

1 марта 2018 г. была утверждена Программа Правительства Кыргызской Республики по охране психического здоровья населения на 2018–2030 гг., одним из компонентов которой является «Предупреждение суицидов» [4]. Были определены следующие задачи.

1. Формирование плана действий государства по предупреждению суицидов.

2. Совершенствование системы учета суицидальных действий.

3. Повышение информированности населения по проблемам суицидов и факторам, предрасполагающим к ним.

Для реализации вышеназванных задач предусмотрены следующие меры.

1. Разработать и утвердить межведомственный план действий по предупреждению суицидов.

2. Повысить потенциал специалистов организаций здравоохранения по вопросам, связанным с профилактикой и оказанием помощи при суицидах (особенно на уровне ПМСП).

3. Разработать и внедрить единую методологию регистрации и учета суицидов как на уровне Минздрава, так и на национальном уровне.

4. Провести информационно-разъяснительные мероприятия среди населения по проблемам суицидов и фак-

торам, предрасполагающим к ним, с учетом региональных, возрастных, половых, культурных, этнических, религиозных особенностей.

Кроме того, разработан подробный план мероприятий по реализации данного компонента Программы.

В настоящее время активно проводятся мероприятия, направленные на предупреждение суицидов, особенно среди детей и подростков, но предстоит еще большой объем работы со стороны многих министерств, ведомств и других организаций по дальнейшей эффективной реализации компонента Программы Правительства КР «Предупреждение суицидов».

Библиографический список

1. Отчет по изучению суицидологической ситуации в Кыргызской Республике. Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008.
2. Предотвращение самоубийств: глобальный императив / ВОЗ, Европейское бюро, 2014.
3. Программа Министерства здравоохранения Кыргызской Республики по предупреждению суицидов в Кыргызской Республике на 2012–2015 г.; утв. приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 25.12.12 № 28.
4. Программа Правительства Кыргызской Республики по охране психического здоровья населения Кыргызской Республики на 2018–2030 гг.; утв. Постановлением Правительства Кыргызской Республики от 1.03.2018 № 119.
5. Распоряжение Правительства Кыргызской Республики от 22.03.2016 № 120-р.
6. *Ernst C. L., Goldberg J. F.* Antisuiicide properties of psychotropic drugs: a critical review // *Harv Rev Psychiatry*. 2004. Jan-Feb; 12(1):14–4.
7. Quickstats: Death rates for motor vehicle traffic injury, suicide, and homicide among children and adolescents aged 10–14 years. United States, 1999–2014 // *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2016. 65(43), 1203 [Электронный ресурс]. URL: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6543a8>.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА И ИХ РОДИТЕЛЕЙ: ВОЗМОЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ НАРУШЕНИЙ

Галасюк И. Н., к.пед.н., доцент,
ФГБОУ ВО «Московский государственный
психолого-педагогический университет»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

В статье рассматривается проблема взаимовлияния психического здоровья родителя и ребенка. Представлен теоретический анализ данной проблемы на трех уровнях: психофизиологическом, индивидуально-психологическом и личностно-смысловом. Возможным направлением профилактики нарушений здоровья родителя и ребенка являются формирование и развитие родительской отзывчивости. Данное утверждение проиллюстрировано с помощью кейса участников кросс-культурного исследования детско-родительского взаимодействия.

Ключевые слова

Психическое здоровье, уровни здоровья, родитель, ребенок раннего возраста, родительская отзывчивость.

MENTAL HEALTH OF CHILDREN OF EARLY AGE AND THEIR PARENTS: RESOURCES AND POSSIBLE DIRECTIONS OF PREVENTION OF VIOLATIONS

Galasyuk I. N., PhD (Pedagogy), Associate Professor,
Moscow State University of Psychology and Education,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The paper deals with the problem of parent-child interactions as a factor affecting mental health. Psychophysiological, individual-psychological, and personal-semantic aspects of the problem are analyzed. Parental responsiveness is considered as a measure for mental health maintenance. This statement is proved by the results of a cross-cultural study of child-parent interaction.

Key words

Mental health, health levels, parent, young child, parental responsiveness.

Проблема психического здоровья человека и его антагониста «болезни» волнует сегодня как научное сообщество, так и практикующих психологов, психотерапевтов, психиатров, в деятельности которых предполагаются разные средства для решения задач лечения и профилактики нарушений. Наряду с познанием природы болезней все большее внимание уделяется поиску факторов, улучшающих здоровье, профилактике нарушений психического здоровья. Следует заметить, что существуют разногласия в определении самого понятия «психическое здоровье». В связи с различными точками зрения исследователей на соотношение между терминами, состояниями и процессами психического и психологического здоровья этот вопрос нуждается в дальнейшем углубленном изучении [1, с. 16]. В данной работе мы опираемся на предложенное Б. С. Братусем трехуровневое построение здоровья, где первый уровень — *психофизиологическое здоровье*, который обусловлен нормальным функционированием мозга; на втором — *индивидуально-психологическое здоровье*, определяющее адекватную социально-адаптивную реализацию индивидуальных потребностей; в качестве

третьего уровня рассматривается *личностно-смысловой уровень*, детерминирующий качество смысловых отношений человека с окружающей действительностью [4, с. 12]. Психологическое здоровье рассматривается нами в отношении родителей и детей раннего возраста.

Тема родительства на сегодняшний день интенсивно разрабатывается в психологической науке [10–14 и др.]. В результате предыдущих исследований нами была разработана методика оценки детско-родительского взаимодействия, с помощью которой мы диагностировали родительскую отзывчивость в семьях с особыми детьми и детьми, развивающимися в рамках нормы [7]. В ракурсе внимания в данной статье — взаимосвязь между психическим здоровьем родителя и психическим здоровьем ребенка раннего возраста и те ресурсы, которые помогают родителям заложить основу здоровья ребенка на всех трех уровнях: соматическом (организм), психическом (индивид), психологическом (личность) [9, с. 28].

Психофизиологическое здоровье родителя и ребенка раннего возраста. Теоретический анализ современной научной литературы позволяет получить убедительные доказательства

о том, что соматическое здоровье родителя оказывает влияние на социально-эмоциональное и нейрокогнитивное развитие ребенка [3], на развитие «социального» мозга — той его части, в которой «формируется процесс управления чувствами в соответствии с действиями других людей» [8, с. 11]. Поведение матери влияет на развитие нервной системы, отделов мозга, отвечающих за эмоциональные реакции и играющих определяющую роль в способности человека контролировать эмоции на протяжении всей жизни [18]. Родители выполняют внешнюю регулирующую функцию эмоций и физиологической реактивности, внутреннего опыта и поведения ребенка раннего возраста [16].

Есть и обратная связь между психофизиологическим здоровьем ребенка и родителя, при которой обнаружено влияние состояния ребенка на здоровье родителя [12, 13, 15]. Следует отметить, что развитие современной медицины повышает вероятность выхаживания детей, относимых к группе риска. Это дети, рожденные с помощью технологии экстракорпорального оплодотворения (ЭКО); недоношенные дети; дети, рожденные методом кесарева сечения, а также дети с нарушениями в развитии. Исследования взаимодействия родителей с детьми группы риска констатируют нарушения родительского отношения и чувствительности родителя к нуждам ребенка, что обусловлено высоким уровнем стресса, который испытывают родители. Констатируется высокий риск развития депрессивных расстройств у матерей, чьи дети имеют нарушения в развитии [12].

Индивидуально-психологическое здоровье родителя и ребенка раннего возраста. Рассматривая проблему психического здоровья современных родителей, следует отметить, что в семьях, где биологические родители и ребенок здоров, матери могут испытывать высокий стресс, осуществляя уход за младенцем и ребенком раннего возраста, что рождает негативные проявления в поведении родителя. Ученые связывают это со снижением ощущения психологического благополучия молодых матерей, что выражается в экзистенциальном переживании ими своей жизни как недостаточно полной, цельной, насыщенной, т.е. является некоторым интегральным отношением к своему бытию.

В семьях с детьми группы риска процесс ухода и воспитания требует большего родительского внимания и времени, нежели в семьях с нормально развивающимся ребенком. Проблемы вовлеченности родителей в жизнь ребенка и их самореализации в таких семьях многократно обостряются [13, 15].

Личностно-смысловой уровень здоровья родителя и ребенка раннего возраста. В предыдущих исследованиях мы отмечали, что становление и формирование родительства особого ребенка затруднено в силу его несоответствия критерию, по которому родительство выделяется из окружающей среды как система, поскольку не может выполнить традиционное назначение — воспитание здорового потомства [6]. Такое назначение родительства находит свое отражение в глубинных слоях осмысления жизни родителем. Как всякая идея, смысл содержит «в переработанном виде аффективное отношение человека к действительности... Он позволяет раскрыть прямое движение от потребности и побуждений к известному направлению его мышления и обратное движение от динамики мысли к динамике поведения и конкретной деятельности личности»

[5, с. 22]. Такое единство аффективных и интеллектуальных процессов, согласно Л. С. Выготскому, представляет собой динамическую смысловую систему, образующим фактором которой выступает личностный смысл. Он представляет собой важный аспект мотивационно-смысловых отношений субъекта к миру, другим людям, самому себе и, безусловно, оказывает влияние на психическое здоровье субъекта.

Л. И. Божович отмечает, что главным фактором формирования личности маленького человека является взрослый, поддержка и одобрение которого составляют необходимое условие «уравновешенности» ребенка с окружающей его средой и переживания им эмоционального благополучия. Далее автор уточняет, что ребенок стремится к одобрению взрослых, «санкции» которых являются важнейшими регуляторами его поведения. Развитие здоровой личности ребенка, таким образом, зависит от того, насколько обладает здоровьем на личностно-смысловом уровне его родитель [2].

В связи с этим актуально выявление паттернов поведения родителя, положительно/отрицательно влияющих на развитие ребенка. В представленной работе мы сочли уместным проиллюстрировать влияние родительской отзывчивости на развитие детей на примере результатов оценки одной диады — «мать — ребенок раннего возраста», полученных нами в рамках кросс-культурного исследования детско-родительского взаимодействия в России и Вьетнаме [17]. В данном кейсе продемонстрированы высокие результаты ребенка по шкале адаптивного поведения (методика Бейли) и показаны маркеры родительской отзывчивости [7], которые имели в основном положительные значения как по длительности, так и по частоте, что представлено в табл. 1.

Таблица 1. Результаты диагностики адаптивного поведения ребенка и родительской отзывчивости

Метод	Шкалы	Результат	
Бейли (диагностика ребенка)	Д, Мо	Выше нормы	
	Сэ, Общ, ЗБ, УЗС, СР, Соц	Норма	
	—	Ниже нормы	
ЕСРІ (диагностика родительской отзывчивости)		Длительность	Частота
	Невербальный +	07:03	92
	Отзеркаливание +	00:18	9
	Дистанция +	00:19	28
	Разделенное внимание +	02:26	33
	Комментарии действий ребенка +	02:03	107

Сэ (социально-эмоциональная шкала): определяет уровень развития социально-эмоциональных навыков ребенка и включает интерес к окружающему миру, способность сообщать о своих потребностях, привлекать внимание других и устанавливать отношения со взрослыми, целенаправленно использовать эмоции для выражения своих чувств и использовать данные эмоциональные сигналы для решения своих проблем.

Общ (общение): речь ребенка, мимика, жестикуляция.

ЗБ (здоровье и безопасность): проявление осторожности и способность избегать физической опасности.

Д (досуг): формы игры.

УЗС (уход за собой): поведение ребенка во время еды, туалета, купания.

СР (саморегуляция): проявление самообладания, следование указаниям, осуществление выбора.

Соц (социальная среда): умение ладить с окружающими, манеры, помощь другим, распознавание эмоций.

Мо (моторика): передвижение — ползание, ходьба, бег; манипулирование предметами — берет предметы, крутит в руке и пр.

Представленные в табл. 1 данные свидетельствуют о том, что ребенок демонстрирует высокие результаты диагностики психического развития, адаптивного поведения (методика Бейли). Безусловно, эти результаты обусловлены множеством факторов. Среди них и биологические предпосылки, и социальная ситуация развития этого конкретного ребенка, и др. Однако, с нашей точки зрения, подобные результаты связаны и с высокой родительской отзывчивостью, диагностика которой проводилась с помощью методики ЕСПИ [7]. Родитель во время взаимодействия с ребенком создает положительный эмоциональный фон общения, отзеркаливает чувства и действия маленького человека, следует за фокусом его внимания и комментирует чувства и действия. Все

вышеперечисленные индикаторы поведения имеют важное значение для создания фундамента психического здоровья ребенка [2, 3, 5, 7, 8, 10, 11 и др.]. Важным для развития ребенка, как отмечает М. М. Лисина, является «тесная согласованность в функционировании пары «ребенок — взрослый», поразительно тонкое и точное совпадение их действий, стройная гармония взаимодействия, которая не осознается не только ребенком, но и старшим партнером» [11, с. 272]. В случаях, когда родитель не может проявлять такой согласованности и отзывчивости интуитивно, это может стать одним из направлений работы специалистов в области профилактики нарушений развития ребенка и повышения психологического благополучия родителя.

Заключение. Психическое здоровье родителей и детей взаимосвязаны. Стиль и качество родительского поведения влияют на психическое здоровье ребенка начиная с его рождения. Одним из ресурсов, благодаря которому повышается психологическое благополучие и родителя и ребенка, являются формирование и развитие отзывчивости, вовлеченности, чувствительности родителя. Развитие этих характеристик в его поведении способствуют снижению родительского стресса, повышению уверенности и компетентности родителя и служат одним из направлений профилактики нарушений в развитии ребенка.

Библиографический список

1. Аlesiшчева А. В., Самойлов Н. Г. Современные представления о психическом и психологическом здоровье человека // Психическое здоровье и образование: материалы II Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века», 5–7 октября 2018 г. М.: Городец, 2018. С. 16–18.
2. Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте. СПб.: Питер, 2008. 400 с.
3. Борьсон Б., Бриттен С., Довбня С. В., Морозова Т. Ю., Пакеринг К. Ранние отношения и развитие ребенка. СПб.: Питер, 2009. 160 с.
4. Братусь Б. С. Аномалии личности. М.: Мысль, 1988. 301 с.
5. Выготский Л. С. Собрание сочинений: в 6 т. Т. 2. Проблемы общения психологии / под ред. В. В. Давыдова. М.: Педагогика, 1982. 504 с.
6. Галасюк И. Н. Родительство особого ребенка: специфика смыслов и зрелость родительской позиции // Современные исследования социальных проблем. 2015. Т. 9 (53). С. 627–642.
7. Галасюк И. Н. Семейная психология: методика «Оценка детско-родительского взаимодействия» (еспи-2. 0) / под ред. И. Н. Галасюк, Т. В. Шининой. М.: Юрайт, 2019. 223 с.
8. Герхардт С. Как любовь формирует мозг ребенка? М.: Этерна, 2012.
9. Джидарьян И. А. Психологическое здоровье: проблема науки или удвоение понятий? // Психологическое здоровье личности и духовно-нравственные проблемы современного российского общества. М.: Институт психологии РАН, 2014. С. 19–34.
10. Карабанова О. А. Детско-родительские отношения и практика воспитания в семье: кросс-культурный аспект // Современная зарубежная психология. 2017. Т. 6. № 2. С. 15–26.
11. Лисина М. И. Формирование личности в общении. СПб.: Питер, 2009. 320 с.
12. Малер М. С., Пайн Ф., Бергман А. Психологическое рождение человеческого младенца: симбиоз и индивидуация / пер. с англ. М.: Когито-центр, 2014. 412 с.
13. Ткачева В. В., Левченко И. Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: метод. пособие. М.: Просвещение, 2008. 239 с.
14. Филиппова Г. Г., Абдуллина С. А. Формирование внутренней позиции родителя в онтогенезе // Психолого-педагогические исследования. 2016. Т. 8. № 4. С. 142–152.
15. Шипицина Л. М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе: социализация детей с нарушением интеллекта. 2-е изд. СПб.: Речь, 2005.
16. Callaghan B. L., Tottenham N. The Neuro-Environmental Loop of Plasticity: A Cross-Species Analysis of Parental Effects on Emotion Circuitry Development Following Typical and Adverse Caregiving // Neuropsychopharmacol. Off. Publ. Am. Coll. Neuropsychopharmacol. 2016. V. 41 (1). P. 163–176.
17. Shvedovskaya A. A., Galasyuk I. N., Shinina T. V., Nguyen Thi Hang, Nguyen Tuyet Lan. Cross-cultural specifics of interaction between a significant adult and a child in Russia and Vietnam // Book of abstract ECP. 2019. P. 395.
18. Tottenham N. Social scaffolding of human amygdala-mPFC circuit development // Soc. Neurosci. 2015. V. 10 (5). P. 1–11.

Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта РФФИ № № 19-513-92001.

СОБЫТИЙНОСТЬ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ ФОРМИРОВАНИЯ SELF SKILLS

Галой Н. Ю., к.псих.н.,
ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

В статье описываются результаты экспериментального исследования бакалавров третьего курса (будущих педагогов), обосновывающие актуальность развития self skills как основы всего компетентностного профиля профессионала в сфере педагогической деятельности. Раскрывается содержание self skills, и предлагается метод развития этих навыков в рамках событийного подхода.

Ключевые слова

Событие, событийность, рефлексия, каузометрия, субъективная картина жизненного пути, self skills.

EVENTFULNESS AS A PSYCHOLOGICAL MECHANISM OF SELF SKILLS FORMATION

Galoy N. Yu., PhD (Psychology),
Moscow State Pedagogical University,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The paper describes results of an experimental study for developing professional competence among the third-year bachelors (future teachers) of the Institute for Foreign Languages at the Moscow State Pedagogical University. Mastering self-skills in education is considered as a key factor for a teacher professional development. Recommendations to improve self-skills with the use of the event-based approach are proposed.

Key words

Event, co-existence, reflection, causometry, subjective picture of life path, self skills.

Тема компетенций является одной из самых обсуждаемых в контексте мирового образовательного пространства. В целях согласования запросов стремительно развивающегося общества и степени соответствия им выпускников высших образовательных учреждений исследователи пытаются найти уникальное сочетание ключевых компетенций, которое обеспечивало бы профессиональную эффективность и жизнестойкость специалистов в сверхсложных условиях неопределенного будущего. Такой дискурс развивается в терминологическом поле так называемых скилов (в переводе с англ. skills — «навыки, умения»). Первоначально речь шла о двух видах навыков: hard skills и soft skills. Под hard skills понимают технические навыки, определяемые спецификой конкретной работы. Под soft skills понимают «гибкие» навыки, которые в психологии традиционно относят к числу социально-коммуникативных: умение убеждать, лидировать, работать в команде, вести переговоры, а также креативность, управление временем и др. [9]. Недавно эта дихотомия пополнилась цифровыми навыками — digital skills. А сегодня в фокусе внимания находятся self skills, понимаемые в целом как навыки «строительства самого себя» (Э. В. Галажинский [7]). По мнению доктора психологических наук, профессора, действительного члена РАО, ректора ТГУ Э. В. Галажинского, self skills составляют основу, ядро всего компетентностного профиля

профессионала [7]. Self skills — это навыки осознания своего потенциала и творческого выстраивания на его основе вектора профессионального развития в контексте своего жизненного пути в целом. Формирование этих навыков представляет собой сложную личностную работу, результатом которой является выход на новый экзистенциальный уровень самодетерминации, что позволяет организовывать свою жизнь более осознанно.

Д. А. Леонтьевым описана очень подходящая для развития self skills практика «жизнетворчества», которую автор определяет как «лично ориентированную практику развития и коррекции отношений с миром. При этом, если мы отказываемся от задачи формирования нового человека по заранее известной мерке, встает задача определить, в каком направлении и как его развивать. Единственный позитивный критерий жизнетворческого эффекта — критерий расширения жизненного мира» [5, с. 106]. Предполагается, что если человек уже обладает широким сознанием, насыщенной событийно-смысловой наполненностью картины мира, развитыми способностями антиципации и планирования, а также возможностью выбирать, то он сам выберет именно такой образ действий, какой ему будет лучше [5].

Однако, если речь идет о современной студенческой молодежи, то мы обоснованно можем утверждать, что

выпускники школы приходят в университет в первую очередь, чтобы самоопределиться, научиться выстраивать свой жизненный путь осмысленно и творчески. В связи с этим обратимся к анализу анкетирования бакалавров третьего курса Института иностранных языков Московского педагогического государственного университета. Обследование проводилось в октябре 2019 г., в нем приняли участие 143 студента (131 девушка и 12 юношей).

Молодым людям было предложено анонимно ответить на два вопроса анкеты.

Первый вопрос: «Что повлияло на выбор вами обучения по направлению «Педагогическое образование» в сфере иностранного языка? Выберите из предложенных вариантов ответов и добавьте свои. Проранжируйте ответы в порядке убывания их значимости в вашей иерархии мотивов выбора профессии на этапе поступления в университет». Ответы по частоте встречаемости распределились так, что первые пять наиболее популярных выборов следующие: 1 — осознание своих способностей и склонностей к изучению иностранного языка; 2 — желание получить фундаментальное классическое образование в одном из ведущих вузов страны с целью дальнейшего выбора профессии; 3 — последовал(а) примеру любимого учителя; 4 — уверенность в возможности трудоустройства по окончании обучения; 5 — любовь к детям и желание взаимодействовать с детьми в рамках профессии.

Второй вопрос: «Планируете ли вы сейчас (на момент опроса) по окончании бакалавриата профессионально реализовываться по специальности «Учитель иностранного языка»?». Анализ результатов выявил утвердительный ответ у 25 % респондентов, отрицательный — у 21 % опрошенных, и 44 % студентов не определились с дальнейшим профессиональным выбором, что подтверждает принципиальную важность приобретения ими *self skills*.

Соотношение *hard skills*, *soft skills*, *digital skills* и *self skills* в компетентностном профиле профессий будет разное. Однако если речь идет о педагогической деятельности, то *self skills* здесь играют ключевую роль, потому что педагог — профессия личностная. Учитель «созидает» личность ребенка прежде всего своей личностью, своей индивидуальностью. Только внутренне целостный, рефлексиирующий, удовлетворенный собой и собственной жизнью, духовно благополучный, целеустремленный и самореализующийся в своей профессии педагог способен воспитать психологически здоровую личность.

В приказе Минобрнауки России от 22.02.2018 № 121 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования — бакалавриат по направлению подготовки 44.03.01 Педагогическое образование» (зарегистрировано в Минюсте России 15.03.2018 № 50362) представлен перечень компетенций, в котором *self skills* могут быть соотнесены с категорией универсальных компетенций, а именно УК-6: «Способен управлять своим временем, выстраивать и реализовывать траекторию саморазвития на основе принципов образования в течение всей жизни» [6]. Кроме того, в рамках национальной системы профессионального роста педагогических работников проводятся конкурсные мероприятия, организовываются центры непрерывного повышения педагогического мастерства

во всех субъектах России. В фокусе внимания оказываются прежде всего учителя в возрасте до 35 лет, потому что в это время происходит самоутверждение в профессии. Следовательно, принципиально важно, особенно для представителей педагогической профессии, сформировать определенный жизненный стержень, вектор, который наполняет жизнь смыслом, вносит стабильность и баланс, позволяет самореализовываться в профессии и через профессию.

Если рассматривать жизнь как совокупность психических явлений и событий, то их промышление составляет внутреннюю реальность человеческой жизни. Функциональной единицей внутреннего мира человека выступает образ — «субстанция мыслей, выступающая ориентировочной основой деятельности и в роли целей направляющая активность субъекта» [8, с. 137]. Обобщив современные нейрокогнитивные исследования, В. Д. Шадриков дает новое определение мысли, понимая ее как потребностно-эмоционально-содержательную субстанцию. Организации хода своих мыслей можно и нужно учиться. Этот процесс отслеживания своих ментальных и практических действий, их анализ с точки зрения плодотворности и правильности есть рефлексия, которая может переходить в качество личности — рефлексивность, обеспечивая эффективность выполнения любого вида деятельности. Сформированная рефлексивность позволяет человеку превращать свою жизнь в предмет практического преобразования путем событийного анализа [8].

Выделение, анализ и конструирование событий жизненного пути служат критериальными показателями, по которым можно судить об особенностях процесса самореализации профессионала. Мысленное фокусирование человека на том или ином событии (прошлого, настоящего или будущего) происходит тогда, когда это событие находит эмоциональный отклик, а следовательно, обретает экзистенциальную значимость и становится компонентом внутренней жизни. Поэтому в юности и молодости, когда происходит самоутверждение в профессии, важно научиться опережать и предотвращать те события, которые могут иметь тяжелые последствия в контексте всего жизненного пути человека, и научиться конструировать события, способствующие формированию новообразований личности [3].

Таким образом, событийность, или рефлексия, направленная на значимые профессиональные события в масштабе всего жизненного пути, становится механизмом профессионального мышления и проявляется в понимании человеком самого себя, других людей и их взаимоотношений. Благодаря способности к событийности личность обретает возможность замечать сложные связи в межличностных отношениях референтных групп. Такая рефлексия позволяет профессионалу предпринимать действия, работающие на опережение. «Событийность можно рассматривать как характеристику субъекта жизни, благодаря которой у него появляется способность трансформировать ситуационные факторы в условия, влияющие на жизненный путь человека» [3, с. 326].

С позиции событийного подхода особый интерес представляет метод каузометрии, предложенный Е. И. Головахой и А. А. Кроником в 1982 г. Каузометрия представляет собой психобиографический метод исследования субъективной

картины жизненного пути личности, в основу которого положен причинно-следственный анализ межсобытийных связей на всем жизненном пути человека, включая его прошлое, настоящее и будущее. В современном состоянии каузометрия находит применение не только как метод самопознания и психодиагностики, но и как психотерапевтическая практика, помогающая человеку ориентироваться в своем внутреннем мире, преодолевать жизненные кризисы, выстраивать индивидуальный вектор самореализации.

Для современного этапа развития когнитивной психологии, фокус внимания которой обращен к личным мыслям человека, его миру внутренней жизни [8], понятие субъективной картины жизненного пути представляет особый интерес именно как образ, систематизирующий событийную наполненность временных измерений человека в масштабе всей его жизни [1]. А. А. Кроник и Р. А. Ахмеров дают следующее определение субъективной картины жизненного пути: «это психический образ, в котором отражены пространственно-временные характеристики жизненного пути — значимые события прошлого, настоящего и будущего, их причинно-следственные и целе-средственные связи» [4, с. 48]. Полный вариант каузометрии включает в себя целый комплекс методик, связанных с анализом значимых событий всего жизненного пути человека. Нами для экспресс-исследования событийности студентов были проведены первые процедурные этапы каузометрии, и наиболее показательной с точки зрения темы данной статьи является методика «Формирование списка событий».

Согласно инструкции к методике обследуемым предлагалось представить всю свою жизнь, от рождения до ожидаемой продолжительности, и попробовать найти, выделить для самих себя пять ее самых важных событий. К этим событиям могут быть отнесены уже прошедшие события или события ожидаемого будущего. Формулировать список предлагалось в соответствии с тем, как они приходят в голову, необязательно соблюдая хронологическую последовательность. Формулировка событий может быть любой, главное, чтобы обследуемый сам знал, о каком событии идет речь. Далее предлагалось выделить еще пять значимых событий всей жизни и потом — еще пять [4]. Полный список включает

15 значимых событий жизни, которые согласно логике проведения методики могут быть объединены в три круга: события первого, второго и третьего круга значимости.

Анализ полученных результатов был построен на выявлении доли событий прошлого и будущего в субъективной картине жизни студентов. Обобщенно результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1. Средние показатели частоты встречаемости в субъективной картине жизненного пути событий, относящихся к конкретному временному континууму «прошлое» или «будущее»

	Доля событий прошлого, %	Доля событий будущего, %
События первого круга значимости	82	18
События второго круга значимости	58	42
События третьего круга значимости	39	61
Весь список событий	61	39

Из таблицы явно видно значительное преобладание в субъективной картине жизненного пути студентов событий прошлого. Причем чем значимее событие, тем в большей степени оно относится к прожитому отрезку жизненного пути. Обеспокоенность вызывает тот факт, что при нахождении в юношеском возрасте, периоде выбора и постановки профессиональных и личностных целевых ориентиров, доля событий будущего в субъективной картине жизненного пути обследуемых студентов в среднем составляет лишь 39%. Этот результат указывает на отсутствие четко выраженной событийно-смысловой картины будущего и диффузию профессиональной направленности.

В целях преодоления профессиональной неопределенности и снижения антиципативных способностей студентов с точки зрения конструирования событийного вектора своего профессионального развития считаем необходимым включение в учебный план бакалавров дисциплин, формирующих навыки «строительства самого себя» и жизнотворчества путем обучения событийности. Примером такой практики является освоение полного варианта каузометрического анализа.

Библиографический список

1. Галой Н. Ю. Субъективный образ жизненного пути женщин-предпринимательниц: дис... к.п.н.: 19.00.01 / Н. Ю. Галой; [Место защиты: Моск. пед. гос. ун-т]. М., 2009. 237 с.: ил. РГБ ОД, 61 09—19/507.
2. Дельгадо Х. Мозг и сознание. М.: Мир, 1971.
3. Кашапов М. М., Филатова Ю. С., Кашапов А. С. Событийно-когнитивные компоненты профессионализации субъекта: монография. Ярославль: Индиго, 2018. 392 с.
4. Кроник А. А., Ахмеров Р. А. Каузометрия: метод самопознания, психодиагностики и психотерапии в психологии жизненного пути. 2-е изд., исп. и доп. М.: Смысл, 2008. 294 с.
5. Леонтьев Д. А. Жизнотворчество как практика расширения жизненного мира. 1-я всероссийская научно-практическая конференция по экзистенциальной психологии: материалы сообщений / под ред. Д. А. Леонтьева, Е. С. Мазур, А. И. Сосланда. М.: Смысл, 2001. С. 100—109.
6. Приказ Минобрнауки России от 22.02.2018 № 121 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования бакалавриат по направлению подготовки 44.03.01 Педагогическое образование» (зарегистрировано в Минюсте России 15.03.2018 № 50362).
7. Шадриков В. Д. Некогнитивная наука. М.: Университетская книга, 2017. 368 с.
8. EdCrunch-2019 (1—2.10.2019) [Электронный ресурс]. URL: <https://psy.su/feed/7658/>.
9. Wagiran W., Pardjono P., Suyanto W., Sofyan H., Soenarto S., Yudiantoko A. Competencies of future vocational teachers: perspective of in-service teachers and educational experts // Cakrawala Pendidikan, 38 (2), 2019 [Электронный ресурс]. URL: <https://doi.org/10.21831/cp.v38i2.25393>.

СФОРМИРОВАННОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У МОЛОДЕЖИ (НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ ФГБОУ ВО «ОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ АГРАРНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ П. А. СТОЛЫПИНА»)

Гвоздева О. М., к.ю.н., психолог,
ООО «Велес Плюс»,
Омск, Российская Федерация

Аннотация

В настоящей работе представлены результаты качественного анализа по итогам анкетирования студентов вуза относительно таких важных компонентов качества жизни, как питание и здоровье, сделаны соответствующие выводы и сформированы предложения.

Ключевые слова

Качество жизни, студенты, питание, здоровье, режим дня, режим питания.

FORMATION OF INDICATORS OF QUALITY OF LIFE IN YOUTH (ON THE EXAMPLE OF STUDENTS OF THE STOLYPIN OMSK STATE AGRARIAN UNIVERSITY)

Gvozdeva O. M., PhD (Law), psychologist,
Veles Plus LLC,
Omsk, Russian Federation

Abstract

The paper presents the results of the University-based survey to obtain data on students' health behavior and well-being. Eating behavior is highlighted as a major problem that requires professional interventions.

Key words

Quality of life, students, nutrition, health, daily routine, diet.

Актуальность проблемы качества жизни не вызывает сомнения. Качество жизни — цель развития отдельной личности, государства, мирового сообщества в целом. Повышение качества жизни человека является смыслом принятых и реализуемых национальных проектов.

Видится особо актуальным исследование качества жизни студентов, поскольку они будут определять состояние интеллектуального уровня нашего государства, его конкурентоспособность.

Качество жизни в психологии — это, во-первых, субъективная оценка благополучия, основанная на воспринимаемом различии между действительным и желаемым состоянием жизни; во-вторых, восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых они живут, в соответствии с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами (ВОЗ) [2, с. 71].

Исследование осуществлялось в форме анкетирования по тематике «Качество жизни» на базе ФГБОУ ВО «Омский государственный аграрный университет им. П. А. Столыпина». В качестве респондентов выступили студенты 1, 3 и 4-го курсов агротехнологического факультета направлений «Садоводство», «Агрономия», «Лесное дело» в количестве 90 человек, из которых 63% составили женщины, 37% — мужчины; 8,6% женаты (замужем); 100% обучаются на бюджетной основе.

В рамках данной работы мы представим качественный анализ результатов анкетирования студентов относительно таких важных компонентов качества жизни, как питание и здоровье.

Питаются достаточное количество раз в день (от 3 до 5) 73% студентов 1-го курса, 77% — 3-го курса и 53% — 4-го курса. Вместе с тем следует отметить, что респондентов, питающихся 2 раза в день, значительно больше на 4-м курсе — 47%, в то время как количество таких респондентов на 1-м курсе составило 27%, а на 3-м — 23%.

Известно, что нерегулярное питание (1–2 раза в день) способствует усугублению проблем с желудочно-кишечным трактом и набору лишнего веса.

Из приведенной статистики видно, что студенты 4-го курса находятся в группе риска по развитию заболеваний пищеварительной системы.

Тем не менее большинство обучающихся, и 4-го курса тоже, считают рациональное питание составной частью здорового образа жизни: 87% — 1-й курс, 77% — 3-й курс, 83% — 4-й курс.

Мы знаем, что рациональное питание включает в себя в том числе дробное питание (3–4 раза в день).

Приведенная статистика позволяет сделать вывод о том, что на 3-м курсе равное количество студентов, которые не только считают рациональное питание составной частью

здорового образа жизни (77%), но и придерживаются его в части дробного питания (тоже 77%).

На 1-м курсе разница между теми, кто считает рациональное питание составной частью здорового образа жизни (87%), и теми, кто соблюдает рациональное питание в части дробного питания (73%), составляет 14%, т.е. соблюдающих дробное питание меньше на 14%.

На 4-м курсе разница, о которой идет речь, довольно значительная. Так, 83% респондентов считают рациональное питание составной частью здорового образа жизни и только 53% придерживаются дробного питания. То есть разница между теми, кто считает рациональное питание составной частью здорового образа жизни, и теми, кто его соблюдает в части дробного питания, составляет уже 30%.

Процент респондентов, полагающих, что их питание обеспечивает организм достаточным количеством витаминов и минеральных веществ, больше на 3-м курсе — 57%, далее идут студенты 1-го курса — 47%. Таких респондентов значительно меньше на 4-м курсе — 23% (к примеру, по сравнению с 1-м курсом их меньше в 2 раза).

60% респондентов 1-го курса и 70% 3-го оценивают свое здоровье как отличное и хорошее. В то время как отличным и хорошим его могут охарактеризовать только 43% студентов 4-го курса.

На вопрос «Что вам помогает снять напряжение»? 53% студентов 1-го курса, 63% 3-го курса и 43% 4-го выбрали ответ «Общение с друзьями»; по 23% и на 1-м курсе, и на 3-м дали ответ «Занятия спортом», а на 4-м курсе опрошенных, давших такой ответ, составило 17%.

Общение с друзьями как способ снять напряжение используют больше половины респондентов на 1-м и 3-м курсах и около половины на 4-м.

Доля опрошенных, имеющих вредные привычки, на 1-м курсе составила 37%, на 3-м — 66%, на 4-м — 60%. Приведенные данные позволяют констатировать, что процент студентов, имеющих вредные привычки, и на 3-м, и на 4-м курсах почти в 2 раза больше по сравнению с 1-м. То есть вредные привычки на старших курсах приобретает значительное количество респондентов.

Предполагаем, что у студентов 1-го курса меньше вредных привычек благодаря большему родительскому контролю. Влияние родителей на своих детей к 3-му курсу и тем более к 4-му снижается.

Отдельно отметим, что на 1-м курсе 47% студентов любят сладкую, соленую, острую, жирную пищу. На 3-м курсе уже 70% респондентов любят такую еду. На 4-м курсе 57% опрошенных любят сладкое, соленое, острое, жирное.

Как отмечалось выше, более половины студентов 1-го и 3-го курсов и около половины опрошенных 4-го снимают напряжение общением с друзьями. Мы предполагаем, что общение с друзьями сопровождается едой из разряда «сладкое, соленое, острое, жирное».

Студентов, полагающих, что они соблюдают режим питания в течение дня, больше всего на 1-го курсе — 47%. На 3-м курсе таких респондентов уже меньше в 2 раза — 23%. А на 4-м курсе процент опрошенных, считающих, что они соблюдают режим питания в течение дня, составил всего

13%. То есть число претендентов в группу риска по развитию заболевания желудочно-кишечного тракта возрастает.

Как показывает приведенная статистика, режим питания студентами старших курсов соблюдается значительно реже. Если сравнивать 1-й и 3-й курсы, в 2 раза меньше на третьекурсников соблюдают режим питания, а если сравнивать 1-й и 4-й — почти в 4 раза меньше респондентов последнего делают это.

Отметим, что режим питания есть количественная и качественная характеристика питания, включающая кратность, время приема пищи и распределение ее по калорийности и по химическому составу, а также поведение человека во время приема пищи [1, с. 432].

Режим питания — это не только дробное питание. Выше отмечено, что оно соблюдается большим количеством респондентов, нежели режим питания в целом.

Между тем правильный режим питания имеет важное значение для сохранения и формирования здоровья, поддержания высокой работоспособности, профилактики заболевания пищеварительных органов. Необходимый набор микроэлементов, сбалансированное питание находятся в тесной взаимосвязи со здоровьем и качеством жизни.

Если о кратности, времени приема пищи, распределении ее по калорийности и химическому составу многое говорит диетология, то психология здоровья дополнительно к перечисленному о рациональном питании большое значение должна уделять и поведению человека во время приема пищи.

Большинство людей, включая, безусловно, и наших респондентов, принимая пищу, общаются, слушают или смотрят СМИ, видео в Интернете и пр. Как другой вариант — сосредотачиваются на своих переживаниях, решении текущих проблем, иногда мысленно споря или готовясь к разговору, раз за разом прокручивая его, как мыслительную жвачку.

Считаем полезным вырабатывать навык концентрации на пище во время ее приема. То есть прием пищи должен быть осознанным. Это как минимум избавит человека от переедания, которым грешат многие.

Как справедливо отмечает И. Г. Малкина-Пых, то, что мы думаем и чувствуем во время еды, является частью этого процесса [3, с. 34].

В зависимости от того, с какими мыслями человек принимает пищу, он может, как навредить себе, так и помочь. К примеру, если во время еды ссориться, выяснять отношения, не отключать деструктивные мысли и не расслабляться, то можно наполниться еще большим негативом. Нужно отслеживать отрицательные эмоции, останавливать их, менять на конструктивные и жизнеутверждающие установки, тогда и прием пищи станет осмысленным, качественным, полезным. При этом появится возможность слышать себя, свое тело и договариваться с ним, получать удовольствие и пользу от съеденного, поскольку психика и тело — части единой системы.

Здесь также должна идти речь и о пищевом поведении, под которым понимается ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обычных условиях и в ситуации стресса, поведение, ориентированное на образ собственного тела, и деятельность по формированию этого образа [4, с. 103].

Отметим такое нарушение, как *эмоциогенное пищевое поведение*, при котором человек принимает пищу не потому, что испытывает голод, а потому, что переживает эмоциональный дискомфорт, т.е. ест не по причине голода, а из-за беспокойства, тревожности, просто «заеда» стресс. Справиться с такой проблемой самостоятельно, без специалиста, достаточно сложно.

Между тем, подавляющее большинство респондентов, участвующих в исследовании, никогда не обращались за помощью к психологу: 90% — на 1-м курсе, 93% — на 3-м, 97% — на 4-м.

На вопрос «Ваши близкие, знакомые обращались за помощью к психологу?» «да» ответили только 10% опрошенных 1-го курса, 20% респондентов 3-го курса и 13% студентов 4-го курса.

На вопрос «Кому требуется психологическая помощь?» не смогли ответить 10% респондентов 1-го курса, 43% студентов 3-го курса, 23% опрошенных 4-го курса.

Отметим, что в каждой группе есть респонденты, которые используют слова «психологический» и «психический» как синонимы.

Нужно сказать, что исследование, проведенное нами, отражает картину отношения к психологической помощи в российском обществе, где в основном не принято обращаться к специалисту. Поход к психологу многие расценивают как проявление слабости. А поскольку есть люди, которые отождествляют слова «психологический» и «психический», то обращающегося за такой помощью могут посчитать не только слабым, но и психически больным. Зная это, человек зачастую скрывает свои визиты к этому специалисту или не обращается вовсе. Здесь также может идти речь и о внутриличностном конфликте.

К сожалению, соблюдают режим дня в среднем всего 8% всех респондентов. Отметим, что режим дня является важной составляющей здоровья человека, основой нормальной жизнедеятельности организма. Его можно смело назвать базовой составляющей здорового образа жизни. Режим дня нужен и для установления навыков правильного питания как важного компонента качества жизни.

Проведенное исследование позволило сделать следующие выводы и предложения.

В среднем более половины респондентов (57,6%) оценивают свое здоровье как отличное и хорошее.

Студенты 4-го курса находятся в группе риска по развитию заболеваний желудочно-кишечного тракта, поскольку среди них больше всего респондентов, питающихся всего 2 раза в день.

Вредные привычки на старших курсах приобретает значительное количество респондентов.

Исходя из приведенных в исследовании данных, предполагаем, что общение с друзьями сопровождается едой из разряда «сладкое, соленое, острое, жирное».

Процент респондентов, считающих, что их питание обеспечивает организм достаточным количеством витаминов и минеральных веществ, в 2 раза меньше на 4 курсе по сравнению с 1-м.

Режим питания на старших курсах соблюдается в несколько раз меньше по сравнению с 1-м. Следовательно, численность группы риска по развитию заболевания желудочно-кишечного тракта возрастает.

Считаем полезным вырабатывать навык концентрации на пище во время ее приема. То есть он должен быть осознанным. Это как минимум избавит человека от переедания.

Из числа всех респондентов, участвовавших в исследовании, 63% составили женщины. Известно, что они — потенциальные мамы. Большой процент среди них имеют вредную привычку питаться нездоровой пищей, что, в свою очередь, не может не сказаться отрицательно на их здоровье и на здоровье будущих детей. Таким образом, речь идет о здоровье поколений. А без его сохранения невозможно высокое качество жизни.

Пример соблюдения режима дня, режима питания должен идти из семьи, соблюдаться в дошкольных детских учреждениях, школах, а затем и в средних и в высших учебных заведениях.

В частности, в вузе следует проводить беседы, показывать фильмы о здоровом образе жизни, например на кураторских часах.

Кроме того, необходимо развивать психологическую помощь во всех учебных заведениях. В частности, нужно увеличить количество ставок психологов, чтобы учащиеся имели возможность обращения к специалистам с различными вопросами, включая проблемы совладания со стрессом.

Режим питания, в том числе дробное, полноценное питание, поведение человека во время приема пищи, режим дня, консультации у психологов влияют на качество жизни.

Библиографический список

1. Большой медицинский энциклопедический словарь / под ред. В. И. Бородулина; 4-е изд., испр. и доп. М.: РИПОЛ классик, 2007. 959 с.
2. Голубева С. А. Взаимообусловленность качества жизни и нравственного самосознания // Известия Воронежского гос. пед. ун-та. Пед. науки. 2016. № 1 (270). С. 71–74.
3. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: справочник практического психолога. М.: Эксмо, 2008. 67 с.
4. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения : учеб. пособие. СПб.: Речь, 2005. 445 с.

ВОЗМОЖНОСТИ ОБЪЕДИНЕНИЯ КАЧЕСТВЕННЫХ И КОЛИЧЕСТВЕННЫХ МЕТОДОВ В НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ

Глозман Ж. М., д.псих.н., профессор,

Факультет психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова», Научно-исследовательский Центр детской нейропсихологии им. А.Р. Лурия,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

В статье изложены теоретические основы объединения количественных и качественных методов в нейропсихологическом обследовании детей. Предложены два пути их объединения: качественный анализ структуры психометрических тестов, т.е. список возможных дефектов при выполнении каждого теста, и балловая оценка луриевских тестов на основании нормативных данных для каждой возрастной группы, качественного анализа выполнения теста и возможностей коррекции ошибок.

Ключевые слова

Нейропсихологическая диагностика, Луриевский подход, психометрические методы.

POSSIBILITIES OF INTEGRATING QUANTITATIVE AND QUALITATIVE MEASURES TO NEUROPSYCHOLOGICAL ASSESSMENT

Glozman J. M., Psy.D., Professor,

Faculty of Psychology at the Lomonosov Moscow State University, Luria Research Center for Developmental Neuropsychology,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The paper discusses the theoretical foundations for integrating quantitative and qualitative measures in neuropsychological assessment of children. Two ways are proposed: 1. A qualitative analysis of the structure of psychometric measures; that is a list of possible defects in each task fulfillment; 2. A system of scoring for Luria's tests, based on the normative data for different age groups and the qualitative analysis of each test fulfillment and correction of possible defects.

Key words

Neuropsychological assessment, Lurian approach, psychometric measures.

Современный этап состояния мировой нейропсихологии характеризуется ее интенсивным и экстенсивным развитием во всех странах с высоким индустриально-культурным уровнем. Не только обогащается теоретическое и методологическое оснащение нейропсихологических исследований, вбирающих в себя все новое и передовое в современной науке, но и расширяется сфера приложения и эффективного использования данных нейропсихологии. При этом существенно возросло влияние Луриевской методологии на американскую и европейскую нейропсихологию: «А. Р. Лурия занимает первое место среди психологов России по числу цитат, используемых в американских работах» [6, с. 73]. Все больше американских нейропсихологов признают необходимость качественного подхода и используют его. Как писал один из основателей психометрического метода R. Reitan, «в норме мозговая организация у разных людей сильно варьирует... два мозга со сходным поражением могут не демонстрировать одно и то же поведение» [9, с. 135]. Результаты тестирования обнаруживают культурную специ-

фичность, зависят от социальных условий жизни субъекта и его отношения к процессу тестирования

В настоящее время во всем мире широко распространены методы нейровизуализации (КТ, МРТ, ПЭТ и др.), однако «новые диагностические технологии при всех своих достоинствах все еще не могут (в силу их технологичности) адекватно отразить поведение человека» [8, с. 18].

Достоинствами всех психометрических методов являются стандартизованные процедуры обследования и обработки получаемых данных, воспроизводимость результатов, наличие возрастных и социально-культурных нормативов, позволяющих оценить степень совпадения/отклонения результатов тестирования каждого конкретного обследуемого от среднестатистической нормы для соответствующей выборки взрослых или детей, легкость овладения методами, а также объективизации степени выраженности нарушений высших психических функций (ВПФ) и ее динамики в ходе лечения (коррекции) или спонтанного восстановления больного. Но психометрические методы не позволяют выявить индивидуальные

особенности психического функционирования обследуемого (Л. С. Выготский назвал это психологическим диагнозом), механизмы выявляемых трудностей и зону ближайшего развития пациента, что имеет первостепенное значение при обследовании детей [1]. Например, психометрические тесты оказываются относительно малопригодными для дифференциации детей с умственной отсталостью и задержкой психического развития (ЗПР) [2].

Луриевский подход предполагает диалоговое взаимодействие с больным, т.е. введение динамических изменений в ход обследования, создание и изучение возможностей организации деятельности больного, улучшающих выполнение предложенного задания и компенсирующих трудности больного. А. Р. Лурия называл это экспериментальным обучением больного [4].

Основное различие между Луриевским и психометрическим подходами — различие в ориентации. Луриевский подход ориентирован на процесс, психометрический — на продукт деятельности обследуемого. Ориентация на продукт означает измерение количества ошибок и времени выполнения теста и сопоставление этих данных с нормативными показателями с целью определить, какое место занимает данный обследуемый в референтной для него популяции, и количественно выразить степень нарушений. При ориентации на процесс нейропсихолога прежде всего интересует, как обследуемый достигает (или почему не достигает) требуемого результата, какие трудности испытывает при этом и какие формы и степень помощи психолога необходимы для успешного выполнения задания.

Несмотря на высокую оценку теоретической обоснованности и больших практических возможностей Луриевского метода, он неоднократно подвергался критике.

Зарубежные исследователи указывают на невозможность распространения этого метода в связи с отсутствием нормативных данных и нестандартизированной формой проведения и анализа результатов исследования. Западные нейропсихологи отмечают также определенную проблематичность качественного анализа, так как он «сильно зависит от умений и теоретических позиций (conceptual framework) конкретного психолога» [10, р. 19]. Но разве медицинская диагностика не предъявляет высоких требований к умениям и эрудиции врача? Недаром никакие попытки компьютерной диагностики не оправдали себя.

Большинство нейропсихологов, занимающихся реабилитацией взрослых больных или коррекционной работой с детьми, понимают необходимость сочетания качественной и количественной оценки выявляемых симптомов поражения или недоразвития (дефицитарности) психических функций с целью объективизации степени выраженности дефектов и динамики их обратного развития.

Есть две апробированные возможности объединения качественного и количественного подходов.

I. Применение Луриевского качественного и синдромного подхода в анализе результатов западных психометрических тестов [7]. Например, в тесте на тактильное восприятие в батарее Халстеда — Рейтана необходимо учитывать активность ощупывания, с тем, чтобы дифференцировать сенсорные (теменные) дефекты от регуляторных (лобных). В тесте на способность к обобщению из этой же батареи

можно проанализировать отдельно возможность и отдельно длительность принятия правильного решения (т.е. непосредственно способность к обобщению и достаточный уровень активации), длительность перехода к новому способу категоризации и количество ошибок, возникающих при этом, что характеризует гибкость мышления и тенденцию к персеверациям, а также количество ошибок, связанных с устойчивостью выработанного способа обобщения, отражающих сохранность внимания и произвольного контроля за своей деятельностью. Аналогичным образом можно проанализировать ошибки в WCST — висконсинском тесте сортировки картинок — или в матрицах Кауфман. Так, в последних, где обследуемый должен выявить характер связи между двумя или несколькими реалистическими или геометрическими изображениями и подобрать аналогичную пару к стимульной картинке, луриевский подход, т.е. психологический анализ заданий, позволил нам выявить семь типов тестов, различающихся по структуре когнитивной деятельности, или семь возможных оснований для выведения аналогий [7].

1. Синтагматическая (ситуативная) связь (типа спички — огонь).

2. Парадигматическая (категориальная) связь (например, различные цветы).

3. Перцептивное сравнение (например, определенные конфигурации точек).

4. Перцептивное сравнение в сочетании с симультанным синтезом деталей (например, сравнение формы овала и его совокупности с вертикальной линией).

5. Перцептивное сравнение в сочетании с анализом пространственных отношений (ротированные фигуры).

6. Выведение абстрактного логического умозаключения (например, два одинаковых и одно удвоенное количество точек).

7. Выведение абстрактного логического умозаключения в сочетании с анализом пространственных взаимоотношений элементов (например, направления стрелки).

II. Разработка методов количественной оценки результатов луриевских тестов с опорой на психологический анализ структуры задания и качественный анализ его выполнения.

Следует отметить, что эта работа была начата еще при жизни А. Р. Лурия и с его участием, и в «Схему нейропсихологического исследования» уже включены элементы количественного анализа в балловых оценках выраженности симптомов от 0 до 3 по четырем критериям: «нет нарушений», «слабо», «средне», «сильно» [5].

Специфика разработанной нами системы оценок для нейропсихологического обследования взрослых и детей, основанной на факторном качественном анализе [2], заключается в двух взаимосвязанных, но имеющих самостоятельное значение и возможность применения процедурах.

1. Составление по каждой пробе списка возможных трудностей ее выполнения и квалификация деятельности обследуемого в анализируемой психической сфере в соответствии с этим списком. В результате, во-первых, состояние высшей психической функции каждого конкретного обследуемого может быть объективировано как констелляция +/– (наличие/отсутствие) симптомов с возможностью их количественного подсчета в процентах от максимального числа симптомов. Во-вторых, появляется возможность

выявить типичный нейропсихологический паттерн для группы обследуемых. В-третьих, возможно провести группировку качественных параметров (симптомов) на основе их общей отнесенности к работе той или иной структуры или блока головного мозга с тем, чтобы сравнить степень патологии или недоразвития разных отделов мозга у данного обследуемого или группы обследуемых и определить устойчивость симптоматики в ходе динамического наблюдения. И, наконец, в-четвертых, позитивная или негативная динамика состояния при повторном обследовании может быть оценена на основании исчезновения/появления отдельных симптомов, т.е. на данных об изменении нейропсихологического паттерна.

2. Оценка выполнения каждой пробы по шестибальной шкале на основании выявленных при выполнении трудностей (ошибок), определения их характера (первичный или вторичный) и степени выраженности по сравнению с нормативными данными соответствующей возрастной и образовательной группы, а также по показателю возможности и условий коррекции ошибок (необходимый способ предъявления или организации материала, степень стимуляции обследуемого и помощи со стороны психолога) при диалоговом режиме проведения нейропсихологического обследования. Балловая оценка позволяет также определить суммарный балл дефицитарности по каждой психической

сфере и в целом для обследуемого при объективной оценке степени патологии или недоразвития (атипии развития) психического функционирования и объективации динамики состояния обследуемого при лонгитюдном прослеживании в ходе реабилитационного или коррекционного воздействия.

Описанная методика количественного анализа данных нейропсихологического обследования, основанная на качественном анализе психологической структуры теста, характера ошибок, возникающих при его выполнении, и возможностей коррекции этих ошибок, позволяет, во-первых, установить механизмы трудностей, во-вторых, определить тяжесть дефектов и сохранные звенья и, в-третьих, наметить стратегию реабилитационных или коррекционных воздействий. Повторные (лонгитюдные) исследования объективизируют не только определяемые в баллах количественные изменения психического функционирования обследуемого, но и изменения его структуры.

Луриевский качественный подход, основанный на синдромном анализе, применяемый как для Луриевской батареи, так и для психометрических методов, позволяет выявить механизмы наблюдаемых дефектов, зону ближайшего развития ребенка и построить адекватную индивидуализированную программу нейропсихологической коррекции.

Библиографический список

1. *Выготский Л. С.* Детская психология // Собрание сочинений: в 6 т. Т. 4. М.: Педагогика, 1984.
2. *Глозман Ж. М.* Нейропсихологическое обследование: качественная и количественная оценка данных. М.: Смысл, 2012.
3. *Глозман Ж. М.* Нейропсихология детского возраста. 2-е изд., испр. и доп. М.: Юрайт, 2017.
4. *Лурия А. Р.* Основы нейропсихологии. М.: Изд-во МГУ, 1973^a.
5. *Лурия А. Р.* Схема нейропсихологического исследования. М.: Изд-во МГУ, 1973^b.
6. *Пуанте А.* Применение луриевского подхода в США // I Международная конференция памяти А. Р. Лурия: сб. докл. / под ред. Е. Д. Хомской, Т. В. Ахутиной. М.: РПО, 1998. С. 73–75.
7. *Glozman J. M., Tupper D. E.* Converging impressions in Russian and American neuropsychology / T. V. Ahutina, J. M. Glozman, L. I. Moskvich, D. Robbins (eds) A. R. Luria and Contemporary Psychology: Festschriftcelebrating the centennial of his birth. N.Y.: Nova science, 2005. P. 187–195.
8. *Horton M. A., Puente A.* Human neuropsychology: an overview // The neuropsychology handbook: behavioral and clinical perspectives / ed. by D. Wedding, A. Horton, J. Webster. N.Y.: Springer, 1986.
9. *Reitan R. M., Wolfson D.* The Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery / D. Wedding, A. M. Horton, Jr., J. Webster (eds.). The neuropsychology handbook: Behavioral and clinical perspectives. N.Y.: Springer, 1986. P. 134–160.
10. *Tramontana M. G., Hooper S. R.* Assessment issues in child neuropsychology. N.Y.; London: Plenum press, 1988.

САНОГЕННАЯ РЕФЛЕКСИЯ КАК ФАКТОР ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКА

Горбенко И. А., к.псих.н., доцент,
ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

В статье раскрывается роль и место рефлексии в развитии личности подростка, делается вывод о возможности рассмотрения саногенной рефлексии в качестве фактора жизнеспособности. Представлены результаты изучения связи рефлексии с жизнеспособностью личности подростков 17–18 лет.

Ключевые слова

Подростковый возраст, рефлексия, саногенная рефлексия, защитная рефлексия, жизнеспособность личности.

SANOGENIC REFLECTION AS A FACTOR OF THE VIABILITY OF THE TEENAGER'S PERSONALITY

Gorbenko I. A., PhD (Psychology), Associate Professor,
Moscow State Pedagogical University,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The paper reveals the role of reflection in adolescents' development. It is concluded that it is possible to consider sanogenic reflection as a factor of viability. The results of corresponding study are presented.

Key words

Adolescence, reflection, sanogenic reflection, protective reflection, personality vitality.

Подростковый возраст находится в центре внимания психологов не одно десятилетие, и это не случайно. В науке данный период в жизни человека называют переходным и критическим и отводят ему особое место в общем процессе онтогенетического развития: во-первых, этот возрастной этап занимает промежуточное положение между детством и зрелостью, а во-вторых, именно здесь возникает осознанная самостоятельность.

А. Н. Леонтьев пишет: «Личность рождается дважды: первый раз — когда у ребенка проявляется в явных формах полимотивированность и соподчиненность его действий... второй раз — когда возникает его сознательная личность» [7, с. 211]. Первое рождение совпадает с кризисом трех лет, когда непосредственные побуждения ребенка начинают подчиняться социальным нормам и появляется отсрочка удовлетворения. Второе рождение связано с подростковым кризисом, когда возникает овладение собственным поведением через осознание. В этот период подросток начинает осознавать себя и подчинять себе свои мотивы (управлять ими) и нести ответственность за совершенный им выбор [7]. Как подчеркивал Е. П. Ильин, наблюдается тенденция к формированию сознательного и волевого регулирования подростком своего поведения [5].

Кроме того, в этот период формируется мировоззрение, закладываются основы социального поведения, появляется общая направленность в нравственных представлениях и социальных установках. В результате у подростка меняется отношение к миру и себе, он начинает лучше понимать себя

и собственные возможности, сходство с другими людьми и личную уникальность, а также свое место в человеческом обществе и назначение в жизни. Как указывает Л. И. Божович: «В течение этого периода ломаются и перестраиваются все прежние отношения ребенка к миру и к самому себе и развиваются процессы самосознания и самоопределения, приводящие в конечном счете к той жизненной позиции, с которой школьник начинает свою самостоятельную жизнь» [1, с. 214].

Важнейшая черта, характеризующая личность подростка, — появление устойчивости самооценки и «образа Я» («Я-концепции»), который складывается под влиянием оценочного отношения к собственным мотивам, целям и результатам своих поступков, а также их сравнения с мотивами, целями и поступками другими людьми, правилами и нормами поведения, принятыми в обществе. Одним из основных психологических механизмов формирования и развития «образа Я» является рефлексия.

М. К. Мамардашвили подчеркивает, что «рефлексия характеризует всю внутреннюю жизнь человека, помогает выявить некий центр управления своими состояниями, переживаниями, влечениями, то есть дает возможность и необходимость волевой регуляции. Рефлектирующий человек свободен по отношению к окружающему миру, он становится автором своей жизни». В процессе познания человек получает удовлетворение от поиска, «акты познания, морального действия, оценки — это духовное усилие к своему освобождению и развитию», пишет автор [8, с. 73–84].

В. И. Супрун в статье «Роль рефлексии в социальном прогнозировании» отмечает, что рефлексия «позволяет человеку сделать свои мысли, эмоциональные состояния, свои действия и отношения, вообще самого себя предметом специального рассмотрения (анализа и оценки) и практического преобразования (изменения и развития)» [12, с. 161]. Фактически здесь речь идет о *саморазвитии*. Именно рефлексия позволяет определить те особенности личности, которые осознаются ею либо как ценные, либо как нежелательные. «Очевидно, это и есть путь изменений наших ценностей, ибо рефлексия — акт самоинтерпретации человека» [цит. по: 13, с. 182].

В. З. Вульфов считал рефлексией особым фактором *превращения информации в знания*: «Рефлексия как состояние и как процесс уникальна своим интегративным характером: в ней целостно участвуют и мышление, чувства, воля, и прошлое в настоящем, и реальное, и воображаемое, и убеждения с сомнениями, и перебор вариантов, и выбор решения... В свою очередь, эта внутренняя работа, «труд души», отклик на происходящее влияют на состояние и поведение человека — от его настроения до поступков, от степени активности до структуры и качества отношений, проникая едва ли не во все сферы жизнедеятельности» [3, с. 73]. В конечном итоге рефлексия оказывается тем фактором, который способен в целом влиять на качество жизни человека и его жизнеспособность.

Субъективно жизнеспособность воспринимается человеком «как удовлетворенность собственной жизнью», поскольку позволяет сохранять жизнедеятельность в различных ситуациях, в том числе критических, и «обеспечивать динамическое удержание жизни в постоянном сопряжении с требованиями социального бытия» (Э. Ф. Зеер, Г. И. Борисов, А. А. Печеркина и др.) [2, 4]. В деятельностном аспекте жизнеспособность проявляется в адаптации к окружающей среде, саморегуляции, саморазвитии и самоактуализации [4]. По мнению Т. Л. Крюковой, жизнеспособность есть не что иное, как сознательное поведение, направленное на активное взаимодействие с ситуацией (поддающейся контролю) или приспособление к ней (если ситуация не поддается контролю) [6].

Безусловно, подростку по мере взросления приходится сталкиваться с различными жизненными трудностями, неблагоприятными условиями, препятствиями на пути к достижению целей, и не всегда выбранные им средства и ресурсы помогают в их преодолении. Например, такие качества личности, как настойчивость, активность, ответственность, психологическая устойчивость к воздействиям окружающей среды, оптимизм, наличие позитивного образа будущего помогают подростку справляться с жизненными неудачами и проблемами, а патогенный характер его рефлексии, наоборот, препятствует этому. В результате у подростка формируется зависимость от переживания различных отрицательных эмоциональных состояний и понижается уровень его жизнеспособности.

В нашем исследовании мы поставили цель изучить влияние рефлексии на жизнеспособность личности подростка. При этом мы считаем *саногенную рефлексией* фактором жизнеспособности личности.

Под саногенной (оздоравливающей) рефлексией Ю. М. Орлов понимает «умственные акты различного уровня организации, возникающие в ответ на неопределенность ситуации и ведущие к определению ситуации и выбору оптимального решения» [11]. Саногенная рефлексия направлена на снижение страдания от действия негативных эмоций, благодаря чему обеспечивается осознанный выбор конструктивных программ поведения [10, 11].

Современные исследования убедительно доказывают возможности саногенной рефлексии в оптимизации акцентуаций характера, уровня субъективного контроля, повышении эффективности учебной деятельности, развитии эмоциональной компетентности, устойчивости личности к неблагоприятным факторам социальной среды, обеспечении стрессоустойчивости, в оптимизации социально-психологической адаптации, детско-родительских отношений и т.д. (Л. И. Адамян, Л. А. Кананчук, Ю. Н. Крайнова, Е. С. Кузнецова, С. Ф. Марчукова, С. Н. Морозюк, Н. В. Павлюченкова, Т. О. Смолева и др.). В этой связи мы выдвинули предположение о том, что саногенная рефлексия может способствовать развитию жизнеспособности личности.

В исследовании приняли участие подростки 17–18 лет, обучающиеся в старших классах МБУ СОШ № 4, 18, 21, г. Сергеев Посад Московской области ($n = 41$).

Методики исследования:

- 1) «Жизнеспособность взрослого человека» (А. В. Махнач А. В.) [9];
- 2) «Когнитивно-эмотивный тест» (Ю. М. Орлов, С. Н. Морозюк) [10].

Оба теста рассчитаны на применение во взрослой аудитории от 18 лет и до позднего возраста, однако согласно классификации Всемирной организации здравоохранения, подростки — это люди в возрасте от 10 до 19 лет. Поэтому мы посчитали возможным применение этих методик для обследования старшеклассников. Полученные результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1. Корреляция показателей жизнеспособности (по А. В. Махнач) и защитной рефлексии (по Ю. М. Орлову, С. Н. Морозюк) у подростков (по $r =$ Спирмену) ($n = 41$)

Показатели КЭТ (по Ю. М. Орлову, С. Н. Морозюк)	Показатели жизнеспособности (по А. В. Махнач)		
	Настойчивость	Внутренний локус контроля	Адаптация
Объем защитной рефлексии от чувства стыда	0,03	0,09	0,42*
Агрессия против себя	0,00	0,03	0,45*
Защита от страха неудачи	0,47*	–0,05	–0,02
Защита от зависти	0,06	–0,52*	0,05
Саногенное мышление	–0,01	0,06	0,46**

*Статистически значимые связи — на уровне $p \leq 0,05$.

**Достигается с помощью саногенной рефлексии.

Из таблицы видно, что чем более подростки склонны к защите от страха неудачи, тем более они проявляют уверенность и настойчивость в достижении поставленных целей.

Подтверждается это наличием достоверной положительной связи показателя «Настойчивость» с показателем защитной рефлексии «Защита от страха неудачи» ($r = 0,47^*$). Поведение подростков выглядит по принципу «Глаза боятся — руки делают». Так же: чем более ответственные подростки, тем менее они завистливы. Они полностью принимают и понимают причины своих неудач и стремятся исправить свои ошибки, чтобы стать в своих глазах еще лучше. Это подтверждает достоверная отрицательная корреляция показателя жизнеспособности «Внутренний локус контроля» с показателем защитной рефлексии «Защита от зависти» ($r = -0,52$).

Немаловажными являются и положительные достоверные связи показателя жизнеспособности «Адаптация» с такими показателями рефлексии, как «Объем защитной

рефлексии от чувства стыда» ($r = 0,42$), «Агрессия против себя» ($r = 0,45$) и «Саногенное мышление» ($r = 0,46$). Чем более подростки склонны к аутоагрессии, испытывают чувство стыда, а также если они реалистично оценивают сложившиеся обстоятельства и ведут себя адекватно в связи с этим, тем более они проявляют склонность к риску, ставят перед собой амбициозные цели и стремятся к успеху, осуществляют контроль над стрессом и действуют уверенно.

Таким образом, на основании полученных результатов можно заключить, что между жизнеспособностью личности подростка и его рефлексией существует связь и она не однозначна. Выявленные тенденции позволяют считать целесообразным и перспективным дальнейшее изучение данной проблемы.

Библиографический список

1. Божович Л. И. Проблемы формирования личности. М., 1995. С. 213–227.
2. Борисов Г. И. Жизнеспособность как условие профессионального развития личности / Г. И. Борисов, А. А. Печеркина // Педагогическое образование в России. 2015. С. 72–75.
3. Вульф В. З. Профессиональная рефлексия: потребность, сущность, управление // *Magister*. 1995. № 1. С. 71–79.
4. Зеер Э. Ф. Социально-психологические аспекты развития жизнеспособности и формирования жизнестойкости человека // Педагогическое образование в России. 2015. № 8. С. 69–76.
5. Ильин Е. П. Психология воли. СПб.: Питер, 2001. 368 с.
6. Крюкова Т. Д. Психология совладающего поведения в различные периоды жизни: монография. Кострома: Изд-во КГУ им. Н. А. Некрасова, 2011. 296 с.
7. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Политиздат, 1975. 304 с.
8. Мамардашвили М. К. К пространственно-временной феноменологии событий знания // Вопросы философии. 1994. № 1. С. 73–84.
9. Махнач А. В. Жизнеспособность человека и семьи: социально-психологическая парадигма. М.: Ин-т психологии РАН, 2016. 458 с.
10. Морозук С. Н. Десять шагов исцеления от обиды. Практикум по развитию саногенного мышления. М.: Прометей, 2013. 134 с.
11. Орлов Ю. М. Саногенное мышление / сост. А. В. Ребенок, О. Ю. Орлова. Серия: Управление поведением. Кн. 1. М.: Спайдинг, 2003. 96 с.
12. Проблемы рефлексии / под ред. И. С. Ладенко. Новосибирск: Наука. 1987. 238 с.
13. Профилактика и преодоление профессиональной деформации специалистов социальной работы: учеб.-метод. пособие / под ред. М. В. Воронцовой. Таганрог: Издатель А. Н. Ступин, 2013. 272 с.

ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Гусев С. И.¹, д.м.н., Устьянцев Л. Г.²,

¹ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный институт культуры»,

Кемерово, Российская Федерация

²КБУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»,

Кемерово, Российская Федерация

Аннотация

Осуществлен анализ клинической диагностики нарушений поведения у детей и подростков. Выделены две основные группы причин и специфики проявления нарушений поведения, проведена клиническая дифференциация различных вариантов нарушения поведения у детей и подростков. Представлены аргументированные данные о признаках нарушения поведения у детей и подростков в системе психических нарушений и социальных форм нарушения поведения, рассмотрены их проявления в реальных условиях жизнедеятельности.

Ключевые слова

Нарушения поведения, агрессия, аутоагрессия, дети, подростки, расстройства личности, психопатии, умственная отсталость, клиническая диагностика.

FEATURES OF DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS FOR BEHAVIORAL PROBLEMS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Gusev S. I.¹, Doctor of Medical Sciences, Ustyantsev L. G.²,

¹Kemerovo State Institute of Culture,

Kemerovo, Russian Federation

²Kemerovo Regional Clinical Psychiatric Hospital,

Kemerovo, Russian Federation

Abstract

Clinical diagnostics of behavior disorders in children and adolescents is analyzed. Two main groups of causes and specifics of behavior disorders are identified. Clinical differentiation of behavior disorders in children and adolescents is presented. The paper presents reasoned data on the signs of disruptive behavior in children and adolescents caused by mental disorders or social deviation accordingly.

Key words

Behavioral disorders, aggression, auto-aggression, children, adolescents, personality disorders, psychopathy, mental retardation, clinical diagnosis.

Проблема диагностики нарушений поведения существует длительное время и сейчас становится все более актуальной. На практике, как правило, встречаются два крайних варианта суждений: нарушения поведения могут быть только при психических расстройствах. Вторая точка зрения нарушения поведения детей и подростков — это личностные особенности или дефекты воспитания, морально-этическая деформация личности. Встречающиеся все чаще крайние проявления агрессии и аутоагрессии у детей и подростков, реакции протеста и отказа и другие проявления, несомненно, требуют качественной дифференциальной диагностики и адекватного научного рассмотрения данной проблемы. С практической и клинической точки зрения представляется целесообразным сразу выделить две основные группы нарушений поведения у детей и подростков.

1. Нарушения поведения, связанные с наличием психических расстройств.

2. Нарушения поведения в связи с наличием дефектов в воспитании, асоциальных форм поведения.

Разумеется, в практике можно наблюдать и сочетание вышеуказанных факторов. С целью дифференциальной диагностики необходимы клинические психологические исследования, консультации врачей-психиатров или проведение комплексных исследований при проведении ПМПК, судебно-психолого-психиатрических экспертиз — при совершении различных преступлений или привлечении к уголовной ответственности.

В рамках клинических исследований и МКБ-10 при нарушениях поведения, связанных с психопатологическими состояниями у детей и подростков, по-видимому, можно выделить следующие основные группы психических расстройств.

1. Органические непсихотические расстройства, обусловленные нарушением перинатального и раннего периода развития.

2. Расстройства личности различного уровня и типа. Конечно, сложно говорить о расстройствах личности при возможном ее незавершенном развитии у ребенка и подростка. В то же время классики зарубежной и отечественной психиатрии в различных работах описывают завершённое формирование патологических черт личности детей и подростков вследствие особенностей воспитания или генетически обусловленных факторов (психопатии детского и подросткового возраста, «ядерные» психопатии описаны в работах Г. Е. Сухаревой, О. В. Кербикова, А. Е. Личко и др.).

3. Умственная отсталость различной степени с нарушениями поведения.

4. Другие более редко встречающиеся состояния, связанные с расстройствами шизоаффективного, аутистического спектра, острыми психическими ситуационными расстройствами, стрессовыми событиями, например расстройства адаптации.

Сложности диагностики определяются различными причинами объективного и субъективного характера, в том числе видами нарушений, различными вариантами проявления агрессии и аутоагрессии. Часть детей и подростков могут быть не осмотрены, не обследованы, не состоят на учете и не наблюдаются у врача-психиатра даже при наличии установленного диагноза и проявлении психических расстройств. Это может быть обусловлено отказом части родителей от осмотра и консультации врача-психиатра, отсутствием врача-психиатра в штатах медицинского учреждения, в составе ПМПК. Полиморфизм проявления непсихотических пограничных состояний, латентное течение ряда психических расстройств, особенности личности и скрытый период перехода в клинические психопатологические состояния — все это еще больше усложняет проблему дифференциальной диагностики.

Нуждаются в подробном и постоянном изучении, существующие и постоянно изменяющиеся, новые стереотипы делинквентных форм поведения в подростковой среде. Социально одобряемые и закрепляемые в сети «Интернет», асоциальные формы поведения на грани пограничных расстройств, рекламируемые СМИ и тиражируемые формы агрессии — это далеко не полный перечень всех негативных факторов, формирующих личность ребенка, подростка в современных условиях. Нельзя исключать влияние динамики потребления алкоголя и других психоактивных веществ как родителями, так и самими подростками на проявления и частоту нарушений поведения.

В различные исторические периоды формирования отечественной психиатрии можно отметить различные взгляды на данную проблему и подходы к ней. В работах зарубежных и отечественных классиков психиатрии указывалось на связь биологических (в том числе органической дисфункции мозга), социальных факторов при формировании и динамики психопатии в детском возрасте, например у следующих: Г. Е. Сухарева (1959), М. О. Гуревич (1932), П. Б. Ганнушкин, М. С. Певзнер (1941), Н. И. Озерский (1934), А. Е. Личко (1985), В. А. Гурьева, В. Я. Семке, В. Я. Гиндикин (1994), В. А. Гурьева, Т. Б. Дмитриева, Е. В. Макушкин, В. Я. Гиндикин, В. Д. Бадмаева (2001) и многие другие. Сейчас в клинической практике можно отметить ряд психопатологических состояний с характерными клиническими проявлениями в детском и подростковом возрасте, описанными ранее и вписывающимися по всем проявлениям в нозологическую

группу расстройств личности по МКБ-10. Стойкость и синдромальная особенность данных состояний подтверждают возможность завершения формирования патологических проявлений личности и их проявления в период социальной дезадаптации подростка или неблагоприятного течения психопатологической симптоматики. Разумеется, это не массовые диагнозы, и в плане дифференциальной диагностики такие клинические симптомы отличаются от психогенных реакций, невротоподобных состояний, патологического развития пубертата, нарушений поведения при умственной отсталости. В крайних проявлениях такие индивиды — это лидеры асоциальных компаний либо агрессивные одиночки, склонные к крайним формам проявления агрессии, аутоагрессии, нарушениям влечений. По-видимому, при углубленном анализе современных одиночных и групповых форм насилия, таких как буллинг, скулшутинг, груминг, именно такие личности будут составлять асоциальный контингент. Необходимо обязательное проведение комплексной судебно-психолого-психиатрической экспертизы не только с целью установления уголовно-правовых аспектов, но и клинического анализа при наличии психических нарушений с выбором адекватной терапии, форм ее применения и разработкой превентивных мероприятий.

Что особенно настораживает — это проявления нарушений поведения в общеобразовательных учреждениях различного уровня. Конечно, можно назвать десятки причин таких событий, однако наличие лиц с имеющимися выраженными психопатологическими состояниями среди обучающихся, несомненно, является основным, а часто еще и пусковым механизмом к началу драматических событий. Не может не настораживать несогласованность межведомственного взаимодействия, в частности, в прослеживающейся в последнее время тенденции в формировании нормативных документов по проведению ПМПК с акцентом диагностики только умственной отсталости для изменения учебной программы, формы обучения и вынесение решений по пациентам только с умственной отсталостью. Наличие других диагнозов, например органических непсихотических расстройств, кодируемых по рубрике F06 и некоторых других, не считается основанием для изменения учебной программы, формы обучения или перевода на домашнее обучение. Исходя из логики таких решений значительная часть детей, имеющих психические отклонения, по мнению представителей ПМПК, должна оставаться в общеобразовательной школе. Различные варианты нарушений поведения требуют тщательного клинического психопатологического и социального анализа с привлечением клинических психологов.

После проведения и диагностики возникает вопрос о способах и методах коррекции имеющихся нарушений поведения. С точки зрения педагогики рассматриваются индивидуальные педагогические приемы, воспитательные мероприятия, дифференцированные программы и типы обучения. К сожалению, в современных условиях педагогические приемы А. С. Макаренко вряд ли применимы в полных объемах. С учетом феномена акселерации и раннего социального взросления параллельно с ростом асоциальных поступков, количества и тяжести правонарушений у несовершеннолетних есть смысл пересмотреть возрастные рамки административной и уголовной ответственности для самих

несовершеннолетних, а не для их родителей. Образовательные программы должны быть построены так, чтобы дать ребенку или подростку найти этот смысл, свой смысл социально приемлемого проживания и формирования личности с использованием знаний современной психологии и маркетинга.

Речь должна идти о подготовленных специалистах: клинических психологах, педагогах, врачах общей практики, детских психиатрах, сотрудниках ПДН и др. Одному психиатру подобную проблему не решить, потому что часто она имеет социальные корни, а сама по себе психофармакотерапия не решает проблемы воспитания, морали, нравственности.

При наличии психопатологической симптоматики и отсутствии эффекта от вышеуказанных мероприятий или параллельно с ними следует рассмотреть вопрос о психофармакотерапии. Сразу возникает вопрос о назначении амбулаторного или стационарного курса терапии. Как будет осуществляться подбор адекватного препарата, их сочетания и дозировки? Учитывая особенности формирования организма в детском и подростковом возрасте, частого сочетания с органической патологией ЦНС, наличием соматической патологии, представляется реальным сделать его в стационаре параллельно с установлением клинического диагноза, подбором дифференцированной терапии.

Однако и здесь все не так просто. В настоящее время перечень препаратов, рекомендуемых к применению в детском и подростковом возрасте, чрезвычайно узок. Ранее широко используемый в практике хлорпротиксен по существующей сейчас инструкции не рекомендован для применения у детей и подростков. Тиордазин (сонапакс, тиорил) показан после 4 лет. В то же время галоперидол, хлорпромазин рекомендованы детям старше 3 лет. В современных условиях детской психиатрии требуются расширение количества

и новые качественные свойства психотропных препаратов для использования в детской и подростковой психиатрии, в том числе и пролонгированного действия.

На основании всего вышеизложенного можно сделать следующие выводы.

1. В плане дифференциальной диагностики необходимо разработать критерии верификации поведенческих нарушений, связанных с непсихотическими и психотическими психическими расстройствами.
2. Следует рассмотреть вопрос о расширении спектра психотропных препаратов для терапии психических расстройств детей и подростков. Запланировать и провести клинические испытания уже имеющихся препаратов со снижением возраста начала психофармакотерапии. Необходимы клинические испытания и внедрение в детскую психиатрическую практику форм пролонгированных препаратов для детей и подростков.
3. С участием клинических психологов, педагогов нужна разработка целевых воспитательных мероприятий с индивидуальным подбором методик и отслеживание их эффективности для детей и подростков.
4. С учетом изменения возраста социальной зрелости, раннего завершения формирования личности, психического, физического, полового созревания следует снизить возраст административной и уголовной ответственности за ряд насильственных преступлений, особенно с причинением тяжкого вреда здоровью.
5. Необходимо использовать современные достижения клинической психологии для оценки возможной связи психических заболеваний, выраженности поведенческих расстройств с анализом причин, комплексной дифференциальной диагностики, прогноза, динамики.

Библиографический список

1. Гуревич М. О. Психопатология детского возраста. М.: Гос. мед. изд-во, 1932. 229 с.
2. Гурьева В. А., Семке В. Я., Гиндикин В. Я. Психопатология детского возраста / отв. ред. В. Я. Семке; НИИ психич. здоровья Том. науч. центра РАМН. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1994. 308 с.
3. Клиническая и судебная подростковая психиатрия / В. А. Гурьева, Т. Б. Дмитриева, Е. В. Макушкин, В. Я. Гиндикин, В. Д. Бадмаева. М., 2001. 488 с.
4. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1979. 608 с.
5. Личко А. Е. Подростковая психиатрия: руководство для врачей. 2-е изд., доп. и перераб. Л.: Медицина, 1985. 416 с.
6. Озерский Н. И. О патологическом развитии и психопатиях в детском возрасте. М.; Л.: Гос. учеб.-пед. изд-во, 1934. 232 с.
7. Певзнер М. С. Клиника психопатий в детском возрасте. Опыт лечебно-педагогической работы. М.: Учпедгиз, 1941. 120 с.
8. Северный А. А., Шевченко Ю. С., Волошин В. М. Проблема эффективности и безопасности психофармакотерапии детей и подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2004. Т. 4. № 2. С. 39–42.
9. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 2. Ч. 2. М.: Медицина, 1959. 406 с.
10. Уроки насилия: о том, можно ли побороть вспышки насилия у подростков // Газета.Ru: периодическое издание [Электронный ресурс]. URL: https://www.gazeta.ru/comments/2018/01/19_e_11618534.shtml (дата обращения: 09.12.2019).
11. Ямбург Е. Бессильные перед психопатами: как защитить своих детей в школах // МК.ru [Электронный ресурс]. URL: <http://www.mk.ru/social/2018/01/23/bezzashhitnye-pered-psikhopatami-kak-zashhitit-svoikh-detey-v-shkolakh.html> (дата обращения: 09.12.2019).

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

Ивашиненко Д. М., к.м.н., доцент, **Ивашиненко Л. В.**, **Бурделова Е. В.**,
ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет»,
Тула, Российская Федерация

Аннотация

В статье изложены организационные аспекты организации работы по предупреждению агрессивного поведения в молодежной среде. Опыт ее проведения описывается на примере двух мониторинговых исследований в 2016 и 2019 гг. Результаты психологического обследования более чем 2000 респондентов, наглядно свидетельствуют о наличии тесной взаимосвязи выраженности ранних дезадаптивных схем, заостренных черт характера и агрессии. Это и является основой описанных подходов к работе по указанной проблеме.

Ключевые слова

Агрессивное поведение, акцентуации, ранние дезадаптивные схемы, профилактика, психокоррекция.

ORGANIZATIONAL ASPECTS OF PREVENTING AGGRESSIVE BEHAVIOR AMONG YOUNG PEOPLE

Ivashinenko D. M., PhD (Medicine), Associate Professor, **Ivashinenko L. V.**, **Burdelova E. V.**,
Tula State University,
Tula, Russian Federation

Abstract

The paper presents recommendations on organizational activities to prevent aggressive behavior in young people based on the results of two University-based surveys conducted in 2016 and 2019 accordingly. The surveys of more than 2000 respondents clearly show that there is a close relationship between the severity of early maladaptive patterns, sharpened character traits and aggression. This approach is employed for the University-based aggressive behavior prevention programs.

Key words

Aggressive behavior, accentuation, early non-adaptive schemes, prevention, psycho-correction.

Агрессивное поведение является не только социальной и психологической, но и медицинской проблемой. Оценка ее распространенности и структуры есть необходимое условие для разработки профилактических и психокоррекционных мероприятий. При рассмотрении агрессии в континууме «норма — патология» мониторинг агрессивного поведения выступает не только важной частью создания безопасной среды в образовательных учреждениях, но и одним из способов определения дезадаптации как фактора и раннего проявления развития психических расстройств [1, 2].

Поскольку агрессия может быть как здоровой, так и патологической, злокачественной и доброкачественной, мониторинговые исследования имеют некоторые ограничения. Во-первых, они не могут обеспечить четкие дифференциально-диагностические критерии между здоровой и патологической агрессией. Во-вторых, использование только методик, выявляющих выраженность и структуру агрессии, вне контекста адаптивности и дезадаптивности, не может предоставить достаточной информации о ее роли в индивидуальном и социальном здоровье. В-третьих, без характеристики психических свойств индивида сведения об агрессивности недостаточны для разработки профилактических и психокоррекционных программ. В-четвертых,

мониторинг подразумевает массовое обследование определенной социальной группы, и вследствие этого невозможно применить сложные психодиагностические методы и комплексы методик из-за высокой трудозатратности при обследовании респондентов и последующей обработки. На наш взгляд, наиболее эффективным является использование в исследовании одной-двух методик, диагностирующих агрессивное поведение, и одной-двух методик, описывающих индивидуально-типологические особенности личности.

В ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет» в 2016 и 2019 гг. был проведен мониторинг агрессивного поведения. Его респондентами являлись студенты в возрасте 18–21 года. В 2016 г. были использованы опросник BDHI (в модификации Г. В. Резапкиной), STAXI, методика изучения акцентуаций личности К. Леонгарда (модификация С. Шмишека). В 2019 г. — BDHI (в модификации Г. В. Резапкиной), STAXI, «Диагностика ранних дезадаптивных схем» (YSQ—S3R).

В 2016 г. в мониторинге было обследовано 309 юношей (42,8%) и 413 девушек (57,2%); в 2019-м — 775 юношей (53,9%) и 662 девушки (46,1%). По возрасту: в 2016 г. 18–19 лет — 469 (64,9%); 20–21 год — 252 (35,1%); 2019 г.: 18–19 лет — 1054 (73,3%); 20–21 год — 383 (27,7%).

Полученные результаты наглядно свидетельствуют о наличии тесной взаимосвязи выраженности ранних дезадаптивных схем, заостренных черт характера и агрессии. Было выявлено, что агрессивность и враждебность выше у лиц с выраженными чертами застревающей или неуравновешенной акцентуации. При наличии гипертимных черт наблюдается повышение только вербальной агрессии, остальные ее компоненты остаются на уровне нормативных показателей. При тревожных и гипотимных чертах характера отмечается снижение уровня физической агрессии, т.е. они являются ингибиторами агрессии, но не могут использоваться в качестве мишеней психокоррекционной работы. Такими мишенями являются ранние дезадаптивные схемы. Обнаружены многочисленные взаимосвязи между ними и практически всеми компонентами агрессии. Мы пришли к выводу, что отсутствие взаимосвязей следует рассматривать скорее как исключение, нежели ведущую тенденцию. Агрессия в структуре ранних дезадаптивных схем не конгруэнтна ситуации в жизни юноши или девушки, что отличает ее от доброкачественной агрессии. В этом и проявляется механизм формирования социально неприемлемых форм агрессивного поведения, на которое оказывается психологическое воздействие при индивидуальном консультировании [4].

Как раз учет психических свойств, которые определяют поведенческие особенности личности, ее поведенческие схемы, оказывают непосредственное воздействие на выраженность и форму агрессии. Они и учитываются при реализации мониторинговых, профилактических и психокоррекционных программ в молодежной среде [3, 4].

Полученные данные позволили разработать профилактические и психокоррекционные программы. Целью профилактики агрессивного поведения являлось снижение уровня распространенности социально неприемлемых форм агрессии. Для выполнения указанной цели были поставлены задачи, разделенные на две группы: снижение воздействия проагрессивных факторов и повышение ингибиторов агрессии. Снижение воздействия проагрессивных факторов достигалось путем вовлечение молодых людей в мероприятия, в которых они могли проявить свою активность, конкурировать в честных условиях, адаптировать

заостренные черты своего характера в социуме (например, развитие волонтерского движения). Усиление ингибиторов агрессии достигалось с помощью повышения толерантности индивида к фрустрации, расширения базы знаний и умений о способах психологической защиты, развития рефлексии и ауторегуляции, повышения социально-психологической адаптивности (например, проведение психологических тренингов, просветительских бесед).

Психокоррекционная программа включала в себя тренинги и индивидуальные психологические консультации. Тренинговая работа была нацелена на развитие коммуникативных навыков и навыков саморегуляции. Во время тренингов отработывались адаптивные схемы поведения в психологически безопасных условиях для последующего внедрения их в повседневную деятельность. В рамках индивидуальных консультаций раскрывались внутриличностные конфликты, ранние сценарные решения, глубинные психологические защиты, т.е. проводилась работа с личностными факторами злокачественной агрессии [3].

Соответственно для организации работы по предупреждению агрессивного поведения в молодежной среде необходимо:

- подобрать наиболее простые и ресурсоэкономичные психодиагностические методы;
- обеспечить максимальное участие молодых людей в проводимых мероприятиях и повысить уровень их вовлеченности;
- создать программы профилактической и коррекционной работы, нацеленные на психологическое воздействие не только непосредственно на форму агрессии, но и на факторы, повышающие или снижающие ее уровень (выявленные при проведении мониторинга);
- усовершенствовать навыки коллектива психологов, педагогов, врачей для работы с лицами юношеского возраста.

Проведенная за последние годы работа показала, что переход агрессии из социально неприемлемых форм в социально приемлемые является эффективным методом предотвращения агрессивного поведения в молодежной среде только при учете комплекса психологических факторов, влияющих на нее.

Библиографический список

1. Ивашиненко Д. М., Бурделова Е. В., Ивашиненко Л. В. Агрессивное и аддиктивное поведение в студенческой среде // Вопросы наркологии. 2017. № 8 (156). С. 111–112.
2. Ивашиненко Д. М., Ивашиненко Л. В., Бурделова Е. В. Профилактика агрессивного поведения в молодежной среде на примере ТулГУ // Антология российской психотерапии и психологии: материалы Всероссийского конгресса с международным участием «Отечественная психотерапия и психология: становление, опыт и перспективы развития (к 85-летию отделения неврозов и психотерапии Национального центра психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева)». 2018. С. 113–114.
3. Ивашиненко Д. М., Ивашиненко Л. В., Бурделова Е. В. Психологическое сопровождение процесса адаптации первокурсников к условиям обучения в медицинском ВУЗе // Прикладные информационные аспекты медицины. 2017. Т. 20. № 2. С. 60–66.
4. Ивашиненко Д. М., Бурделова Е. В. Распространенность ранних дезадаптивных схем в молодежной среде // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2019. № 2. С. 30–34.

ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Казаковцев Б. А., д.м.н., профессор,
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени
В. П. Сербского» Минздрава России,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

В статье проводится анализ данных государственного статистического наблюдения за период с 1995 по 2015 г. В масштабе страны и федеральных округов эпидемиологическому анализу подвергнуты показатели первичной заболеваемости психическими расстройствами в их сопоставлении с показателями патологии беременности и родов. На материале 20-летнего наблюдения установлена хронологическая связь между динамикой показателей, характеризующих нормальное и патологическое течение беременности и родов, и динамикой показателей первичной заболеваемости психическими расстройствами. Установлено, что процессы снижения показателей первичной заболеваемости психическими расстройствами и процессов динамики показателей, характеризующих патологическое течение беременности и родов, в большинстве федеральных округов протекают синхронно либо, реже, вторые опережают первые на 5–10 лет. Результаты исследования свидетельствуют о существовании причинной связи между состоянием здоровья беременных и рожениц, психическим здоровьем их потомства и психическим здоровьем населения в целом.

Ключевые слова

Первичная профилактика психических расстройств.

ORGANIZATION OF OBSTETRIC AND GYNECOLOGICAL CARE AND PREVENTION OF MENTAL DISORDERS

Kazakovtsev B. A., Doctor of Medical Sciences, Professor,
Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health
of the Russian Federation,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The article analyzes the data of the state statistical observation for the period from 1995 to 2015. Indicators of primary incidence of mental disorders in comparison with indicators of pathology of pregnancy and childbirth were subjected to epidemiological analysis in Russia. Based on the 20-year observation, a chronological relationship between the dynamics of indicators characterizing normal and pathological pregnancy and childbirth, and dynamics of primary incidence of mental disorders has been established. It is established also that the processes reduce the primary incidence of mental disorders and the process of dynamics of indicators characterizing the pathological course of pregnancy and delivery, in most Federal districts occur simultaneously or, more rarely, the second ones ahead of the first ones for 5-10 years. The results of the study indicate that there is a causal relationship between the health of pregnant women and women in labor, the mental health of their offspring and the mental health of the population as a whole.

Key words

Primary prevention of mental disorders.

На материале многолетнего государственного статистического наблюдения в масштабе России была установлена хронологическая связь между динамикой показателей, характеризующих нормальное и патологическое течение беременности и родов, и динамикой показателей первичной заболеваемости психическими расстройствами.

Снижение первичной заболеваемости психическими расстройствами в целом по стране начиналось:

— *синхронно* со снижением числа случаев заболеваний мочеполовой системы у беременных и развития у беременных отеков, протеинурии и гипертензивных расстройств;

— *спустя 5 лет* после начала процесса снижения числа случаев анемии у беременных и нарушений родовой деятельности, включая диагнозы анемии и заболеваний системы кровообращения, осложняющих роды;

— *спустя 10 лет* после начала процесса снижения числа случаев преждевременных родов [1].

Цель настоящей работы — изучить влияние на показатели психического здоровья качества организации акушерско-гинекологической помощи.

С учетом того что в целом по стране в период с 1995 до 2005 г. отмечен рост показателя первичной заболеваемости психическими расстройствами на 15,1 % и снижение данного показателя в последующем десяти-

летию на 22,6%, в настоящем исследовании динамика показателя была сопоставлена с динамикой деятельности учреждений (центров), оказывающих акушерскую и гинекологическую помощь.

По федеральным округам (ФО) были проанализированы такие показатели, как число женских консультаций; число коек в дневных стационарах для беременных и рожениц; число гинекологических коек в дневных стационарах; доля женщин, закончивших беременность, прошедших осмотры у терапевта и лабораторные исследования на сифилис, ВИЧ и гепатиты В и С.

За период с 1995 по 2015 г. абсолютное число *перинатальных центров*, использующих инновационные технологии в акушерско-гинекологической практике, увеличилось в целом по стране в 12 раз, а в период с 2005 по 2015 г. — в 1,7 раза. Соответствующий интенсивный показатель (на 10 тыс. женского населения фертильного возраста) по стране в указанные периоды увеличился соответственно в 17 и в 1,9 раза. Процесс постепенного накопления числа данного типа учреждений происходил в большинстве ФО.

В целом в России за период с 2005 по 2015 г. интенсивный показатель числа *женских консультаций* увеличился на 6,1%.

Высокий уровень данного показателя имел место по трем из четырех анализируемых ФО, отличавшихся высокими темпами снижения первичной заболеваемости психическими расстройствами.

О высоком уровне профилактической работы женских консультаций по всем четырем ФО в период с 1995 по 2015 г. свидетельствует неуклонный рост такого показателя, как доля беременных, поступивших под наблюдение консультации в период до 12 недель от зачатия.

К 2015 г. интенсивный показатель числа коек для беременных и рожениц в *дневных стационарах* медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в расчете на женщин фертильного возраста по трем из четырех ФО превышал или был близок к таковому в среднем по стране. Следовательно, в плане профилактики психических расстройств была показана эффективность данного вида инновационной технологии организации акушерско-гинекологической помощи.

В меньшей мере (в двух из четырех анализируемых ФО) в профилактическом отношении проявил себя интенсивный показатель числа коек патологии беременности в дневных стационарах медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных и амбулаторных условиях, в расчете на женщин фертильного возраста.

В анализируемый период в масштабе страны и ФО при существующем темпе изменения уровня организации акушерско-гинекологической помощи процессы снижения показателей первичной заболеваемости психическими расстройствами и процессы динамики показателей, характеризующих патологическое течение беременности и родов, в большинстве случаев протекали синхронно, реже с интервалом в 5–10 лет.

Снижение первичной заболеваемости психическими расстройствами в целом по стране зафиксировано спустя 5 лет после начала процесса снижения числа случаев нарушений родовой деятельности. Сходная динамика рассматриваемых рядов показателей была отмечена по *всем* ФО.

Снижение первичной заболеваемости психическими расстройствами в целом по стране начиналось синхронно со снижением числа случаев заболеваний мочеполовой системы у беременных. Сходная динамика рассматриваемых рядов показателей была отмечена по *большинству* (7 из 8) ФО.

Снижение первичной заболеваемости психическими расстройствами в целом по стране зафиксировано спустя 10 лет после начала процесса снижения числа случаев преждевременных родов. Сходная динамика того и другого рядов показателей была отмечена по *большинству* (7 из 8) ФО.

Снижение первичной заболеваемости психическими расстройствами в целом по стране зафиксировано спустя 5 лет после начала снижения числа случаев родов в срок. Сходная динамика представленных рядов показателей была отмечена по *большинству* (6 из 8) ФО.

В меньшей мере совпадение общих (по стране) и региональных (по ФО) тенденций относилось к развитию анемии у беременных и рожениц, заболеваний системы кровообращения у рожениц и отеков, протеинурии и гипертензивных расстройств у беременных.

Снижение первичной заболеваемости психическими расстройствами в целом по стране начиналось синхронно со снижением числа случаев развития у беременных отеков, протеинурии и гипертензивных расстройств. Сходная динамика рассматриваемых рядов показателей была отмечена по 5 из 8 ФО.

Снижение первичной заболеваемости психическими расстройствами в целом по стране зафиксировано спустя 5 лет после начала снижения числа случаев анемии, осложняющей роды. Сходная динамика рассматриваемых рядов показателей была отмечена по 5 из 8 ФО.

Снижение первичной заболеваемости психическими расстройствами в целом по стране зафиксировано спустя 5 лет после начала процесса снижения числа случаев заболеваний системы кровообращения, осложняющих роды. Сходная динамика рассматриваемых рядов показателей была отмечена по 4 из 8 ФО.

Снижение первичной заболеваемости психическими расстройствами в целом по стране зафиксировано спустя 5 лет после начала процесса снижения числа случаев анемии у беременных. Сходная динамика рассматриваемых двух рядов показателей была отмечена по 3 из 8 ФО.

Результаты настоящего исследования могут быть использованы при изучении влияния на показатели психического здоровья повышения качества организации акушерско-гинекологической помощи путем дальнейшего использования в регионах страны Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология, утвержденного приказом Минздрава России от 01.11.2012 № 572н [2].

Библиографический список

1. Казаковцев Б. А., Демчева Н. К., Какорина Е. П., Казаковцева С. Б. Профилактика психических расстройств: акушерство и гинекология. Эпидемиологический анализ // Психическое здоровье. 2016. № 6. С. 3–10.
2. Порядок оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология (за искл. использования вспомогательных репродуктивных технологий). Утв. приказом Минздрава России от 01.11.2012 № 572н с послед. изм.

ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНОГО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В СЕМЬЕ И ВНЕ СЕМЬИ

Калиш И. В., педагог-психолог,
ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

В статье рассматриваются особенности тревожного эмоционального состояния, обусловленного сформированностью социальной перцепции у детей дошкольного возраста, воспитывающихся в семье и вне семьи. Выявляется уровень проявления тревожных эмоциональных состояний, обусловленный разными условиями воспитания. Определяется связь тревожных эмоциональных состояний с уровнем распознавания эмоций дошкольниками в разных условиях воспитания.

Ключевые слова

Тревожные эмоциональные состояния, семья, детская деревня, детский дом.

FEATURES OF THE ANXIOUS EMOTIONAL STATE OF PRESCHOOLERS WHO ARE BROUGHT UP IN THE FAMILY AND OUTSIDE THE FAMILY

Kalish I. V., teacher-psychologist,
Moscow State Pedagogical University,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The article discusses the features of an anxious emotional state caused by the formation of social perception in preschool children who are brought up in the family and outside the family. The level of manifestation of anxious emotional states caused by different conditions of upbringing is revealed. The relationship of anxious emotional states with the level of emotion recognition by preschoolers in different conditions of upbringing is determined.

Key words

Anxious emotional states, family, children's village, orphanage.

Проблема возникновения тревожных эмоциональных состояний у детей дошкольного возраста является одной из наиболее актуальных. Дети все чаще полностью или частично лишаются родительского тепла в общении, оказываются в неблагоприятных условиях социального взаимодействия. С каждым годом увеличивается количество детей, воспитывающихся вне семьи. Это дети, оставшиеся без попечения родителей, лишенные социально-эмоциональных стимулов, необходимых для полноценного развития.

Таким образом, различные неблагоприятные условия, в которых ребенок полностью или частично обделен родительским теплом, заботой, осложняют его жизнедеятельность, взаимодействие с окружающим миром, затрудняют освоение новых социальных ролей, разрушают уравновешенные эмоциональные состояния, вызывая повышенную тревожность.

Определение понятия тревожности. Существуют различные трактовки. Часто рассматриваются сравнительные характеристики понятия тревожности с близкими понятиями, такими как тревога, страх. С философских позиций тревога рассматривается в рамках проблематики страха. В учениях Платона, Аристотеля, Эпикура, Н. Макиавелли, Ф. Бэкона, Т. Гоббса, Б. Спинозы, Дж. Локка, П. Гольбаха, Д. Дидро, И. Канта, Г. Гегеля, А. Шопенгауэра, Ф. Ницше внимание уделялось преимущественно страху, а тревога рассматри-

валась как его составная часть [1, с. 4]. В работах этих философов обнаруживается стремление осмыслить причины страха, его формы и виды, показать связь с другими психическими состояниями. Важной стороной теорий указанных мыслителей является анализ социальных аспектов страха как элемента социального поведения и управления, как источника и компонента религии.

В трудах С. Кьеркегора разграничиваются понятия страха и тревоги. Последняя предстает самостоятельным феноменом. Кьеркегор определяет тревогу как состояние человека, сталкивающегося со своей свободой. Он даже утверждает, что тревога есть «возможность свободы». Когда бы человек ни представлял себе возможности, в тот же момент потенциально присутствует и тревога [11, с. 245].

Философия экзистенциализма в работах М. Хайдеггера, К. Ясперса, Ж.-П. Сартра, П. Тиллиха, Р. Мэя придала тревоге онтологический статус при усмотрении в этом эмоциональном переживании симптома обретения подлинного бытия.

Своеобразный подход к изучению тревоги сложился в психоаналитической традиции (З. Фрейд, О. Ранк, А. Адлер, К. Хорни, Э. Фромм, А. Фрейд, Д. Айке), характеризующейся тенденцией к биологизации этого феномена в рамках сексуальной этиологии, постепенно уступающей место исследованию, социальных аспектов тревоги, связанных с особенностями межличностных отношений, социально-

экономическими и социально-политическими условиями жизнедеятельности человека [1, с. 6].

Сегодня наиболее распространенной является точка зрения, где страх рассматривается как реакция на конкретную угрозу, а тревожность — как переживание безоъектной неопределенной опасности [7, с. 351].

Определяя понятия страха и тревоги, К. Э. Изард указывает, что страх нельзя отождествлять с тревогой. «Страх — это совершенно определенная, специфическая эмоция, заслуживающая выделения в отдельную категорию. Рассмотрение страха как специфической эмоции позволяет отделить его от феномена тревоги. Тревога — это комбинация, или паттерн эмоций, и эмоция страха — лишь одна из них» [4, с. 293].

Н. Д. Левитов оценивает тревожность как психическое состояние, которое вызывается возможными или вероятными неприятностями, изменениями в привычной обстановке и деятельности, задержкой приятного, желаемого и выражающееся в специфических переживаниях (опасение, волнение, нарушение покоя и др.) [5, с. 133].

А. М. Прихожан отмечает, что тревожность — это «переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагополучия, с предчувствием грозящей опасности» [8, с. 138].

Тревожность рассматривается и как «индивидуальная психологическая особенность, проявляющаяся в склонности человека к частым и интенсивным переживаниям состояния тревоги, а также в низком пороге возникновения» [2, с. 553].

Различают тревожность как эмоциональное состояние и как устойчивое свойство, черту личности. Принято разделение понятий «тревога» и «тревожность», поскольку последний термин используется для обозначения всего феномена в целом [8, с. 138].

Тревожность как переживание эмоционального дискомфорта, предчувствие грозящей опасности является «выражением неудовлетворения значимых потребностей человека: актуальных при ситуативном переживании тревоги и устойчиво доминирующих при гипертрофированном типе устойчивой тревожности» [7, с. 14].

По определению А. В. Петровского, «тревожность — склонность индивида к переживанию тревоги, характеризующаяся низким порогом возникновения реакции тревоги; один из основных параметров индивидуальных различий. Тревожность обычно повышена при нервно-психических и тяжелых соматических заболеваниях, а также у здоровых людей, переживающих последствия психотравмы, у многих групп лиц с отклоняющимся субъективным проявлением неблагополучия личности» [10].

С. Немов определяет тревожность как «психологическое состояние повышенного беспокойства, эмоционального напряжения человека. Тревожность может выступать как ситуативное, т.е. временное, состояние человека и как устойчивая черта его личности» [6, с. 627].

Рассматривая тревожность как личностное образование, выделяют ее открытую и скрытую форму [8]. Открытая тревожность — сознательно переживаемая и проявляемая в поведении и деятельности человека эмоция, находящегося в состоянии тревоги. Скрытая (неосознаваемая) тревожность проявляется чрезмерным спокойствием по отношению к реальному неблагополучию или отрицанием его либо через

неадекватные формы поведения. Скрытая тревожность встречается реже, чем открытая. Одна из форм скрытой тревожности — неадекватное спокойствие, когда человек скрывает тревогу как от окружающих, так и от самого себя, вырабатывает негибкие способы защиты от нее, которые препятствуют осознанию реальных угроз и собственных переживаний. Другой формой скрытой тревожности является «уход от ситуации», но данная форма встречается крайне редко.

Особое внимание уделяется исследователями замаскированной тревожности, или «маскам тревожности». Это формы поведения, позволяющие человеку пережить тревожность в смягченном виде и не проявить ее вовне. При такой форме тревожности могут наблюдаться агрессивность, мечтательность, фантазирование, лживость, зависимость, апатия. Они позволяют скрыть тревожность от окружающих, но не избавляют от субъективных переживаний тревоги.

А. И. Захаров обращает внимание на то, что в старшем дошкольном возрасте тревожность еще не является устойчивой чертой характера и имеет ситуационные проявления, так как у ребенка именно в период дошкольного детства происходит становление личности [3]. В связи с этим необходимо своевременно выявлять тревожных детей и оказывать им психологическую помощь.

Исследование тревожных эмоциональных состояний дошкольников, воспитывающихся в разных условиях.

Из многообразия форм детских учреждений, воспитывающих детей вне семьи, мы выделили детскую деревню и детский дом. Условия воспитания детей в каждом случае имеют свою специфику, суть которой заключается в том, что воспитание детей в детской деревне максимально приближено к семейному. Дети, живущие в детской деревне, не приемные, а опекающие их сотрудники выполняют функции мам, не являясь при этом приемными родителями. Дети при поступлении в детскую деревню не дифференцируются по возрасту, дети-родственники живут в одной семье. Условия жизни в детской деревне характеризуются определенной стабильностью: детское сообщество представлено разновозрастной группой; отношения между детьми складываются по типу родственных, как между сестрами и братьями. В детском доме организация жизни детей хотя и подразумевает аналог семьи, но по сути дела таковой не является, поскольку дети лишены мамы. С ними занимается приходящий воспитатель, который работает по ежедневно составляемому плану воспитательной работы. Отношения между детьми складываются по типу корпоративных. Несмотря на изменения последних лет регламентирующих условий пребывания детей в детских домах, жизнь их характеризуется определенной нестабильностью: смена воспитателей, товарищей по спальне, отсутствие привычного обжитого жизненного пространства и пр.

Таким образом, контингент испытуемых представлен тремя группами.

1. Дети, воспитывающиеся в семье и посещающие детский сад (100 человек). Эта группа рассматривалась нами как контрольная и как экспериментальная.
2. Дети, воспитывающиеся в детской деревне (100 человек). Это экспериментальная группа.

3. Дети, воспитывающиеся в детском доме (100 человек). Это экспериментальная группа.
Возраст испытуемых 5–6 лет.

Для решения диагностических задач констатирующего и итогового этапов эксперимента использовался комплекс методик, направленных на исследование эмоциональных состояний детей дошкольного возраста.

1. Карта наблюдения (Д. Стотт).
2. Тестовая диагностика уровня тревожности «Выбери нужное лицо» (Р. Темпл, М. Дорки, В. Амен).
3. Способность детей 5–7-летнего возраста к распознаванию эмоциональных состояний (Е. М. Листик).

Наблюдение за поведенческими реакциями по схеме Д. Стотта и анализ количественных показателей реакций на ситуации по методике М. Дорки показали, что у детей, проживающих в разных условиях воспитания, преобладает межличностная тревожность, проявляющаяся как в системе отношений «ребенок — ребенок», так и в системе отношений «ребенок — взрослый». Большая тревожность отмечена в системе отношений «ребенок — ребенок», и это позволяет предположить, что она является для детей дошкольного возраста наиболее значимой. На основе анализа текстовых сообщений были обозначены ведущие тенденции детского самовосприятия в межличностном взаимодействии и выделены особенности эмоционального отражения этого взаимодействия детьми, воспитывающимися в семье и вне ее.

1. Дошкольники, не идентифицирующие себя с главными персонажами ситуаций, испытывали затруднения в восприятии сюжетов, неадекватно интерпретировали ситуацию, сомневались в правильности ее понимания.

2. Дошкольники, идентифицирующие себя с главными персонажами сюжетов, адекватно воспринимали сюжеты ситуаций и их персонажей. Однако среди них отмечены случаи затруднения с определением лица для изображения персонажа, вызванные отрицательными переживаниями в межличностном взаимодействии. Особенности комментирования обусловлены личным опытом отрицательных переживаний в межличностном взаимодействии. Персонаж старшего ребенка воспринимался испытуемым не как сверстник по игре, а как старший брат (сестра) или взрослый.

Обозначенная тенденция зафиксирована во всех экспериментальных группах, но более всего в группе детского дома.

Комментарии детей различных условий воспитания характеризуются разной эмоциональной насыщенностью, выявляя их обусловленность эмоциональным опытом.

Комментарии испытуемых из семьи отражают наличие эмоциональной децентрации, способности к состраданию, сопереживанию, достаточно точной идентификации эмоций. Эмоциональные реакции обусловлены потребностью в привязанности и внимании со стороны взрослых.

В комментариях участников из детской деревни присутствует идентификация положительных эмоций воспринимаемых персонажей, эмпатическое сострадание в отдельных случаях, потребность в эмоциональной привязанности. Вербальные сообщения данной группы испытуемых в основном сводятся к пересказу сюжета без ситуативного сопереживания.

В комментариях детей из детского дома непосредственный эмоциональный отклик испытуемых на предъявленную ситуацию обнаруживает ожидание неприятного или пугающего

события, слабую или отсутствующую эмпатическую реакцию на эмоциогенный сюжет, стереотипность эмоциональных реакций, ограниченную потребность в эмоциональной привязанности.

Наблюдение фиксированных форм поведения, тестовая диагностика и анализ детских комментариев социальных ситуаций позволяют сделать вывод о том, что слабая эмоциональная выразительность и низкая социальная ориентированность детей на фоне недостаточной удовлетворенности потребности в эмоционально положительных контактах, прежде всего со взрослым, лежат в истоках развития тревожных эмоциональных состояний.

Последнее наблюдение потребовало дополнительной диагностики, позволившей исследовать особенности восприятия испытуемыми эмоциональных состояний других лиц, умение адекватно транслировать собственные эмоции.

С этой целью была использована методика «Способность детей 5–7-летнего возраста к распознаванию эмоциональных состояний» (Е. М. Листик). Данные проведенного исследования показали, что большинство дошкольников всех условий воспитания, распознавая эмоции и эмоциональные состояния, прибегают к использованию эталона, при этом правильно описывая эмоциональные состояния на вербальном уровне, испытывают затруднения в распознавании эмоциональных состояний на невербальном уровне.

Дифференциация эмоций и обозначение их категорий вызывают затруднение. Наиболее успешно с этим справляются дети из семьи и детской деревни, тогда как большинство воспитанников детского дома не владеют данным типом распознавания.

Позитивные эмоциональные переживания детей из семьи и детской деревни вызваны отношениями в семье, взаимоотношениями в группе, поощрением взрослого за корректное поведение. Приоритетное значение для воспитанников детского дома имеют питание, развлечения, наличие предметов и игрушек. Эмоциональное состояние радости у них обусловлено наличием праздников, сопряженных с получением подарков.

На основе эмпирических данных установлена тенденция недостаточной дифференциации своих эмоциональных состояний детьми всех условий воспитания. Обращает на себя внимание тот факт, что большинство дошкольников, не владеющих всеми типами распознавания, составляют испытуемые детского дома. Это обусловлено тем, что односторонний, ограниченный эмоциональный опыт, вызывающий затруднения в межличностном взаимодействии, возникает в силу изменения самого характера общения в системе «ребенок — взрослый».

С переходом детей в более старшую возрастную группу диадное взаимодействие взрослого с ребенком утрачивает эмоциональную выразительность, приобретая направленность на торможение общения. Жизненный опыт ребенка в указанном контексте становится сдерживающим фактором для развития умения идентифицировать признаки эмоциональных состояний взрослого и транслировать собственные эмоции.

Таким образом, для преодоления тревожных эмоциональных состояний необходимо развивать у детей адекватную социальную перцепцию, повышать собственную позитивную социальную активность.

В заключение можно сказать, что проведенное диагностическое исследование позволяет сделать следующие выводы.

1. У детей всех трех групп с разными условиями воспитания наблюдается высокая межличностная тревожность как в системе отношений «ребенок — ребенок», так и в системе «ребенок — взрослый», причем в системе отношений «ребенок — ребенок» уровень тревожности выше, чем в системе «ребенок — взрослый». Это позволяет сделать вывод о высокой значимости отношений дошкольников со сверстниками.
2. Имеется связь между тревожностью дошкольников и недостаточностью умений социальной перцепции. Высокотревожные дети обладают недостаточным эмоциональным опытом, имеют нечеткое представление о социальных эмоциях. Распознавание эмоциональных состояний человека у большинства из них ниже нормы.
3. Высокая тревожность и недостаточное развитие социальной перцепции детей негативно сказываются на построении межличностного взаимодействия детей друг с другом и взрослыми (конфликты, проявление агрессии, закрытость, уход в себя, отсутствие эмпатии).

Библиографический список

1. *Баринов Д. Н.* Социальные тревоги как феномен общественной жизни (социально-философский анализ): автореф. дис. ... д-ра филос. наук / Д. Н. Баринов. М., 2011. 47 с.
2. Большой психологический словарь / под ред. Б. Г. Мещерякова, В. П. Зинченко. М.: Прайм-Еврознак, 2005. 672 с.
3. *Захаров А. И.* Неврозы у детей и подростков: анамнез, этиология и патогенез. Л.: Медицина, 1988. 244 с.
4. *Изард К. Э.* Психология эмоций. СПб.: Питер, 1999. 464 с.
5. *Левитов Н. Д.* Психическое состояние беспокойства, тревоги // Вопросы психологии. 1969. № 1. С. 20–41.
6. *Немов Р. С.* Психология: учеб. для студентов высш. пед. учеб. зав. В 3 кн. Кн. 3. Психодиагностика. М.: Владос, 1998. 640 с.
7. *Прихожан А. М.* Психология тревожности: дошкольный и школьный возраст / А. М. Прихожан. 2-е изд. СПб.: Питер, 2009. 192 с.
8. *Прихожан А. М.* Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика / А. М. Прихожан. Воронеж: ИПО «МОДЭК», 2000. 304 с.
9. Психология мотиваций и эмоций / под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, М. В. Фаликман. М.: ЧеРо, 2006. 752 с.
10. Психология. Словарь / под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. М.: Политиздат, 1990. 352 с.
11. *Ролло М.* Смысл тревоги; пер. с англ. М. И. Завалова и А. И. Сибуриной. М.: Независимая фирма «Класс», 2001. 379 с.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ

Карауш И. С., д.м.н., ведущий научный сотрудник,
Дашиева Б. А., д.м.н., ведущий научный сотрудник,

Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского национального
исследовательского медицинского центра,
Томск, Российская Федерация

Аннотация

Выявление и оценка клинической значимости аффективной симптоматики доклинического уровня в подростковом возрасте крайне важны в контексте возможности предотвращения формирования клинически выраженных расстройств и суицидального поведения. Цель исследования — определение возможностей раннего выявления аффективных симптомов и их взаимосвязи с пережитыми негативными жизненными событиями как базиса для разработки программ профилактики депрессивных расстройств и суицидального поведения.

Материал: обследовано 659 подростков 12–17 лет, учащихся городских и сельских общеобразовательных школ, а также коррекционных школ, относящихся к категории «дети с ограниченными возможностями здоровья» (группа исследования 1) и 507 учащихся городских и сельских общеобразовательных школ (группа исследования 2).

Помимо клинического метода использовались шкалы: шкала депрессии М. Ковак для детей и подростков и Шкала жизненных событий для подростков.

Результаты. Выделена группа подростков с риском развития депрессии (35,7%). Подростки из городских школ имеют наибольший риск развития депрессии в сравнении, как с сельскими подростками, так и с учащимися коррекционных школ. У 10,3% учеников определялись отдельные признаки аффективных нарушений, существенно отражающиеся на качестве функционирования. Эти подростки были расценены нами как лица с подпороговой депрессией, из них 15,8% — городских, 10,8%, — сельских и 6,3% — подростки с ОВЗ. Аффективные симптомы доклинического уровня маскируются личностными или поведенческими особенностями, пубертатными проявлениями. Часто такие подростки остаются вне поля зрения специалистов при высокой потребности в адекватной медико-психологической помощи.

25% подростков исследовательской группы 2 оценивают пережитые ими негативные жизненные события как имеющие высокую значимость для их функционирования. Высокий уровень риска депрессии наблюдается у 16,6% респондентов, значимо чаще у девочек — 23,9% и 8,8% в сравнении с мальчиками. При корреляционном анализе выявлена взаимосвязь между общими показателями этих шкал.

Обсуждение. Обсуждается развитие влияния негативных жизненных событий на возникновение депрессивных симптомов у подростков. Анализ отдельных негативных событий в группе подростков с высоким уровнем их субъективной значимости и высоким риском развития депрессии выявил ряд событий, связанных с семейным функционированием подростков.

Ключевые слова

Подростки, риск депрессии, негативные жизненные события.

METHODOLOGICAL ASPECTS OF EARLY DIAGNOSIS AND PREVENTION OF AFFECTIVE DISORDERS IN ADOLESCENTS

Karaush I. S., Doctor of Medical Sciences, senior researcher, **Dashieva B. A.**, Doctor of Medical Sciences, senior researcher,
Mental Health Research Institute of the Tomsk National Research Medical Centre of the Russian Academy of Sciences,
Tomsk, Russian Federation

Abstract

Identification and assessment of pre-clinical affective symptoms in adolescence is extremely important for preventing the formation of clinically expressed disorders and suicidal behavior. This paper is the result of a study investigating possibilities for early detection of affective symptoms and their relationship with stressful negative life events. The clinical method along with the Diagnostic Children's Depression Inventory (CDI) and Adolescent Mental Life Events Scale (ASLEC) were used in this study. 659 adolescents aged 12-17 years, students of urban and rural schools, as well as correctional schools belonging to the category "children with disabilities" (study group 1) and 507 students of urban and rural schools (study group 2) were examined. Results: A group of adolescents with a risk of developing depression was identified (35.7%). Adolescents from urban schools had the highest risk of developing depression in compared to both rural adolescents and students of correctional schools.

Certain signs of affective disorders, which significantly affect the quality of functioning, were identified in 10.3% of students. These adolescents were considered as a group with sub-threshold depression, of which 15.8% were urban, 10.8% were rural, and 6.3% were adolescents with disabilities. The preclinical level affective symptoms are masked by personal or behavioral features, puberty manifestations. Often, these adolescents remain out of sight of specialists with a high need for adequate medical and psychological assistance. 25% of the study group 2 rated their negative life experiences as of high significance for their functioning. A high risk of depression was observed in 16.6% of respondents, significantly more often in girls — 23.9% and 8.8% compared to boys. Correlation analysis revealed a relationship between the general indicators of these scales.

Key words

Adolescents, depression risk, negative life events.

Важность своевременного выявления депрессивных состояний у детей и подростков связана с серьезными последствиями, включая суицидальное поведение, и нарушениями в личностном и социальном функционировании [2, 13]. Нередко первым поводом к обращению за специализированной помощью является ситуация, связанная с «исходом» длительно существовавшей аффективной симптоматики и реализованной суицидальной попыткой.

В последние годы наблюдается значительный интерес к определению аффективной симптоматики субклинического уровня в подростковом возрасте, описываемой зарубежными исследователями как подпороговая депрессия (subthreshold depression) [3, 5, 6, 12]. Подспудное изменение аффективного фона обычно приводит к усилению эмоциональной лабильности и снижению порога эмоциональной выносливости с готовностью к кратковременным ситуационно провоцированным эпизодам сниженного настроения [1]. Аффективная симптоматика субклинического уровня зачастую не распознается ни подростками, ни их родителями, ни врачами, имеющиеся эмоциональные нарушения объясняются личностными или поведенческими особенностями, пубертатными проявлениями, «причудами», при этом такие подростки остаются вне поля зрения специалистов. Диагностические трудности выявления аффективной симптоматики субклинического уровня у подростков определяют актуальность ее изучения.

С проблемами социального функционирования, повышенным риском психических расстройств связывают опыт пережитых в детском или подростковом возрасте негативных жизненных событий [7, 8, 9, 10, 11]. Показана более выраженная связь подростковой депрессии с «обыденными» жизненными событиями в отличие от экстремальных».

Раннее вмешательство при депрессии очень важно для облегчения бремени болезни, но современные методы ранней диагностики продолжают оставаться предметом дискуссии и научного поиска [4].

Цель исследования — определение возможностей раннего выявления аффективных симптомов и их взаимосвязи с пережитыми негативными жизненными событиями как базиса для разработки программ профилактики депрессивных расстройств и суицидального поведения. Поставленная цель достигалась посредством решения следующих задач:

- 1) определение уровня риска развития депрессии у подростков, аффективной симптоматики субклинического уровня и изучение ее клинических особенностей;
- 2) выявление перенесенных негативных жизненных событий и оценка их взаимосвязи с риском развития депрессивных симптомов у подростков.

Материал. Исследовательская группа 1 (n = 659) — подростки 12–17 лет (из них 139 учащихся городских общеобразовательных школ), 297 учащихся сельских общеобразовательных школ и 223 ученика специализированных коррекционных школ-интернатов для детей с нарушениями слуха и зрения (г. Томск), относящиеся к категории «дети с ограниченными возможностями здоровья» — дети с ОБЗ).

Исследовательская группа 2 — 507 учащихся городских (Томск, Омск, Новокузнецк, n = 395) и сельских (Томский район, n = 112) общеобразовательных школ, из них 241 — мальчики, 266 — девочки.

Методы. Помимо клинического метода использовались шкалы:

- для изучения уровня риска депрессии и выявления возможных доклинических ее проявлений шкала депрессии М. Ковак для детей и подростков (Children's Depression Inventory CDI);
- выявления негативных жизненных событий и оценки их субъективной значимости для подростков Шкала жизненных событий для подростков (Adolescent Mental Life Events Scale, ASLEC). Данная шкала учитывает специфические для подросткового периода физиологические и психологические характеристики и включает перечень 27 негативных событий. Полученные результаты обрабатывались статистически.

Результаты. Скрининговое исследование учащихся (группа 1) позволило выделить группу подростков с риском развития депрессии — 35,7%. В нее вошли лица с уровнем риска развития депрессивных симптомов «выше среднего» 26,6%, с высоким уровнем риска развития депрессивных симптомов — 7,9% и 1,2% учащихся с высокими показателями по отдельным шкалам. У мальчиков риск развития депрессивных симптомов «выше среднего» и «высокий» составил 24%, у девочек — 42,4% ($p = 0,0004$, $\chi^2 = 12,73$). Для подростков мужского пола в большей степени был характерен уровень риска «выше среднего».

Самой проблемной областью оказались «Межличностные отношения» (шкала В шкалы депрессии). Высокие баллы по этой шкале наблюдаются у большинства подростков.

Особое внимание придавалось показателям шкалы Е «Негативная самооценка», поскольку она включает вопросы о суицидальных мыслях и намерениях респондентов. Показателям «уровень риска выше среднего/высокий» по данной шкале соответствовали ответы 12,2% учащихся с ограниченными возможностями здоровья, 26% учащихся городских общеобразовательных школ (значимо ($p = 0,0397$, $\chi^2 = 4,23$) чаще в сравнении с предыдущей группой) и 18,4% учащихся сельских общеобразовательных школ. При анализе показателей данной шкалы у представителей разного пола,

выявлено, что уровню риска «выше среднего/высокий» значимо чаще соответствуют ответы девочек — 41,2% в сравнении с мальчиками — 17,6% ($p = 0,00001$, $\chi^2 = 24,56$).

На клиническом уровне у детей и подростков у 4,4% подростков диагностировано расстройство адаптации (депрессивные реакции). У 10,3% определялась аффективная симптоматика субклинического уровня, существенно отражающаяся на качестве функционирования. Подростки из данной группы, включающей 15,8% городских, 10,8% сельских учеников и 6,3% учащихся с ОВЗ, были расценены нами как лица с подпороговой депрессией. Эта группа нуждается в динамическом наблюдении и проведении превентивных мероприятий с обязательным вовлечением социального окружения. Основным клиническим признаком является гетерогенность симптоматики: периодическое снижение настроения, потеря интересов, раздражительность, негативная оценка себя и своей жизни, пессимистический настрой на будущее, проблемы межличностного взаимодействия, рискованное и (или) самоповреждающее поведение, предпочтение виртуального общения. Для таких подростков часто характерна диссоциированность психологического развития, проявляющаяся сочетанием своевременного развития интеллекта и незрелости эмоционально-волевой сферы.

Наиболее заметными проявлениями для социального окружения подростков являются недостаточность энергетической составляющей психической деятельности, проявляющаяся медлительностью, неорганизованностью, академическими трудностями, утомляемостью. Именно проблемы с учебой являются поводом для принятия взрослыми традиционных мер воспитательного воздействия, оказывающихся неэффективными и, как правило, способствующими ухудшению эмоционального состояния, трансформации субклинической симптоматики в аффективное расстройство.

Решение второй поставленной задачи осуществлялось с помощью изучения частоты и значимости негативных жизненных событий среди подростков. Суммарный показатель по Шкале жизненных событий у подростков в целом соответствовал уровню «выше среднего» для данной группы. Сравнение между мальчиками и девочками по U-критерию Манна — Уитни как по общему показателю, так и по отдельным сферам не выявило значимых различий.

В целом по группе 25% подростков исследуемой группы оценивают пережитые ими негативные жизненные события как имеющие высокую значимость для их функционирования.

Проведено сравнение субъективной значимости отдельных событий в зависимости от пола. Независимо от пола наиболее значимыми оказались «родительские требования к учебе» — для 51,8% мальчиков и 40,7% девочек, «трудности в выборе профессии» — для 21,9% мальчиков и 31,2% девочек, «волнение в связи с учебой» — для 20,8% мальчиков и 30% девочек, «не нравится школа» — для 22,7% мальчиков и 24% девочек.

Статистически значимые различия между мальчиками и девочками выявлены только по событиям высокого уровня субъективной значимости. Жизненные события «соперничество» и «экстремальное стрессовое событие» значимо чаще имеют высокий уровень субъективной значимости для мальчиков ($p = 0,0459$; $\chi^2 = 3,98$ и $p = 0,05$; $\chi^2 = 3,76$ соответственно),

тогда как «проблемы в отношениях с противоположным полом» — для девочек ($p = 0,0045$; $\chi^2 = 8,08$).

Во второй исследовательской группе высокий уровень риска депрессии выявлен у 16,6% респондентов, значимо ($p = 0,001$, $\chi^2 = 14,79$) чаще у девочек — 23,9% и 8,8% в сравнении с мальчиками. Так же, как и в первой группе, максимальные показатели среди составляющих шкалы депрессии М. Ковак приходится на шкалу «Межличностные проблемы» — 26,2%.

При сравнении взаимосвязи параметров шкалы жизненных событий с показателями шкалы депрессии М. Ковак (корреляционный анализ по Спирмену) определена значимая корреляционная связь между суммарными показателями обеих шкал, суммарным показателем психологической сферы шкалы жизненных событий и шкалой «Негативная самооценка», а также между суммарным показателем школьной сферы шкалы жизненных событий и шкалой «Неэффективность» ($R = 0,40-0,47$, $p = 0,0000001$).

Нами также проведен сравнительный анализ отдельных негативных событий в группе подростков с высоким уровнем субъективной значимости жизненных событий, разделенной по уровню показателя риска развития депрессивных симптомов. Первая подгруппа ($n = 42$) имела высокий уровень риска депрессии по суммарному баллу шкалы М. Ковак, у второй ($n = 47$) показатель риска депрессии находился в нормативных пределах. Получены значимые различия по следующим событиям: «семейные конфликты» ($p = 0,0052$; $\chi^2 = 7,81$), «физическое наказание в семье» ($p = 0,0171$; $\chi^2 = 5,69$), «критика со стороны окружающих» ($p = 0,02$; $\chi^2 = 5,41$). На уровне тенденции различия выявлены по опыту переживаний экстремальных событий ($p = 0,061$; $\chi^2 = 3,51$). Можно предположить, что данные события наиболее тесно связаны с формированием аффективной симптоматики у детей, переживших негативные события.

Выводы

1. У подростков выявляется достаточно высокий уровень риска развития депрессивных симптомов (35,7%). Аффективная симптоматика субклинического уровня (подпороговая депрессия) определена у 10,3%. В большей степени выявлены различия при сравнении групп по полу, чем по месту проживания и типу образовательного учреждения.
2. Выявленный уровень риска депрессии у подростков предполагает организацию комплекса мероприятий профилактической, коррекционной и социальной направленности, с учетом выявленных особенностей в уровнях риска развития депрессии у мальчиков и девочек.
3. Обнаруженные различия в распространенности аффективных симптомов по полу, возможно, определяется большей «чувствительностью» традиционных методик к выявлению этих симптомов у девочек. Это определяет необходимость изучения особенностей аффективной патологии у мальчиков.
4. Выявленная корреляционная связь суммарных показателей шкалы жизненных событий с показателями шкалы депрессии свидетельствует о влиянии негативных жизненных событий на эмоциональное состояние подростков и формирование аффективной симптоматики.

Заключение. Аффективная симптоматика, не отвечающая критериям психических расстройств по МКБ-10, при высоком

встречаемости у подростков и ассоциированности с психическими нарушениями в периоде взрослости представляется объектом дальнейшего изучения с целью выделения ранних прогностических критериев, уточнения клинической типологии и разработки социотерапевтической тактики.

Внимание к негативным жизненным событиям обусловлено их влиянием на психическое здоровье в перспективе жизни. Реабилитация взрослых с травматическим опытом в детстве или в подростковом возрасте, как правило, является затратной по времени и ресурсам, как пациента и его семьи, так и терапевта. Невысокая степень выявленной корреляционной связи суммарных показателей шкалы жизненных событий с показателями шкалы депрессии показывает, что развитие депрессивных симптомов у подростков, имеющих в истории своей жизни негативные жизненные события, не является однозначно закономерным. На ослабление этой связи могут влиять другие факторы — адекватная самооценка, адаптивный стиль совладания, формирование зрелых психологических защит, стрессоустойчивость, социальная поддержка, благоприятный семейный

микроклимат. Тем не менее, это не умаляет значимости полученных данных, а открывает новые возможности исследовательского поиска в изучении формирования аффективных симптомов у подростков.

Кроме того, вопрос об эффективности различных методов психотерапии последствий травмы остается дискуссионным. В сравнении с терапией травматического детского опыта у взрослых, более перспективным является работа с детьми и подростками, перенесшими травматическое событие. Максимально приближенное к времени травмы вмешательство позволит предотвратить или нивелировать нарушения развития, трансформацию психологических защит и стратегий совладания в неадаптивные стили, закрепление отдельных характерологических черт и поведенческих паттернов в патологическую личностную структуру. Акцент на раннем, своевременном, адресном вмешательстве специалистов различного профиля будет способствовать оптимальному функционированию, адаптации и психологическому благополучию ребенка (подростка), имеющего в своей жизненной истории негативные события.

Библиографический список

1. Кравченко Н. Е. Современные представления о депрессивных расстройствах настроения в подростковом возрасте и некоторых проблемах их терапии (аналитический обзор) // Трудный пациент. 2007 [Электронный ресурс]. URL: <http://t-pacient.ru/articles/6219/> (дата обращения: 28.06.2017).
2. DeFilippis M., Wagner K. D. Management of treatment-resistant depression in children and adolescents // Paediatr Drugs. 2014. № 16. P. 353–61. DOI: 10.1007/s40272-014-0088-y
3. Georgiades K., Lewinsohn P. M., Monroe S. M., Seeley J. R. Major depressive disorder in adolescence: the role of subthreshold symptoms // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006. Vol. 45. № 8. P. 936–944. DOI: 10.1097/01.chi.0000223313.25536.47.
4. Jiang H., Hu B., Liu Z., Wang G., Zhang L., Li X., Kang H. Detecting Depression Using an Ensemble Logistic Regression Model Based on Multiple Speech Features // Comput Math Methods Med. 2018. DOI: 10.1155/2018/6508319.
5. Jinnin R., Okamoto Y., Takagaki K. et al. Detailed course of depressive symptoms and risk for developing depression in late adolescents with subthreshold depression: a cohort study // Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2016. Vol. 13. P. 25–33 [Электронный ресурс]. URL: <https://doi.org/10.2147/NDT.S117846>
6. Klein D. N., Shankman S. A., Lewinsohn P. M., Seeley J. R. Subthreshold Depressive Disorder in Adolescents: Predictors of Escalation to Full-Syndrome Depressive Disorders // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009. Vol. 48. № 7. P. 703–710. DOI: 10.1097/CHI.0b013e3181a56606.
7. Norman R. E., Byambaa M., De R., Butchart A., Scott J., Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis // PLoS Med. 2012. № 9. P. 139–149 [Электронный ресурс]. URL: doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349
8. Mandavia A., Robinson G., Bradley B. Exposure to childhood abuse and later substance use: indirect Effects of emotion dysregulation and exposure to trauma // Journal of Traumatic Stress. 2016. № 29. P. 422–429. DOI: 10.1002/jts.22131.
9. Roos L. E., Horn S., Berkman E. T., Pears K., Fisher Ph. A. Leveraging translational neuroscience to inform early intervention and addiction prevention for children exposed to early life stress // Neurobiology of Stress. 2018. № 9. P. 231–240 [Электронный ресурс]. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2018.10.004>
10. Velikonja T., Velthorst E., McClure M. M., et al. Severe childhood trauma and clinical and neurocognitive features in schizotypal personality disorder // Acta Psychiatr Scand. 2019. № 5. DOI: 10.1111/acps.13032.
11. Walsh M., Joyce S., Maloney T., Vaithianathan R. Adverse childhood experiences and school readiness outcomes: results from the Growing Up in New Zealand study // N Z Med J. 2019. № 132. P. 15–24.
12. Wesselhöft R. T. Childhood depressive disorders // Dan Med J. 2016. Vol. 63, № 10. pii: B5290.
13. Zhou X., Cipriani A., Zhang Y., et al. Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychological interventions, and their combination for depressive disorder in children and adolescents: protocol for a network meta-analysis // BMJ Open. 2017. № 7. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-016608.

РОЛЬ СЕМЬИ В КОРРЕКЦИИ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ТРУДНОСТЯМИ ОБУЧЕНИЯ: ПОЗИЦИЯ ЛУРИЯ И РЕЙТАНА

Карпова Н. Л., д.псих.н., профессор, **Николаева Е. И.**, д.псих.н., профессор,
ФГБНУ «Психологический институт Российской академии образования»,
Москва, Российская Федерация,
ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена»,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Аннотация

В статье представлены методы коррекции речи у детей и подростков с трудностями обучения на основе теорий Лурия и Рейтана. Проанализирован процесс привлечения членов семьи пациентов к активному участию в коррекции речевого общения на примере родителей заикающихся детей, подростков и взрослых в разновозрастных группах семейной логопсихотерапии. Даны результаты нейропсихологического, психологического и психофизиологического исследований до и после коррекционного курса.

Ключевые слова

Дети, речевые нарушения, нейропсихологическое обследование, психофизиологические механизмы, логопсихокоррекция, семья.

THE ROLE OF THE FAMILY IN CORRECTION OF SPEECH IN CHILDREN WITH LEARNING DIFFICULTIES: CLINICAL POSITIONS OF LURIA AND REITAN

Karpova N. L., Psy.D., Professor; **Nikolaeva E. I.**, Psy.D., Professor,
Psychological State Institute of the Russian Academy of Education;
the Herzen Russian State Pedagogical University,
St. Petersburg, Russian Federation

Abstract

The methods of speech remediation in children and adolescents with learning disabilities based on ideas of Luria and Reitan are presented. The process of involving family members of children, adolescents and adults with stuttering to participate in the correction of speech communication is analyzed. The results of neuropsychological, psychological and psychophysiological studies before and after the correction course are given.

Key words

Children, speech disorders, neuropsychological examination, psychophysiological mechanisms, logopsychoremediation, family.

Речь — функция латерализованная, и анализ причин речевых проблем у детей невозможен без оценки латеральных предпочтений и взаимоотношений полушарий головного мозга в процессе речевой активности. Эти проблемы представлены и в работах А. Лурия (1973) [6] и R. Reitan (1992) [10]. Однако Лурия были еще не доступны результаты томографии, тогда как Reitan даже анализировал причины расхождений результатов, полученных с помощью функциональной томографии и клиническими методами. Оба автора были осторожны при описании функций полушарий в отличие от большинства своих современников и тех, кто занимается этой проблемой сейчас. Именно поэтому их понимание взаимодействий между полушариями в значительной мере соответствует сегодняшним представлениям. Эти представления легли в основу обоснования системы семейной групповой логопсихотерапии в работе с заикающимися детьми, подростками и взрослыми [4; 9].

Исследования подтверждают генетическую основу заикания: родственники мужского пола имеют более высокий

риск, чем родственницы (Draupna, Kang, 2011), а также его коммуникативный характер (Некрасова, 1992; Шкловский, 1994; Bishop, 2013). Есть и нейропсихологические основания нарушения речи: внутри функциональной системы выделяется механизм готовности к речи, нарушение которого вызывает заикание (Жинкин, 1957). У заикающихся повышена активность отделов правого полушария и наблюдается аномальная координация между областями мозга, которые планируют и выполняют речевую функцию, что сказывается на трудностях в обучении (Глозман, 2000; Глозман и др., 2005; Kell, Neumann, vonKriegstein et al., 2009).

Нет определенных данных об особенностях центральной латерализации у заикающихся людей (этой патологией речи страдает 2,5—3,5% населения), но есть предположение, что заикание возможно только при наличии двух речевых зон в двух полушариях (Badcock, Bishop, Hardiman, Barry, Watkins, 2011), что является следствием какого-то повреждения левополушарных речевых областей и формирования в первый год жизни на пике пластичности мозга речевого представительства в правом полушарии.

Заикание возникает в три-четыре года в период формирования фразовой речи, когда основной средой развития ребенка является семья, а значимые взрослые — родители. Естественно представить, что изменение взаимодействия полушарий головного мозга ребенка могут возникнуть под влиянием сильных эмоциональных воздействий со стороны семьи. При этом большое значение в развитии коммуникации как вербальной, так и невербальной имеет чувствительность матери к поведению ребенка (Elias, Broerse, 1996).

Особенность патологии речи в форме заикания состоит в том, что у многих пациентов невротическая составляющая преобладает над речевым дефектом, что ведет к сложному «набору» коммуникативных проблем: страх говорить прилюдно, застенчивость, мнительность, повышенная тревожность по поводу отношения окружающих. Психологические факторы, формирующие и поддерживающие заикание, довольно хорошо изучены, исследован их вклад в прогноз эффективности реабилитации (Абелева, 1976; Некрасова, 1981, 1992, 2006 [7]; Шкловский, 1975, 1994; Карпова, 1997, 2011 [4; 9]; Глозман, 2000, 2017 [1]). Фиксированность на дефекте возрастает со временем, коррелирует с наличием других речевых дефектов и сопутствующих моторных нарушений, а также обратно коррелирует с положительными результатами логопедической работы (Bajaj, Hodson, Westby, 2005; VanRiper, 1973). Исследования говорят и об опосредствующей роли родителей в формировании самооценки ребенка с заиканием, а также в результативности восстановления нарушенного речевого общения (Глозман и др., 2018 [2]).

Суть работ и Рейтана, и Лурия, основанных на клинических наблюдениях, состоит в том, что мозговые основы произвольного контроля у ребенка появляются достаточно поздно: лобные доли только начинают созревать в возрасте семи лет, а окончательное их созревания у большинства людей происходит после 18 лет (Thompson-Schill, Bedny; Goldberg, 2005). В настоящее время проблему контроля изучают в рамках концепций исполнительных функций, произвольной регуляции, волевой регуляции и т.д. (Kelley, Wagner, Heatherton, 2015). Поскольку у всех этих моделей практически один и тот же инструментарий, возможно создание единой модели регуляторных процессов (Zhou, Chen, Main, 2012). Воздействие семьи может быть связано не столько с изменением латерализации как таковой, сколько с замедлением формирования контролирующих функций из-за стресса. Поэтому эффективен терапевтический подход, охватывающий все стороны взаимодействия в семье, в том числе функции контроля [1; 8].

Научно и практически обоснованным в преодолении речевых нарушений является современный комплексный психолого-педагогический подход: организация медико-психолого-педагогической диагностики детей с речевыми нарушениями, обеспечение медикаментозного лечения по результатам обследования, организация психолого-педагогического процесса восстановления нарушенной речевой функции, создание условий для активного участия семьи в процессе восстановления и развития речевых и коммуникативных навыков. При этом специалисты (логопеды, нейропсихологи, психологи) отмечают, что многие родители начинают осознавать речевые проблемы своего сына или дочери только после разъяснительной работы, и не всегда

удается достичь их заинтересованности и активности в коррекции речевого развития ребенка.

Примером комплексного подхода с участием родственников в преодолении заикания (логоневроза) является система семейной групповой логопсихотерапии Ю. Б. Некрасовой — Н. Л. Карповой (Некрасова, 1975, 1992, 2006 [7]; Некрасова, Бодалев, Карпова и др., 1996; Карпова, 1997, 2003, 2011 [4; 9]). Проведенные в рамках данной системы исследования выявили следующее:

1) неучитываемая дисгармония семейных отношений (между родителями и детьми, между супругами и т.д.) значительно усугубляет дефект речи и его субъективное переживание пациентами;

2) оставаясь без изменений, патологический характер семейных отношений тормозит непосредственный процесс коррекции речи заикающегося в лечебной группе;

3) по окончании лечения семейные конфликты могут быстро вызвать рецидив заикания [4; 9].

Анализ отношения к дефекту родственников в семьях пациентов с заиканием выявил различные виды дисгармонии:

- отношение к заикающемуся как к «неполноценному» (чаще это проявляется со стороны отцов и старших братьев);
- преувеличение значимости дефекта, излишняя фиксация на нем, гиперопека фактически создают культ болезни и провоцирует роль «больного» ребенка;
- преуменьшение значимости дефекта: родители считают, что дефект можно быстро устранить, если повысить требовательность, заставить ребенка более эффективно «работать над собой». Но такой стиль отношения создает «давящую», контрольно-регламентирующую атмосферу в семье, что увеличивает тревожность ребенка, его неуверенность в себе и в еще большей степени блокирует развитие речевой функции;
- «требовательная» форма отношений в семье, когда делается излишний акцент на достижении ребенком успеха (в разных видах деятельности), что ведет к постоянно повышенному напряжению и, как следствие, «уходу в заикание» в качестве оправдания и самооправдания неуспеха [9, с. 49–51].

Отметим, что наши исследования подтверждают выводы специалистов-психологов (А. С. Спиваковской, А. И. Захарова и других) относительно семей с детьми, страдающими различными невротизмами.

Проводимое в течение нескольких лет системное меж- и мультидисциплинарное исследование мозговых механизмов заикания в контексте логопсихотерапевтической реабилитации (Кисельников, 2004, 2006 [5]) показало детерминированность его многими психологическими переменными. Полученные результаты соответствовали данным нейропсихологического обследования о вовлечении подкорковых структур в генезе заикания (Глозман и др., 2005); факту некоторой правополушарной асимметрии выявленных симптомов; результатам исследований мозговых механизмов заикания с помощью функциональной ядерно-магнитно-резонансной томографии. Также исследование показало, что в процессе комплексной социореабилитации у заикающихся несколько улучшилось состояние мнестической (0.73→0.68) и нейродинамической (0.26→0.24) сфер, речевая (0.16) и интеллектуальная (0.12)

сферы остались без изменения, но различия в связанных с событиями потенциалами на процесс речевой готовности между группами заикания и нормы в ходе логопсихотерапии также редуцировалось, и конфигурация первых приблизилась к конфигурации вторых, т.е. нормализовалась [5].

В исследовании 2018 г. изучались латеральные признаки у заикающихся и связи данных признаков с особенностями когнитивных процессов. Было выявлено, что среди лиц с заиканием резко снижено число праворуких (27,2%) за счет увеличения числа смешанноруких (54,5%) и леворуких (18,3%) [3]. Проведенное исследование (до начала работы группы, в конце и через полгода после ее окончания) подтвердило полученные ранее результаты о росте числа неправоруких испытуемых относительно литературных данных (Леутин, Николаева, 1985; Леутин, Николаева, Фомина, 2009). Однако эти результаты свидетельствуют не о снижении латерализации, а о росте числа левых и симметричных признаков. Эти данные соответствуют представлениям Рейтана и Лурия об изменении активности правого полушария, а не о нарушении работы полушарий.

Наш опыт показывает, что более 80% родственников заикающихся активно участвуют в диагностической работе на подготовительном этапе и более 50% — на этапах активной групповой логопсихотерапии [4; 9]. В исследовании 2018 г. в двух группах заикающихся экспериментально было подтверждено, что комплексная система семейной групповой логопсихотерапии оказывает значимое воздействие как на плавность речи и когнитивные функции пациентов, так и на их личностные характеристики [2].

В ходе многолетней работы были выделены и описаны психологические механизмы формирования мотивационной включенности в логопсихотерапевтический процесс, в частности *механизм соучастия* — проявляется в участии родителей и родственников пациентов на всех этапах социореабилитации

с учетом их особенностей; показаны пути и методы создания руководителем группы «соучастной среды»; *механизм адекватности* — формирование адекватного отношения к дефекту (недостаткам) как значимого условия становления мотивационной включенности в воспитание и перевоспитание; осознание механизма возникновения, закрепления и развития логоневроза как трансляции патологических поведенческих структур от родителей к детям.

В системе семейной групповой логопсихотерапии были разработаны *общие принципы социореабилитации*, среди которых принцип общечеловеческой значимости процесса социореабилитации, принцип нравственно-психологического подхода к проблеме «норма — патология», принцип единства психолого-педагогических и психотерапевтических воздействий, принцип динамической психотерапевтической диагностики и внутренней картины здоровья и др. [4; 9].

В заключение отметим, что многолетний успешный опыт работы уже более 120 групп семейной логопсихотерапии в нескольких центрах — в Москве, Таганроге, Самаре и Самарской области, Владивостоке, Саратове, Екатеринбурге — показывает, что активное участие родителей и родственников заикающихся в процессе восстановления и развития навыков речевого общения способствует формированию здоровой, коммуникативно состоятельной личности и улучшению детско-родительских отношений. Влияние психологического обучения родителей сказывается на успешности совладания ребенка со стрессом. В свою очередь, копинг-стратегии способствуют ментальному и физическому здоровью в детстве и подростковом возрасте [8].

Проведенные в группах логопсихотерапии исследования могут способствовать решению многих психофизиологических, нейропсихологических и психологических проблем. Данные исследования также можно рассматривать как продолжение работ А. Лурия и Р. Рейтана в области механизмов речи.

Библиографический список

1. Глозман Ж. М. Психология. Общение и здоровье личности: учеб. пособие для бакалавриата и магистратуры. 2-е изд., испр. и доп. М.: Юрайт, 2017. 230 с.
2. Глозман Ж. М., Карпова Н. Л., Чебурашкин-Антипов Д. Н. Динамика нарушений личности и плавности речи в ходе логопсихотерапии заикания // Дефектология. 2018. № 5. С. 51–57.
3. Добрин А. В., Карпова Н. Л., Николаева Е. И. Связь латеральных признаков с когнитивными процессами у лиц с заиканием // Психология образования в поликультурном пространстве. 2018. № 3. С. 8–16.
4. Карпова Н. Л. Основы личностно-направленной логопсихотерапии. М.: Флинта, 1997. 160 с.; 2-е изд. М.: МПСИ-Флинта, 2003. 200 с.
5. Кисельников, А. А. Психофизиологический и нейропсихологический подходы в исследовании нейронных механизмов заикания: дис. ... канд. псих. н. М.: МГУ, 2006. 28 с.
6. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. М.: Изд-во Мос. гос. ун-та, 1973. 374 с.
7. Некрасова Ю. Б. Лечение творчеством / под ред. Н. Л. Карповой. М.: Смысл, 2006. 223 с.
8. Николаева Е. И. Психология семьи: учебник для вузов. СПб.: Питер, 2013. 336 с.
9. Семейная групповая логопсихотерапия: исследование заикания / под ред. Н. Л. Карповой. М.: СПб.: Нестор-История, 2011. 328 с.
10. Reitan R. M., Wolfson D., Hom J. Left cerebral dominance for bilateral simultaneous sensory stimulation // Journal of Clinical Psychology. 1992 № 48. P. 760–766.

ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У УЧАЩИХСЯ 1–2 КЛАССОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ – МЕЖВЕДОМСТВЕННЫЙ ПОДХОД

Карякин Н. Н., д.м.н., доцент, **Божкова Е. Д.**, к.м.н., **Баландина О. В.**,
ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России,
Нижний Новгород, Российская Федерация

Аннотация

Психическое здоровье ребенка — основа успешности и благополучия взрослого человека. Одним из ключевых факторов, оказывающим формирующее воздействие на личность ребенка, является школьное обучение. При поступлении в школу ребенок проходит период адаптации. У части детей развиваются признаки школьной дезадаптации, что может быть связано как с внешними факторами, так и особенностями личности ребенка. Задачей специалистов является создание межведомственной системы сопровождения школьного обучения.

Ключевые слова

Школьная адаптация, школьная дезадаптация, комплексное сопровождение школьника, медико-психологическое сопровождение.

DIAGNOSIS AND CORRECTION OF SCHOOL MALADJUSTMENT IN STUDENTS OF 1-2 GRADES OF SECONDARY SCHOOLS-AN INTERDEPARTMENTAL APPROACH

Karyakin N. N., Doctor of Medical Sciences, Associate Professor,
Bozhkova E. D., PhD (Medicine), **Balandina O. V.**,
Privolzhsky State Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Nizhny Novgorod, Russian Federation

Abstract

The mental health of a child is the basis for the well-being of an adult. One of the key factors that have a formative impact on a child's personality is school education. When entering school, the child goes through a period of adaptation. Some children develop signs of school maladjustment, which may be due to external factors, as well as the characteristics of the child's personality. Creation of a favorable support system for children accompanied by well-coordinated interdepartmental team of parents and specialists in the educational setting is recommended.

Key words

School adaptation, school maladjustment, comprehensive support for the student, medical and psychological support.

В настоящее время психологическому благополучию детей и подростков уделяется все больше внимания. На федеральном уровне принят ряд нормативных документов, включающих требования к психологическому и медицинскому сопровождению детей и подростков, в том числе в образовательном процессе. Различные аспекты медицинской и психолого-педагогической помощи детям обозначены в Указе Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития РФ на период до 2024 года», в Концепции развития психологической службы в системе образования РФ на период до 2025 г., в Основных направлениях деятельности Правительства РФ на период до 2024 г.

Однако обращает на себя внимание тот факт, что отсутствуют документы, регламентирующие порядок межведомственного взаимодействия при организации помощи детям и подросткам. Мероприятия, предусмотренные, например, национальными проектами, курируются либо Министерством

просвещения или образования РФ, либо Министерством здравоохранения РФ. На данный момент на федеральном уровне не существует ни одного проекта, который бы курировался и, соответственно, финансировался из двух ведомств.

Учитывая, что в детском возрасте подавляющее большинство детей погружены в организованные коллективы, целесообразно внедрять здоровьесберегающие технологии в работу образовательных организаций. Соответственно, разработка комплексного подхода с привлечением специалистов — медиков, педагогов и психологов — является оптимальной формой работы по сопровождению детского возраста.

Согласно взглядам психологов подготовка, поступление и обучение ребенка в школе — один из ключевых переломных моментов, формирующих его личностное развитие и дальнейшее поведение [2]. В течение обучения в школе каждый ребенок проходит период школьной адаптации. Школьная адаптация понимается в современной психолого-педагогической науке

как сложный многокомпонентный процесс приспособления ребенка к школе и школы к ребенку [11]. В норме этот процесс благополучно заканчивается в первом полугодии, но у некоторых учащихся может приобретать неблагоприятные черты. По оценкам физиологов, около 50–55% первоклассников проходят адаптационный период относительно благополучно, около 35–40% имеют проблемы, и около 15% дают выраженные признаки школьной дезадаптации. Считается, что адаптация в лучшем случае длится в среднем пять–шесть недель, в случае неблагоприятного течения может длиться до года. Даже в случае внешне благоприятного течения адаптации к школе [4] следовые явления в организме ребенка в виде признаков дисбаланса регуляторных систем сохраняются в течение года [6]. У детей первого года обучения в школе нередко выявляются и нарастают в начальной школе отклонения в работе иммунной системы, эндокринной, нарушения осанки, зрения и другие расстройства. Увеличивается количество детей, имеющих пять и более морфофункциональных нарушений [5].

Школьная дезадаптация имеет множество причин и путей развития. В развитии школьной дезадаптации можно выделить две основных группы факторов риска, что будет ориентировать нас на разные подходы к пониманию и изучению проявлений школьной дезадаптации. Первая группа факторов риска связана с особенностями школьной среды, к которой в России в настоящее время можно отнести следующие:

- стрессовую педагогическую тактику;
- несоответствие методик и технологий обучения возрастным и функциональным возможностям школьников;
- несоблюдение элементарных физиологических и гигиенических требований к организации учебного процесса;
- интенсификацию учебного процесса;
- низкую функциональную грамотность педагога (отсутствие индивидуального подхода);
- частичное разрушение служб школьного медицинского контроля;
- отсутствие системной работы по формированию ценности здоровья и здорового образа жизни [1].

Для предупреждения действия факторов этой группы необходимо знание физиологии детского возраста, эпидемиологии школьной дезадаптации, форм проявления трудностей в обучении. Эти знания позволят педагогам оптимизировать учебный процесс максимально с учетом психофизиологических особенностей детей разных возрастных групп. Особенно важными являются 1–2 классы, 5-й и 9-й, что связано с изменениями требований и условий обучения при поступлении в школу, переходе из начальной в среднюю школу и переходе в профильные старшие классы [3].

Вторая большая группа факторов риска развития школьной дезадаптации — особенности личности ребенка и особенности его дошкольного развития, воспитания, межличностных и внутрисемейных коммуникаций. Разные ученые указывают на важность предшествующего школьному обучению развития навыков поведенческой саморегуляции [8; 10], речевого развития [9], детско-родительских отношений [7]. В то же время важно понимать, что психическое развитие ребенка до школы и факторы, на него влияющие, будут определять не только адаптацию к школе, но и дальнейшее формирование личности.

При неблагоприятном сочетании предшествующего фона и воздействия школьного обучения опасность школьной дезадаптации заключается в утяжелении имеющихся и (или) появлении отклонений в психическом развитии ребенка с возможностью психопатизации личности, появления асоциального поведения, суицидальных рисков, формирования зависимостей.

В связи с актуальностью проблемы в Нижнем Новгороде на базе Приволжского исследовательского медицинского университета реализуется проект «Здоровое будущее».

Цель проекта — создание системы комплексного сопровождения школьников путем выявления, коррекции и профилактики школьной дезадаптации.

Материалы и методы. Пилотный этап проекта «Здоровое будущее» реализован на базе 12 школ города Нижнего Новгорода в период с июня 2018 г. по июль 2019 г.

Диагностика признаков школьной дезадаптации проводилась в несколько этапов. На первом этапе был проведен скрининг путем анкетирования педагогов 1–2 классов школ и родителей учащихся этих классов. Анкеты разработаны с использованием материалов Института физиологии развития РАН (диагностика школьной дезадаптации) и диагностических вопросников (оценочные шкалы симптомов СДВГ — версия для родителей и версия для учителей). Фактически на одного ребенка были получены две анкеты — от педагога и от родителя.

Затем дети, по анкетам которых (учитывалось наличие признаков дезадаптации даже по одной из анкет) были выявлены признаки дезадаптации, приглашались на комплексную медико-психологическую диагностику.

Во время комплексной диагностики с ребенком и его законным представителем (чаще всего с родителем) проводилась беседа, в ходе которой собирался анамнез, оценивались поведенческие, эмоциональные, когнитивные, двигательные особенности ребенка. Также проводилось нейропсихологическое обследование ребенка с использованием комплекса нейропсихологических методик.

По итогам обследования некоторым детям было рекомендовано посещение коррекционных занятий в индивидуальной и (или) групповой форме в зависимости от преобладающей симптоматики.

Индивидуальные занятия по нейропсихологической коррекции младших школьников имели две основные формы: базовую и специальную нейропсихологическую коррекцию. Базовая коррекция применялась для формирования и развития базовых и основных высших психических функций. Специальная нейропсихологическая коррекция использовалась для возможности преодоления трудностей в основных школьных дисциплинах (русский язык, чтение и математика) с помощью специальных нейкоррекционных методов.

Групповые занятия проводились в малых группах количеством детей не больше шести человек. Направленность занятий — развитие навыков коммуникаций и эмоционального блока.

Медикаментозная коррекция нарушений была рекомендована в единичных случаях.

Параллельно коррекционным занятиям с детьми проводились семинары с родителями и педагогами. Тематика семинаров для учителей включала следующие вопросы: психологическая культура педагогического диалога — выстра-

ивание доверительных отношений с родителями и учениками; методы нейрокоррекции в преодолении школьной неуспешности; буллинг и кибербуллинг в школе; основные причины нарушений школьных навыков и типы школьной дезадаптации. Семинары для родителей освещали такие проблемы, как планирование, организация уроков и дня ребенка, приемы и легкое запоминание учебной информации, внимание ребенка, игры на развитие внимания, как повысить самооценку ребенку, как его поощрять, навыки общения для родителей: как выражать свои чувства ребенку, как разговаривать с учителями, чтобы не возникало конфликтов, как критиковать ребенка (Я-сообщение, алгоритм беседы и т.п.) и многое другое.

Результаты. Всего в ходе пилотного этапа проекта были проанкетированы 1171 учащийся вторых классов и 1146 школьников первых классов. По анализу анкет педагогов у 28% детей выявлены нарушения внимания, 13% детей дают реакции оппозиции, тревожно-депрессивные расстройства выявляются у 13%, импульсивность отмечена в 11% случаев, гиперактивность — в 10%. По анализу анкет родителей цифры немного выше, но общее распределение нарушений аналогично данным вопросам педагогов.

По результатам скрининга 10% детей (231 человек) направлены на очную углубленную командную консультацию. Итоги обследования:

- 1) 14% обследованных детей не имели нарушений в психическом здоровье;
- 2) 40% — невротические расстройства;
- 3) 26% — органические расстройства;
- 4) 15% — синдром гиперактивности с дефицитом внимания;
- 5) 5% — психотические нарушения.

Отдельно хотелось бы отметить, что 33% детей имели те или иные нарушения развития речи.

На основе полученных в ходе консультации данных 58,4% детей (135 человек) направлены на коррекционные занятия — индивидуальные или в малых группах.

В результате коррекционных занятий в 91% случаев отмечены умеренные и выраженные улучшения как по мнению учителей, так и родителей, выразившиеся в виде улучшения успеваемости, оптимизации поведенческих реакций, нормализации эмоционального фона и снижения выраженности тревоги и невротических проявлений.

Выводы.

1. В формировании школьной дезадаптации принимают участие две группы факторов: особенности школьной среды и особенности личности ребенка.
2. Разные механизмы формирования школьной дезадаптации требуют применения комплекса диагностических и коррекционных методик.
3. Формирование обратной связи с педагогами и родителями — обязательное условие эффективности коррекционных мероприятий.
4. Расширение принципов работы с детьми на дошкольный период позволит эффективнее предотвращать развитие дезадаптации в начальной школе.
5. Целесообразно продолжение комплексной работы с детьми в течение всего периода школьного обучения.

С учетом сложившейся на данный момент в России ситуации по заболеваемости нервно-психическими болезнями и инвалидности по ним в детском и подростковом возрасте мы считаем целесообразным расширить основные направления проекта до следующих:

- работа с детьми дошкольного возраста по оценке ментального здоровья и профилактике школьной дезадаптации;
- работа по выявлению и коррекции проявлений школьной дезадаптации;
- работа по коррекции психического и психологического статуса у детей, находящихся на индивидуальном обучении;
- работа по профилактике суицидального поведения и буллинга в детских коллективах.

Библиографический список

1. Безруких М. М. Здоровье школьников, проблемы, пути решения // Сибирский педагогический журнал. 2012. № 9.
2. Котова К. В., Шалагинова К. С. Основные категории трудностей, испытываемые первоклассниками в период адаптации к школе // Международный студенческий научный вестник. 2018. № 1. С. 96.
3. Логутова Е. В. Индивидуальная коррекционная работа с обучающимися в период адаптации к школе // Вестник Оренбургского государственного университета. 2017. № 11.
4. Малиевский В. А., Баширова Г. И., Клишю Г. К. Комплексная оценка адаптации первоклассников к школьному обучению // Российский педиатрический журнал. 2014. Т. 17, № 1.
5. Параничева Т. М., Тюрина Е. В. Функциональная готовность к школе детей 6–7 лет // Новые исследования. 2012. № 1.
6. Томилов А. Б. Физиологические аспекты школьной адаптации // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2017. Т. 34. С. 175–180.
7. Akçinar B. The predictors of school adaptation in early childhood // Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2013. Т. 93. С. 1099–1104.
8. Blair C., Raver C. C. School readiness and self-regulation: A developmental psychobiological approach // Annual review of psychology. 2015. Т. 1. С. 711–731.
9. Greenwood C. R., et al. Evidence of a continuum in foundational expressive communication skills // Early childhood research quarterly. 2013. Т. 28. № 3. С. 540–554.
10. Montroy J. J., et al. Social skills and problem behaviors as mediators of the relationship between behavioral self-regulation and academic achievement // Early Childhood Research Quarterly. 2014. Т. 29. № 3. С. 298–309.
11. Sharma S. Adjustment: process, achievement, characteristics, measurement and dimensions // International Journal of Academic Research. January 2016. Vol. 3. Issue 1 (2) [Электронный ресурс]. URL: https://www.researchgate.net/publication/314087231_Adjustment_process_achievement_characteristics_measurement_and_dimensions

ШКОЛЬНЫЙ ЭКЗАМЕН КАК ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЙ РЕСУРС В КОНТЕКСТЕ НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

Киселева Т. Б., к.псих.н., доцент, **Филиппов С. П.**, к.псих.н., доцент,
ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

В статье раскрывается негативное влияние школьных экзаменов на эмоциональное благополучие школьников. Делается вывод о возможности рассмотрения подготовки к экзаменам в качестве здоровьесберегающего ресурса личностного и психического развития в подростково-юношеском возрасте. Предлагаются возможные формы работы с педагогами и родителями, направленные на повышение стрессоустойчивости и укрепление личностного и психического здоровья школьников.

Ключевые слова

Школьные экзамены, здоровьесберегающий ресурс личности, стрессоустойчивость, психическое здоровье.

SCHOOL EXAM AS A HEALTH-SAVING RESOURCE OF THE INDIVIDUAL IN THE CONTEXT OF CONTINUING EDUCATION AND PROFESSIONAL DEVELOPMENT

Kiseleva T., PhD (Psychology), Associate Professor, **Filippov S.**, PhD (Psychology),
Associate Professor,
Moscow State Pedagogical University,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The paper reveals the negative impact of school exams on the emotional well-being of students. The paper discusses opportunities for lowering the school exams anxiety and improving student emotional stability and behaviors. Forms of work with teachers and parents contributing to improving of the emotional, physical, social and academic well-being of students are offered.

Key words

School exams, health-saving personality resource, stress resistance, mental health.

Дети и подростки являются наиболее уязвимой возрастной группой в плане возникновения как общих соматических заболеваний, так и психических расстройств. Этот возраст приходится на период активного становления личности, и поэтому дети наиболее чувствительны любым социальным изменениям [5].

Введение Единого государственного экзамена в сфере образования негативно повлияло на эмоциональную обстановку в школе, повысив общую тревожность [7]. Как считает ряд авторов, переживаемый во время экзаменов стресс вносит большой вклад в эту ситуацию. Подготовка и сдача экзаменов связана с чрезвычайно большим напряжением. Интенсивная умственная деятельность, повышенная статическая нагрузка, ограничение двигательной активности, нарушение режима отдыха и сна, эмоциональные переживания — все это приводит к перенапряжению нервной системы, отрицательно влияя как на общее, так и психическое здоровье обучающихся [1; 2; 5].

Широкомасштабное исследование, проведенное в разных странах мира, показало, что российская школа занимает одно из первых мест по уровню стресса среди обучающихся

[3]. Было выявлено, что до 60% российских школьников отмечают у себя повышенную тревожность в ситуации при выполнении экзаменационных заданий.

Таким образом, анализ литературы указывает на то, что проблема экзаменационного стресса является в настоящее время актуальной в контексте сохранения и поддержания психического здоровья у подростков и юношей.

В настоящее время изменилась структура образования. Оно становится непрерывным и продолжается течение всей жизни человека. Вследствие этого ситуация проверки знаний имеет тенденцию повторяться на всех ступенях образования: школа, бакалавриат, магистратура, дополнительное образование, профессиональная переподготовка и т.п.

Более того, современное профессиональное развитие, в свою очередь, также становится невозможно без регулярного прохождения процедуры оценки работающих: собеседования при приеме на работу, конкурс на замещение вакантных мест, регулярная аттестация и т.п. Все это позволяет по-другому посмотреть на саму экзаменационную ситуацию и рассматривать школьные экзамены как здоро-

вьесберегающий ресурс для подготовки к взрослой жизни и профессиональному развитию.

На наш взгляд, причинами высокой стрессогенности экзаменов в школе являются в первую очередь отношение взрослых к этому процессу, закрепленное в деструктивных социальных установках. Так, учителя, пытаясь повысить учебную мотивацию, часто пугают школьников предстоящими экзаменами и делают акцент на пробелах в знаниях и недостатках школьников. При этом практически отсутствует индивидуальный подход, который в данной ситуации мог бы реализовываться в развитии индивидуального стиля в учебной деятельности.

Обеспокоенность родителей результатами экзаменов проявляется в повышенной тревожности, сомнению в компетентности своего ребенка, ужесточению контроля и повышению строгости наказаний. Тревожность родителей иррадирует на эмоциональное состояние детей, заставляя последних сомневаться в своих силах, а также переживать дополнительный стресс, основанный на чувстве вины перед семьей.

Таким образом, испытываемая педагогами и родителями тревога связи с любыми формами проверки знаний усиливает стресс, переживаемый школьниками. Неудача на экзамене начинает восприниматься как показатель жизненной несостоятельности или неполноценности. Вследствие этого у подростков и юношей складывается негативное отношение к любым формам проверки знаний, а также ко всему учебному процессу в целом [4].

Однако если принять во внимание тот факт, что современному человеку придется учиться всю жизнь, а ситуации проверки и оценки будут происходить с регулярной периодичностью, то школьные экзамены могут стать ресурсом в подготовке к взрослой жизни. Для этого необходимо изменить отношение к школьным экзаменам со стороны учителей и родителей. Экзамен следует рассматривать как своеобразный тренажер для формирования компетенций, на которые потом будет опираться человек при получении профессионального образования и построения своей карьеры. При таком подходе можно увидеть в экзаменах их позитивную роль в формировании у школьника стрессоустойчивости, организованности, повышение толерантности к фрустрации.

Более того, школьный экзамен может рассматриваться как своеобразный ритуал инициации подростков, потребность в которой является, как утверждает Ю. С. Шевченко, фило- и онтогенетически обусловленной [8]. Анализируя социобиологические механизмы подростковых психопатологий, Шевченко отмечает, что современное общество утратило (а какие-то даже запретило) имеющиеся в древности ритуалы посвящения подростков в полноправные члены общества, «сужая тем самым потенциальный репертуар социально адаптивных стратегий поведения формирующейся личности» [8, с. 239]. Депривация потребности в инициации толкает подростков и юношей в стихийно формирующиеся молодежные субкультуры, которые очень часто становятся источником различных поведенческих и психических девиаций. Школьные экзамены при правильном отношении к нему со стороны взрослых мог бы стать для ребенка своеобразным «праздником», запечатляя в его сознании переход на качественно новый уровень социального статуса, раскрытие своего психического и личностного ресурса в направлении

своих целей. Если же взрослые демонстрируют оберегающее (или игнорирующее) поведение, то в этом случае дети не приобретают навыков проактивного совладающего поведения, не учатся преодолевать трудности [6].

Мы выделяем несколько направлений работы с взрослыми, включенными в образовательный процесс, результаты которой позволят снизить уровень негативных переживаний у школьников и способствовать сохранению в процессе обучения их психического здоровья. Экзамен, таким образом, может и должен стать закономерной ступенью процесса обучения, средством формирования важных жизненных компетенций.

На первом месте должна быть работа с педагогами. Необходимо изменить их отношения к процессу подготовки к экзаменам и оценке их результатов. Результат экзамена не должен рассматриваться в качестве обобщенной характеристики личности ребенка. Для этого необходимы специальные тренинги, направленные на снижение тревожности самих педагогов по отношению к экзаменам, понижение субъективной значимости процедуры оценки знаний, перенесение акцента на развитие личности подростка и юноши, на развивающий потенциал экзаменационной процедуры.

Для этого у педагогов должны появиться новые компетенции, позволяющие сопровождать учащихся в процессе подготовки к экзаменам и способствовать осознанному развитию индивидуального стиля учебной деятельности. Навыки, полученные ребенком при таком подходе, позволят ему быть эффективным на следующих ступенях обучения и профессионального развития. Это такие умения, как работа с информацией, умение работать в ситуации стресса и сравнения себя с другими, управлять своими познавательными и эмоциональными процессами, проявлять волевое усилие.

Следующее важное направление — это работа с родителями. Она включает просветительские лекции, обучающие тренинги, на которых родители овладевают навыками оказания эмоциональной поддержки своим детям в процессе экзаменов, узнают приемы организующей помощи (как организовать режим питания и сна, чередовать работу и отдых, уметь поддерживать соответствующую обстановку в доме в сложный для ребенка экзаменационный период). Снижение тревожности родителей позволит ребенку более спокойно относиться к своим ошибкам и неудачам, снизит чувство вины за свой неуспех и позволит ему увидеть свои сильные стороны. Общая гармонизация семейных отношений способствует сохранению психического здоровья подростков и юношей. Кроме того, экзамены — это повод для родителей осознать взросление собственного ребенка и свою роль на этом новом уровне зрелости.

Таким образом, так как учебная деятельность включает в себя такой обязательный элемент, как экзамены, то планомерная подготовка к ним должна стать неотъемлемой частью учебного процесса. Мы предлагаем смотреть на экзамены не как на тяжелый, угнетающий момент в процессе учения, а как на возможность формирования важных для дальнейшей жизни качеств личности и компетенций. Родители и педагоги чаще акцентируют внимание ребенка на важности экзамена, на негативных последствиях неуспешной сдачи экзамена и т.п. То есть как раз на том, что лишь еще больше пугает и беспокоит ребенка, ставит его в ситуацию катастрофы. Однако экзамен может стать своеобразным тренингом

самостоятельности, способности выдерживать психоэмоциональные нагрузки, развития навыков взаимодействия в ситуации сравнения и оценки, учиться переживать неудачи и т.п. Другими словами, любой экзамен может стать трамплином к качественно новому уровню развития, к новой социальной роли

К сожалению, современное образовательное пространство еще далеко от целостного подхода к формированию личности человека. Оно большое напоминает совокупность разрозненных элементов и этапов, где каждый из его участников видит свой небольшой участок. В таком контексте экзамены чаще видятся как трудная преграда. Дети и родители, а что печальнее всего, и педагоги не рассматривают экзамен как здоровьесберегающий ресурс психического и личностного развития учащихся. Поэтому важнейшей задачей взрослых

будет являться организация и согласование имеющихся условий и средств для достижения максимального эффекта образования.

Таким образом, школьные экзамены (особенно выпускные) — это не только проверка знаний и умений. Из стрессогенного фактора экзамены могут стать условием и средством развития здоровьесберегающего ресурса взрослого человека, повышая его личностную зрелость, его способность выдерживать жизненные трудности и укрепляя тем самым его психическое здоровье. И если нехватку знаний еще можно как-то наверстать за относительно небольшой отрезок времени, то формирование психически устойчивой личности является более сложной задачей и занимает намного больше времени.

Библиографический список

1. *Баева И. А., Семкин В. В.* Психологическая безопасность образовательной среды, психологическая культура и психическое здоровье школьников // Известия РГПУ им. Герцена. 2005. № 12. С. 7–19.
2. *Березина Т. Н.* Эмоциональная безопасность субъектов образовательной среды как психологическая проблема // Человеческий капитал. 2013. № 9. С. 133–138.
3. Исследование: школьники России больше всех в мире испытывают стресс из-за успеваемости [Электронный ресурс]. URL: <https://tass.ru/obschestvo/6810398> (дата обращения: 05.12.2019).
4. *Микляева А. В., Румянцева П. В.* Школьная тревожность: диагностика, профилактика, коррекция. СПб.: Речь, 2004. 248 с.
5. *Николаева Т. А., Творогова Н. А.* Динамика показателей общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами среди детей старшей возрастной группы (15–17 лет) и юношей и девушек 18–19 лет в Российской Федерации в 2004–2014 годы // Актуальные проблемы подростково-юношеской психиатрии / под ред. В. Г. Каледы, И. В. Олейника. М., 2015. С. 169–172.
6. *Старченкова Е. С.* Концепция проактивного совладающего поведения // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12: Психология. Социология. Педагогика. 2009. № 2–1. С. 198–205.
7. *Шеченко Ю. С.* Социобиологические механизмы и подростковая психопатология // Актуальные проблемы подростково-юношеской психиатрии / под ред. В. Г. Каледы, И. В. Олейника. М., 2015. С. 238–241.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Клиндухова К. С., студент магистратуры направления «Психология здоровья»,
ФГБОУ ВО «Тольяттинский государственный университет»,
Тольятти, Российская Федерация

Аннотация

В статье подчеркнута актуальность проблемы нарушения пищевого поведения в современном обществе. Рассмотрены потребности, удовлетворяемые человеком с помощью приема пищи. Описаны виды нарушений пищевого поведения. Выявлены причины и психологические аспекты расстройства пищевого поведения. Определены факторы, оказывающее влияние на формирование пищевых привычек.

Ключевые слова

Расстройство пищевого поведения, пищевые привычки, причины нарушения пищевого поведения.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF EATING DISORDERS

Klindukhova K. S., M.A.,
Togliatti State University,
Togliatti, Russian Federation

Abstract

The paper highlights the relevance of the problem of eating disorders in modern society. The needs met by a person with the help of food intake are considered. The types of eating disorders are described. The causes and psychological aspects of eating disorders are revealed. The factors that influence the formation of eating habits are determined.

Key words

Eating disorder, eating habits, the reasons for eating disorders.

Проблема расстройства пищевого поведения человека в современных социально-экономических условиях носит общественный характер. Согласно данным НМИЦ психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева число жителей России с психическими расстройствами увеличилось на 0,8%, начиная с 2016 г. В 2018 году количество заболевших — 2677,8 на 100 тыс. населения. При этом самым распространенным психическом отклонением специалисты называют расстройства пищевого поведения — анорексию, булимию и ожирение [6]. Специалисту, определяя критерии психического здоровья, психологического и социального благополучия, необходимо учитывать жизненный путь человека и его индивидуальные представления о здоровье. Это весьма сложный диагностический процесс, который требует большого профессионального и личного опыта [10].

По данным исследований, проведенных American Journal of Psychiatry:

- только 10% людей, имеющих пищевые расстройства, получают квалифицированную помощь и лечение;
- 9 из 10 опрошенных женщин так или иначе пытались контролировать свой вес при помощи диет или каких-либо ограничений в питании;
- 95% опрошенных респондентов говорят о том, что развитие булимии и анорексии у них пришлось на возраст от 12 до 25 лет;
- смертность, связанная с нервной анорексией, в 12 раз выше, чем смертность, связанная со всеми остальными причинами смерти у девушек в возрасте от 15 до 24 лет;

- более 50% девочек и почти 30% мальчиков в подростковом возрасте пользовались нездоровыми методами похудения, такие как принятие слабительных и мочегонных средств, голодание, пропуск приемов пищи, вызывание рвоты и т.д.;
- 95% диет не приносят ожидаемых результатов, так как после окончания всех ограничений в питании вес возвращается к исходному значению или даже увеличивается. А 35% диет переходят в патологическое ограничение в питании, 20–25% из них приводят к пищевой зависимости [11].

Несмотря на то, что среди всех психологических расстройств уровень смертности при расстройствах пищевого поведения занимает первое место, реальную картину происходящего составить достаточно сложно, так как анорексия и булимия имеют множество осложнений: диабет, сердечная недостаточность и т.д. А также данные расстройства часто являются причиной самоубийств. Данные основаны на результатах исследований, проведенных в западных странах (США, Великобритания), так как пока в России таких глубоких наблюдений не проводилось.

Под пищевым поведением понимается ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, поведение, ориентированное на образ собственного тела, и деятельность по формированию этого образа [5]. То есть пищевое поведение — это совокупность привычек, устоявшихся форм поведения, убеждений и эмоций, касающихся еды, индивидуальных для каждого человека.

Прием пищи с целью удовлетворения биологических и физиологических потребностей является самой простой формой пищевого поведения, когда прием пищи осуществляется ради снабжения организма энергией для поддержания его жизнедеятельности [7]. Однако пищевая потребность у людей имеет более сложную структуру в отличие от животных, у которых пищевая потребность является чисто биологической, а именно является средством:

- 1) компенсации других неудовлетворенных потребностей;
- 2) снятия психоэмоционального напряжения, снижения стресса;
- 3) вознаграждения или поощрения;
- 4) соблюдения определенных религиозных ритуалов, национальных или семейных традиций;
- 5) коммуникации, когда еда связана с пребыванием в коллективе;
- 6) самоутверждения, когда доминирующее значение передается престижности пищи;
- 7) достижения чувственного наслаждения;
- 8) удовлетворения эстетической потребности [8].

То есть принятие пищи у человека не всегда направлено на удовлетворение биологической потребности. Помимо чувства голода есть множество разных внешних и внутренних стимулов, которые в результате своего взаимодействия в совокупности с личностными особенностями человека провоцируют желание что-либо съесть. Анализ побуждающих причин к употреблению пищи — неотъемлемая часть при рассмотрении причин нарушения пищевого поведения.

Так, Т. Г. Вознесенская выделяет три основных типа нарушений пищевого поведения:

- экстернальное — повышенная реакция человека не на внутренние стимулы, такие как голод, а на внешние, такие как витрина продуктового магазина, принимающий пищу человек, красиво накрытый стол и т.д.;
- эмоциогенное — переживание при психоэмоциональном напряжении (гиперфагическая реакция на стресс), стимулом к приему пищи является эмоциональный дискомфорт: тревожность, плохое настроение, скука, раздраженность, подавленность и т.д.;
- ограничительное — избыточные пищевые самоограничения и бессистемные строгие диеты, сменяющиеся периодами сильного пережорения [1].

«Справочник по диагностике и систематике психических расстройств» Американской психиатрической ассоциации (DSM-5) также классифицирует нарушения пищевого поведения на три вида:

- 1) нервная анорексия;
- 2) нервная булимия;
- 3) неуточненные расстройства пищевого поведения, в частности неограниченное компульсивное пережорение [12].

Международная классификация психических болезней (МКБ-10) подразделяет расстройства приема пищи на нервную анорексию, атипичную нервную анорексию, нервную булимию, атипичную нервную булимию, пережорения, связанные с другими психологическими расстройствами; другие расстройства приема пищи, расстройства пищевого поведения неуточненные [4].

Разные авторы выделяют ряд причин, способствующих расстройству пищевого поведения: религиозные представ-

ления, национальные традиции, традиции семьи и общества, модные течения, жизненный опыт, личностные особенности и психоэмоциональное состояние человека. Но в особенности необходимо отметить влияние, которое оказывает семья на формирование пищевого поведения человека. Выделяются следующие принципы воспитания пищевого поведения, которые впоследствии могут привести к развитию нарушений.

1. Еда — способ удовлетворения других потребностей (в заботе, любви, безопасности). Данная особенность в воспитании пищевого поведения может проявляться разными способами. Например, мать удовлетворяет исключительно физиологические потребности ребенка и беспокоится только о том, чтобы он был сыт и одет. В таком случае ребенок, нуждающийся в любви, может привлечь внимание своей матери только с помощью голода. Или в семье, где отдых — порицаемое действие, а прием пищи одобряемое, ребенок может использовать употребление пищи как способ удовлетворения потребности в отдыхе. В результате формируется деструктивная привычка «когда я устал, нужно поесть».
2. Еда — главный источник удовольствий. В жизни семьи еда занимает главное место: походы в продуктовые магазины становятся приятным времяпрепровождением, часто обсуждается, что приготовить, еда выступает средством вознаграждения и наказания. Другим источникам удовольствий (интеллектуальным, духовным), таким как концерты, выставки, хобби, не уделяется должного внимания.
3. Ребенку не позволяют ориентироваться на собственное чувство сытости, чтобы окончить прием пищи. Вместо этого приучают есть то количество еды, которое положили на тарелку, не разрешают выйти из-за стола, пока не доест, и т.д. Либо родители чрезмерно эмоционально реагируют на прием пищи ребенка или отказ от него. Когда члены семьи хвалят ребенка за то, что он ест, и сильно расстраиваются, если он есть отказывается. В результате ребенок привыкает ориентироваться на внешние сигналы и не может идентифицировать чувство насыщения.
4. Любой внутренний дискомфорт ребенка в семье пытаются устранить при помощи еды. В семье либо не знают, не умеют или не обучают ребенка как справляться с тревожностью в период стресса. В итоге закрепляется деструктивная пищевая привычка — заедание стресса. Либо любой дискомфорт ребенка, включая эмоциональный, трактуется членами семьи как голод. Впоследствии у ребенка происходит подмена понятий, он не может научиться отличать дискомфорт из-за эмоциональных переживаний от дискомфорта, вызванного такими физиологическими ощущениями, как голод.
5. Жесткие ограничения в еде. В семье разделяют продукты на вредные и полезные. Продукты из первой категории находятся под строгим запретом. В результате, когда ребенок получит доступ к запрещенным продуктам, он будет стремиться восполнить все пробелы.

Для полного понимания причин нарушения пищевого поведения также необходимо рассмотреть потребление пищи в онтогенезе. В младенчестве питание настолько сильно влияет на эмоциональное состояние ребенка, как

ни одна другая биологическая функция. Чувство голода для младенца является самой яркой причиной для телесного дискомфорта и поэтому служит основой для возникновения страха и незащищенности. Соответственно, удовлетворение голода приносит младенцу самые приятные переживания, переплетаясь с чувством безопасности и ощущением, что его любят [2].

На пищевое поведение детей в раннем возрасте родители оказывают значительное влияние особенностями воспитания и собственным отношением к пище, ребенок очень быстро усваивает модель пищевого поведения своих родителей.

Социальное значение пищи также играет немаловажную роль. Питание человека на протяжении всей жизни связано с процессами общения и социализации: застолья, праздники, деловые ужины [3]. Поэтому очень часто нарушения пищевого поведения начинаются в подростковом возрасте, когда социальные факторы оказывают максимальное давление. В этот период в жизни у ребенка происходят огромные изменения: меняется гормональный фон, внешний вид. При всем этом психологическая обстановка в коллективе тоже становится другой — на первое место выходит желание быть принятым, выглядеть соответственно установленным нормам и т.д.

Большинство подростков в принципе проявляют беспокойство о своей внешности, но в совокупности с другими составляющими, характерными для переходного периода, такими как заниженная самооценка, эмоциональная нестабильность, завышенная значимость мнения сверстников, влияние моды, повышается риск возникновения расстройства

пищевого поведения. Если при этом в семье не уделяют внимания психологическим проблемам, не прививают здорового отношения к пище, то эти риски возрастают еще больше. Игнорируется, что нарушения органики изменяют психический статус человека, что приводит к изменениям личности и поведения [9]. Ситуацию усугубляет тот факт, что подросткам с нарушениями пищевого поведения удается все скрывать от родителей на протяжении достаточно длительного времени и по этой причине не удается оказать им своевременно необходимую помощь [2].

В целом психоэмоциональное состояние человека и его личностные особенности оказывают влияние на пищевое поведение не только в подростковый период, они имеют воздействие в любом возрасте. Тревожность, низкая самооценка, неуверенность в себе, низкая сопротивляемость стрессу — все это в комбинации с другими факторами способствует развитию расстройств пищевого поведения.

Таким образом, в заключение можно прийти к следующим выводам: пищевое поведение формируется на протяжении всей жизни человека, на этот процесс значительное влияние оказывают индивидуальные, психологические и социальные факторы; прием пищи осуществляется с целью удовлетворения не только биологических потребностей, но также и психологических, и социальных; особенное воздействие на формирование пищевых привычек, на модель пищевого поведения оказывают родители своими установками, связанными с употреблением пищи, и своим отношением к еде.

Библиографический список

1. Вознесенская Т. Г. Ожирение // Глава 9. Типология нарушений ПП и эмоционально-личностные расстройства при первичном ожирении и их коррекция. М., 2010. 236 с.
2. Дурнева М. Ю. Формирование пищевого поведения: путь от младенчества до подростка. Обзор зарубежных исследований // Клиническая и специальная психология. 2015. Т. 4. № 3 [Электронный ресурс]. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n3/Durneva.shtml> (дата обращения: 16.11.2019).
3. Малкина-Пых И. Г. Терапия пищевого поведения: справочник практического психолога. М., 2002. 1041 с.
4. Международная классификация болезней десятого пересмотра МКБ-10 [Электронный ресурс]. URL: <https://mkb-10.com/index.php?pid=4289> (дата обращения: 15.11.2019).
5. Менделевич В. Д. Пищевые зависимости, аддикции нервная анорексия, нервная булимия // Руководство по аддиктологии. СПб.: Речь, 2007.
6. НМИЦ психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева: сборник материалов [Электронный ресурс]. URL: <http://www.bekhterev.ru/pauka> (дата обращения: 20.10.2019).
7. Приленская А. В., Приленский Б. Ю. Зависимое пищевое поведение: клиника, систематика и пути коррекции // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2008. № 2.
8. Савенков Ю. И. Избыточный вес угроза здоровью. Барнаул: Алт. кн. изд-во, 1985. 72 с.
9. Чапала Т. В. Психология здоровья как предмет исследования: Теоретический обзор Актуальные проблемы и новые технологии медицинской (клинической) психологии и психотерапии // Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием, посвященной 25-летию факультета медицинской психологии СамГМУ. Самара, 2016. С. 248–252.
10. Чапала Т. В. Категории, нормы и методы исследования в психологии здоровья // Научный хронограф. 2017. С. 31–34.
11. American Journal of Psychiatry. The Renfrew Center Foundation for Eating Disorders [Электронный ресурс]. URL: <https://anad.org/education-and-awareness/about-eating-disorders/eating-disorders-statistics> (дата обращения: 28.10.2019).
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.

ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ В КОНТЕКСТЕ ПРЕВЕНЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Куприянова И. Е., д.м.н., профессор,

Научно-исследовательский институт психического здоровья, ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук»,
Томск, Российская Федерация

Аннотация

Обследованы 124 женщины с угрозой невынашивания беременности, 111 женщин с патологией плаценты и многоводием, 111 женщин с преэклампсией и 403 женщины с хроническим вирусным гепатитом В и С.

У женщин с акушерской патологией выявлен высокий уровень преневротических расстройств от 30,6 до 42,8% случаев. Психопатологические проявления в большей степени определялись невротическими расстройствами с высоким уровнем тревоги и снижением качества жизни, зрелых психологических защит, копинг-стратегий.

Ключевые слова

Психическое здоровье, патология беременности, тревога, качество жизни, психологические характеристики.

ASSESSMENT OF THE MENTAL HEALTH OF WOMEN WITH VARIOUS PREGNANCY PATHOLOGIES IN THE CONTEXT OF PREVENTION OF MENTAL DISORDERS IN CHILDREN

Kupriyanova I. E., Doctor of Medical Sciences, Professor,

Mental Health Research Institute of the Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences,
Tomsk, Russian Federation

Abstract

124 women with the threat of miscarriage, 111 women with placenta pathology and polyhydramnios, 111 women with preeclampsia and 403 women with chronic viral hepatitis B and C were examined. Women with obstetric pathology revealed a high level of preneurotic disorders from 30.6 to 42.8% of cases. Psychopathological manifestations were mostly determined by neurotic disorders with high levels of anxiety and reduced quality of life, mature psychological defenses, and coping strategies.

Key words

Mental health, pregnancy pathology, anxiety, quality of life, psychological characteristics.

Развитие перинатальной психологии привело к изменению взглядов на взаимоотношения матери и ребенка в течение беременности, принятия фактов, что депрессия и тревога часто взаимосвязаны и развиваются уже во время беременности, поэтому риск для младенца возникает еще до рождения [1; 4]. Психическое состояние матери может оказать неблагоприятное воздействие на познавательное, социальное и эмоциональное развитие у ребенка за счет нарушений взаимодействия между матерью и ребенком [6; 9]. Особенно важным является раннее выявление психопатологических симптомов у беременных, которые в значительной степени утяжеляют течение беременности, особенно при акушерской патологии [2; 3]. Тревожность матери во время беременности подвергает ребенка воздействию более высоких уровней кортизола, которые сохраняются на протяжении всей жизни ребенка и вполне могут способствовать развитию тревоги и поведенческих расстройств

у этих детей [4]. Важным этапом в реабилитации беременных с акушерской патологией является психотерапевтическая и психокоррекционная работа для профилактики развития психопатологии у ребенка [5; 7; 8].

Цель работы — определить спектр преневротических состояний и психических расстройств у женщин с патологией беременности с последующей разработкой лечебно-реабилитационных программ психологической коррекции.

В исследовании принимали участие 829 пациенток, находящиеся на учете в женских консультациях Томска, Новосибирска и Красноярска. Исследование проводилось у женщин с патологией беременности, после получения информированного согласия. Обследованы 124 женщины с угрозой невынашивания беременности, 111 женщин с патологией плаценты и многоводием, 111 женщин с преэклампсией и 403 женщины с хроническим вирусным гепатитом В и С. Контролем служили показатели 80 беременных без

акушерской патологии. Подробным образом исследовался соматический и психический статус беременной. Учитывался осмотр терапевта, невролога. Клинико-психопатологическое исследование включало шкалу тревоги по Гамильтону, «розу качества жизни» по И. А. Гундарову (1995), опросник механизмов совладания со стрессом Е. Heim и опросник жизненного стиля (Life style index) R. Plutchik H. Kellerman, адаптированный Е. Б. Клубовой. Исследования по шкале тревоги по Гамильтону и уровню качества жизни проводились двукратно: до начала и по окончании проведенного курса психотерапии.

Исследование психического здоровья беременных выявило наличие как развернутых форм невротических расстройств, так и высокую распространенность преневротических состояний, клинически которые проявлялись психоадаптационным синдромом (ПДАС). Психодезадаптационный синдром был представлен в виде четырех вариантов: физическая астения, психическая астения, соматовегетативный и дистимический варианты.

1. Астенический вариант ПДАС с преобладанием физической слабости. Пациентки предъявляли жалобы на физическую слабость в конце дня, которую пациентки могли определять как «упадок сил, трудности в выполнении привычных нагрузок», потребности в коротком отдыхе в течение дня, нарушении структуры и качества сна.
2. Астенический вариант ПДАС с преобладанием психической слабости. Беременные предъявляли жалобы на снижение концентрации внимания, забывчивость, рассеянность, ухудшение кратковременной памяти, затруднение усвоения новой информации. Отмечались психоэмоциональное напряжение, неуверенность в своих силах.
3. Дистимический вариант ПДАС. Характеризовался пациентками как внутренняя напряженность, беспокойство, предчувствие неприятности. Женщины предъявляли жалобы на раздражительность, повышенную чувствительность и обидчивость.
4. Соматовегетативный вариант ПДАС. Ведущим проявлением в структуре этого вида ПДАС являлись кризовые дисфункции вегетативной нервной системы. Пациентки предъявляли жалобы на головные или суставные боли, головокружение при перемене погоды или атмосферного давления, спазмы за грудиной, внезапное чувство страха с затруднением дыхания, проходящие также внезапно.

У пациенток с невынашиванием беременности психодезадаптационный синдром наблюдался в 38,8% случаев (преобладал психодезадаптационный синдром с психической астенией), при патологии плаценты — в 37,8% (чаще встречалась физическая астения), при преэклампсии — в 30,6% (чаще встречался соматовегетативный вариант), при хронических вирусных гепатитах — в 42,8% случаев (преобладала физическая астения).

Психические расстройства при невынашивании беременности в большей степени определялись наличием невротических расстройств — 42,7%, аффективная патология диагностировалась в 10,3%, органические расстройства — 8,2%. У беременных при патологии плаценты невротические расстройства выявлялись в 46%, аффективные — в 10,8%, органические — в 1,8%, расстройства личности — в 3,6% случаев. При преэклампсии чаще встречались невротические расстройства в 47,8%, аффективная проявления — 10,8%,

органическая патология — 5,4%, расстройства личности — 5,4%. Спектр психических расстройств при вирусных гепатитах был представлен следующим образом: невротическая патология — 30,3%, аффективные расстройства — 14,4%, органические расстройства — 5,3%, расстройства личности — 7,2%.

Изучение качества жизни изучили качество жизни у пациенток с различной патологией беременности выявило следующую тенденцию. У пациенток с преневротическими состояниями данный показатель составил $44,9 \pm 1,54$ балла, при невротических расстройствах — $42,15 \pm 2,01$ балла. У здоровых беременных показатели качества жизни определялись на уровне $49,1 \pm 1,6$ баллов, а у женщин с акушерской патологией, но без проблем с психическим здоровьем — $48,4 \pm 1,77$ балла. Статистическая достоверность определялась при сравнении показателей пациенток с проблемами психического здоровья и пациенток контрольной групп ($P \leq 0,05$).

Сопоставление показателей качества жизни у пациенток с различной акушерской патологией показало, уровень качества жизни у беременных с угрозой невынашивания беременности при наличии невротических расстройств статистически ниже — $42,85 \pm 1,09$ балла, нежели у беременных с преневротическими состояниями — $47,38 \pm 1,12$ балла при $P \leq 0,01$. При многоводии и патологии плаценты выявляется аналогичная картина: наличие психических расстройств ведет к значительному снижению уровня качества жизни $41,96 \pm 1,08$ балла против $46,64 \pm 0,81$ балла при ПДАС ($P \leq 0,01$). При гестозах различие определяется лишь на уровне тенденции: при психической патологии уровень качества жизни составляет $41,63 \pm 1,43$ балла, а при ПДАС — $43,06 \pm 0,77$ балла. Уровень качества жизни при вирусных гепатитах при психопатологии составлял $42,7 \pm 1,2$ балла, при ПДАС — $46,6 \pm 1,11$ балла.

Исследование уровня тревоги при невротических расстройствах выявило нарастание симптомов психической тревоги достоверные различия ($p < 0,001$) по сравнению с беременными с преневротическими состояниями и контрольной группой. При преэклампсии наблюдались наиболее высокие показатели ($19,31 \pm 1,19$ балла) соматической тревоги. При угрозе невынашивания беременности уровень тревоги составлял $14,09 \pm 2,09$ балла ($p < 0,05$), при патологии плаценты — $13,86 \pm 1,31$ балла ($p < 0,05$), при вирусных гепатитах — $14,4 \pm 1,7$ балла.

У беременных с невротическими расстройствами и преневротическими состояниями наблюдалось снижение зрелых психологических защит «интеллектуализация» ($p < 0,01$), наиболее часто использовались незрелые защиты «вытеснение», «реактивное образование». Сопоставление психологических защит у женщин с различной патологией беременности выявило отличия только на уровне тенденции. При угрозе невынашивания беременности с невротическими расстройствами выявлялось небольшое усиление архаичных защит (замещение, проекция, регрессия). При многоводии и патологии плаценты беременности наблюдалось напряжение механизмов компенсации и интеллектуализации. У женщин с преэклампсией определялось повышение реактивных образований и снижение интеллектуализации, при вирусных гепатитах выявлялись высокие показатели регрессии и отрицания.

Копинг-стратегии у беременных с преневротическими состояниями соответствовали поведенческим копингам у женщин без патологии психического здоровья. У беременных с невротическими расстройствами увеличивается спектр неадаптивных стилей по сравнению с этими группами ($p \leq 0,01$). При невынашивании беременности снижались эмоциональные, когнитивные и поведенческие стратегии, при многоводии и патологии плаценты — эмоциональные. При преэклампсии и вирусных гепатитах выявлялись самые низкие показатели по эмоциональным и поведенческим стилям.

Изменение копинг-стратегий является существенным фактором в системе адаптация-деадаптация у беременных женщин с патологией беременности. Существенное отличие адаптивных поведенческих стилей и адаптивных эмоциональных стратегий от показателей здоровых беременных женщин показывает значительный вклад в патогенез заболевания психологических составляющих. Учитывая сложность применения лекарственных средств у данной группы пациенток, приведенные данные явились ориентирами в системе лечения и реабилитации.

На основании полученных данных была разработана реабилитационная психотерапевтическая программа с пятью векторами.

Программа 1. При преневротических состояниях — образовательный цикл, рациональная психотерапия, психотерапия тревожных проявлений — терапевтические метафоры.

Второй вектор — при невротических расстройствах для беременных с угрозой невынашивания: когнитивно-рациональная и позитивная эмоционально-образная терапия (визуализация благополучного протекания беременности).

Третий вектор — для беременных с многоводием и патологией плаценты. Акцент делался на рациональную психотерапию и трансовые дыхательные техники.

Четвертый вектор — для беременных с преэклампсией: рациональная и эмоционально-образная терапия,

Пятый вектор — для беременных с хроническими вирусными гепатитами В и С: невербальные техники эриксоновского гипноза и бихевиоральная психотерапия.

Эффективность реабилитационных программ подтверждалась снижением уровня тревоги и повышением уровня качества жизни. Средний балл уровня качества жизни у лиц с преневротическими состояниями до проведения реабилитационных программ был $45 \pm 1,12$ баллов, после проведения реабилитационных программ составил $49,02 \pm 1,01$ балла. Средний балл уровня качества жизни у беременных с невротическими расстройствами до проведения реабилитационных программ был $40,96 \pm 1,82$ балла, после проведения реабилитационных программ — $45,68 \pm 0,91$ балла.

Средний суммарный балл уровня тревоги по шкале Гамильтона у лиц с преневротическими состояниями до проведения реабилитационных программ составил $7,22 \pm 1,44$ балла, а после $4,7 \pm 0,55$ ($p \leq 0,01$). Средний суммарный балл уровня тревоги у пациенток с психопатологическими появлениями до проведения реабилитационных программ составил $15,75 \pm 0,63$ балла, а после $11,7 \pm 1,05$ балла ($p \leq 0,01$). Психотерапевтическое воздействие существенно изменяло состояние пациенток, разрывая порочный круг негативного взаимовлияния акушерской патологии на психическое здоровье, и наоборот. Превентивные мероприятия, направленные на гармонизацию семейных отношений, повышение ответственности за собственное здоровье не только себя, но и плода, умение самостоятельно применять техники саморегуляции с помощью релаксирующих методов психотерапии значительно повышали качество жизни беременных.

Библиографический список

1. Добряков И. В. Перинатальная психологическая помощь как ранняя психопрофилактика нервно-психических расстройств // Сборник материалов Всероссийской конференции по детской психиатрии и наркологии. СПб., 2016. С. 132–133.
2. Кулиев Р. Т., Руженков В. А. Предболезненные психические нарушения при физиологически протекающей беременности // Современные проблемы науки и образования. 2012. № 6.
3. Руженков В. А., Кулиев Р. Т., Жернакова Н. И. Непсихотические психические расстройства при неосложненной беременности // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. 2011. № 16. С. 46–52.
4. Buist A. Perinatal mental health identifying problems and managing medications / A. Buist // Aust. Fam. Physician. 2014. Vol. 43, № 4. P. 182–185.
5. Kupriyanova I. Neurotic disorders: pharmac- and psychotherapy. North Carolina, USA: Lulu Press Inc., Raleigh, 2015. 93 p.
6. Murray L., Arache A., Fearon P., et al. Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. 2011. Vol. 50. P. 460–470.
7. Swanson L. M., Pickett S. M., Flynn H., Armitage R. Relationships among depression, anxiety, and insomnia symptoms in perinatal women seeking mental health treatment // J. Womens Health. 2011. Vol. 20, № 4. P. 553–558.
8. Rosenquist S. E. When the bough breaks: rethinking treatment strategies for perinatal depression // Am. J. Clin. Hypn. 2013. Vol. 55, № 3. P. 291–323.
9. Ross L. E., McLean L. M. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review // J. Clin. Psychiatry. 2006. Vol. 6, № 8. P. 1285–1298.

THE IMPORTANCE OF EXECUTIVE FUNCTIONS FOR SUCCESS IN SCHOOL

José León-Carrión, Professor, PhD and Chair,
Department of Experimental Psychology, Human Neuropsychology Laboratory,
School of Psychology, University of Seville, Seville, Spain,
Consultant, Department of Research, Development and Innovation (I+D+I),
Center For Brain Injury Rehabilitation (CRECER),
Seville, Spain,

Umberto León-Domínguez, University of Monterrey, Monterrey, Mexico
Maria del Rosario Domínguez-Morales, Center For Brain Injury Rehabilitation (CRECER),
Seville, Spain

Abstract

Executive skills are critical in early childhood, representing cognitive regulatory processes essential to human development. Poor executive functions are linked to decrease productivity, job instability and lower quality of life, underlying myriad mental and behavioral disorders. This impairment often occurs when inhibitory control is affected during its development. Preventive measures should include pre- and elementary school programs to improve and consolidate this function in their students.

Key words

Transition from school, school self-regulation, preschool inhibitory control, poverty, ethnic minority status, academic achievement.

Scientific Paper Text. Executive functions are critical for success in school, potentially more important than IQ or math, and essential for future job success. The transition from school to formal schooling is an exciting and important milestone for young children. Poor executive functions are linked to decreased productivity, difficulty in finding and keeping a job and lower quality of life. Promoting executive skills in early childhood education is critical, as they are a complex set of cognitive regulatory process, including working memory and attention control. These skills make it possible for children to organize their thinking and behavior with a greater capacity for intention and flexibility.

In our experience, impaired executive functions underlie myriad mental and behavioral disorders, accounting for more lost years of life and productivity than other illnesses, including cancer. This impairment usually occurs when executive inhibitory control is affected, an executive capacity that develops between the ages of 3 and 11. Children with executive function deficits may take things from other children, jump out of their seats, bother others in class or not finish their assigned schoolwork. And while the prefrontal cortex is not fully mature until early adulthood, preventive measures should be taken. Preschool programs and elementary schools should help improve and consolidate inhibitory control in their students.

Parenting intervention also warrants the search for new strategies to enhance executive functioning as early as infancy,

when self-regulation begins to develop and parents play such a critical role in the child's socialization. There is evidence that working memory is affected by the home literacy environment in which children grow up and by day-care and even preschool attendance. Sensitive and responsive adult-child interactions help children label and understand their emotions and motivations. Parents, who are autonomy-supporting and engaged positively with their children in the early years, have children with stronger executive functions, whereas greater parental control is detrimental for their development. A good quality of life and learning environment at home predicts children with strong problem-solving capacities.

The need for early intervention may be particularly critical for children at risk of social and economic disadvantage, encumbering the prefrontal development that comes from good parenting and secure attachment. Evidence suggests that children growing up in a family at risk of poverty have significant difficulty with executive functions. Poverty and ethnic minority status is a predictor of lower executive functions and achievements in young children. Molecular and genetic studies have shown that executive functions are highly heritable, explaining 40% to 80% of variance accounted for by genetic influence.

Thematic field. Area 1. Prevention of mental disorders and promotion of mental health values among children and adolescents.

Bibliography

1. *Bierman, K. L., & Torres, M. (2016). Promoting the development of executive functions through early education and prevention programs. In J. A. Griffin, P. McCauley, & L. S. Freund (Eds.), Executive function in preschool-age children: Integrating measurement, neurodevelopment, and translational research (p. 299–326). American Psychological Association.*

2. *Eisenberg, N., & Zhou, Q.* (2016). Conceptions of executive function and regulation: When and to what degree do they overlap? In J. A. Griffin, P. McCardle, & L. S. Freund (Eds.), *Executive function in preschool-age children: Integrating measurement, neurodevelopment, and translational research* (p. 115–136). American Psychological Association.
3. *Lawson, G.M, Hook, C.J., Hackman, D.A. & Farah, M.J.* (in press). Socioeconomic Status and Neurocognitive Development: Executive Function. In J. A. Griffin, L. S. Freund and P. McCardle (Editors), *Executive Function in Preschool Age Children: Integrating Measurement, Neurodevelopment and Translational Research*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
4. *Rose, S. A., Feldman, J. F., & Jankowski, J. J.* (2016). Infant cognitive abilities: Potential building blocks of later executive functions. In J. A. Griffin, P. McCardle, & L. S. Freund (Eds.), *Executive function in preschool-age children: Integrating measurement, neurodevelopment, and translational research* (p. 139–156). American Psychological Association.

ПОДРОСТКИ В СЕТИ: СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Любов Е. Б., д.м.н., профессор,

Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Аннотация

В обзоре литературы показано неоднозначное (потенциально вредоносное и полезное) влияние Сети на суицидальное (самоповреждающее) поведение в различных группах подростков, отличное от дихотомически «хорошего» или «плохого».

Ключевые слова

Интернет, самоповреждающее поведение, подростки.

TEENAGERS ON THE WEB: SUICIDOLOGICAL ASPECT

Lyubov E. B., Doctor of Medical Sciences, Professor,

Moscow Institute of Psychiatry — Branch of the Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

Abstract

The studies analyzed in this review have a common theme of examination of self-harm and suicidal behavior in the context of online social media use. Identifying both beneficial and harmful mediums and directing individuals towards healthy online behaviour should be considered of greater importance than weighing up whether the internet is 'good' or 'bad'

Key words

Internet, suicidal behavior, Non-suicidal self-injury, adolescents.

Сеть и намеренное самоповреждающее поведение.

В поперечных онлайн-опросах у пользователей Интернета выше риск депрессии и суицидального поведения (СП) [8]. «Целенаправленная и неограниченная» реклама социальных сетей повышает риск несуицидальных самоповреждений (НС) и СП, чем озабочена ВОЗ [4].

Опросы выделяют группу «особенных» априори подростков. По данным ВЦИОМ (2019), ½ подростков 14–17 лет полагает, что интерес к «плохим» группам в соцсетях вызван конфликтами со сверстниками и малым семейным контролем (по 30% ответов).

Научно практический интерес вызывает изучение потенциально суицидоопасных содержания сообщений в социальных сетях. В качественном анализе более 2700 постов (США), извлеченных по поисковым терминам «депрессия», «самоубийство», «самоповреждение» [5], самые частые темы (около 15%) пользователей 14–20 лет — ненависть к себе, одиночество, самоповреждение и самоубийство. Но в ½ постов взаимные неравнодушно полярные советы: 40% поддерживающие и 25% потенциально вредоносные. Отечественное исследование выявило связь частоты сообщений социальной сети «ВКонтакте» с НС [1].

Сеть: новые риски. Зависимость от Интернета включена нозографической единицей в *DSM-V* (2013). Согласно докладу ВОЗ подростковая интернет-зависимость (в широком диапазоне — до 40% подростков) — общая проблема общественного здравоохранения [10]. Интернет-зависимость связана с социальной изоляцией, депрессией и СП. Лич-

ностные особенности зависимых сходны с таковыми при психических расстройствах.

Кибербуллинг отличен от обычных издевательств: физических и (или) словесных, так называемых реляционных (социальное исключение, «бойкот») или косвенных, как распространение порочащих слухов. «Киберзапугиватели» анонимны, беспрепятственно и круглосуточно следуют за жертвой; при удалении с сайта злонамеренные сообщения накапливаются.

В систематическом обзоре [7] 15% из почти 120 тыс. участников 12,5–20 лет жаловались на киберзапугивание. В исследовании ВОЗ (2013–2014) среди 11-летних детей 10% подростков сталкивались с травлей не менее 2–3 раз в месяц; самый высокий показатель среди 42 стран (средний — 3–4%). Отечественное исследование (2012) сходно [2].

В 20 из 26 исследований обзора [6] положительна связь киберзапугивания с НС и СП. У жертв вероятность самоповреждений в 2,35 раза, СП — в 2,1, суицидальных мыслей — в 2,15 и суицида — в 2,6 раз выше. У «преследователей» в 1,2 раза более шансов на СП и в 1,2 — испытать суицидальные мысли, чем не совершивших преступления [6].

Просуицидные сайты привлекают особо одиноких и восприимчивых, «нормализацией» СП, сведениями о способах суицидов и способствуют суицидальным пактам. Риск НС связан с графическими изображениями и видео на популярных веб-сайтах. Продолжено изучение влияния азартных игр на СП и НС.

В новом (2019) обзоре [9], объединившем почти 350 тыс. подростков до 19 лет, выявлена прямая связь «проблема-

тичного» использования социальных медиа (Интернета) и риска суицидальных попыток в семи из девяти независимых исследований, но учет кибербуллинга и бессонницы ослабляет связь.

Сеть: ожидание пользы.

1. Возраст-специфическая антикризисная помощь. Подростки с НС в Сети ищут неформальную поддержку, информацию о здоровье. Социальные сети обеспечивают подросткам чувство принадлежности при повышении самооценки, возможности самораскрытия. При риске обмена опытом НС, открыт горизонт лечебных мероприятий. Ведь до 95% подростков-суицидентов предпочитают формат «технологичных» вмешательств [11]. Интернет-вмешательства улучшают доступность и привлекательность помощи посредством смартфонов и приложений для мониторинга и лечения.

Заманчива психосоциальная терапия «новой волны» с погружением в виртуальную реальность. Пациент обретет навыки управления психическим расстройством и ее симптомами (СП, импульсивности). Интернет-психообразование направлено на дестигматизацию психических расстройств и СП. Школьные программы направлены на обучение адекватному реагированию на стрессогенные посты в социальных сетях.

Вал видеоматериалов о самоповреждениях на YouTube, их просмотров и комментариев привел к разработке видеороликов с особым вниманием помощи и восстановлению.

Пользователям и модераторам сайтов предложено избегать деталей НС и СП. Крупные социальные сети проводят ограничительную политику в отношении сообщений о самоповреждениях.

Отечественные антисуицидальные сайты пока не обращены прицельно к подросткам. Затруднено самотестирование риска СП, невозможна онлайн-консультация специалиста, мало задействованы обученные добровольцы. Профессионалы недооценивают Интернет как инструмент психиатрического ликбеза и неловко взаимодействуют с подростками в онлайн-среде.

Онлайн-вмешательства следует распространить на разные группы подростков с риском СП. Так, в «антибуллинговом» протоколе учтут потребности жертв и тесно связанных с ними мучителей: кибервиктимизация побуждает к посещению просуицидных сайтов [2]; семья смягчает психиатрические последствия киберзапугивания. Защитные факторы включают и аспекты жизнестойкости. Родителей «зетов» зовут цифровыми иммигрантами, уходящими свидетелями эры до-интернета», но им и учителям нужно быть осведомленными об онлайн-активности их подопечных, рисках Сети; следует закрыть доступ к опасным сайтам и обучить безопасному пользованию Сети при неизменной поддержке близких. В школе киберзапугивание не дисциплинарная проблема, но возможность поддержки о обучения уязвимых в «классах жизнестойкости».

Может и должен быть улучшен доступ к антикризисной помощи представителей уязвимых и (или) дискриминированных групп селян, ЛГБТ-сообщества или страдающих расстройствами пищевого поведения, физических инвалидов; открыто и поле их изучения. Перспективно предоставление учебного материала представителям малых народов [3].

Таблица. Неоднозначное влияние интернет среды*

Среда	Влияние	
	положительное	отрицательное
Общее использование Интернета	Умеренное использование Сети связано с меньшим риском для психического здоровья подростков, чем малое и чрезмерное. Потенциально защитное влияние низкого уровня использования по сравнению с его отсутствием. Информация о ресурсах кризисной помощи	Нормализация намеренных самоповреждений. Облегченное распространение информации о СП; отдельные и кластерные самоубийства уязвимых подростков. Активное использование (\geq двух часов в день) связано с низкой самооценкой психического здоровья, неудовлетворенной потребностью его поддержки, психологическим дистрессом и учащением суицидальных мыслей
Интернет-зависимость	Общение и удовлетворенность жизнью «зависимых»	Неясный вектор причинно-следственной связи (количество) с НС и СП жертв и преследователей
Источники помощи	Онлайн мониторинг депрессии и суицидального риска; доступная когнитивно-поведенческая терапия (депрессии).	Стрессогенные электронные письма побуждают решать проблемы самостоятельно
Социальные сети**	Поиск неформальной помощи и поддержки, общение с товарищами по несчастью, облегчение гнева и разочарования. Сообщение о бедственном положении («крик о помощи») до (после) НС и СП.	Поощрение (прославление) и нормализация НС и СП. Стрессогенные сообщения связаны с СП уязвимых подростков
Форумы**	Уменьшение изоляции. Поддержка психического здоровья, совладание с дистрессом, снижение риска суицидальных мыслей. Онлайн диагностика риска НС и СП	Поощрение планов самоубийств. Детальные предложения метода самоубийства. Нормализация самоповреждений и обсуждение способов их сокрытия. Влияние на риск НС неясно
Просуицидные сайты	Поиск помощи	Нормализация и укрепление намерения НС и СП. Поиск единомышленников для суицидального договора
Антисуицидальные сайты	Возможная польза	Неизвестно
Обмен видеоизображениями**	Осведомленность о СП в дискриминированных и избегающих помощи группах. Альтернатива или сдерживающий фактор самоповреждений. Обмен опытом совладания с дистрессом.	Комментарии и просмотр для поддержания, побуждения к (подражательному) самоповреждению. «Картинки» как триггер СП. Ощущение «соревнования» кто и что хуже. Обмен опытом дезадаптивного совладания с дистрессом
Блоги**	Неизвестно	Распространение потенциально вредоносной информации: ухищрений утаивания самоповреждений и методов самоубийств

Примечания. * — в систематических обзорах сопоставимо соотношение исследований с положительными и отрицательными результатами;

** — исследования социальных сетей, форумов, обмена видеоизображениями, блогами меньше и хуже качеством со смешанными результатами.

Страдающие психическими расстройствами, зарегистрированные и (или) уклоняющиеся от помощи пользуются Интернетом не менее (более?) часто, чем население в целом. «Чрезмерное» онлайн-общение в социальных сетях ведет к риску НС и СП, но связь углубления в социальные сети и суицидогенных психических недугов, видимо, «двунаправленная».

В неоднородной подростковой группе риска НС и СП доступность, конфиденциальность онлайн-вмешательств многообещающи для обеспечения нестигматизирующей лечебно-профилактической помощью с привлечением неформальных ресурсов восстановления.

Подростковые психиатры должны в ходе рутинного опроса расспрашивать подопечных об использовании Сети, возможном опыте киберзапугивания и быть обучены его противодействию. Вовлеченным в киберзапугивание показана консультация психиатра на предмет раннего выявления депрессии, риска СП. Важно, чтобы «вахтеры» и обученные близкие поощряли обращение за помощью.

У Сети потенциально вредоносный и защитный (антисуицидальный) потенциал влияния на НС и СП (см. таблицу).

Сеть для лечения психических расстройств (e-mental health) — новый подход преодоления географических и (или) ситуационных барьеров профессиональной помощи, повы-

шения самоуправления пациентов, причем часть подростков с НС и СП уже использует Интернет для целей, связанных со здоровьем, порой с нежелательным эффектом (киберхондрия). Сложная природа социальных сетей, НС и СП требует комплексного подхода.

Итак, процесс исследований баланса «риск — польза» Сети в аспектах НС и СП может быть рассмотрен как ряд логичных этапов: от фазы легитимации (признания некой причинно-следственной связи с неясным вектором) до изучения сущности и условий такой зависимости. На фазе соревнования выберут подходящий дизайн анализа, затем на фазе «предписания» — группу — мишень пациентов для дифференцированного доказательно эффективного целевого вмешательства («правильное лечение правильному пациенту»), позволившему повысить качество суицидологической помощи при внедрении доказательных подходов.

Впереди изучение эффективности и рентабельности онлайн-вмешательств детей и подростков. В многоуровневой оценке лечебно-профилактических инноваций будет учтен ресурсосберегающий эффект (снижение бремени СП и психических расстройств подростков) с разных позиций (профессионалов, малолетних пациентов, их семей, общества в целом) в русле научно-практических приоритетов охраны психического здоровья по пути к «медицине для всех».

Библиографический список

1. Брябрина Т. В., Гиберт А. В., Штрахова А. В. Опыт контент-анализа суицидальных высказываний в сети «Интернет» лиц с различным уровнем суицидальной активности // Вестник Южно-Уральского государственного университета. 2016. № 9. С. 35–49.
2. Любов Е. Б., Антохин Е. Ю., Палаева Р. И. Двудликая паутина: Вертер vs Папагено. Комментарий // Суицидология. 2016. № 7. С. 41–51.
3. Любов Е. Б., Сумароков Ю. М., Конопленко Э. Р. Жизнестойкость и факторы риска суицидального поведения коренных малочисленных народов Севера России // Суицидология. 2015. № 6. С. 23–30.
4. Предотвращение самоубийств: Глобальный императив. Женева: ВОЗ, 2014. 96 с.
5. Cavazos-Rehg P. A., Krauss M. J., Sowles S. J., et al. An analysis of depression, self-harm, and suicidal ideation content on Tumblr // Crisis. 2017. № 38. P. 44–52.
6. Geel van M., Vedder P., Tanilon J. Relationship between peer victimization, cyberbullying, and suicide in children and adolescents: A meta-analysis // JAMA Pediatr. 2014. № 168. P. 435–42.
7. John A., Glendenning A. Ch., Marchant A., et al. Self-Harm, Suicidal Behaviours, and Cyberbullying in Children and Young People: Systematic Review // J Med Internet Res. 2018. № 20. P. e129.
8. Niederkrotenthaler T., Haider A., Till B., et al. Comparison of suicidal people who use the internet for suicide-related reasons and those who do not // Crisis. 2017. № 38. P. 131–135.
9. Sedgwick R., Epstein S., Dutta R., Ougrin D. Social media, internet use and suicide attempts in adolescents. // Curr. Opin. Psychiatry. 2019. № 22.
10. World Health Organization. Public health implications of excessive use of the Internet, computers, smartphones and similar electronic devices meeting report. Main Meeting Hall, Foundation for Promotion of Cancer Research National Cancer Research Centre, Tokyo, Japan, 2015.
11. Younes N., Chollet A., Menard E., Melchior M. E-mental health care among young adults and help-seeking behaviors: a transversal study in a community sample // J Med Internet Res. 2015. № 17. P. e123.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРЕВЕНЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Мазаева Н. А., д.м.н., профессор, **Головина А. Г.**, д.м.н.,
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Возможность ранней профилактики психозов остается предметом дискуссии за исключением групп высокого риска. В то же время потенциально применение превенции на популяционном уровне способно сдвинуть распределение факторов риска и уменьшить морбидность в общей популяции. Помимо этого, вмешательства в детско-подростковом возрасте, направленные на индивидуумов, обнаруживающих доманифестные проявления, но еще не отвечающих диагностическим критериям шизофрении, могут предотвратить развитие клинически прогрессивных стадий болезни. Когнитивная ремедиация когнитивного дефицита у детей, направленная на улучшение вербальной памяти и исполнительских функций, также может редуцировать риск развития шизофрении.

Ключевые слова

Психические болезни в детско-подростковом возрасте, ранняя превенция, популяционные стратегии, когнитивная ремедиация.

OUTLOOK FOR THE PREVENTION OF MENTAL DISORDERS IN CHILDHOOD

Mazaeva N. A., Doctor of Medical Sciences, Professor,
Golovina A. G., Doctor of Medical Sciences,
Federal Mental Health Research Center,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The possibility of early prevention in psychosis remains the subject of discussion, with the exception of high-risk groups. At the same time, the potential use of prevention at the population level can shift the distribution of risk factors and reduce morbidity in the general population. In addition, interventions in childhood and adolescence aimed at individuals who exhibit predominant manifestations but do not yet meet the diagnostic criteria for schizophrenia can prevent the development of clinically progressive stages of the disease. Cognitive remediation of cognitive deficits in children, aimed at improving verbal memory and performing functions, can also reduce the risk of schizophrenia.

Key words

Mental disorders in childhood, early prevention, population strategy, cognitive remediation.

Возможна ли ранняя профилактика психических болезней? Ни у зарубежных, ни у отечественных психиатров нет однозначного ответа на этот вопрос. Наиболее единодушно мнение о положительных результатах профилактических вмешательств у больных с высоким риском развития психоза, но и тогда интенсивная психофармакотерапия в сочетании с психотерапевтическими вмешательствами позволяет не столько предотвратить, сколько отсрочить его манифестацию. Даже это значимо для детей и подростков, у которых тяжесть психической болезни и ее исходов возраст-зависимы: чем раньше проявляется заболевание, тем хуже его клинико-социальный прогноз. Поскольку в указанных случаях речь идет, по существу, о вторичной профилактике (в клинической картине присутствуют уже все признаки развивающегося психоза), они не будут предметом настоящего сообщения.

В анамнезе большинства лиц, заболевающих впоследствии эндогенными психозами (в частности, аффективного

и шизофренического спектров), можно выявить задолго до манифестации множественные психоневрологические отклонения, расцениваемые разными авторами как маркеры, предшественники или ранние продромальные признаки [7]. Они отражают нейробиологическую уязвимость к психической патологии, формирующуюся согласно разделяемой большинством исследователей нейродегенеративной теории вследствие нарушенного раннего (вероятнее всего пренатального) нейроразвития, ведущего к структурным, функциональным и (или) биохимическим аномальностям в развивающемся мозге. В сочетании с генетической предрасположенностью указанные отклонения обуславливают повышенную нейробиологическую уязвимость индивидуума к психической патологии, усиливающуюся под влиянием более поздних неблагоприятных средовых воздействий. Последствия этих отклонений нейроразвития приводят к манифестации болезни, как правило, после длительного многолетнего латентного

периода (10–30 лет) [4; 10]. К проявлениям биологической уязвимости относят когнитивный дефицит, аффективные расстройства, социальную изоляцию (несостоятельность), школьную неуспешность.

Ранние превентивные стратегии ориентированы как на население в целом, так и на отдельные группы лиц, обнаруживающих минимальные признаки психического нездоровья. Первичная профилактика значительно осложняется неспецифичностью многих продромальных симптомов и факторов риска [2; 8], выявленных при различных психических заболеваниях. Так, голод в пренатальном периоде, неблагополучие в детстве, статус мигранта, проживание в городских условиях ассоциируются с последующим развитием шизофрении, депрессии и биполярного расстройства. Акушерские осложнения с сопоставимой частотой могут наблюдаться при шизофрении, аутизме, нервной анорексии и аффективной патологии.

Перспективными представляются популяционные стратегии (population prevention strategies), направленные на предотвращение факторов риска с незначительным или средним эффектом, широко распространенных в популяции, причинно связанных с психическим заболеванием [5; 9] и, предположительно, поддающихся модификации. При современном уровне технологий возможность воздействия на генетический фактор маловероятна. Мишени популяционной превенции психической патологии соотносятся с периодами жизни. Самая ранняя — пренатальное здоровье плода, профилактика акушерских осложнений, обеспечение сбалансированного питания ребенка по составу нутриентов (фолиатов, фосфатилхолиновых препаратов), дефицит которых может predispose к развитию психических расстройств, иммунизация матерей против инфекций, повышающих риск развития патологии шизофренического спектра. В детстве это когнитивные и бихевиоральные вмешательства, профилактика черепно-мозговых травм, частота которых у больных шизофренией в два раза выше популяционной. В пубертате актуально предупреждение наркоманий (употребления конопли). К сожалению, превенция на популяционном уровне не может предотвратить переход уже появившихся субклинических психических нарушений у детей и подростков к более прогрессивному течению. Зачастую запоздалое назначение адекватной терапии, направленной на сдерживание прогрессирования болезни, является следствием гиподиагностики, в свою очередь, обусловленной нозологической неспецифичностью и рудиментарным характером психопатологических проявлений в детско-подростковом возрасте. В качестве маскирующих эндогенный процесс психопатологических образований наиболее часто выступают аффективные расстройства, личностные аномалии с поведенческими девиациями и аутоагрессивными тенденциями, псевдоорганические нарушения со снижением психической активности, психосоматические эквиваленты, а также синдромы когнитивного дефицита [3].

В последние десятилетия преморбидная когнитивная несостоятельность больных шизофренией, приводящая их к социальной, в частности школьной дезадаптации, привлекает особое внимание исследователей в связи с перспективами реабилитации [7]. Для больных эндогенными психозами характерен дефицит внимания и восприятия, рабочей,

вербальной и автобиографической памяти, мышления, исполнительских функций и формирования проблеморешающего поведения. При шизофрении наиболее выраженными считают нарушения вербальной и пространственной памяти, слухового и зрительного гнозиса, недостаток устойчивости и избирательности внимания, сниженный контроль мыслительной деятельности и ее организации. Схожие, но менее выраженные когнитивные нарушения отмечаются у здоровых родственников больных шизофренией первой линии родства и в преморбидном периоде задолго до появления психотических расстройств. Ряд исследователей предлагает рассматривать когнитивную дисфункцию в качестве потенциального эндотипа шизофрении, «ядерного» проявления болезни. Нарушения нейрокогнитивного функционирования, первые признаки которого появляются уже в раннем детстве, сопровождают больного на всем протяжении заболевания, приводя к выраженной социальной дисфункции. Предположительно, именно в продромальной стадии они наиболее чувствительны к терапии, когда вмешательства, купирующие проявления ранних и специфических дефицитов, еще умеренно выраженных и захватывающих лишь отдельные домены, могут редуцировать уязвимость к психическим болезням. При раннем продроме нарушения отмечаются преимущественно в сфере скорости обработки информации и контроля, а также в сфере восприятия языка.

Таким образом, оказывается обоснованным использование специализированных интегрированных ранних вмешательств, включающих в структуру интегративной психосоциальной терапии методики когнитивной ремедиации (КР) — интервенции, цель которой — восстановление или улучшение когнитивных функций за счет стимулирования обучения и использования полученных навыков в условиях социума. Предположительно нейрональной основой эффективности КР является устранение или максимально возможная коррекция возникшей преимущественно в критические периоды развития дисфункции нейронных сетей, характеризующейся сосуществованием гипо- и гиперактивности мозговых структур, ответственных за соответствующие функции, что влечет за собой появление симптомов нейрокогнитивных нарушений, а также в качестве своеобразной компенсации особенностей эмоционального реагирования и процессов анализа (синтеза) информации. Соответственно, мишенью указанного метода является восстановление нарушений нейропластичности. Условно все методики КР можно подразделить на «изолированные» — направленные на тренировку отдельных составляющих когнитивного профиля, «комплексные» — ориентированные на когнитивное функционирование в целом, «социализирующие» — обучающие социальным навыкам, а также «системные», сочетающие когнитивные и социализирующие тренинги.

Если разнообразные когнитивные программы для взрослых пациентов достаточно разработаны и обнаруживают свою результативность при проведении как в традиционном формате, так и с использованием компьютерных технологий, то практическое применение КР в детско-подростковом контингенте требует дополнительных корректив. Необходимо учитывать значительную клиническую, когнитивную и интеллектуальную гетерогенность и возрастную специфику детей и подростков, для которых эти программы предназначены.

Целесообразно использовать высокорезультативные на этом этапе развития варианты коммуникативных тренировок, включающие оптимизацию восприятия речи, стимуляцию собственной речевой активности, коррекцию ее погрешностей, обогащение словарного запаса, а также инновационные технологии (компьютерные и веб-программы) с модулями упражнений для оптимизации памяти, внимания, гибкости мышления, способов решения проблем. К их преимуществам относятся привлекательный для детей и подростков способ подачи информации, возможность самостоятельных занятий, выбора вариантов выполнения, отсутствие временного лимита, быстрота и объективность оценки результатов. Риск углубления интроверсии при неконтролируемом использовании компьютерных технологий, способных замещать реальные коммуникации и функционирование, снизило бы создание комплексных стратегий, включающих такие программы в качестве составляющей, проведение их под контролем взрослых.

Катамнестическое прослеживание продемонстрировало положительные изменения нейрокогнитивного профиля при использовании методик, ориентированных на активизацию процессов нейропластичности головного мозга, путем энергичного воздействия на пациента различными видами сенсорной информации (зрительной, слуховой, пространственной, речевой). Эти тренинги, требующие быстроты реакции, избирательности и концентрации внимания, продемонстрировали свою высокую, долговременную эффективность, объективно подтвержденную именно для лиц

из группы риска и пациентов на ранних этапах психических расстройств. Часть содержащихся в этих программах задач включают ярко аудиализированные (визуализированные) версии традиционных семантических, логических, ассоциативных игр, интересных для детей и подростков и изначально предназначенных для группы участников, что могло бы составить содержание дальнейших занятий, оптимизирующих навыки коммуникации.

Качество и долгосрочность результатов, достигнутых при помощи КР (включая снижение рисков развития развернутого эндогенного заболевания), коррелирует с длительностью занятий, сочетанием этих программ с групповыми социальными интеракциями, иными комбинированными психосоциальными воздействиями.

Проведение ранних превентивных вмешательств у детей и подростков связано с серьезными этическими и деонтологическими проблемами и невозможно без доверительных отношений с пациентом и его семьей, нуждающейся в помощи специалистов при решении возникающих интерперсональных и социальных вопросов, выборе адекватных копинг-стратегий при наличии подпороговых симптомов. Психосообразование семьи ориентировано на предоставление в шадающей и доступной форме информации о рисках развития более выраженной психической патологии и возможных профилактических мерах. При этом следует избегать стигматизации подростка и формирования у него негативных стереотипов, ассоциированных с осознанием угрожающего ему психического заболевания.

Библиографический список

1. Зайцева Ю. С., Корсакова Н. К., Гурович И. Я. Нейрокогнитивное функционирование на начальных этапах шизофрении и когнитивная ремедиация // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. № 23. С. 76–82.
2. Мазаева Н. А. Шизофрения: пренатальные и постнатальные факторы риска // Ж. неврологии психиатрии. 2012. № 5. С. 98–107.
3. Мазаева Н. А., Кравченко Н. Е., Головина А. Г. Психопатологические «маски» шизофренической патологии в подростковом возрасте // Мат. Всеросс. научн.-практ. конф. с международным участием «Актуальные проблемы подростково-юношеской психиатрии», 2015. С. 140–142.
4. Cannon T. D., Van Erp T. G., Bearden C. E., et al. Early and late neurodevelopmental influences in the prodrome to schizophrenia: contributions of genes, environment and their interactions // Schiz Bull. 2003. № 29. P. 653–659.
5. Davis J., Eyre H., Jacka F. N., Dodd S., et al. A review of vulnerability and risks for schizophrenia: beyond the two hit hypothesis // Neurosci Biobehav Rev. 2016. № 65. P. 185–194.
6. Grover S., Sahoo S. D., Nehra R. A comparative study of childhood/adolescent and adult onset schizophrenia: does the neurocognitive and psychosocial outcome differ? // Asian J of Psych. 2019. № 43. P. 160–169.
7. Horton L. E., Tarbox S. I., Olino Th. M., Haas G. L. Trajectories of premorbid childhood and adolescent functioning in schizophrenia spectrum psychoses: a first episode study // Psych Res. 2015. № 227. P. 2–3, 339–346.
8. Kafali H. Y., Bildik T., Bora I., Yuncu Z., Erermis H. S. Distinguishing prodromal stage of bipolar disorder and early onset schizophrenia spectrum disorders during adolescence // Psych Res. 2019. № 275. P. 315–325.
9. Mojtabai R., Malaspina D., Susser E. The concept of population prevention: application to schizophrenia // Schiz Bull. 2003. № 29. P. 791–801.
10. Schultze-Lutter F., Ruhrmann St., Hoyer C., Klosterkotter J., Leweke F. M. The initial prodrome of schizophrenia: different duration, different underlying deficits? // Compr Psych. 2007. № 48. P. 479–488.

РАЗЛИЧИЕ МАРКЕРОВ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ У ДЕТЕЙ С ТИПИЧНЫМ И АТИПИЧНЫМ РАЗВИТИЕМ

Маринина Д. В., магистрант 2-го курса, **Анохина Н. В.**, студентка 6-го курса, **Киселев С. Ю.**, заведующий лабораторией мозга и нейрокогнитивного развития, ФГАОУ ВО «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б. Н. Ельцина», Екатеринбург, Российская Федерация

Аннотация

Целью исследования было выявление различий детско-родительского взаимодействия семей с типично развивающимся и атипично развивающимся ребенком при помощи методики ECPI-2.0. В исследовании приняли участие две диады. Различия были выявлены в восьми маркерах детско-родительского взаимодействия.

Ключевые слова

Детско-родительское взаимодействие, атипичное развитие, младенцы, методика ECPI-2.0, программа The Observer XT.

DIFFERENCES IN MARKERS OF CHILD-PARENT INTERACTION IN CHILDREN WITH TYPICAL AND ATYPICAL DEVELOPMENT

Marinina D. V., M.A., **Anokhina N. V.**, 6-year student, **Kiselev S. Y.**, Head of Laboratory for Brain and Neurocognitive Development, Ural Federal University Named After the First President of Russia B. N. Yeltsin, Yekaterinburg, Russian Federation

Abstract

The aim of the study was to identify differences in the parent-child interaction of families with a typically developing children and children with impairments. The method ECPI - 2.0 (Evaluation of Child – Parent Interaction) was used. The study involved 2 dyads. Differences were identified in eight markers of parent-child interaction.

Key words

Parent-child interaction, atypical development, infants, ECPI-2.0 technique, The Observer XT program.

Введение. Известно, что в семьях с типичным и атипичным ребенком существуют различия в детско-родительском взаимодействии [2]. Изучение детско-родительского взаимодействия является важной и чрезвычайно актуальной темой как для ученых, так и для практиков. Профилактика нарушений в развитии, раннее вмешательство при первых признаках неблагополучия у ребенка позволяют в наиболее благоприятный период детства (до трех лет) определить стратегию работы как с ребенком, так и с родителями, увидеть и осознать ресурсы ребенка и семьи и те области, которые нуждаются в развитии и терапевтическом вмешательстве. Стремительные изменения, происходящие в современной действительности, отражаются на развитии наших детей, что требует научного осмысления и поиска новых путей в практической области данного направления [1]. Необходимо дальнейшее исследование детско-родительского взаимодействия с помощью новых подходов, обладающих высокой дифференцирующей способностью.

Целью данного исследования являлось выявление различий в маркерах детско-родительского взаимодействия между семьей, имеющей ребенка с синдромом Дауна, и семьей с типичным ребенком с помощью методики ECPI.

Участники. В исследовании приняли участие две семьи — семья, которая имеет мальчика с синдромом Дауна в возрасте трех лет, и семья, имеющая типично развивающегося мальчика трехлетнего возраста.

Материалы и методы. Детско-родительское взаимодействие исследовалось с помощью методики «Оценка детско-родительского взаимодействия» (ECPI) [1], которая реализуется на платформе The Observer XT. Данная методика создана И. Н. Галасюк и Т. В. Шининой на основе большого практического опыта работы с семьями, имеющими детей с отклоняющимся развитием. Теоретической базой методики стали наблюдения А. Фрейда, исследования Р. А. Шпица, представления С. Герхардта, исследования Б. Борьесон и группы ученых, теория Д. Боулби, М. И. Лисиной.

Процедура регистрации маркеров:

- 1) проводится видеосъемка взаимодействия родителя с ребенком в условиях свободной игры на протяжении 15 мин;
- 2) видео загружается в программу The Observer XT, в которой проводится по миллисекундная фиксация маркеров в течение всего видео;
- 3) для фиксации взаимодействия используются разработанные маркеры, выделенные на основе анализов результатов исследований детско-родительского взаимодействия;

- 4) проводится фиксация длительности и количества соответствующих паттернов детско-родительского взаимодействия, на основе которых строится график;
- 5) создается диаграмма и сравнительная таблица, в которых отражаются временные показатели маркеров детско-родительского взаимодействия;
- 6) проводится качественный анализ полученных данных.

Маркеры коммуникативных сигналов ребенка включаются в группы: самостоятельная деятельность ребенка с предметом, предметное сотрудничество ребенка с взрослым.

Анализировались следующие маркеры ребенка при общении с родителем: «фокус внимания к предмету», «фокус внимания к взрослому», «инициатива к предмету», «инициатива к взрослому», «предметная деятельность», «чувствительность к взрослому», «средств общения к предмету», «средства общения к взрослому», «эмоциональные переживания к предмету», «эмоциональные переживания к взрослому».

Характеристика маркеров. Положительные маркеры: «фокус внимания к предмету», «фокус внимания к взрослому» — ребенок сфокусирован на предмете или взрослом (соответственно), не отвлекается на внешние стимулы, следит за ним взглядом.

Отрицательные маркеры: «фокус внимания к предмету», «фокус внимания к взрослому» — ребенок отводит взгляд, можно наблюдать «блуждающий взгляд», расфокусированный взгляд.

Положительные маркеры: «инициатива к предмету», «инициатива к взрослому» — ребенок самостоятельно тянется к предмету или взрослому (соответственно), проявляет интерес.

Отрицательные маркеры: «инициатива к предмету», «инициатива к взрослому» — ждет указания к действию с предметом или указания к действию со взрослым (соответственно).

Положительный маркер и отрицательный: «предметная деятельность» — ребенок исследует всяческими способами предмет, в отрицательном варианте этого маркера ребенок производит машинальные, стереотипные движения;

Положительный маркер и отрицательный: «чувствительность к взрослому» — ребенок смотрит на родителя, когда тот к нему обращается, отвечает с позитивным эмоциональным фоном каким-либо образом родителю, подключается к игре, предложенной родителем. Отрицательный вариант маркера отмечается, когда ребенок не выполняет инструкции родителя, не подключается к игре, игнорирует родителя.

Положительные и отрицательные маркеры: «средства общения к предмету», «средства общения к взрослому» — позитивные возгласы, а при отрицательном варианте маркера негативные возгласы.

Положительные и отрицательные маркеры: «эмоциональные переживания к предмету», «эмоциональные переживания к взрослому» — все позитивные и негативные невербальные проявления, отражающие эмоциональное состояние ребенка.

Маркеры коммуникативных сигналов взрослого включаются в эмоциональную, физическую, действенную и познавательную группы.

Анализировались следующие маркеры родителя при общении с ребенком: «невербальные эмоциональные реакции», «вербальные эмоциональные реакции», «разделенное внимание», «поддержка исследовательской активности ребенка», «отзеркаливание», «синхронность», «дистанция», «реакция родителя на потребности ребенка», «коммуникативная деятельность». Отдельно рассматривается общее условие взаимодействия: игра (дидактическая (спонтанная)).

Характеристика маркеров:

- эмоциональный компонент (общий эмоциональный фон общения, который создает родитель при общении с ребенком) оценивается по двум маркерам: невербальные (вербальные) реакции;
- невербальные реакции. Оценка невербальных проявлений: мимика, тон, модуляция голоса, жесты;
- вербальные реакции. Оценка наличия (отсутствия) комментариев эмоционального состояния ребенка «ты злишься, ты обижен» и т.п. Оценка эмоциональных возгласов;
- физический компонент (реакции родителя на уровне тела) оценивается по маркерам: отзеркаливание, синхронность (дистанция);
- отзеркаливание. Оценивается повторение за ребенком его реакций: мимических движений, слов, движений крупной, мелкой моторики, вокализаций;
- синхронность (дистанция). В самом общем смысле оценивается согласованность движений родителя с ребенком (пример согласованного движения: ребенок протягивает маме мячик — мама этот мячик берет). И оценивается расположение диады в пространстве относительно друг друга (близко или далеко они друг от друга сидят и обусловлена ли такая дистанция игровой ситуацией);
- познавательный компонент (способность родителя на когнитивном уровне принимать, обрабатывать сигналы ребенка, следовать им). Оценивается по маркерам: разделенное внимание, поддержка исследовательской активности;
- разделенное внимание. Оценивается способность родителя следовать за фокусом внимания ребенка, фокусироваться на предмете, интересном для ребенка. Также оценивается степень настойчивости родителя в управлении вниманием ребенка (навязывает ли родитель ребенку предметы, которые считает более интересными и полезными или подключается к интересу ребенка);
- поддержка исследовательской активности. Способен ли родитель поощрять исследовательскую активность ребенка, его фантазии или же он пресекает это и требует от ребенка «правильных действий». Оценивается темп взаимодействия (выдерживает ли родитель паузу для того, чтобы ребенок сообразил, что ему делать с предметом или как ответить на вопрос мамы);
- действенный компонент (действия родителя в результате получения коммуникативного сигнала о потребностях ребенка). Оценивается по маркерам: реакция на потребности и коммуникативная деятельность.
- реакция на потребности. Удовлетворяет ли родитель потребности ребенка или игнорирует их (Ребенок устал — мама на это реагирует и дает ребенку свободно полежать

или же заставляет его продолжить игру, потому что «надо, нам сказали»);

- коммуникативная деятельность. Оценивается способность родителя создавать благоприятный фон для развития способностей у ребенка (ребенок что-то построил из кубиков, и мама на это реагирует позитивными комментариями: «Ого, ты молодец! Тебе удалось сделать башню»). Позитивные комментарии, похвала. Также оценивается вовлеченность в совместную деятельность (родитель старается побудить ребенка изучить новую игрушку, допустим, или пытается манипулировать, чтобы навязать свою игру). Оценивается тип позиции родителя: директивная (раздача указаний, инструкций, приказов ребенку) — не директивная.

Результаты. Анализ делался на основе наиболее ярко проявленных маркеров.

В анализе детско-родительского взаимодействия двух семей выявлены следующие различия.

1. У семьи с атипичным ребенком (первый случай) преобладающее взаимодействие осуществлялось в условиях дидактической игры, а у другой семьи (второй случай) преобладает взаимодействие в условиях спонтанной игры (условия оценки взаимодействия).
2. В первом случае родитель находился в директивной позиции, целенаправленно управляя вниманием ребенка. Во втором случае родитель подстраивается под ребенка, а не управляет им (маркеры «разделенное внимание», «коммуникативная деятельность», «поддержка исследовательской активности»). При этом в обоих случаях наблюдается положительная синхронность (родитель следует за ребенком в условиях передвижения) (маркеры «синхронность, дистанция»). Ребенок из первого случая реагирует в общей сложности положительно на такое взаимодействие, как и второй ребенок, но нередко проявляет негативное отношение к поведению матери при помощи мимики, вербальных реакций и невербальных. Особенно остро ребенок демонстрирует это поведение в ситуации расхождения интересов. В подобные моменты ребенок из второго случая переживает ситуацию спокойно (маркеры «средства

общения к взрослому», «эмоциональные переживания», «чувствительность к взрослому»).

3. При манипуляциях с предметом родитель из первого случая требует правильного ответа, не давая возможности ребенку проявить собственную исследовательскую и творческую активность (маркер «поддержка исследовательской активности»). Ребенок вначале подстраивается под родителя и позволяет собой управлять, лишь изредка проявляя негативные реакции, но постепенно недовольство накапливается и проявляется в длительных по времени отрицательных маркерах взаимодействия. Во втором случае ребенок позитивно реагирует на родителя, даже в моменты редкой критики. Маркеры поведения ребенка с типичным развитием более разнообразны и проявляются более длительно. Ребенок заметно активнее взаимодействует со взрослым, проявляет эмоции в мимике, использует вербальную коммуникацию (маркеры «средства общения к взрослому», «эмоциональные переживания», «чувствительность к взрослому»).
4. Ребенок с типичным развитием больше был ориентирован на взаимодействие с взрослым, чем ребенок с атипичным. Последний больше времени уделял взаимодействию с предметом (маркеры «предметная деятельность», «инициатива к предмету», «средства общения к взрослому», «эмоциональные переживания к взрослому», «чувствительность к взрослому»).

Заключение. Различия в детско-родительском взаимодействии между семьей, имеющей ребенка с синдромом Дауна, и семьей с типичным ребенком были выявлены в следующих маркерах: «разделенное внимание», «коммуникативная деятельность», «поддержка исследовательской активности», «средства общения к взрослому», «эмоциональные переживания», «чувствительность к взрослому», «предметная деятельность», «инициатива к предмету».

В результате исследования был проведен качественный и количественный сравнительный анализ наиболее ярко выраженных маркеров детско-родительского взаимодействия в программе The Observer XT, что наглядно продемонстрировало особенности и различия во взаимодействии.

Библиографический список

1. Галасюк И. Н., Шинина Т. В. Семейная психология: методика «Оценка детско-родительского взаимодействия». Evaluation of child-parent interaction (ECPI-2.0): практическое пособие. 2-е изд. М.: Юрайт, 2018.
2. Galasyuk I. N., Lavrova M. A., Suleymanova E. V., Kiselev S. Y. Parent Responsiveness and its Role in neurocognitive and socioemotional Development of one-year-old preterm Infant // Psychology in Russia: State of the Art. 2019. № 12. P. 84–102.

ОБРАЗ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЕ СОВРЕМЕННЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Милушкина О. Ю., д.м.н., **Маркелова С. В.**, к.м.н., **Скоблина Н. А.**, д.м.н., профессор,
Абрамов А. В., **Федотова Т. И.**,

ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет
имени Н. И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Проведено анкетирование подростков. Изучены особенности питания, частота курения, приема алкоголя и наркотических веществ. Отмечена высокая распространенность девиантных форм поведения среди молодежи. Установлено несоблюдение принципов рационального питания. Это приводит к нарушению основ здорового образа жизни. Отмечается рост заболеваемости среди молодой части населения.

Ключевые слова

Образ жизни, здоровье, дети, подростки, девиантные формы поведения, употребление алкоголя, курение, прием наркотиков, рациональное питание.

THE WAY OF LIFE AND HEALTH OF MODERN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Milushkina O. Yu., Doctor of Medical Sciences, **Markelova S. V.**, PhD (Medicine),

Skoblina N. A., Doctor of Medical Sciences, Professor, **Abramov A. V.**, **Fedotova T. I.**,

Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The survey of adolescents was conducted. Nutrition behaviors, the frequency of smoking, using of alcohol and narcotic drugs and psychotropic substances in adolescents was studied. Violation of rational nutrition and high prevalence of deviant forms of behavior in adolescents are noted. The paper reports an increase in the incidence in the young population.

Key words

Lifestyle, health, children, adolescents, deviant behaviors, alcohol consumption, smoking, drug intake, rational nutrition.

Образ жизни оказывает существенное влияние на формирование здоровья человека [7]. Особенно значимым его вклад является для молодого, растущего организма, как известно наиболее чувствительного к воздействию неблагоприятных факторов внешней среды. Сформированные в детском и подростковом возрасте социальные потребности являются, как правило, доминирующими до периода наступления биологической зрелости, а нередко и на весь период жизни.

Наличие негативного опыта общения, особенности восприятия молодежью информации, желание выделиться из «общей массы», отсутствие достоверных доступных источников информации приводит к низкому уровню информированности молодежи об основах здорового образа жизни (ЗОЖ), несоблюдению основных его принципов, что в конечном итоге приводит к формированию нарушений в состоянии здоровья.

По данным официальной статистики среди детского населения в возрасте 15–17 лет отмечается рост заболеваемости болезнями глаза и его придаточного аппарата, болезнями

уха и сосцевидного отростка, болезнями органов дыхания, костно-мышечной системы и соединительной ткани [4].

Проведенный в 2018 г. опрос 217 студентов-медиков (возрастная группа 20 лет) о кратности, времени и месте приема пищи, особенностях пищевого рациона показал, что у подавляющего большинства учащихся не сформированы навыки рационального питания. Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи методов доказательной медицины. Данное исследование не подвергает опасности благополучие субъектов исследования и не ущемляет их права в соответствии с требованиями биомедицинской этики, утвержденными Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации (2000).

Полученные данные свидетельствуют о том, что только 50% студентов имеют трехкратный прием пищи. А 3% студентов принимают пищу реже двух раз в день. Наличие в рационе питания двухкратного приема горячей пищи отметили только 47,0% учащихся; около 49% студентов указали на однократный прием горячей пищи, 4% учащихся не имеют горячего питания вообще.

Основная масса студентов (более 80%) указала на увеличенную продолжительность перерывов между приемами пищи (пять-шесть часов и более). Более половины учащихся указали на наличие позднего ужина (два часа и менее до начала сна).

Только половина студентов ежедневно получает в рационе питания свежие фрукты, овощи, свежие соки, молоко и молочные продукты, мясо и мясные продукты.

У большого числа опрошенных отмечен дефицит двигательной активности (62,5%), недостаточная длительность пребывания на свежем воздухе (37,1%).

Учебная деятельность современного студента предполагает широкое использование информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) с применением различных видов электронных устройств (компьютер, ноутбук, планшет, мобильный телефон, электронная книга, аудиоплеер) (ЭУ). Работа с ними предусмотрена как при подготовке домашних заданий, так и учебным процессом вуза. Кроме этого, студенты как часть населения, наиболее продвинутая в освоении достижений научно-технического прогресса, активно используют различные ИКТ в повседневной жизни.

Суммарное время использования ЭУ более 8,5 часа в день отмечено у 99,5% учащихся. В выходные, праздничные и каникулярные дни суммарное время работы составило около 11 часов [10].

Естественной закономерностью длительного использования ИКТ с применением различного рода ЭУ являются регистрируемые у студентов жалобы на нарушения в состоянии здоровья (жалобы, связанные с головной болью, усталостью глаз, болью в области глаз, расплывчатостью изображения, ощущением мельканий перед глазами, усталостью и болью в спине и шее, усталостью и напряжением в руках) [10].

Имеют место признаки проявления зависимости молодежи от различного рода ИКТ (трудность прерывания работы (игры) с ЭУ; чувство раздражения, разочарования, злости) [10].

Отмечена недостаточность ночного сна, в том числе за счет позднего отхода ко сну, перераспределение времени в режиме дня студента на выполнение основных режимных моментов за счет увеличения доли в режиме дня работы, связанной с использованием ИКТ [5].

По данным ФГУ ННЦ наркологии Минздрава России, в настоящее время на диспансерном учете состоит около 2,5 млн человек. При этом, по оценке экспертов, число лиц, периодически или постоянно испытывающих проблемы с хронической алкогольной интоксикацией или употребляющих наркотические вещества, превышает данные статистики более чем в 5 раз [6]. Данные литературы также свидетельствуют о высокой доле молодых людей, употребляющих с различной частотой приема алкогольные напитки [3; 11].

Продолжает оставаться напряженной ситуация с распространением наркотиков. Это явление приобретает новые «мягкие» формы и модели потребления [9].

Серьезную проблему представляет широкое распространение курения, особенно среди молодой части населения [1; 2; 8].

Изучение распространенности поведенческих факторов риска среди юношей, относящихся к различным социальным группам, показало широкую распространенность этих форм поведения. Исследование проводилось

посредством анкетирования с использованием стандартных опросников, разработанных НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. В анкетировании приняли участие 254 воспитанника учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (УДС) (возрастная группа 15 лет), 392 воспитанника учреждений закрытого типа для подростков с девиантными формами поведения (УЗТ) (возрастная группа 15 лет), 108 студентов-медиков (СМ) начальных курсов вуза (возрастная группа 20 лет). Анкетированию предшествовало оформление подростком информированного добровольного согласия на проведение исследования, получение разрешения от администрации учреждений на опрос воспитанников.

Результаты проведенного анкетирования позволили сделать вывод о широком распространении среди детей и подростков девиантных форм поведения.

Так, среди воспитанников УЗТ все респонденты отметили факт курения в своей жизни. Среди воспитанников УДС на долю не пробовавших сигареты пришлось 9,1%, а среди СМ — 37%.

Пробовали, но в настоящее время не курят 9,2% воспитанников из УЗТ, 21,3% СМ, 33,3% воспитанника из УДС. На долю эпизодически курящих (курят несколько раз в год) в УЗТ приходится 3,0% воспитанников, в УДС — 6,1%. Среди СМ отметили эпизодическое курение сигарет 14% юношей; курят каждый месяц — 4,6%, каждую неделю — 2,8%. Среди воспитанников УЗТ и УДС лиц, курящих сигареты периодически, но не реже чем каждый месяц или каждую неделю, отмечено не было. При этом в группу активно курящих (курят каждый день) вошло 20,4% СМ, 51,5% воспитанников из УДС и 87,8% подростков из УЗТ. Таким образом, было отмечено, что среди воспитанников УДС и УЗТ большая часть юношей является активно курящими, при этом среди воспитанников УЗТ самая низкая доля юношей, бросивших курить, и нет ни одного воспитанника, не пробовавшего сигареты.

Отмечена высокая распространенность употребления молодыми людьми алкоголя. При низкой доле юношей, ни разу не пробовавших алкоголь (6,0% среди юношей из УЗТ, 9,1% среди воспитанников из УДС, 14% среди СМ), отмечается существенное число подростков, употребляющих алкоголь изредка (несколько раз в год), — 21,2% среди воспитанников из УДС, 42,4% среди юношей из УЗТ, 34,3% среди СМ; употребляющих алкоголь каждый месяц — 9,1%, 2,0% и 20,4% соответственно; каждую неделю — 4,0% воспитанников из УЗТ, 11,1% СМ и даже каждый день — 3,0% среди воспитанников из УЗТ, 6,0% среди воспитанников из УДС, 4,6% СМ.

Среди опрошенных подростков половина СМ и воспитанников из УЗТ отметили, что знают людей, употребляющих наркотики. Ни разу не пробовали наркотические и токсические вещества более 80% СМ и юношей из УДС, в то время как среди воспитанников УЗТ, ни разу не пробовавших наркотические или токсические вещества, были отмечены только 45,5%. В числе пробовавших, но сейчас не употребляющих наркотические вещества юношей оказалось 9,3% СМ, 15,2% воспитанников из УДС, 45,5% воспитанников УЗТ. А 6,0% воспитанников УЗТ употребляют наркотические вещества

несколько раз в год и 1 % СМ принимает наркотические и токсические вещества ежедневно.

Полученные данные демонстрируют широкую распространенность девиантных форм поведения в молодежной среде, определяемую в том числе социальными факторами риска. Несоблюдение принципов рационального питания, режима труда и отдыха, оптимальной продолжительности пребывания на открытом воздухе, регулярности занятий физическими упражнениями и спортом, гигиенических рекомендаций по использованию в учебной и досуговой деятельности электронных устройств, свидетельствует о низкой

мотивации подростков к ведению ЗОЖ. Это, в свою очередь, препятствует соблюдению здорового образа жизни и приводит к нарушению в состоянии здоровья молодого поколения.

Сложившаяся ситуация свидетельствует о необходимости повышения эффективности профилактической работы по созданию установок на здоровый образ жизни, введения доступных и объективных источников получения информации, вызывающих интерес у подростков, заполнения досугового времени учащихся социально полезными видами деятельности, повышения их мотивации к ведению ЗОЖ.

Библиографический список

1. Андрющенко И. В., Малинина Е. В. Распространенность, поведенческие и социально-психологические аспекты табакокурения в среде студентов-медиков // Наркология. 2012. Т. 11. № 4. С. 29–35.
2. Баранов А. А., Кучма В. Р., Звездина И. В. и др. Табакокурение детей и подростков: гигиенические и медико-социальные проблемы и пути решения. Вып. 3. М., 2007. 216 с.
3. Голенков А. В., Андреева А. П. Психологическая склонность студентов-медиков к алкоголизации // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2010. № 6. С. 37–45.
4. Здоровоохранение в России. 2017: статистический сборник. М., 2017. 170 с.
5. Милушкина О. Ю., Маркелова С. В., Скоблина Н. А. и др. Особенности образа жизни современной студенческой молодежи // Здоровье населения и среда обитания. 2018. № 11. С. 5–8.
6. Москвин П. Н., Габер И. В. Психогигиеническая профилактика аддиктивного поведения школьников // Материалы XXI Всероссийского съезда гигиенистов и санитарных врачей «Российская гигиена развивая традиции, устремляемся в будущее». Т. 1 / под ред. А. Ю. Поповой, В. Н. Ракитского, Н. В. Шестопалова. М.: Дашков и К°, 2017. С. 535–538.
7. Назарова Е. Н., Жиллов Ю. Д. Основы здорового образа жизни. М.: Издательский центр «Академия», 2013. 256 с.
8. Перминов А. А., Кувшинов Д. Ю., Рыбникова О. С. Особенности влияния курения на вариабельность сердечного ритма у лиц юношеского возраста студентов-медиков // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. 2009. № 4. С. 240–244.
9. Позднякова М. Е., Брюно В. В. Новые тенденции наркотизации как риски социального характера // Вестник института социологии. 2018. Т. 9, № 1. С. 115–139.
10. Татаринчик А. А., Скоблина Н. А., Милушкина О. Ю. и др. Технические устройства и их влияние на образ жизни подрастающего поколения // Научное отражение. 2017. № 5–6. С. 162–164.
11. Цатурова К. Н., Слюняева М. К., Колесниченко Е. В. Скрининг проблемного употребления алкоголя среди студентов медицинского вуза // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. Т. 5, № 2. С. 134–137.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОБРАЗА ТЕЛА И САООТНОШЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЕМ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Минуллина А. Ф., к.псх.н., доцент,
ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»,
Казань, Российская Федерация

Аннотация

Статья посвящена исследованию образа тела, самооотношения у подростков с нарушениями пищевого поведения. Установлено, что для подростков с нарушениями пищевого поведения характерны неудовлетворенность собственной внешностью, низкий уровень самоуважения и самопринятия. Полученные в ходе исследования результаты могут быть использованы в профессиональной деятельности педагогов-психологов, клинических психологов при разработке и проведении программ по профилактическим и коррекциям нарушений пищевого поведения у подростков.

Ключевые слова

Нарушение пищевого поведения, образ тела, самооотношение, подростковый возраст.

STUDY OF BODY IMAGE AND SELF-ATTITUDE IN ADOLESCENTS WITH EATING DISORDERS

Minullina A. F., PhD (Psychology), Associate Professor,
Kazan (Volga) Federal University,
Kazan, Russian Federation

Abstract

The paper addresses the study to explore body image concerns in adolescents with eating disorders. Expressed concerns over self-concept and personal esteem in adolescents with eating disorders are highlighted. The results obtained during the study can be used in the professional activities of educational and clinical psychologists for employment of prevention and clinical interventions eating disorders programs in adolescents.

Key words

Eating disorder, body image, self-attitude, adolescence.

В последнее время в обществе уделяется повышенное внимание сохранению физического и психологического здоровья у детей и подростков. Особенно важно правильное представление о себе в подростковом возрасте. В подростковый период происходит формирование нового образа тела за счет переосмысления прошлого опыта и стереотипов. Именно в этот период отрицательное отношение к своему телу может привести к повышению уровня тревожности, формированию и закреплению девиантных форм поведения, возникновению психических расстройств.

В отечественной и зарубежной литературе можно встретить исследования, посвященные данной проблеме. Среди них работы, посвященные формированию самосознания личности, ее идентичности, в которых ведущее место отводится формированию адекватного образа телесного «Я», и его развитие соотносится с субъективным благополучием человека [9; 10]. О наличии взаимосвязи высокой удовлетворенности собственным телом и высокой самооценки указывается в исследованиях Р. М. Лернера, Дж. Орлоса, Дж. Кнаппа [2].

Проблема нарушения пищевого поведения отражена в ряде исследований отечественных и зарубежных ученых (Коркина М. В., Цивилько М. А., Марилев В. В., Баринев А. М. [11]; J. D. Russel G. F.M. [12], Beumont P. J.V., Touyz S. W. [13]).

Вопросы психолого-физиологических причин нарушения пищевого поведения человека проанализированы в работах

Барыльникова Ю. Б. [1], Валитовой И. Е., Галиновской А. А., Грачева В. [3], Медведева В. П., Лоскучеровой Т. Д. [7].

В свою очередь, С. Н. Зинченко, Б. М. Коган, В. Д. Менделевич обоснуют необходимость изучения склонности или предрасположенности детей подросткового возраста к нарушениям пищевого поведения [4; 5; 8].

Цель данного исследования заключалась в изучении взаимосвязи образа тела, самооотношения и пищевого поведения у подростков.

В качестве методик исследования использовались:

- тест отношения к приему пищи (ЕАТ-26) [14];
- шкала оценки пищевого поведения [6];
- опросник образа собственного тела (О. А. Скугаревский и С. В. Сивуха) [13];
- методика исследования самооотношения (С. Р. Пантелеев) [14].

Исследование проводилось на базе средних общеобразовательных учреждений Казани и в группах по похудению в социальных сетях (в Интернете). Исследование было добровольным и анонимным. В исследовании приняли участие 40 подростков-девушек в возрасте 15–16 лет.

На первом этапе с помощью результатов методик, направленных на выявление риска нарушений пищевого поведения («ЕАТ-26-тест отношения к приему пищи», «Шкала оценки пищевого поведения»), были сформированы две выборки:

группа 1 — подростки с выраженным риском нарушений пищевого поведения (20 человек); группа 2 — подростки без риска расстройств пищевого поведения (20 человек). Результаты представлены в табл. 1, 2.

Таблица 1. Выраженность показателей по методике «Eat-26-тест отношения к приему пищи» (средние значения)

Показатель	Группа 1	Группа 2	t-критерий
Отношение к приему пищи	35,2	14,8	10,6*

Примечание. * — при уровне значимости $p \leq 0,01$.

Таблица 2. Выраженность показателей по методике «Шкала оценки пищевого поведения» (средние значения)

Шкала	Группа 1	Группа 2	t-критерий
Стремление к худобе	9,5	0,4	17,6***
Булимия	3,5	0	15,3*
Неудовлетворенность телом	15,6	1,6	23,3***
Неэффективность	8,5	0,4	20,7**
Перфекционизм	6,4	4,6	4,3
Недоверие в межличностных отношениях	8,5	1,3	18,5**
Интероцептивная некомпетентность	7,9	0,2	22,7*

Примечания. * — при значимости на $p \leq 0,5$; ** — при уровне значимости $p \leq 0,01$; *** — при уровне значимости $p \leq 0,001$.

Можно отметить, что для подростков-девушек с нарушением пищевого поведения характерно стремление к худобе, чрезмерное беспокойство о весе и систематические попытки похудеть, неудовлетворенность телом. Определенные части тела (бедро, грудь и ягодицы) воспринимаются как чрезмерно толстые. Подростки этой группы ощущают себя одинокими, не ощущают безопасности, ощущают неспособность контролировать собственную жизнь. Кроме этого, для них характерен перфекционизм, т.е. неадекватно завышенные ожидания в отношении высоких достижений, неспособность прощать себе недостатки. Они не любят общаться и избегают контактов с окружением, характерен дефицит уверенности в отношении распознавания чувства голода и насыщения.

1. На втором этапе осуществлялось исследование образа собственного тела у подростков с помощью методики «Опросник образа собственного тела» (О. А. Скугаревский и С. В. Сивуха). Результаты представлены в табл. 3.

Таблица 3. Выраженность показателей по методике «Опросник образа собственного тела» (средние значения)

Показатель	Группа 1	Группа 2	t-критерий
Образ тела	21,9	9,1	9*

Примечание. * — при уровне значимости $p \leq 0,01$.

Анализируя результаты по данному опроснику, можно отметить, что показатели подростков из контрольной группы

находятся в пределах нормы, они удовлетворены своей внешностью.

Для подростков с нарушением пищевого поведения характерна выраженная неудовлетворенность собственным телом, что повышает риск образования соматоформных расстройств и расстройств пищевого поведения, таких как нервная булимия и анорексия. Они не удовлетворены своим весом, формой тела, его частями, испытывают негативные эмоции и чувства, когда думают и оценивают свое тело, что выражается в твердом убеждении, что их внешность некрасива. Это приводит к изменениям поведения подростков — уменьшению частоты зрительных контактов, выбору непривлекательной одежды, угрюмости. Следствием может быть отклик со стороны окружающих — они могут начать избегать контактов, воздерживаться от комплиментов, что подростки, в свою очередь, интерпретирует как доказательство своей непривлекательности. Таким образом, обратная реакция со стороны окружающих опосредована собственными убеждениями и поведением подростков с нарушением пищевого поведения.

На третьем этапе проводилось исследование самоотношения подростков с помощью методики исследования самоотношения (С. Р. Пантелеев). Результаты отражены в табл. 4.

Таблица 4. Выраженность показателей по методике исследования самоотношения (С. Р. Пантелеев) (средние значения)

Показатель	Группа 1	Группа 2	t-критерий
Замкнутость	4	6,5	5,9
Отраженное самоотношение	5	8,9	7,4*
Саморуководство	4,7	7,6	6,2
Самоуверенность	3,7	8,8	11,2*
Самоценность	4,5	9,5	9,6*
Самопривязанность	4,2	8,4	9,5**
Самопринятие	3,3	7,8	12,3**
Внутренняя конфликтность	8,8	4,8	8,3**
Самообвинение	8,6	4,2	10,3**

Примечания. * — при значимости на $p \leq 0,5$; ** — при уровне значимости $p \leq 0,01$; *** — при уровне значимости $p \leq 0,001$.

Как видно из табл. 4, по шкале «Замкнутость» как в экспериментальной группе, так и в контрольной группе получены средние значения, что означает избирательное отношение человека к себе; преодоление некоторых психологических защит при актуализации других, особенно в критических ситуациях. В целом результаты говорят об осознанности «Я», рефлексивности и критичности, способности не скрывать от себя и других любую информацию.

Результаты по шкале «Самоуверенность» говорят о том, что подростки из контрольной группы характеризуются выраженной самоуверенностью, они активно общаются, чувствуют свое превосходство, уважают себя, препятствия на пути к достижению цели воспринимают как преодолимые. Для подростков с нарушением пищевого поведения характерно неуважение к себе, связанное с неуверенностью в своих возможностях, с сомнением в своих способностях. Они склонны не доверять своим решениям, часто сомневаются в способности преодолевать трудности и препятствия, достигать намеченные цели. Они избегают контактов с людьми,

глубоко погружены в собственные проблемы, испытывают внутреннюю напряженность.

По шкале «Саморуководство» в обеих группах полученные значения свидетельствуют о том, что в привычных для себя условиях существования, в которых все возможные изменения знакомы и хорошо прогнозируемы, подростки могут проявлять выраженную способность к личному контролю. В новых для себя ситуациях регуляционные возможности «Я» ослабевают, усиливается склонность к подчинению средовым воздействиям.

Данные по шкале «Самоценность» в группе подростков из контрольной группы указывают на то, что они высоко оценивают свой духовный потенциал, богатство своего внутреннего мира, испытываемые этой группы склоны воспринимать себя как индивидуальность и высоко ценить собственную неповторимость. Уверенность в себе помогает противостоять средовым воздействиям, рационально воспринимать критику в свой адрес. Подростки с нарушением пищевого поведения недооценивают себя, поэтому замечания окружающих могут вызвать ощущение малоценности, личной несостоятельности.

Анализируя значения по шкале «Самопринятие», можно отметить, что для подростков из контрольной группы характерно избирательность отношения к себе. Они склонны принимать не все свои достоинства и критиковать не все свои недостатки.

Для подростков с нарушением пищевого поведения характерен общий негативный фон восприятия себя, они склонны воспринимать себя излишне критично.

Показатели по шкале «Самопривязанность» у испытуемых контрольной группы свидетельствуют о некоторой ригидности Я-концепции, привязанности, нежелании меняться на фоне общего положительного отношения к себе. В группе подростков с нарушением пищевого поведения результаты свидетельствуют об избирательном отношении к своим личностным свойствам, стремлении к изменению лишь некоторых своих качеств при сохранении прочих других.

По данным шкалы «Внутренняя конфликтность» можно утверждать, что отношение к себе у подростков зависит от степени адаптированности в ситуации. В привычных для себя условиях, особенности которых хорошо знакомы и прогнозируемы, наблюдается положительный фон отношения к себе, признание своих достоинств и высокая оценка своих достижений. Неожиданные трудности, возникающие дополнительные препятствия могут способствовать усилению недооценки собственных успехов.

По шкале «Самообвинение» результаты указывают на то, что обвинение себя за те или иные поступки и действия сочетается с выражением гнева, досады в адрес окружающих.

На четвертом этапе проводился корреляционный анализ (коэффициент корреляции Пирсона) для выявления взаимосвязи между образом тела, самоотношением и пищевым поведением у подростков.

Представляя корреляционные взаимосвязи в группе девушек с нарушениями пищевого поведения, можно отметить, что чем ниже оценивает себя девушка-подросток, чем сильнее она не удовлетворена своим внешним видом, тем ниже ее активность и вера в успех. Также в этой группе девушек образ своего идеального тела связан с эталонами худобы.

Отмечается, что чем сильнее переживания относительно собственного «Я» сопровождаются внутренним напряжением у подростков, тем выше их стремление к худобе. Ощущение себя ненужной, неспособной вызвать уважение у окружающих рождает у девушек-подростков нарушения пищевого поведения. Кроме этого, чем выше общий негативный фон восприятия себя, склонность воспринимать себя излишне критично, тем более завышенные ожидания в отношении своих достижений у девушек.

Также чем выше общий негативный фон восприятия себя у испытуемых данной группы, тем выше склонность воспринимать себя излишне критично, тем более завышенные ожидания в отношении своих достижений. Чем ниже самоуважение у подростков с расстройством пищевого поведения, тем более выражено чувство неспособности контролировать собственную жизнь.

Таким образом, на основе полученных в ходе исследования результатов можно сформулировать следующие выводы.

- 1) для подростков с нарушением пищевого поведения характерна неудовлетворенность собственным телом, стремление к худобе, чрезмерное беспокойство о весе и систематические попытки похудеть. Подростки без признаков нарушений пищевого поведения удовлетворены своей внешностью;
- 2) подростки с нарушением пищевого поведения чувствуют себя одинокими, не ощущают безопасности, ощущают неспособность контролировать собственную жизнь. Для них характерны неадекватно завышенные ожидания в отношении высоких достижений; неспособность прощать себе недостатки. Они не любят общаться и избегают контактов с окружением. Также для них характерен дефицит уверенности в отношении распознавания чувства голода и насыщения;
- 3) подростки обеих групп склонны к избирательному отношению к себе. Подростки без признаков нарушений пищевого поведения характеризуются выраженной самоуверенностью, они активно общаются, чувствуют свое превосходство, уважают себя, препятствия на пути к достижению цели воспринимают как преодолимые. Для подростков с нарушением пищевого поведения характерно неуважение к себе, связанное с неуверенностью в своих возможностях, сомнением в своих способностях. Они склонны не доверять своим решениям, часто сомневаются в способности преодолевать трудности и препятствия, достигать намеченные цели. Они избегают контактов с людьми, глубоко погружены в собственные проблемы, испытывают внутреннюю напряженность;
- 4) подростки обеих групп в привычных для себя условиях существования, в которых все возможные изменения знакомы и хорошо прогнозируемы, подростки могут проявлять выраженную способность к личному контролю. В новых для себя ситуациях их регуляционные возможности «Я» ослабевают, усиливается склонность к подчинению средовым воздействиям;
- 5) подростки обеих групп склонны избирательно воспринимать отношения окружающих к себе. Положительное отношение окружающих распространяется лишь на определенные качества, на определенные поступки; другие личностные проявления способны вызывать у них раздражение и неприятие;

- 6) подростки без признаков нарушений пищевого поведения высоко оценивают свой духовный потенциал, богатство своего внутреннего мира, девушки этой группы склонны воспринимать себя как индивидуальность и высоко ценить собственную неповторимость. Уверенность в себе помогает противостоять средовым воздействиям, рационально воспринимать критику в свой адрес. Подростки с нарушением пищевого поведения недооценивают себя, поэтому замечания окружающих могут вызвать ощущение малочисленности, личной несостоятельности;
- 7) для подростков без признаков нарушений пищевого поведения характерна избирательность отношения

к себе. Они склонны принимать не все свои достоинства и критиковать не все свои недостатки. Для подростков с расстройством пищевого поведения характерен общий негативный фон восприятия себя, они склонны воспринимать себя излишне критично.

Полученные в ходе исследования результаты могут быть использованы в профессиональной деятельности педагогов-психологов, клинических психологов при разработке и проведении программ по профилактическим и коррекционным нарушениям пищевого поведения у подростков.

Библиографический список

1. *Барыльник Ю. Б.* Нарушение пищевого поведения у детей раннего возраста // Вестник психиатрии, неврологии и нейрохирургии. 2015. Т. 11. С. 110–117.
2. *Василенко Л. М.* и др. Нарушения пищевого поведения у психически больных в процессе терапии антипсихотиками второго поколения // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. 2015. Т. 115. № 7. С. 60.
3. *Грачев В. В.* Аффективная патология у больных нервной булимией подросткового возраста // Журнал неврол. психиатр. Им. С. С. Корсакова. 2017. Т. 117. № 3. С. 16–21.
4. *Зинченко С. Н., Козачук В. Г., Чурсина Л. В.* Клинические и психологические аспекты нарушения пищевого поведения у подростков // SOVREMENNAYA PEDIATRIYA. 2016. № 7. С. 125–129.
5. *Коган Б. М., Хазиева Т. И.* Особенности эмоциональной сферы при нарушении пищевого поведения и избыточной массы тела у подростков // Системная психология и социология. 2016. № 20. С. 6.
6. *Ильчик О. А.* Русскоязычная адаптация методики Шкала оценки пищевого поведения // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2011. № 1. С. 39–50.
7. *Медведев В. П., Лоскутерева Т. Д.* Нервная анорексия и нервная булимия у детей и подростков: диагностика, терапии // Российский семейный врач. 2013. Т. 17. № 1. С. 3–15.
8. *Менделевич В. Д.* Пищевые зависимости, аддикции нервная анорексия, нервная булимия // Руководство по аддиктологии // Молодой ученый. 2017. № 4.
9. *Ремшмидт Х.* Детская и подростковая психиатрия. М.: ЭксмоПрайс, 2001. 656с.
10. *Сорокман Т. В.* Расстройства пищевого поведения как предикторы развития ожирения у детей // Международный эндокринологический журнал. 2015. № 5. С. 174–175.
11. *Цивилько М. А.* Нервная анорексия // Медицина: электрон. науч. журнал. 1986. С. 176.
12. *Allen B. J., Russel J. D., Mira M., et al.* Protein repletion and treatment in anorexia nervosa // Am. J. Clin. Nutr. 1994. V. 59, № 1. P. 98–102.
13. *Beumont P. I. V., Russel J. D., Touyz S. W.* Treatment of anorexia nervosa // The Lancet. 1993. № 6. P. 1635–1640.
14. *Garner D. M., et al.* The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates // Psychological Medicine. 1982. № 12. P. 871–887.

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ САМОПОЗНАНИЕ РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА: ЛИЧНОСТНО-СРЕДОВАЯ МОДЕЛЬ

Морозова И. Г., аспирант,
ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Статья посвящена развитию самосознания и самопознания ребенка раннего возраста. Представлена авторская концепция развития профессионального самопознания ребенка раннего возраста на основе эпигенетической теории стадийного развития личности Э. Эриксона. Обосновывается необходимость разработки личностно-средовой модели создания индивидуальной траектории развития и профессионального самопознания как генеральной категории личностного становления ребенка с самого раннего возраста.

Ключевые слова

Психическое здоровье, самосознание, профессиональное самопознание, ранний возраст, личностно-средовая модель.

PROFESSIONAL SELF-KNOWLEDGE OF A CHILD OF THE EARLY AGE: PERSONAL AND ENVIRONMENTAL MODEL

Morozova I. G., PhD student,
Russian State Social University, Moscow, Russian Federation

Abstract

The paper focuses on development of self-awareness and self-knowledge in early childhood. The author's concept of development of professional self-knowledge in a child based on the Eric Erickson's epigenetic personality theory is presented. The author substantiates the need to develop a personal and environmental model for creating an individual trajectory for a child development.

Key words

Mental health, self-awareness, professional self-knowledge, early age, personality-environmental model.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), психическое здоровье включает в себя «субъективное благополучие, воспринимаемую самооэффективность, автономность, компетентность, зависимость между поколениями и самореализацию своего интеллектуального и эмоционального потенциала, среди других». Наука развития ребенка показывает, что основа для здорового психического здоровья создается в раннем возрасте, поскольку ранний опыт, который включает в себя отношения детей с родителями, родственниками, учителями и сверстниками, формирует архитектуру развивающегося мозга [6].

Самосознание, пожалуй, самая фундаментальная проблема в психологии — как с точки зрения развития, так и с точки зрения эволюции. ВОЗ признает самосознание одним из десяти основных жизненных навыков и определяет его как четкое понимание «себя» [15].

Самосознание является продуктом развития человека, его прижизненным образованием. Оно развивается в процессе собственной активной деятельности ребенка, на основе его взаимоотношений с окружающими. Развитие самосознания протекает индивидуально у каждого ребенка, но, как правило, к концу года жизни первые признаки возникновения его уже можно заметить: ребенок начинает выделять себя, свое тело из окружающего его пространства. Дальнейшее

развитие самосознания связано с осознанием своих желаний и вообще мотивов деятельности. Это помогает ему перейти на следующую ступень в развитии самосознания — отделить себя от своих действий [1].

В теории и исследованиях по саморазвитию выдающимся понятием является то, что самосознание формируется в контексте отношений детей со значимыми взрослыми (Harter, 1998, 2006; Miller & Mangelsdorf, 2005; Thompson, 1998, 2006). Этот акцент на значимом взрослом как неотъемлемой части Я-концепции лучше всего определен теорией привязанности. Боулби (1969) утверждал, что рабочая модель самости строится на ранних этапах взаимодействия лиц, осуществляющих уход, и их детей. Посредством этих взаимодействий дети развивают «внутреннюю рабочую модель», которая ведет к самопониманию и последующим ожиданиям близких отношений (наприм

ер, Bretherton, 1991) [14].

Самопознание — это процесс получения знаний о самом себе путем выделения себя среди других, идентификации и обособления себя от других людей на основе сравнения себя с ними и с самим собой в прошлом, настоящем и отдаленном будущем.

Самопознание — это изучение личностью собственных психических и физических особенностей, осмысление самого

себя. Оно начинается в младенчестве и продолжается всю жизнь. Формируется постепенно по мере отражения как внешнего мира, так и познания самого себя [10]. Развитие профессионального самопознания личности, по нашему мнению, также начинается в раннем возрасте.

В ходе профессионального становления приходится принимать во внимание не только сведения об особенностях профессий. Как отмечает Е. А. Климов, человек имеет дело со сложной конкретной обстановкой (ситуацией), в которой имеет место восьмифакторная структура, образующая ситуацию выбора профессии для любого человека [3]. Графически ситуация выбора профессии представлена в виде окружности (рис. 1), символически обозначающей границы телесности субъекта выбора профессии, а сами факторы отображаются в виде точек и располагаются на линии окружности.

Среди них первый и наиболее существенный для определения всех жизненных выборов — это фактор семейного воспитания. Эти обстоятельства оказывают значимое влияние на формирование у человека социальных ориентаций и ценностей, понимание своей жизненной миссии [4].

Первым составным элементом модельной концепции гармоничного личностного и профессионального развития

нами была использована эпигенетическая теория стадийного развития личности, предложенная Э. Эриксоном [8]. Время и практика использования этих теоретических материалов о развитии личности, как за рубежом, так и у нас в стране, показали, что они имеют самое широкое применение. Теория легко иллюстрируется графически, наглядно и кратко можно представить все стадии личностного развития, характеризующиеся продуктивными и непродуктивными комплексами личностных достижений. На рис. 2 представлена графическая обобщенная модель стадий и комплексов личностных достижений по Э. Эриксону [8].



Рис. 1. Графическая структура факторов, образующих ситуацию профессионального становления

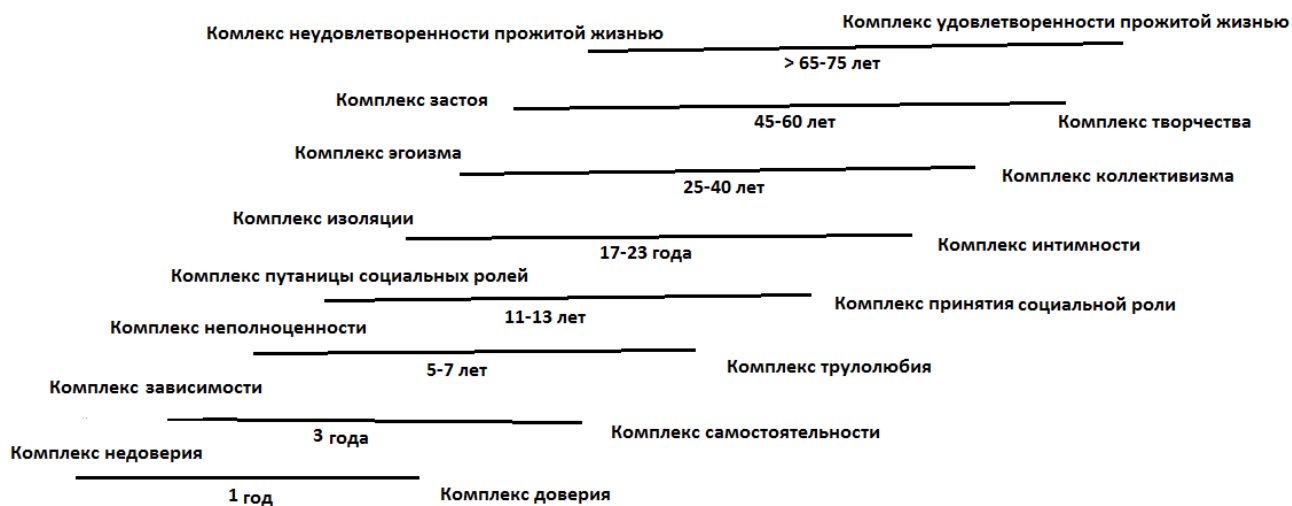


Рис. 2. Графическая обобщенная модель стадий и комплексов личностных достижений по Э. Эриксону

На этом рисунке в графическом виде отображены все стадии личностного развития по Э. Эриксону. Первый год жизни (стадия младенчества) завершается базовым продуктивным комплексом личностных достижений ребенка в виде доверия (не боится чужих людей и новых мест) или недоверия к миру. В три года (стадия раннего детства) ребенок демонстрирует комплекс самостоятельности, который проявляется в уверенных навыках самообслуживания, или, наоборот, комплекс зависимости. В 5—7 лет (стадия детства) комплекс трудолюбия заключается в умениях ребенка достигать полезных результатов, которыми он сам не будет пользоваться, эти результаты нужны окружающим, если нет, то развивается комплекс неполноценности, приводящий к стыду и сомнениям. Следует помнить, что человек не рождается с врожденной потребностью в труде, она формируется в детстве, и к зрелому возрасту должна стать высшей духовной потребностью. Эта область функционирования психики связана с образной сферой, направляемой психическими структурами надсознания.

Психологический комплекс трудолюбия имеет ключевое значение для формирования устойчивой потребности в труде на весь период трудоспособности в онтогенезе.

Семья — это тот социальный институт, в котором формируется отношение к работе, к профессиональной деятельности. У каждого взрослого есть свое представление о работе, которое он передает ребенку. Если ближайшее окружение ребенка относится к работе как к значимой части собственной жизни, рассматривает ее как средство самореализации и самовыражения, то ребенок с раннего детства усваивает, что удовлетворенность жизнью напрямую связана с работой, и наоборот.

Как правило, в своём будущем выборе дети зачастую ориентируются на профессии родственников. Всем нам известны примеры трудовых династий, когда несколько поколений одной семьи работают по одной специальности, и случаи, когда кто-то становится «учителем, как мама» или «водителем, как папа». Таких вариантов раннего профессионального развития, активно направляемого старшими членами семьи, очень много

при воспитании музыкантов, актеров, художников. Понятно, что только при наличии базового доверия к миру — ребенок не боится «чужих» лиц, адекватно реагирует на присутствие незнакомых людей и т.д., возможно осуществить такое развитие.

Однако, как отмечают М. Х. Бронштейн и Т. Левенталь, «человеческое развитие слишком сложное, детальное и динамичное, чтобы утверждать, что только родители детей определяют ход и результат их онтогенеза» [7]. Кроме того, процессы индустриализации и урбанизации как мировая тенденция обуславливают возникновение рисков распада близких родственных отношений и нуклеаризацию семьи [5]. Так, в нашем пилотном исследовании особенностей взаимодействия значимого взрослого с ребенком раннего возраста в России и Вьетнаме [2] было выявлено, что в обеих странах семья подвержена социально-экономическим изменениям, а неопределенность, связанная с такими изменениями, чаще всего приводит к снижению уровня психологического благополучия ребенка [10].

Ряд транслационных междисциплинарных исследований (например, Meltzoff) также указывает на то, что развитие маленьких детей и психическое здоровье являются результатом постоянного взаимодействия между средой и воспитанием [9, 12, 13]. Однако на современном этапе в организацию процесса профориентации идеи социального ортобиоза никоим образом не включены, распространенные практики и технологии данного процесса не предполагают заботу о целостном построении жизненного пути, нахождения гармонии между индивидуальностью и социумом, достижения высокого уровня профессиональной и личностной самореализации, выход на творчество как вершину профессионального роста и мастерства [4].

Таким образом, создание условий для формирования психологической устойчивости к неопределенности, к различным внешним и внутренним факторам состоит в разработке личностно-средовой модели создания индивидуальной траектории развития ребенка с самого раннего возраста и профессионального самопознания как генеральной категории личностного становления. Методологической основой разрабатываемой личностно-средовой модели является ортосубъектный подход, который представляет из себя соединение двух исторически сформировавшихся независимых научных концепций. Данный подход базируется на объединении теоретических взглядов на личностное развитие, предложенных в зарубежной психологии Э. Эриксоном, а также теоретических взглядов на профессиональное развитие, разрабатываемых в отечественной психологии Б. Г. Ананьевым, В. С. Мерлиным, Е. А. Климовым и др. [3, 4].

Соединение ортобиотического и субъектного подхода обращается к необходимости не только учета возможностей и ресурсов человека, но и формирование его как субъекта построения своего жизненного пути [3]. То есть важнейшим фактором профессионального самопознания является понимание самим человеком роли труда в его жизни, взаимосвязи жизненного пути и образа жизни, раскрытия его потенциала и реализации всех ресурсов.

Результаты исследований получены при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 19–513–92001 «Кросс-культурные особенности взаимодействия значимого взрослого и ребенка в России и Вьетнаме».

Библиографический список

1. Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте. М.: Просвещение, 1968. 464 с.
2. Галасюк И. Н., Шинина Т. В., Шведовская А. А. и др. Взаимодействие значимого взрослого с ребенком раннего возраста в России и Вьетнаме // Психологическая наука и образование. 2019. Т. 25. № 6.
3. Климов Е. А. Психология профессионального самоопределения: учеб. пособие для вузов. Ростов н/Д: Феникс, 1996. 509 с.
4. Петрова Е. А., Пчелинова В. В., Джафар-Заде Д. А., Морозова И. Г. Профориентация в общеобразовательных организациях: ортосубъектный подход: учеб. пособие. М.: Изд-во РГСУ, 2017. 214 с.
5. Шведовская А. А., Загвоздкина Т. Ю. Социально-экономический статус семьи и психическое развитие ребенка: зарубежный опыт исследования // Психологическая наука и образование. 2013. № 1. С. 65–76.
6. Center on the Developing Child at Harvard University. The Foundations of Lifelong Health Are Built in Early Childhood. Center on the Developing Child at Harvard University; Cambridge, MA, USA: 2010.
7. Bornstein M. H. Children's parents. In: Bornstein M. H., Leventhal T., editors. Ecological settings and processes in developmental systems. Handbook of child psychology and developmental science. 7e. Vol. 4. Wiley; Hoboken, NJ: 2015. pp. 55–132.
8. Erikson E. H. Identity; Youth and crisis. New York: Norton Press. 87 p.
9. Dalli C. et al. Quality Early Childhood Education for Under-Two-Year-Olds: What Should It Look Like? A literature Review. New Zealand Ministry of Education; Wellington, New Zealand: 2011.
10. Jambunathan S., Burts D., Pierce S. Comparisons of parenting attitudes among five ethnic groups in the United States // Journal of comparative family studies. 2000. № 4. P. 395–406.
11. Hall D. T., Marvis P. H. The new career contract developing the whole person at midlife and beyond // Journal of Vocational Behavior.
12. Herrod H. G. Do first years really last a lifetime? Clin. Pediatr. 2007; 46: 199–205.
13. Meltzoff A. Roots of social cognition: The like-me framework. In: Cicchetti D., Gunnar M. R., editors. Minnesota Symposia on Child Psychology: Meeting the Challenge of Translational Research in Child Psychology. John Wiley; Hoboken, NJ, USA: 2009. pp. 29–55.
14. Ritblatt S. N., Hokoda A., Van Liew C. Investing in the Early Childhood Mental Health Workforce Development: Enhancing Professionals' Competencies to Support Emotion and Behavior Regulation in Young Children. Brain sciences, 7 (9), p. 120.
15. The world health report 2001 Mental Health: New Understanding, New Hope. WHO. Retrieved 4. 2014. 169 p.

АЛГОРИТМ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ РАБОТЫ С МАТЕРЯМИ СО СТИЛЕМ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ «ФОБИЯ УТРАТЫ РЕБЕНКА»

Морозюк С., Кузнецова Е.,

ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет»
Москва, Российская Федерация

Аннотация

В статье представлен анализ понятия «рефлексивный портрет личности». Рассмотрены характерные особенности стиля родительского отношения «фобия утраты ребенка». На основе полученных эмпирических данных был составлен рефлексивный портрет матери с данным стилем родительского отношения, согласно которому четко видны рефлексивные стратегии и тактики поведения матери при общении с ребёнком. Также представлена ментальная карта и алгоритм консультативной работы с матерью, где подробно предлагается протокол саногенной сессии.

Ключевые слова

Стиль, рефлексия, рефлексивный профиль личности, стиль родительского отношения, рефлексивные стратегия и тактика, ментальная карта.

ALGORITHM OF CONSULTATIONS FOR MOTHERS WITH THE STYLE OF PARENTING «PHOBIA OF LOSING A CHILD»

Morozyuk S., Kuznetsova E.,

Moscow State Pedagogical University,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The article presents an analysis of the concept of “reflexive portrait of a person”. The characteristic features of the parental attitude style “phobia of child loss” are considered. Based on the obtained empirical data, a reflexive portrait of the mother was compiled with this style of parenting, according to which the reflexive strategies and tactics of the mother’s behavior when communicating with the child are clearly visible. Also presented is a mental map and an algorithm for consulting with the mother, where the Protocol of the sanogenic session is proposed in detail.

Key word

Style, reflection, reflexive personality profile, parenting style, reflexive strategy and tactics, mental map.

Актуальность. На сегодняшний день изучением проблемы детско-родительских отношений в различных аспектах занимались многие отечественные и зарубежные авторы. Исследовано влияние родительского отношения на психическое развитие ребенка (О. А. Карабанова, А. Я. Варга, Ю. Б. Гиппенрейтер, А. И. Захаров, П. Ф. Лесгафт, А. В. Петровский). Представлены типы семейного воспитания и причины нарушений процесса воспитания в семье (А. А. Бодалев, Р. Снайдер Р., Э. Г. Эйдемиллер). Поднимаются вопросы родительской компетентности (Е. В. Гурова, Е. В. Гребенникова, Р. В. Овчарова, М. О. Ерохина, В. С. Мухина, Е. О. Смирнова). Педагогическое просвещение родителей рассматривается важнейшим фактором оптимизации детско-родительских отношений (Е. И. Захарова, Г. В. Бурменская, Т. Н. Дронов, Г. Кравцов, А. Маркова, С. И. Мушенко). Хотя многими исследователями определены, выявлены различные стили родительского отношения и стили родительского поведения (Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкис, А. Я. Варга, В. В. Столин, О. А. Карабанова, Д. Баумринд), за рамками проблемного поля до сих пор остаются психологические механизмы, лежащие в основе того или иного стиля воспитания

и отношения к ребенку. Опираясь на результаты исследований, посвященных детско-родительским отношениям, мы предположили, что одним из факторов становления того или иного стиля родительского отношения к ребенку является качество рефлексии матери — как саногенной (конструктивной, направленной на решение возникшей проблемы в отношениях с помощью адекватных ситуации средств), так и патогенной.

Материал и методы. Эмпирическое исследование проводилось в 2014–2018 гг. с матерями, воспитывающими дошкольников на базе муниципального бюджетного учреждения дополнительного образования Дворца творчества детей и молодежи «Истоки», образовательного центра «Содружество» и психологической службы «Инсайт» (г. Сергиев Посад) и муниципального дошкольного образовательного учреждения «Детский сад — школа № 7» (г. Пересвет Московской области). В исследовании приняли участие 236 человек — матери дошкольников. Преимущественно респонденты имеют высшее образование (67%), состоят в браке (51%), работают (70%) и имеют более одного ребенка (45%).

Для описания рефлексивного портрета матери со стилем отношения к ребенку «фобия утраты ребенка» мы использовали следующие психологические методики:

- 1) проективный «Когнитивно-эмотивный тест (КЭТ)» (Ю. М. Орлов, С. Н. Морозюк) [9];
- 2) тест рефлексии деятельности (В. Д. Шадриков, С. С. Кургинян, М. Д. Кузнецова);
- 3) опросник «Дифференциальный тип рефлексии» (Д. А. Леонтьев, Е. М. Лаптева, Е. Н. Осин);
- 4) тест-опросник родительского отношения (ОРО) (А. Я. Варга, В. В. Столин) [1].

Теория. Первым, кто предложил использовать термин «портрет» исключительно для «изображения (конкретного) человека», был Андре Фелибен. Он предположил, что индивидуализация может касаться только человека.

В психологии же часто используется понятие «психологический портрет», изначально применимое в фотоискусстве (как разновидность портретного жанра в фотографии). С позиции фотоискусства портрет призван показать глубину внутреннего мира и переживаний человека, отразить полноту его личности, запечатлеть в мгновении бесконечное движение человеческих чувств и действий. Одним из важных условий создания портрета является не только внешнее индивидуальное сходство изображения с портретируемым, но и глубокое раскрытие духовного мира и характера этого человека как представителя определенной исторической эпохи, национальности, социальной среды.

Под психологическим портретом мы будем понимать описание личности, которое содержит определенные харак-

теристики и проявление его вероятного поведения при определенных обстоятельствах. В свою очередь авторы под рефлексивным портретом понимают описание рефлексивных стратегий личности (на что направлена рефлексия в деятельности, в поведении, в ситуациях, требующих своего решения) и рефлексивных тактик (характерных умственных автоматизмов, повторяющихся с высокой вероятностью в сходных проблемных ситуациях).

В данном исследовании внимание уделяется стилю родительского отношения «фобия утраты ребенка». Характерными особенностями стиля родительского отношения матери к ребенку «фобия утраты ребенка» (ФУ), по Э. Г. Эйдемиллеру, является «повышенная неуверенность матери, преувеличенные представления о слабости ребенка. Отношение матери к ребенку проявляется под воздействием страха его утраты. Этот страх заставляет мать прислушиваться к любым пожеланиям ребенка и спешить удовлетворить их либо мелочно опекать его».

Предмет исследования. Особенности рефлексии матери со стилем ее отношения к ребенку «фобия утраты ребенка».

Цель исследования. Выявить характер связи рефлексии матери со стилем ее отношения к ребенку и на основе этого представить алгоритм консультативной работы с матерями с рефлексивным портретом «фобия утраты ребенка».

Результаты. Установлена достоверная статистически значимая прямая связь данного стиля с показателем защитной рефлексии «Рационализация обстоятельствами» ($r = 0,14$).

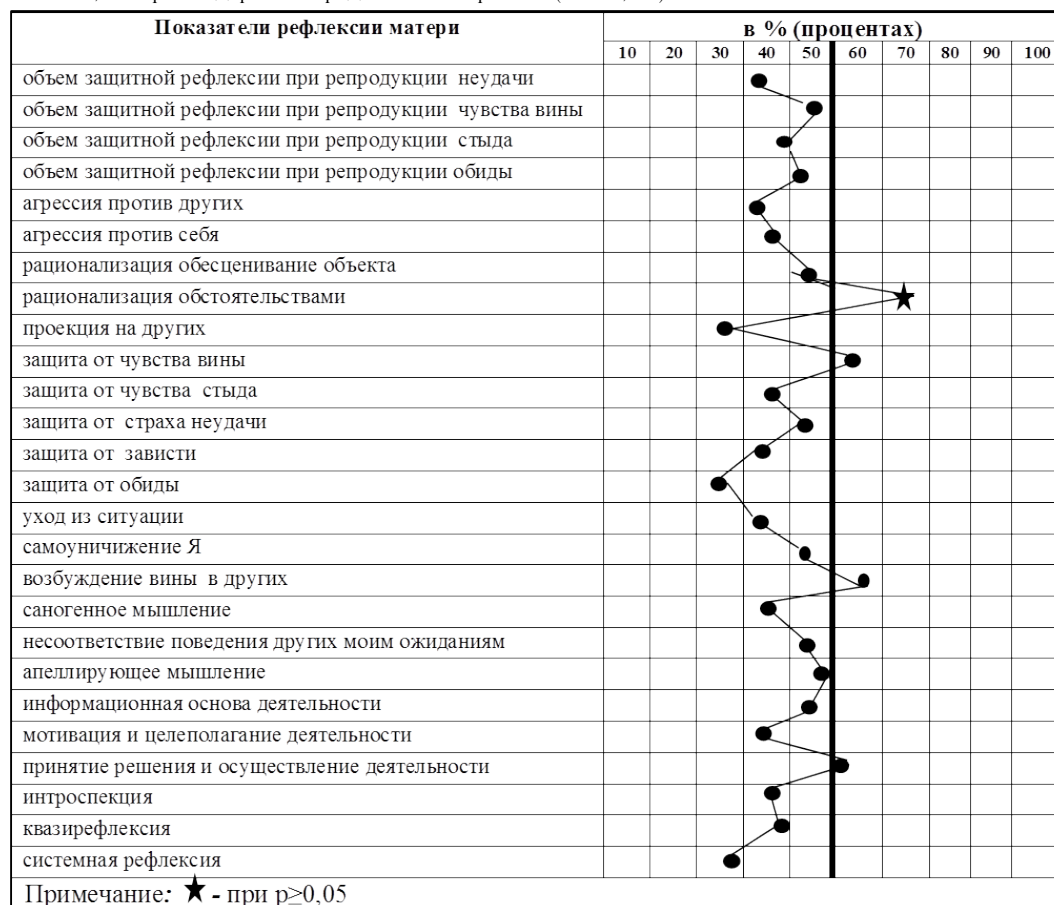


Рис. 1. Профиль рефлексии матери со стилем родительского отношения «фобия утраты ребенка»

Проявляя чрезмерную неуверенность в воспитании ребенка, мать неосознанно защищается от переживаний чувства вины по этому поводу. Неуверенная в себе и своей родительской позиции, она склонна к возбуждению вины в других за свои неудачи, к рационализации сложившимися обстоятельствами: «хорошо вам рассуждать о самостоятельности ребенка, когда у вас семеро по лавкам сидят, а у меня он единственный».

Защищаясь от страха потери, мать проявляет излишнее ограничение свободы ребенка, лишая его возможности проявлять инициативу, творчество и самостоятельность. Преувеличенные представления матери о «хрупкости» ребенка вызывают у нее желание его защитить от различных «невзгод». При этом она пытается «подстелить соломку» под любое действие ребенка. Защитную рефлексию матери «рационализация обстоятельствами» можно проследить в ее высказываниях: «слишком далеко ездить, да и поздно занятие заканчивается», «я думаю, что подход воспитателя, педагога, тренера неправильный по отношению к моему ребенку», «у нас не получилось прийти (в очередной раз на занятие), по семейным обстоятельствам».

Оправдывая себя и свои поступки, она уверена в полезности своих действий по отношению к ребенку: «А вдруг упадет и ударится» или знаменитая фраза из советского мультфильма про волка и подрастающего бычка: «Он у меня еще маленький, жалко ведь».

Чаще всего матери с таким стилем родительского отношения мало рефлексируют, но активно действуют автоматически и неосознанно. К примеру, кормят уже подросшего ребенка с ложки, одевают его (потому что так привычно и удобно матери), могут часто звонить ребенку, контролируя каждый его шаг («а вдруг что случится»). Высказывание матери «Давай я тебе помогу» обычно заканчивается стопроцентным выполнением действий за ребенка.

Такое поведение матери способствует формированию инфантильных черт личности ребенка либо вызывает протест и агрессию.

Итак, рефлексивные стратегии матери — рефлексия направлена на защиту от переживания тревожности, фрустрированности, а не на решение проблем в воспитании ребенка, в его развитии.

Рефлексивные тактики — защита от тревоги, неуверенности в своих действиях по отношению к ребенку с помощью возбуждения вины в других, рационализации обстоятельствами.

Обсуждение. На основании представленного рефлексивного профиля и портрета нами был предложен алгоритм консультативной работы с матерями со стилем родительского отношения «фобия утраты ребенка».

Алгоритм консультативной работы с матерью с данным стилем родительского отношения.

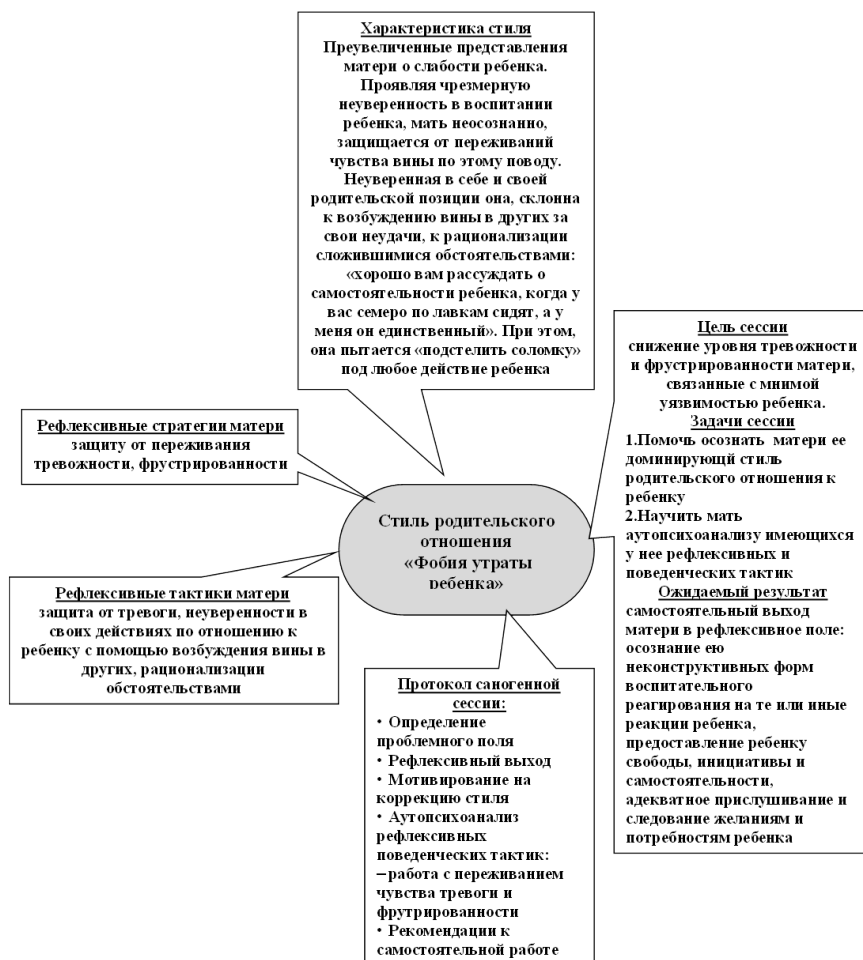


Рис. 2. Ментальная карта и алгоритм консультативной работы с матерью со стилем родительского отношения к ребенку «фобия утраты ребенка»

Протокол саногенной сессии следующий.

1. Определение проблемного поля. Психолог с целью выяснения доминирующего стиля родительского отношения матери, а также определения имеющихся патогенных умственных автоматизмов и установок может предложить диагностику посредством проективного теста «Когнитивно-эмотивный тест» (КЭТ) (Ю. М. Орлов, С. Н. Морозюк). Возможно применение арт-терапевтических техник и приемов, например сказкотерапии — написание сказки от лица того или иного предмета, персонажа; совместное рисование с ребенком на тему «Мама и я» или «Я и мой ребенок». Не менее эффективным средством является песочная терапия — построение картины на песочном ландшафте с использованием миниатюр на тему «Я глазами ребенка» или «Мой ребенок и я».

Следует обращать внимание на речевые предикаты матери в беседе с психологом. В словах матери часто присутствуют преувеличенные представления о «хрупкости» ребенка, которые вызывают у нее желание его защитить от различных «невзгод»: «Конечно, я всегда ему буду помогать, он же ведь такой слабенький, маленький», «Мне так жалко его», «Он всех меньше в группе, поэтому его и обижают».

2. Рефлексивный выход. После проведения диагностики психолог предлагает проанализировать полученные результаты по методике «Когнитивно-эмотивный тест» с целью обозначения для матери имеющихся у нее защитных (патогенных) установок, мешающих ей быть более конструктивной в общении с ребенком и окружающими. Наглядно для матери будут видны эти установки и при анализе сказки, совместных рисунков: характер общения матери в проектной совместной деятельности с ребенком будет проявляться автоматически, как в жизни, что и позволит увидеть ее доминирующие умственные автоматизмы и характерные поведенческие тактики. Анализ построения картины на песке также позволит посмотреть матери со стороны на ее привычные формы отношения к ребенку, которые мешают и не дают ей быть эффективной и конструктивной в общении с ребенком и другими людьми: необходимо учитывать выбор ею миниатюр, выбор зон для построения, характер расстановки миниатюр на ландшафте.

3. Мотивирование на коррекцию стиля. Для того чтобы актуализировать потребности матери (дать ей понять), что:

- она хочет сделать ребенка счастливым, а делает на самом деле несчастным;
- на самом деле она стремится «привязать» ребенка к своему настроению, а не ориентирована на его реальные переживания;
- она игнорирует самостоятельность и желания ребенка, убеждаясь в его беспомощности, при этом формирует либо зависимость от себя и своего настроения, либо в ответ от ребенка получает протест или агрессивную реакцию.

Далее психолог предлагает матери работу посредством аутопсихоанализа эмоций, с целью определения того, что ей мешает быть конструктивной в своем отношении к ребенку, объясняя при этом, что «введение в акт общения третьего, реального или воображаемого участника, авторитета, который по умолчанию признается матерью способным оказать влияние на ее общение с ребенком, чаще всего предлагает свои проекции, никак не связанные с реальной жизнью обращающегося за помощью. Это влияние состоит в том,

что третий участник общения (авторитетное лицо) путем воздействия на партнера (мать) якобы оказывает помощь, защиту, разделяет чувства, понимает, поддерживает соглашение, имеющее место в общении субъекта с партнером».

4. Аутопсихоанализ рефлексивных и поведенческих тактик. Прежде чем в консультативной работе предлагать матери работу с дневником, необходимо ей предложить любые психотерапевтические средства с целью угадания эмоции: лист трансформации эмоций, лист благополучия-неблагополучия, нейрографику.

Далее можно предложить работу с дневником при переживании матерью чувства тревоги.

1. Как я должна вести себя, чтобы не испытывать беспокойство и тревогу?
2. Откуда берутся мои ожидания?
3. Насколько они реалистичны?
4. Могу ли я соответствовать этим ожиданиям?
5. Что мне мешает быть спокойной и понимающей мамой в общении с ребенком?

Работа с переживанием чувства вины.

1. Как я должна была вести себя, чтобы другие (ребенок) на меня не обижались?
2. Откуда берутся их ожидания?
3. Насколько они реалистичны?
4. Могу ли я соответствовать этим ожиданиям?
5. Почему они хотят от меня именно этого и чем обусловлены их желания?
6. Рекомендации к самостоятельной работе над собой.

Самостоятельная работа с дневником на предмет отслеживания динамики имеющихся и нарабатанных умственных автоматизмов, касаемые переживания, тревожности. Рекомендации к рефлексии поведенческих паттернов и изменению поведения матери.

1. Матери необходимо давать больше свободы ребенку.
2. Дифференцировать свои желания и потребности и потребности ребенка.
3. Позволять ребенку проявлять инициативу и хвалить его за успешное выполнение деятельности.
4. Доверять ребенку, позволять ему ошибаться и самостоятельно принимать решения.

Протокол саногенной сессии следующий.

1. Определение проблемного поля. Психолог с целью выяснения доминирующего стиля родительского отношения матери, а также определения имеющихся патогенных умственных автоматизмов и установок может предложить диагностику посредством проективного теста «Когнитивно-эмотивный тест». Возможно применение арт-терапевтических техник и приемов, например сказкотерапии — написание сказки от лица того или иного предмета, персонажа; совместное рисование с ребенком на тему «Мама и я» или «Я и мой ребенок». Не менее эффективным средством является песочная терапия — построение картины на песочном ландшафте с использованием миниатюр на тему «Я и мир моего ребенка» или «Я и мой ребенок».

Следует обращать внимание на речевые предикаты матери в беседе с психологом. В словах матери часто присутствует чрезмерная внимательность к ребенку: «Мой ребенок должен быть лучше всех», «Только я решаю, кем ему быть и с кем общаться», «Только от меня зависит его будущее», но в то же

время демонстрирует излишнюю требовательность к нему: «Я хочу, чтобы мой ребенок был развитым и воспитанным, как и другие», «Все делаю для него, и семья у нас нормальная, тогда в какого он такой?», «Для него стараешься, делаешь, а ему еще не нравится, неблагодарный!», «Я плохая мать, раз не умею воспитывать».

2. Рефлексивный выход. После проведения диагностики психолог предлагает проанализировать полученные результаты по субэстам, измеряющим переживания чувства вины и стыда методики «Когнитивно-эмотивный тест» с целью обозначения для матери имеющихся у нее защитных (патогенных) установок, мешающих ей быть более конструктивной в общении с ребенком и окружающими. Наглядно для матери будут видны эти установки и при анализе сказки, совместных рисунков: характер общения матери в проектной совместной деятельности с ребенком будет проявляться автоматически, как в жизни, что и позволит увидеть ее доминирующие умственные автоматизмы и характерные поведенческие тактики. Анализ построения картины на песке также позволит посмотреть матери со стороны на ее привычные формы отношения к ребенку, которые мешают и не дают ей быть эффективной и конструктивной в общении с ребенком и другими людьми: необходимо учитывать выбор ею миниатюр, выбор зон для построения, характер расстановки миниатюр на ландшафте.

3. Мотивирование на коррекцию стиля. Для того чтобы актуализировать потребности матери (дать ей понять), что:

- она хочет сделать ребенка счастливым, а делает на самом деле несчастным;
- на самом деле она стремится «привязать» ребенка к своему настроению, а не ориентирована на его реальные переживания;
- она, игнорируя самостоятельность ребенка и убеждаясь в его беспомощности, формирует выученную беспомощность в ребенке, и любое препятствие на его пути он будет воспринимать как непреодолимое.

Далее психолог предлагает матери работу посредством аутопсихоанализа эмоций, с целью определения того, что ей мешает быть конструктивной в своем отношении к ребенку.

4. Аутопсихоанализ рефлексивных и поведенческих тактик. Прежде чем в консультативной работе предлагать матери работу с дневником, необходимо ей предложить любые психотерапевтические средства с целью угашения

эмоции: лист трансформации эмоций, лист благополучия-неблагополучия, нейрографику.

Далее можно предложить работу с дневником при переживании матерью чувства вины и зависти.

5. Рекомендации к самостоятельной работе над собой. Самостоятельная работа с дневником на предмет отслеживания динамики имеющихся и нарабатанных умственных автоматизмов, касаемые переживания, стыда, вины или зависти. Рекомендации к рефлексии поведенческих паттернов и изменению поведения матери.

1. Матери необходимо давать больше свободы ребенку.
2. Доверять ребенку, позволять ему ошибаться и совместно анализировать причины его неуспеха.
3. Обращать внимание на реальные потребности ребенка.
4. Предъявлять ребенку реалистичные требования, выполнение которых будет ему по силам и по возрасту.
5. Хвалить ребенка за успешное выполнение той или иной деятельности.

Выводы. Таким образом, мы выяснили, что стиль родительского отношения является формально-динамической характеристикой, в основе которого лежат фиксированные, привычные для матери формы поведения и отношения в целом, которые могут носить неконструктивный (патогенный) характер. Мы установили, что стиль родительского отношения «фобия утраты ребенка» носит компенсаторный, защитный характер от отрицательных переживаний стыда, вины, страха неудачи и зависти. Именно поэтому мы не обнаружили статистически значимой связи данного стиля родительского отношения с показателем «Саногенное мышление». Чем более выражены показатели защитной (патогенной) рефлексии матери, тем более представлен неконструктивный стиль родительского отношения к ребенку, тем менее она компетентна в воспитательной деятельности, тем более представлена квазирефлексия и интроспекция, тем менее выражена системная рефлексия матери.

В связи с этим материнство является важным условием и значимой социально-психологической функцией каждого человека. Исторически в России мать признается доминирующим фактором влияния на ребенка, на развитие его эмоциональной сферы. Именно мать отвечает за потребности ребенка в дружеском внимании со стороны взрослого. Только во взаимодействии с любящей матерью ребенок обретает чувство уравновешенности и безопасности.

Библиографический список

1. Еникеев М. И. Психологический энциклопедический словарь. М., 2010. 432 с.
2. Морозюк С. Н., Гасанова Д. И. Рефлексивные портреты педагогов с различными акцентуациями характера: монография. М.: Янус-К, 2014. 248 с.
3. Морозюк С. Н. Саногенный стиль мышления. Управление эмоциями: модульно-кодированное учебное пособие к циклу курсов по бесконфликтной адаптации к саморазвитию. М.: Слайдинг, 2000. 90 с.
4. Морозюк С. Н., Смолева Т. О. Детско-родительский тренинг как интегративный метод преодоления психологического неблагополучия ребенка // Преподаватель XXI века. 2011. № 2. С. 185–192.
5. Национальная психологическая энциклопедия. <http://vocabulary.ru/>
6. Ожегов С. И., Шведова Н. Ю. Толковый словарь русского языка: 80 000 слов и фразеологических выражений. М.: Высшая школа, 1993. 944 с.
7. Орлов Ю. М., Морозюк С. Н. Когнитивно-эмотивный тест. М., 1999. 20 с.
8. Орлов Ю. М. Саногенное (оздоравливающее) мышление. М.: Слайдинг, 2006. 96 с.
9. Эйдемиллер Э. Г., Александрова Н. В. Семейная психотерапия. СПб.: Питер, 2000. 400 с.

EXECUTIVE FUNCTIONS DEFINED

Darlyne G. Nemeth, Ph D., M.P.

The Neuropsychology Center of Louisiana, LLC.,
dgnemeth@gmail.com

Mckenzie Chustz K., B.S.

The Neuropsychology Center of Louisiana, LLC.,
mckenziechustz@gmail.com

Abstract

Although many definitions of Executive Functions (EFs) abound, they are often so needlessly complex that parents and professionals alike fail to grasp their true meaning. One author, Rebecca Branstetter, Ph.D. (2014), has offered the following straightforward definition: “all of the cognitive skills needed to regulate your thinking, feeling, and behavior, often to reach a goal.” Basically, EFs are the functions that make people uniquely human. They require attention, working memory, and processing speed. Many children either fail to develop these skills or experience their development thwarted by trauma. This becomes apparent in the school setting, where attention and working memory are important for learning. Inattention interferes with working memory, which is “the mortar between the bricks” (Nemeth, 2018). It allows learning and EFs to develop.

This chapter reviews the Executive Functions’ literature and focuses on the importance of an integrated approach to their development.

Key words

Executive Functions, Attention, Working Memory, Processing Speed, and Learning.

Introduction. The notion of Executive Functions is not a new one. As early as 1932, Alexander R. Luria, Russian psychologist, defined a “higher mental function” as “a functional system consisting of many components, each of which is based on the work of a special area of the brain and performs its special role in the system” (Glozman, 2007, p. 132). In the United States, Ralph M. Reitan and Ward Halstead studied “higher cognitive functions” as they evaluated World War II soldiers, which eventually led to the development of the Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery (HRNB). Though many miles and cultures apart, these Russian and American pioneers were studying the same concepts, just in different ways. Luria’s approach relied on a rather qualitative analysis of brain-behavior functions, while Reitan’s approach relied on quantitative analysis. Luria argued that “the main task of the neuropsychological assessment is not so much diagnostic but prognostic and corrective” (Glozman, 2007, p. 172). Today’s practicing neuropsychologists have the opportunity to use a combination of these approaches to obtain the most accurate information regarding a patient’s brain-behavior functioning and establish efficacious intervention plans.

Developing the concept of executive functions. Over time, as new psychologists have expanded upon the works of Luria and Reitan, the terminology and definition have evolved. Branstetter (2014) concisely defined Executive Functions as “all of the cognitive skills needed to regulate your thinking, feeling, and behavior, often to reach a goal” (p. 2). She further explained that “executive functioning skills are needed for all the other cognitive processes as well, such as memory, attention, motor skills, verbalizing, visualizing, and completing learning tasks. Executive functioning skills are also used to regulate emotions” (p. 14).

Over a century ago, Russian developmental psychologist, Lev Vygotsky, emphasized the role of play in child development.

He argued that successful play requires self-regulation, a major component in Executive Function. Vygotsky explained that, particularly in make-believe play, “children create an imaginary situation, take on and act out roles, and follow a set of rules determined by these specific roles,” thus learning to suppress their immediate impulses to achieve a goal (Zaporozhets, 1986, as cited in Bodrova et al., 2013, p. 112–113). In such play, children voluntarily follow the rules they created themselves, develop a plan of action, engage in reflective thinking, and engage in socially desirable roles. In play, children must also make their own decisions. Vygotsky believed that children’s ability to make their own choices was an “example of mastering one’s own behavior” (Kozulin, 1985, p. 325), thus developing better Executive Functions.

Young children use play to develop their Executive Functions (EFs), and work toward more “mature play.” In schools, however, this “mature play” is often not supported; teachers utilize more conventional methods and games in which children merely follow directions, thus causing them to regress to more primitive forms of play. This does not help children to develop their EFs. Bodrova et al. (2013) concluded that “declining self-regulation in children ... puts them at risk of later cognitive and social-emotional problems.”

Children can also use play to regulate their emotions. As they learn to recognize the emotional states of others, they also learn to recognize, label, and share their own feelings. Parents can use interactive books, such as *Helping Your Angry Child* (Nemeth, Ray, & Schexnayder, 2003), to teach their children how to identify and express their feelings in an effective manner. Furthermore, as opposed to using a computer program, children and parents can work together interactively, thus fostering positive relationships. For example, both children and parents can learn to use communication techniques, such as the “X, Y and Z” approach, to learn the advantage of polite

and courteous feedback. This effective process allows children to be heard, but not hurt.

In America, psychologists often use questionnaires to evaluate a person's executive functions, in order to determine what areas of difficulty the patient is experiencing (e.g. planning, initiating, etc.). Doing so helps to reduce the time taken to these problems from the patient. This allows the clinician more time to explore the possibility of executive function deregulation. One questionnaire used in the United States is the Behavioral Rating Inventory of Executive Function, Second Edition (BRIEF-2). As Isquith, one of the BRIEF-2 authors, stated "behavior tells the story." As is the American tradition, this concept, which is in harmony with Luria's qualitative approach, has been quantified. Another example of an executive functioning questionnaire used in the United States is the McCloskey Executive Functions Scale (MEFS).

Though Americans typically have a more quantitative approach to evaluation and treatment, there are relatively limited quantitative measures available for measuring EFs. Some of the most popularly used objective measures include the Halstead Category Test (HCT), the Delis-Kaplan Executive Function System (D-KEFS), and the Wisconsin Card Sort Test (WCST). As Kaplan noted, "*why* the task was failed was more clinically and theoretically relevant than that *it was* failed" (Weintraub, 2011, p. 953), the D-KEFS often includes a qualitative analysis of the results.

Luria divided his understanding of brain functions into three units. Unit 1 focused on the energy component of mental activity, including neurodynamics; Unit 2 focused on perception, processing, and storage of information, primarily through visual information and visual-spatial information; and Unit

3 focused on Executive Functions, regulation and control, and included an understanding of the serial organization of movements and actions. Luria concluded that "the most complex forms of regulation of conscious activity are aimed at the activating influence of motives, formulated with the help of speech (Vygotsky, 1991). Russian researchers Voronova, Korneev, and Akhutina (2015) concluded that "almost all HMFs developed with age during the course of systematic instruction." Vygotsky termed the distance between what an individual can do easily and what an individual can do with help as the "zone of proximal development." He pointed out that "for successful cognitive development, education must certainly be more demanding (of the school children), relying not on matured, but on maturing functions" (Vygotsky, 1991). Thus, Vygotsky concluded that "The only good teaching is that which outpaces development" (1991).

Many researchers have devoted years of clinical research in order to develop a better understanding of Executive Functions. These abilities are integral to the regulation of thinking, feeling, and behavior; but they develop over time and must be learned.

Conclusions. As children develop, they begin to play. Through imitation, initiation, and discovery, children learn to use their imagination to participate in "make-believe" play, in which they creatively develop their EFs. In the school setting, which is often the next step for developing children's EFs, participation in creative play is not often encouraged, thus thwarting children's EF development. Yet, EF development is still in progress. Therefore, it is important that teachers, parents, and children themselves understand and adhere to Vygotsky's idea of the zone of proximal development. Without this acknowledgement, learning is so much harder for the child.

Bibliography

1. Bodrova, E., Germeroth, C., & Leong, D. L. (2013). Play and self-regulation: Lessons from Vygotsky. *American Journal of Play*, 6 (1), 111–123.
2. Branstetter, R. (2014). The everything parent's guide to children with executive functioning disorder. Avon, MA: Adams Media, a division of F+W Media, Inc.
3. Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C., & Kenworthy, L. (2015). Brief-2: Behavior rating inventory of executive function, second edition: Professional manual. (2nd Ed.) Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
4. Glozman, J. (2007). A. R. Luria and the history of Russian neuropsychology. *Journal of the History of the Neuroscience*, 16 (1–2), 168–180. DOI: 10.1080/09647040600550368.
5. Kozulin, A. (1985). Review of Istorija razvitiya vysšykh psichičeskikh funkcij (History of the Development of Higher Mental Functions) by Lev Vygotsky. *Studies in Soviet Thought*, 29(4), 324–326. <https://www.jstor.org/stable/20079605>.
6. McCloskey, G. (2016). McCloskey executive functions scale (MEFS). Stoddard, WI: Schoolhouse Educational Services, LLC.
7. Nemeth, D.G., Pastrana, F., & McElroy, P. (2018, February). Improving thinking and working memory skills at home and at school. Presented at the Annual CW Austin Learning Disabilities Conference, Baton Rouge, LA.
8. Nemeth, D. G., Ray, K. P., & Schexnayder, M. M. (2003). Helping your angry child. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
9. Voronova, M.N., Korneev, A.A., Akhutina, T.V. (2015). Longitudinal study of the development of higher mental functions in primary school children. *Journal of Russian & East European Psychology*, 52(3), 16–35. DOI: 10.1080/10610405.2015.1175833.
10. Vygotsky, L. S. (1991). *Pedagogičeskaja psichologija* Moscow Pedagogika [Pedagogical psychology, 2nd ed.]. (Original work published in 1926)
11. Weintraub, S. (2011). A Tribute to Edith Kaplan (1924–2009). *Journal of the International Neuropsychological Society*, 17 (6), 953–955.

UNDERSTANDING HOT AND COLD EXECUTIVE FUNCTIONS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Darlyne G. Nemeth, PH.D., M.P.*

The Neuropsychology Center of Louisiana, LLC.,
dgnemeth@gmail.com

Kayla Mckenzie Chustz, B.S.

The Neuropsychology Center of Louisiana, LLC.,
mckenziechustz@gmail.com

Abstract

A 2018 research review by Clara Chavez-Arana, M.S., and colleagues pointed to the need for understanding the differences between “Hot” and “Cold” Executive Functions in order to develop an integrated approach to intervention. This is important in treating neuropsychologically compromised children, who need an overall model of intervention to facilitate learning. Chavez-Arana, et al., defines “Cold” as the thinking aspects of Executive Functions (EFs) to include Metacognition, Cognitive Flexibility, Attention, Inhibition, Working Memory, and Problem-Solving. Their content is often abstract or rational in nature, whereas “Hot” or Affective EFs include behavioral and emotional regulation, decision-making, social skills, insight, and empathy (Theory of Mind issues). Their content is typically socioemotional in nature. Both must work together toward children’s adaptive functioning (Zelazo & Carlson, 2012) and well-being.

This chapter defines “Hot and Cold” Executive Functions and details positive interventions to build or rebuild their development.

Key words

Hot and Cold Executive Functions, Development, Adaptive Functioning, Well-Being, Abstract Thinking (Cognitive), and Socioemotional Thinking (Affective)/

Introduction. Problem-solving requires efficient and effective executive functioning (EF) skills. Children must learn to identify a problem, create a strategy to approach the problem, determine their strategy’s efficacy, and follow-up to see if their plan was successful. While these logical components of problem-solving are important, a fifth component must also be addressed – how their emotions impact their overall success. Chavez-Arana and colleagues (2018) report that Executive Functions can be divided into two components – “Hot” or affective components, and “Cold” or logical components. Cold EFs include being able to manipulate “abstract concepts, numbers, or letters,” whereas Hot EFs, which are socioemotional in nature, include behavioral and emotional regulation, decision-making, social skills, and empathy. Healthy emotional and behavioral regulation promotes good decision-making, social skills, insight, and empathy. These skills are just as important, if not more important, to a child’s adaptive functioning and well-being, and will often determine the outcome of a child’s cognitive efforts.

The importance of the role of “Hot” EFs became apparent in our Summer Build-A-Brain programs for tweens (ages 10–14) who struggled in math. The primary deterrent for their success was affective, not cognitive, in nature. Therefore, considerable time was spent in developing the affective and behavioral skills the boys needed to succeed academically in mathematics. As the tweens and their parents noted an improved performance in their academic success in math, it was determined that controlling their anxiety and behavior was the key to their academic success.

In our summer Build-A-Brain program, parents were included in the tweens’ intervention, and encouraged to practice the intervention techniques with their tweens at home. Chavez-

Arana and colleagues noted that “real-life contexts may be more challenging to the child because they require hot and cold EFs to work together” (Zelazo & Carlson, 2012; Chavez-Arana et al., 2018).

In their 2019 study on Executive Function Dysregulation regarding children with Acquired Brain Injury (ABI), Chavez-Arana and colleagues concluded that the “parenting and the dysregulation profile predict executive functioning in children” (p. 1). Characteristics of this profile include “impairments in cognitive, behavioral, and emotional regulation” (Chavez-Arana, Catroppa, Yáñez-Téllez, Prieto-Corona, de León, García, Gómez-Raygoza, Hearps & Anderson, 2019, p. 1). As these problems can be generalized to non-ABI children, interventions were targeted not only to children’s EF difficulties, but also to parenting practices.

The concept of Hot and Cold EFs is quite similar to the concepts of “IQ vs. EQ.” Cold EFs are essentially equivalent to processes involved in calculating IQ, and Hot EFs are likened to processes involved in calculating EQ (Emotional Intelligence). Checa & Fernández-Berrocal concluded that “not only is IQ crucial, but also competencies related to EI [Emotional Intelligence] are essential to human cognitive control processes” (2015, p. 1). They noted that “EI enhances the ability to learn and solve problems” (2015, p. 2), and concluded that “people with a higher EI are able to generate a mood that allows them to do better on challenging cognitive tasks” (2015, p. 2). They proposed that controlling impulsivity of a response is important for emotional regulation, whereas controlling interference is important for cognitive regulation.

Anxiety can have a debilitating effect on EFs. Just as the presence of a reasonable amount of anxiety can act as a moti-

vating factor, too much anxiety can negatively impact EFs. Thus, anxiety can have a significant impact on both hot and cold cognitions. There are two types of anxiety: State anxiety, which is a consequence of external events, and Trait anxiety, which is related to deficiencies within the internal executive control network (Pacheco-Unguetti et al., 2010, p. 6). Vytal, Cornwell, Letkiewicz, Arkin & Grillon concluded that “anxiety can be distracting, disruptive, and incapacitating” (2013, p. 1).

A case illustration is offered, involving a teenage girl who developed stomach-migraines secondary to the stress that she experienced in math class. This physiological reaction was so debilitating that the girl almost failed math for the entire year. She learned to anticipate and ameliorate these symptoms through individual and group therapy sessions, cognitive-behavioral therapy, biofeedback training, and medication management. These interventions were considered to be both corrective and preventive.

“Depression is the leading cause of disability worldwide” (Roiser and Sahakian, 2019, p. 1). Current researchers Barch, Harms, Tillman, Hawkey, and Luby (2018) found a strong correlation between mood disorders, including depression, and cognitive dysfunction. They also found that the younger the age, and the more severe the circumstances, the greater the effect on cognition and episodic memory (Barch et al., 2019). Therefore, it is hypothesized that the younger the age of intervention, the more hopeful the outcome. Peterson, Porter, and Miskowiak concluded that “cognitive deficits in younger patients may be especially disabling because they impede educational attainment, occupational, and interpersonal functioning” (Jaeger et al., 2006, as cited in Peterson et al., 2019, p. 770).

Even though Hot and Cold cognitive processes are often studied separately, it is important to remember that they are not independent of one another (Roiser & Sahakian, 2013, p.

8). Sometimes, what appear to be Cold cognitive processes can become highly emotionally charged, particularly during times of acute stress, which can cause maladaptive decision-making (Alexander, Oliver, Burdine, Tang & Dunlop, 2017, p. 386). Alexander and colleagues found that depressed patients engaged in more maladaptive decision-making than non-depressed individuals.

Case illustration. A case illustration of a teenager who made maladaptive decisions due to poor vigilance, a trait characteristic of bipolar patients (Alexander et al., 2017, p. 390), was cited. She was expelled from high school for drug use, and sent to a reform school. Secondary to her drug use, she developed a serious medical condition, Hepatitis C. As a result of this serious infection, this patient was unable to complete high school or seek employment for several years. After enrolling in a university drug trial for Hepatitis C, she was cured. She began mental health treatment, from which an intervention plan was devised including cognitively-based individual therapy, educational remediation, and medication management. Now six years post despair, this young woman has a bright future; she has obtained a graduate-equivalent high school diploma, is married, and has begun a part-time job.

Conclusions. In conclusion, executive functions can be separated into two compartments. Hot EFs refer to the affective aspects of cognition, while Cold EFs refer to the more logical components of cognition. Both must be integrated to avoid problematic behavioral regulation and produce healthy, adaptive functions. Without this balance, executive dysfunction may occur. Positive parenting skills are essential in developing these integrated skills. Furthermore, working memory, or the “cement between the bricks,” is crucial for successful learning and adaptation.

Bibliography

1. Alexander, L. F., Oliver, A., Burdine, L. K., Tang, Y., & Dunlop, B. W. (2017). Reported maladaptive decision-making in unipolar and bipolar depression and its change with treatment. *Psychiatry Research*, 257, 386–392. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.004>.
2. Barch, D. M., Harms, M. P., Tillman, R., Hawkey, E., & Luby, J. L. (2019). Early childhood depression, emotion regulation, episodic memory, and hippocampal development. *Journal of Abnormal Psychology*, 128(1), 81–95. <http://dx.doi.org/10.1037/abn0000392>.
3. Chavez-Arana, C., Catroppa, C., Carranza-Escárcega, E., Godfrey, C., Yáñez-Téllez, G., Prieto-Corona, B., de León, M. A., & Anderson, V. (2018). A systematic review of interventions for hot and cold executive functions in children and adolescents with acquired brain injury. *Journal of Pediatric Psychology*, 43(8), 928–942. DOI: 10.1093/jpepsy/psy013.
4. Chavez-Arana, C., Catroppa, C., Yáñez-Téllez, G., Prieto-Corona, B., de León, M.A., García, A., Gómez-Raygoza, R., Hearps, S. J. C., & Anderson, V. (2019). Parenting and the dysregulation profile predict executive functioning in children with acquired brain injury. *Child Neuropsychology*, 1–19. <https://doi.org/10.1080/09297049.2019.1589442>.
5. Checa, P., & Fernández-Berrocal, P. (2015). The role of intelligence quotient and emotional intelligence in cognitive control processes. *Frontiers in Psychology*, 6, 1–8. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.01853.
6. Pacheco-Unguetti, A. P., Acosta, A., Callejas, A., & Lupiáñez, J. (2010). Attention and anxiety: Different attentional functioning under state and trait anxiety. *Psychological Science*, 1–7. DOI: 10.1177/0956797609359624.
7. Peterson, J. Z., Porter, R. J., & Miskowiak, K. W. (2019). Clinical characteristics associated with the discrepancy between subjective and objective cognitive impairment in depression. *Journal of Affective Disorders*, 246, 763–774. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.105>.
8. Roiser, J. P. & Sahakian, B. J. (2013). Hot and cold cognition in depression. *CNS Spectrums*, 18(3), 1–11. DOI: 10.1017/S1092852913000072.
9. Vytal, K. E., Cornwell, B. R., Letkiewicz, A. M., Arkin, N. E., & Grillon, C. (2013). The complex interaction between anxiety and cognition: Insight from spatial and verbal working memory. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 1–11. DOI: 10.3389/fnhum.2013.00093.
10. Zelazo, P. D., & Carlson, S. M. (2012). Hot and cool executive function in childhood and adolescence: Development and plasticity. *Child Development Perspectives*, 6(4), 354–360. DOI: 10.1111/j.1750–8606.2012.00246.x.

ПРОФИЛАКТИКА РИСКА ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ С ОБРАТИМЫМИ ФОРМАМИ НАРУШЕНИЙ НЕЙРОРАЗВИТИЯ

Новикова Г. Р., к.псх.н.,

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

Аннотация

Статья посвящена проблеме профилактики риска школьной дезадаптации у детей шести — восьми лет с потенциально высокими возможностями обратимости нарушений нейроразвития. Структурно-динамические особенности легких форм дизонтогенетических расстройств систематизированы с применением нейропсихологического метода. Подчеркивается необходимость реализации превентивно-реабилитационного принципа организации образовательной среды для данной популяции учащихся.

Ключевые слова

Школьная дезадаптация, нейропсихологический метод, ограниченные возможности здоровья (ОВЗ), превентивно-реабилитационный принцип.

PREVENTION OF THE SCHOOL MALADAPTATION IN CHILDREN WITH REVERSIBLE FORMS OF NEURODEVELOPMENTAL DISORDERS

Novikova G., PhD (Psychology),

Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health
of the Russian Federation,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The article is focused on the problem of preventing school maladaptation in children of six-eight years with potentially high risks of reversibility of neurodevelopmental disorders. Structural and dynamic characteristics of the light forms of developmental disorders with the use of the neuropsychologically based approach are systematized. Prevention and rehabilitation are considered as critical part of a systematic approach to creating the learning environment that is responsive to this child population needs.

Key words

School adaptation failure; neuropsychological approach; limited health opportunities; principle of prevention and rehabilitation.

Базовым понятием, сквозь призму которого необходимо анализировать влияние социальных факторов на развитие и здоровье детей, является понятие социализации. Социализация может протекать в оптимальных адаптивных условиях и в условиях, сопровождающихся средовой психической дезадаптацией. Средовая психическая дезадаптация — это реакция приспособления, в ряде случаев патологического, к неадекватным для уровня развития, личностной активности и личностного роста ребенка социальным условиям его жизнедеятельности [2]. В основе средовой психической дезадаптации лежит конфликт между условиями жизнедеятельности, индивидуальными психофизиологическими возможностями развития ребенка и уровнем социально-психологической помощи или оказываемой ему поддержки.

В отделении социальной психиатрии детей и подростков ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России на протяжении многих лет проводятся исследования по проблеме социального риска развития психических расстройств

и нарушений возрастного психического развития в условиях образовательной среды и профилактики стойких явлений школьной дезадаптации (Н. В. Вострокнутов, В. Ф. Шалимов, Г. Р. Новикова, Л. О. Пережогин). В практике работы специалистов показана предпочтительность патологических состояний, наиболее часто диагностируемых в разные периоды обучения в школе, связанные с изменением характера учебной деятельности

У школьников, испытывающих стойкие трудности в обучении на этапе начального общего образования, выявлен высокий уровень пограничных психических расстройств с симптомами задержки [3]. Клинико-психопатологическая оценка этих состояний позволила описать ведущие психопатологические симптомокомплексы:

- задержанное личностное развитие (в виде личностной незрелости, инфантилизма);
- расстройства по типу церебральной альтерации (в виде резидуально-органических эмоционально-лабильных, астенических проявлений);

- психогенно обусловленные астено-невротические и аффективные пролонгированные реакции (преимущественно вследствие воздействия различных форм семейной депривации).

Во всех случаях в структуру психопатологического симптомокомплекса входят признаки когнитивной недостаточности, связанные с нарушением созревания высших корковых функций.

Изучение состава сложной популяции младших школьников со стойкими трудностями в обучении с применением нейропсихологического метода дает возможность систематизировать структурно-динамические механизмы нарушений формирования высших психических функций (ВПФ), которые влияют на психопатологическое своеобразие клинической картины. С опорой на нейропсихологический синдромный анализ нами выделены два механизма структурно-динамических отклонений в рамках общего континуума состояний сформированности ВПФ. Первый вариант наиболее близок к норме и связан с замедлением темпа становления возрастной динамики нормального онтогенеза в виде нарушения процесса перехода к более сложным функциональным системам. Он включает легкие формы ретардации различной этиологии (конституциональная; в связи с негрубыми обменно-трофическими расстройствами во внутриутробном периоде или в первые годы жизни ребенка; длительное психогенно-стрессовое воздействие, преимущественно различные формы семейной депривации). Второй вариант наблюдается при расстройствах по типу церебральной альтерации, в основе которых лежат ранние резидуальные церебральные органические состояния. Нейропсихологический профиль состоит из сохранных, поврежденных и в разной степени задержанных в своем формировании психических функций. Характер патологических связей, связанных с органической предрасположенностью (в виде модально-неспецифических активационных и нейродинамических аспектов, отставания наиболее сложных форм межанализаторной интеграции, слабости регуляторных процессов в звене программирования) обуславливает стойкую несформированность ВПФ.

Нейропсихологические данные свидетельствуют, что независимо от характера структурно-динамических отклонений основной клинической тенденцией является тенденция к обратимому развитию и компенсации нарушений; реализация потенциально высоких возможностей обратимости нарушений находится в тесной зависимости от организации сотрудничества ребенка со взрослым (от общей организации произвольного поведения ребенка до поэтапного формирования предметных и умственных действий).

Этот довольно широкий спектр отклонений в психологическом развитии от нормы в психолого-педагогической практике отождествляется с задержками психического или психоречевого развития (ЗПР, ЗПРР). В системе общего образования детей с ЗПР относят к категории учащихся с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). В российской законодательной практике понятие «обучающийся с ограниченными возможностями здоровья» — физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией (ПМПК) и препятствующие получению образования без создания специальных условий [5].

В социально-психиатрическом аспекте дети с ОВЗ рассматриваются внутри группы повышенного социального риска дезадаптации, которая возникает как реакция приспособления к социальным условиям жизнедеятельности, неадекватным для уровня развития ребенка, его личностной активности. Его неспособность справиться с ситуацией проявляется в психосоматических нарушениях, невротических состояниях, психогенных реакциях, нарастающих трудностях поведения и в огрублении дизонтогенеза. Таким образом, дети с нарушениями нейроразвития характеризуются высоким риском сопутствующих расстройств и переходом школьной, семейной дезадаптации в более генерализованную форму социальной дезадаптации, включая риск совершения правонарушений.

Роль экстрацеребральных воздействий в созревании ВПФ, в приобретении ребенком новых способов функционирования указывает на необходимость создания такой «содействующей и помогающей среды», которая бы способствовала предупреждению психической патологии. Превентивно-реабилитационный принцип организации среды, где реализуется жизнедеятельность ребенка, целесообразно реализовывать в ряде направлений.

Первое из них связано с разработкой клинико-экспертных оценок обратимых форм нарушений психологического развития. Сохраняет актуальность проблема взаимодействия психолого-педагогического и клинико-психопатологического знания в комплексной экспертизе ЗПР при производстве экспертной оценки дизонтогенетических состояний. Критерии, релевантные экспертной оценке, обозначены в Федеральном государственном образовательном стандарте начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (ФГОС НОО ОВЗ) [4]. Согласно ФГОС НОО для детей с ЗПР разработана адаптированная образовательная программа (АОП) в двух вариантах, где конкретизированы условия получения образования учащимися в зависимости от степени выраженности ЗПР и устойчивости форм адаптивного поведения (в виде школьной адаптации).

Специфику предмета психолого-педагогической оценки, в рамках ПМПК, составляют данные о психическом развитии ребенка на основе сопоставления результатов диагностики с возрастными нормативами. Следует отметить, что сама по себе диагностика возрастного периода даже тогда, когда она выполнена методологически и методически корректно (учет всей совокупности личностных и интеллектуальных особенностей, взятых в единстве и динамике с социальной ситуацией развития), еще не дает ответа на вопрос о мере способности ребенка быть субъектом учения, субъектом педагогического процесса и образовательной деятельности. Кроме того, толкование вариантов ЗПР по степени отклонения реального уровня развития ребенка от возрастных стандартов, сужение функции психолога исследованием познавательной сферы ограничивают возможность сопоставления психолого-педагогических показателей отставания в психическом развитии с клиническими формами ЗПР.

Как было отмечено выше, изучение состава сложной популяции детей с ЗПР с применением нейропсихологического метода позволяет систематизировать структурно-динамические закономерности дизонтогенетических расстройств, которые определяют динамику формирования высших психических функций (ВПФ), реабилитационный потенциал, влияют на пси-

хопатологическое своеобразие клинической картины. Однако реализация нейропсихологического подхода в комплексной экспертной оценке ЗПР и его дифференцированных форм вызывает затруднения: с одной стороны, время проведения обследования лимитировано регламентом ПМПК, с другой стороны, истощаемость психических процессов, общее ослабление корковой деятельности, которые сопровождают нейродинамические изменения при мозговых дисфункциях, ограничивают получение полной и достоверной информации для дачи заключения о клинико-психологической структуре отклонения.

В настоящее время понятие «задержка психического развития» утратило значимость в качестве медицинского (психиатрического) диагноза, но продолжает использоваться в психолого-педагогической науке и практике. В МКБ-10 на смену категории «ЗПР» пришли более обоснованные с научно-медицинской точки зрения и ориентированные на доказательную психиатрическую практику категории, относящиеся к «расстройствам психологического (психического) развития» (F80 — F89), «эмоциональным расстройствам и расстройствам поведения, начинающимся обычно в детском и подростковом возрасте» (F90 — F98). Наиболее типичными в работе ПМПК являются коды «специфические расстройства развития учебных навыков» (F81), «эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста» (F93), «легкие когнитивные нарушения» (F06.7). В то же время психолого-педагогическое определение «задержка психического развития» традиционно распространяется на «слабовыраженные отклонения в психическом развитии», «легкие нарушения, имеющие характер дисфункций и легких повреждений», отличающиеся соотношением инфантилизма и недостаточностью познавательной деятельности.

Разница в психолого-педагогическом и клинико-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.

Второе направление в реализации превентивно-реабилитационного принципа организации среды жизнедея-

тельности ребенка связано с осуществлением специфической психокоррекционной помощи. Стратегию психокоррекционного вмешательства целесообразно ориентировать на «семейную практику» с вовлечением родителей, а также круга взрослых, которые осуществляют уход, обучение и воспитание ребенка. Базовыми являются методы:

1) обучающего семинара по повышению родительских компетенций и психообразованию;

2) социально-психологического тренинга: межличностного общения с ребенком, развития интеллектуальных способностей ребенка, обучения приемам поэтапного формирования предметных и умственных действий.

Третье направление в реализации превентивно-реабилитационного принципа организации среды жизнедеятельности ребенка имеет отношение к разработке антропоцентрической концепции охраны психического здоровья детей с проблемами развития, которая должна прийти на смену нозоцентрической концепции ограниченных возможностей здоровья.

Концепция сопровождения детей с ОВЗ — это система создания особых социально-психологических и педагогических условий для социализации и развития личности с особыми потребностями. Акцент ставится на изменение условий среды, ее модернизацию в интересах особых детей. Это общество, его институты и системы должны обеспечить равные условия для каждого ребенка, в том числе и для ребенка с ОВЗ.

С позиций антропоцентрической концепции ведущим становится интерес к потенциально высоким возможностям обратимости нарушений. Известный детский педиатр Ю. Е. Вельтишев в определение здоровья в отношении детей ввел следующие критерии [1]:

- здоровье ребенка — это оптимальный уровень достигнутого соматофизического развития;
- здоровье ребенка — это его позитивная психическая и социальная адаптация, толерантность к нагрузкам, сопротивляемость по отношению к неблагоприятным воздействиям;
- здоровье ребенка — это его способность к формированию оптимальных адаптационных и компенсаторных реакций в процессе роста и развития.

Библиографический список

1. Вельтишев Ю. Е. Состояние здоровья детей и общая стратегия профилактики болезней. М.: Моск. НИИ педиатрии и дет. хирургии, 1994. 66 с.
2. Гурьева В. А., Макушкин Е. В., Вострокнутов Н. В. Социальные факторы и психические расстройства у детей и подростков // Руководство по социальной психиатрии / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. С. Положего. 2-е изд. М.: Медицинское информационное агентство, 2009. С. 158—174.
3. Нейропсихологическая оценка нарушений психического развития у детей 6—8 лет с пограничными психическими расстройствами: метод. рекомендации / сост. Г. Р. Новикова, В. Ф. Шалимов. М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, 2015. 22 с.
4. Приказ Министерства образования и науки РФ от 19.12.2014 № 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья».
5. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». Ст. 2. Ч. 16.

МЕТОД ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ И ЕГО РОЛЬ В УКРЕПЛЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

Овчинникова Т. Н., к.псх.н.,

АНО ДПО «Международный социально-гуманитарный институт»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Цель предлагаемой работы состоит в осмыслении опыта эмоциональной саморегуляции человека, способствующей его оздоровлению. На основании наблюдаемых фактов предложены два различных метода оздоровления: в процессе переосмысления происходящего людьми, начиная с подросткового возраста; при организации работы с детьми, способствующей их самовыражению. Осмысление и анализ предлагаемого материала ведется с позиций диалектического подхода (Л. С. Выготский, Э. В. Ильенков, А. С. Арсеньев, В. С. Библер и другие).

Ключевые слова

Бессознательное, механическая система, органическая система, причинно-следственные отношения, развитие, сознание, целеполагание.

METHOD OF EMOTIONAL SELF-REGULATION AND ITS ROLE IN HEALTH PROMOTION

Ovchinnikova T. N., PhD (Psychology),

International Social and Humanitarian Institute,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The paper observes the experience of emotional self-regulation contributing to recovery. Based on the observations two methods contributing to recovery are shown. The first method refers to the ability to manage disruptive emotions in adolescents. The second method refers to the programs developing self-expression in children. The dialectical approach is employed within the study (L. S. Vygotsky, E. V. Ilyenkov, A. S. Arseniev, V. S. Bibler).

Key words

Unconscious, mechanical system, organic system, cause-effect relations, development, consciousness, goal-setting.

С целью представить размышления о возможных путях оздоровления человека обратимся к фактам, которые характеризуют эти особенности. Мы рассмотрим два различных метода развития саморегуляции, предназначенных для детей, начиная трех-четырех лет, и взрослых, начиная с 13—14 лет, в основе которых лежит, на наш взгляд, сходный механизм.

Рассмотренные методы саморегуляции позволяют человеку самостоятельно управлять собственным поведением и настроением, поддерживая позитивный настрой, что положительно сказывается на состоянии его здоровья. В своих рассуждениях мы опирались на позиции целостного диалектического подхода (Э. В. Ильенков, А. С. Арсеньев, В. С. Библер, Ф. Т. Михайлов), в основе которого лежит положение о том, что человека необходимо рассматривать в единстве его взаимоотношений и взаимодействий с окружающим миром.

В основе предлагающегося к обсуждению опыта лежат факты:

1) оздоровления человека в процессе терапии, позволяющей развить его способность переосмысления трудной ситуации, самостоятельно удерживая позитивный настрой;

2) постепенного прекращения заболеваний у детей, занимающихся по программе развивающего обучения (В. В. Давыдов), а также в школе «Золотой ключик» (Г.Г. и Е. Е. Кравцовы), на фоне ярко выраженного позитивного эмоционального настроения.

В первом случае мы имеем в виду индивидуальную терапию, позволяющую человеку самостоятельно, начиная с 12—13 лет, создавать позитивный настрой даже в трудных ситуациях и как можно дольше его удерживать. Чтобы сформировать у пациента опыт изменения отношений к событиям, необходимо на примере переосмысления им (под руководством психолога) нескольких случаев из его жизни продемонстрировать данную возможность, делая это совместными усилиями и даже уступая ему позицию лидера. Подобное переосмысление сложившейся ситуации осуществляется с целью поиска именно в ней позитивной стороны происходящего («Любая палка всегда о двух концах»). Однако усвоен этот принцип может быть только на практике. Успешность такой работы всецело зависит от упорства и целенаправленной активности обратившегося за помощью, от его способности удерживать цель. Сформированный таким образом стиль жизнедеятельности, постепенно перестраивая психосоматику, приводит

к тому, что находящийся постоянно в хорошем настроении человек постепенно перестает болеть. (Перестройка организма происходит постепенно: ее продолжительность зависит от настойчивости человека, веры в свои силы и, безусловно, от возраста.) Подобный метод изменения отношения к происходящему в решении жизненных проблем помогает, формируя тактику активного «наступления» вместо пассивной «защиты», значительно усилить энергетику организма человека, которая, видимо, и обеспечивает его оздоровление. В результате у него меняется общий настрой, появляется вера в свои силы, желание активно действовать и хорошее настроение, которое в дальнейшем все реже покидает его. Все это является проявлением развивающейся в процессе этой работы саморегуляции субъекта. Ведь человек, преодолевая трудности, строит себя, свою личность.

В другом же случае имеет место коллективная форма работы: занятия, способствующие спонтанной актуализации личности ребенка в процессе занятий, постоянно поддерживающие позитивный эмоциональный настрой учащихся. Подобное укрепление здоровья у учащихся отмечалось в школе развивающего обучения В. В. Давыдова, а также в школе «Золотой ключик» (Е.Е. и Г. Г. Кравцовых), выстроенной на основании принципов школы развивающего обучения Давыдова. Полученные результаты при работе с детьми младшего возраста в школе «Золотой ключик» были отмечены работниками СЭС и грамотой «За здоровьесберегающие технологии» в 1998 г.

В данном случае имеет место коллективная форма — занятия, способствующие спонтанной актуализации личности ребенка в процессе обучения, постоянно поддерживающие его позитивный эмоциональный настрой. Такая работа возможна с детьми, начиная с трех-четырех лет, когда ребенок уже способен, проявляя активность и задавая вопросы, действовать самостоятельно. Эта форма работы заключается в том, что ребенок является инициатором своей собственной деятельности. Взрослый же играет роль «помощника», способствующего тому, чтобы ребенок сумел разобраться в интересующем его предмете, постоянно углубляя и раскрывая новое содержание, пробуждая тем самым у него новый интерес. Помимо этого, ребенок, находясь в свободной ситуации на таком «уроке», может реализовать желательную для него форму активности: слушать, обучать друга, что-то обдумывать или рассматривать, что инициирует его действия, делая хозяином положения, и поднимает его эмоциональный тонус.

И действительно, у детей, обучающихся по программе «Золотой ключик» [5], позитивная мотивация деятельности была выражена очень ярко: они стремились в школу, чуть ли не плакали, когда их по какой-то причине туда не пускали. (Это очень сильно отличало их от учащихся традиционных школ, нехотя идущих на урок.) Активное и заинтересованное участие детей в занятиях, делая их субъектом учения, а не объектом обучения, способствует развитию их личности в процессе реализации и поиска адекватных создавшейся ситуации отношений, мыслей, поступков. В процессе такого свободного по своему характеру обучения, когда ребенок самостоятельно руководит собственным процессом учения, занимаясь по собственной программе, его интеллектуальная и личностная сферы развиваются одновременно, способствуя гармоничному развитию его личности.

Итак, обе формы описанной выше работы — коллективная и индивидуальная — инициируют собственную активность человека, направленную на выполнение значимого для него процесса деятельности. Он учится, переключая внимание с одной стороны деятельности на другую, управлять не только собственными действиями, но и эмоциональным состоянием, что значительно сложнее. Постоянно находя новый интересующий его план, осуществляя процесс переосмысления ситуаций и обстоятельств, он поддерживает тем самым свой позитивный настрой. А ярко выраженные положительные эмоции оказывают позитивное влияние на его здоровье. Сформированный же таким образом стиль жизнедеятельности способствует тому, что находящийся постоянно в хорошем настроении человек, все больше веря в свои силы и активизируя свои действия, постепенно перестает болеть. Как видно из приведенных выше примеров, выполнение активной по форме и значимой по содержанию деятельности — а потому привлекательной и радующей человека, поднимая эмоциональный тонус и увлекая самим процессом исполнения, способствует общему укреплению здоровья.

А теперь попытаемся осмыслить приведенные выше факты с целью их объяснения.

В связи с тем что человеку приходится осваивать этот двойственный по своей природе мир (Ю. М. Лотман, М. М. Бахтин, В. С. Библер и другие), любую выполняемую субъектом деятельность следует рассматривать как двояко детерминированную или как включающую в себя как минимум две составляющие: личностно-смысловую и операционально-техническую.

Двойственный характер побудительности, соответствующий двойственности выполняемой человеком деятельности, проявляется в ориентации человека одновременно на внешний и на внутренний мир, в умении согласовать характер их побудительности между собой. При этом если один мотив, направленный на решение поставленной задачи, чаще всего характеризует сознательно поставленную конкретную цель (то, что делается), то другой мотив в поисках нужного решения отражает глубинную смысловую ориентацию личности (то, ради чего что-то делается). Как правило, одна из них чаще всего не осознается, поэтому и кажется человеку, что руководит его действиями единственный мотив.

Изначальное принятие этой двойственности, скрывающей две различные направленности и характер их взаимодействий, открывает путь к более глубокому пониманию особенностей действующей личности. В реальной жизни человека они тесно переплетены друг с другом, а взаимодействие их между собой следует рассматривать как проблему соотношения и развития «разных деятельностей сознания», т.е. как одну из основных проблем психологии, по определению Л. С. Выготского [4].

Согласно нашим наблюдениям указанные мотивационные составляющие являются взаимообусловленными и могут «оборачиваться», меняясь местами в роли средства и цели.

Библер, являющийся автором школы «Диалог культур» [2], справедливо указывает, что формирование, становление личности субъекта в процессе творческой деятельности происходит как бы в «зоре» между внешней и внутренней целью деятельности. Ситуация же преодоления внутренними субъективными факторами внешних факторов или условий

(но не наоборот!) может считаться развивающей личностью. Близость по содержанию этих двух планов (когда «зазор» между ними практически отсутствует, т.е. как бы происходит совпадение внешнего и внутреннего планов) или доминирование внешнего плана деятельности ведет к развитию функциональных отношений вместо становления личностных, приводя к подчинению социуму в ущерб развитию личности. Диалогическое общение, согласно концепции Библера, предполагает расщепление логического движения на две антиномические ветви: на рассудочную логику и логику интуиции, что, на наш взгляд, можно рассмотреть как диалог сознания и латентного бессознательного (терминология заимствована у З. Фрейда).

Если логика интуиции предполагает движение от общего, еще не определенного к частному, более определенному и конкретному, то логика рационально-рассудочной сферы, имея чаще всего дело с предметами вещного мира, как правило, направлена на конструирование и синтез целого из частей. При этом интуитивное (личностное) начало, постоянно взаимодействуя с рационально-рассудочной сферой, составляя с ней одно единое целое, вынуждено постоянно бороться за свой особый способ собственной реализации (от целого к частям). Тогда «челночное» движение мысли (Библер), на наш взгляд, следует понимать как одновременную работу сознания и латентного бессознательного, где последнее является также источником энергии, о чем немного подробнее мы скажем ниже.

Возможность жить по «собственной программе» появляется у человека только в случае самостоятельного выделения в своем сознании личностно значимых и ситуативно, или внешне, обусловленных действий при ориентировке на особенности собственных эмоциональных реакций. Реализовать же намеченный им путь, включающий обе указанные параллели, человек сумеет лишь в случае постоянного переключения сознания с одной из них на другую. Тогда в сфере его сознания будут поочередно оказываться то операционально-техническая сторона деятельности, как правило, на начальном этапе овладения деятельностью, то личностно-смысловая — при достижении определенного уровня совершенства — с целью переосмысления ситуации и выбора дальнейших путей достижения цели.

Гармоничное развитие, характеризующее процесс равномерной активации двух указанных сфер деятельности (сознания) состоит как бы в «деятельном проживании» целостного цикла деятельности. Его целостность заключается в интуитивном поиске и проживании будущей цели, в соответствии с которой подбираются и осмысливаются дальнейшие пути и способы действий. Таким образом, чувственная и рациональная ткани сознания реализуют себя в совместной одновременной работе [6].

Наша попытка объяснить процесс оздоровления людей в случае приподнятого настроения и активной деятельности подвела нас к гипотезе об особенностях энергетического взаимодействия выделенных сфер сознания. Вполне вероятно, что возникающая в процессе такой координации согласованность мысли и чувства способствует в процессе реализации целостного акта деятельности выплеску значительного количества энергии, постоянно пополняемой в процессе продвижения к цели. Итак, в процессе осуществления

свободно заданной деятельности таким энергетическим источником является чувственная ткань сознания (или бессознательное), теснейшим образом связанная со смысловой сферой деятельности.

Подтверждение предложенного хода мысли мы можем найти у Л. С. Выготского. Так, Выготский высказывал мнение о том, что введение понятия бессознательного в психологию можно приравнять по значению к понятию физической энергии в физике. «Только с введением этого понятия становится вообще возможна психология как психологическая наука, которая может объединять и координировать факты опыта в известную систему, подчиненную особым закономерностям», — говорил он [3, с. 132]. И действительно, наблюдения показывают, что дела, направленные на достижение личностно значимой цели, осуществляются человеком с большим энтузиазмом, с большим вкладом «внутренней» энергии, чем любая функционально выполняемая деятельность. Действительно, отсутствие заинтересованности в выполнении, когда смысл деятельности состоит в наиболее быстром ее завершении, вызывая у человека усталость, оставляет его равнодушным даже при явно выраженной его внешней активности.

Кроме того, функциональный подход субъекта к делу требует больших энергетических затрат в случае, когда ему противостоит личностное начало, и наоборот, является единственно возможным способом жизнедеятельности субъекта в случае несформированности у него личностного начала. Необходимо также учесть, что разнонаправленные мотивы, находящиеся в состоянии борьбы и конфликта между собой, вносят дискомфорт в жизнь человека, что может изматывать субъекта и, сопровождаясь затратой большого количества энергии, отрицательно влиять на его психосматику. Видимо, именно такая борьба мотивов происходит как у ребенка, так и у взрослого человека в ситуации конфликта между этими двумя мотивационными составляющими в трудной для человека ситуации. Процесс же функционирования, будучи мотивированным только конечной внешней целью и не получая никакого энергетического пополнения от субъективно-личностной сферы, обычно направлен на реализацию жестко запланированных действий в отличие от поисковой активности смысловой или личностно обусловленной деятельности.

Исходя из сказанного, можно сделать вывод, что дети, поступая в обычную общеобразовательную школу, болеют, видимо, не от «перегрузки», как это принято считать, а от довольно резкой перестройки социальных отношений, когда непосредственная включенность в семейный «социум» заменяется непривычными для них функциональными отношениями в школе. Эта перестройка социальной включенности ребенка сказывается на детском организме и именуется «кризисным возрастом». Кстати, следует отметить, что в школах развивающего обучения «кризисы» практически не наблюдаются. А это, на наш взгляд, может свидетельствовать о гармоничном развитии выделенных сфер сознания и их взаимосвязи, что способствует также гармоничному распределению энергии. Традиционное же обучение, концентрируясь только на результатах обучения, т.е. на операционально-технической стороне сознания, обходит подобные вопросы стороной.

Итак, увлеченные и радостные активные действия, отсутствие дискомфорта из-за борьбы мотивов, находя

свое проявление в усилении общей энергетики, способствуют согласованному взаимодействию операционально-технической и смысловой сторон выполняемой деятельности, включающей в себя и бессознательное, работа которого осуществляется по типу «маятника». А это, на наш взгляд, означает, что в сферу сознания попадает предмет осуществляемой человеком деятельности, поворачиваясь при этом то смысловой, то операционально-технической стороной

в зависимости от того, на какую из них его сознание в данный момент направлено.

Видимо, в описанных нами случаях мы имеем дело с теми «различными деятельностями сознания», важность изучения которых особо отмечал Выготский [4]. Более глубокое изучение их особенностей позволит лучше координировать взаимодействие выделенных сфер сознания с целью оздоровления детей и взрослых.

Библиографический список

1. Библер В. С. Михаил Михайлович Бахтин, или поэтика культуры. На путях к гуманитарному разуму. М.: Прогресс: Гнозис, 1991.
2. Библер В. С. Школа диалога культур. Идеи. Опыт. Проблемы. Кемерово: Алеф, 1993.
3. Выготский Л. С. Психика, сознание, бессознательное. Т. 1. М., 1982. С. 132–148.
4. Выготский Л. С. Проблема сознания. Т. 1. М., 1982. С. 156–167.
5. Кравцов Г. Г., Кравцова Е. Е. и др. Семейно-общественный центр «Золотой ключик». Программа. М., 1996.
6. Овчинникова Т. Н. Развивающийся человек в меняющемся мире // Психотерапия. 2013. № 4. С. 63–70.

ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА D И СОХРАНЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО И ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ РОССИИ

Петрова Н. Н.¹, д.м.н., профессор, Дорофейков В. В.², д.м.н., профессор,
Шубин К. Ю.², к.п.н., доцент,

¹ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», кафедра психиатрии
и наркологии,

²ФГБОУ ВО «Национальный государственный Университет физической культуры, спорта
и здоровья имени П.Ф.Лесгафта, Санкт-Петербург»,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Аннотация

Проблема дефицита витамина D в России стала особенно актуальной в связи с пониманием последствий этого состояния и широкой распространенностью среди детей и взрослых в зимнее время года. Результаты наших исследований свидетельствуют, что уровень (25-ОН)D в крови в зимний период у молодых лиц, в том числе спортсменов, соответствует критериям медицинского понятия «дефицит», оказывает негативное влияние на физическое и психическое состояние, в том числе развитие депрессии.

Ключевые слова

Холекальциферол, здоровье.

VITAMIN D DEFICIENCY AND PRESERVATION OF PHYSICAL AND MENTAL HEALTH OF YOUTH OF RUSSIA

Petrova N. N.¹, Doctor of Medical Sciences, Professor,
Dorofeykov V. V.², Doctor of Medical Sciences, Professor,
Shubin K. Yu.², PhD (Psychology), Associate Professor

¹Saint-Petersburg State University, Department of Psychiatry and Narcology

²Saint-Petersburg Lesgaft National State University of Physical Culture, Sport and Health,
Saint-Petersburg, Russian Federation

Abstract

The problem of vitamin D deficiency in Russia has become especially urgent due to the understanding of the consequences of this condition and its widespread prevalence among children and adults in the winter season. The results of the study shows that the level of (25-OH) D in the blood in young people in winter, including athletes, meets the criteria of the medical concept of “deficiency” and has a negative impact on physical and mental health, including the development of depression.

Key words

Cholecalciferol, health.

Дефицит витамина D для человека является проблемой мирового масштаба, осознание которой пришло в последние годы. Это связано с новыми возможностями биохимической диагностики, которых раньше не было [1; 2]. В России тестирование на витамин D в крови появилось в последние три-пять лет в крупных городах с использованием импортной аппаратуры и реактивов; стоимость такого анализа является недоступной для системы обязательного медицинского страхования. Значимости этой проблемы нет пока у организаторов здравоохранения, у большинства врачей и тренеров.

Для превращения витамина в активный метаболит, который впоследствии связывается со специфическими рецепторами, необходимы две последовательных реакции: первая происходит в печени под влиянием 25-гидроксилазы,

и витамин превращается в 25-гидроксивитамин D [25(ОН)D] (кальцидиол). Образовавшийся метаболит длительное время циркулирует в крови и удобен для лабораторного анализа. Далее в тканях кальцидиол повторно гидроксилируется с образованием физиологически активного 1,25-дигидроксивитамина D (кальцитриол), время полужизни которого в крови не превышает 30 мин. Кальцитриол также называют D-гормоном; эффекты кальцитриола на уровне клеток реализуются путем изменения скорости ферментативных процессов или синтеза внутриклеточных энзимов. Классическими мишенями действия активного D-гормона являются такие органы, как кишечник, почки, парашитовидные железы и костная ткань. Дефицит витамина D является крайне распространенным состоянием и может способствовать развитию слабости в мышцах проксимальных отделов конечностей, замедлению

скорости ходьбы, трудности при вставании из положений сидя, а также при подъеме тяжелых предметов [3; 4]. Симптомы этого состояния поддаются лечению препаратами витамина D. Предметом нескольких исследований было влияние восполнения дефицита витамина D на состав мышечных волокон. Все исследования последнего десятилетия подтверждают значимость витамина D для нормального функционирования мышечной и костной ткани [3; 4].

Цель исследования. Изучить уровень витамина D в крови у молодых (до 30 лет) жителей России, в том числе спортсменов, и взаимосвязь показателя с состоянием здоровья.

Материалы и методы. Исследование проводили в трех группах лиц. Группа 1 состояла из 20 квалифицированных спортсменов мужского пола (биатлон и гандбол) в возрасте до 20 лет. Вторая группа состояла из 100 молодых пациентов, страдающих депрессивными расстройствами. В спортивном сезоне этого года спортсмены активно тренировались и выступали на соревнованиях всероссийского уровня. Исследование проводили в два этапа: первый — до начала соревновательного периода в ноябре 2018 г. Отметим, что все спортсмены не посещали солярий и не принимали витамин D и другие поливитамины. Второй этап проводили непосредственно перед соревнованиями после выполнения тренировочной нагрузки (февраль 2019 г.). После подписания информированного согласия осуществляли забор крови из вены локтевого сгиба в вакуумные системы, анализы на витамин D(OH) выполняли на анализаторах Architect компании Abbott (США) с использованием реактивов и контрольных материалов производителя.

Результаты и обсуждение. В результате первого этапа исследования в ноябре концентрация витамина D(OH) у всех 20 спортсменов была ниже нормы. У пяти из десяти биатлонистов уровень витамина D был от 20 до 30 нг/мл, ниже нормы, у одного витамин D был 17,5 нг/мл, что соответствует критерию дефицита, и только у четырех юношей показатели были в норме (выше 30 нг/мл).

У двоих из десяти гандболистов значения витамина D находились в пределах от 20 до 30 нг/мл, у остальных восьми спортсменов показатель был в пределах от 10 до 20 нг/мл, что соответствует понятию дефицита витамина и требует лечения.

Сравнивая условия тренировочного процесса двух групп (тренировки на улице и тренировки в манеже), можно отметить, что показатели витамина D на начальном этапе отличались между группами. У биатлонистов средний показатель был выше и составил $28,3 \pm 2,1$ нг/мл, у гандболистов — $16,4 \pm 0,4$ нг/мл.

Из 20 человек в норме витамин D был у четырех спортсменов (все биатлонисты). У семи спортсменов показатели были ниже нормы (от 20 до 30 нг/мл), дефицит витамина D на начальном этапе был у девяти спортсменов, показатели от 10 до 20 нг/мл. На втором этапе исследования уровень витамина D снизился у всех 20 спортсменов. У биатлонистов показатель витамина D снизился на 13,4 нг/мл (на 46,6%) и составил $15,1 \pm 2,1$ нг/мл, у гандболистов снизился на 4,3 нг/мл (на 26,2%) и составил $12,1 \pm 1,1$ нг/мл. В феврале у трех биатлонистов уровень витамина D ниже нормы (от 20 до 30 нг/л), у остальных биатлонистов показатели были в пределах от 10 до 20 нг/л. У семи из десяти гандболистов в феврале показатели соответствовали понятию дефицита витамина D, а у трех юношей уровень витамина D составил ниже 10 нг/мл. Наши данные и систематические обзоры подтверждают факт ассоциации дефицита витамина D с повышением риска остеопороза, падений, мышечной слабости, общей и сердечно-сосудистой смертности и низкой физической активностью, а также с наличием депрессии [5; 6].

Изучение витамина D у больных депрессией показало выраженный дефицит лабораторного маркера по сравнению со здоровыми, степень дефицита витамина тесно коррелировала с тяжестью состояния депрессии, выраженности суицидальных тенденций [7].

Выводы. Дефицит витамина D в крови в темное время года приводит к накоплению негативных изменений в состоянии психического и физического здоровья молодого населения. Это требует срочных организационных мер по профилактике и лечению дефицита витамина, аналогично мерам, принимаемым в Финляндии, Норвегии и других странах Северной Европы, а также разработке специальной программы для молодежи и спортсменов для своевременной диагностики и лечения дефицита витамина D.

Библиографический список

1. Дорофейков В. В., Ширинян Л. В., Зазерская И. Е. Роль витамина D и его метаболитов во время беременности и современный лабораторный контроль // Клинико-лабораторный консилиум. 2014. № 2. С. 16–19.
2. Белая Ж. Е., Белова К. Ю., Бордакова Е. В. и др. Профилактика, диагностика и лечение дефицита витамина D и кальция среди взрослого населения и у пациентов с остеопорозом // Научно-практическая ревматология. 2015. № 53. С. 403–408.
3. Ceglia L. Vitamin D and its role in skeletal muscle // Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2009. Nov. № 12. P. 628–33. DOI: 10.1097/MCO.0b013e328331c707.
4. Snijder M. B., Schoor van N. M., Pluijm S. M., et al. Vitamin D status in relation to one-year risk of recurrent falling in older men and women // J. Clin. Endocrinol. Metab. 2006. № 91. P. 2980–2985.
5. Бубнова Ю. С., Дорофейков В. В., Мазо Г. Э., Петрова Н. Н. К вопросу о механизмах развития депрессии при шизофрении // Психиатрия и психофармакотерапия им. П. Б. Ганнушкина. 2012. № 14. С. 21–26.
6. Fazeli P. K., Mendes N., Russell M. et al. Bone density characteristics and major depressive disorder in adolescents // Psychosom. Med. 2013. Vol. 75. № 2. P. 23.
7. Петрова Н. Н., Дорофейков В. В., Дорофейкова М. В. и др. Биологические маркеры суицидального поведения и обоснование использования кальцидиола в крови // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. 2019. № 1. С. 45–51.

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Положий Б. С., д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ,
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Установлены показатели частоты суицидов среди подростков в России. Несмотря на общую тенденцию снижения данных показателей, в ряде регионов страны они находятся на высоком и сверхвысоком уровне. Организация на базе Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского «Научно-практического центра профилактики суицидов и опасного поведения несовершеннолетних» позволила получить новые сведения о факторах риска суицидального поведения у подростков и сформулировать основные направления его профилактики.

Ключевые слова

Суицид, подростки, региональные особенности частоты суицидов, субъекты Федерации, факторы риска, профилактика.

PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOR IN ADOLESCENTS

Polozhy B. S., Doctor of Medical Sciences, Professor, Honored Scientist of Russia,
Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology
of the Ministry of Health of Russia,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The indicators of the rate of suicide among adolescents in Russia are established. Despite the general trend of decline in these indicators, incidence rates of suicide and attempted suicide among adolescents continue to remain at high levels. Creation of the Research and Practical Center for Suicide and Deviant Behavior Prevention in Minors on the base of the Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology contributed to get new information about the risk factors for suicidal behavior in adolescents and to provide suicide prevention strategies targeted toward minors.

Key words

Suicide, adolescents, regional characteristics of the rate of suicides, subjects of the Federation, risk factors, prevention.

В конце прошлого века в мире появилась тревожная тенденция «омоложения» суицидов, подразумевающая увеличение их частоты в детском, подростковом и молодом возрасте [1; 8]. По данным М. Саркиапоне, Б. С. Положего [2], в США в период с 1980 по 1994 г. частота суицидов среди детей 10–14 лет увеличилась на 120%, став третьей ведущей причиной смерти в этой возрастной группе. В Канаде суицид оказался второй ведущей причиной смерти у детей и подростков в возрасте 10–19 лет. При этом в 1997 г. уровень самоубийств среди подростков 15–19 лет составил 12,9 на 100 000 [4]. В европейских странах уровень подростковых самоубийств варьировался от 5 на 100 000 в Южной Европе до 25–40 на 100 000 в Северной и Восточной Европе [3; 5–6]. Несмотря на столь высокие цифры, частота суицидов у подростков недооценивается, по мнению L. Vijayakumar et al. [7], на 30% и более. В России, по данным Росстата, в 2018 г. в результате самоубийства погибли четыре ребенка в возрасте 5–9 лет, 104 — в возрасте 10–14 лет и 540 — в подростковом возрасте (15–19 лет). Соответствующая пропорция составила 1: 26: 135. Отсюда следует, что наибольший риск развития суицидального поведения и совершения самоубийства существует именно в подростковой среде.

С целью оценки величины проблемы подростковых самоубийств нами проведено клинико-эпидемиологическое изучение частоты завершенных суицидов среди подростков в России в 2018 г., базирующееся на данных Государственной статистики (Росстат). В целом по стране установлена позитивная тенденция снижения данного показателя с 16,2 на 100 000 в 2010 г. до 7,9 на 100 000 подростковой популяции в 2018 г. (в 2 раза). Однако такая ситуация отмечается не во всех регионах России. Анализ частоты суицидов среди подростков по федеральным округам показал, что в двух из них (Сибирском и Дальневосточном) ее показатель находится на высоком уровне (10–19 случаев на 100 000, по критериям ВОЗ). Так, в Сибирском федеральном округе частота суицидов среди подростков составила 12,5 на 100 000 (в 1,6 раза выше общероссийского показателя), а в Дальневосточном — 18,7 на 100 000 (в 2,4 раза выше).

Приведенные данные подтверждаются анализом частоты суицидов среди подростков по административным субъектам Российской Федерации. Установлено, что низкий уровень суицидов (до 10 случаев на 100 000 подросткового населения, по критериям ВОЗ) отмечается в 57 административных субъектах Федерации, что составляет лишь 67% от их общего количества. В 21 субъекте (27%) частота суицидов имеет

высокий уровень (11–19 на 100 000), а в семи субъектах (6% от их общего числа) — сверхвысокий уровень (20 и более случаев на 100 000 подростков). Среди последних наиболее неблагополучными в суицидальном отношении являются Чукотский автономный округ и Республика Алтай — соответственно 67,1 и 61,2 на 100 000 подростков. Далее следуют Республика Саха (Якутия) — 32,4 на 100 000, Забайкальский край — 28,2, Республика Бурятия — 27,2, Республика Коми — 27,9, Республика Тыва — 23,7 на 100 000 подростков. Таким образом, превышение общероссийского показателя достигает 3–8 раз. Обращает внимание, что шесть субъектов из семи расположены в Сибири и на Дальнем Востоке. При этом те же самые субъекты Федерации отличаются неблагополучной суицидальной ситуацией не только в подростковой, но и во взрослой популяции. Это указывает на то, что суицидальное неблагополучие затрагивает все возрастные группы населения. Еще одним важным фактором является этнокультуральный. Шесть из семи субъектов со сверхвысокой частотой суицидов среди подростков относятся к национальным образованиям, а Забайкальский край включает в себя национальные автономные округа. Это требует проведения специальных исследований суицидального поведения в различных этнических группах населения страны.

Определены административные субъекты Федерации, в которых в 2018 г. не было зарегистрировано суицидов среди подростков. К ним относятся Республика Ингушетия, Карачаево-Черкесская Республика, Республика Северная Осетия, Республика Карелия, Магаданская область, Орловская область, Сахалинская область. Кроме того, выделены субъекты с минимальной частотой суицидов среди подростков. Это Республика Дагестан — 0,5 на 100 000, Самарская область — 0,7, Ростовская область — 1,1, Москва — 1,4, Чеченская Республика — 1,6, Хабаровский край — 1,6. Таким образом, в этой группе показатели частоты суицидов среди подростков меньше общероссийского показателя в 5–15 раз. Трактовать эти факты можно в определенной степени лишь в отношении республик Северного Кавказа, которые относятся к регионам с наиболее низкой частотой суицидов. Это обусловлено вошедшим в культуру этих народов абсолютным неприятием самоубийства. Что касается остальных регионов, то в их отношении требуется дальнейший мониторинг суицидальной ситуации.

Изучение частоты суицидов среди подростков, в зависимости от пола, позволило установить, что в России соответствующие показатели у подростков мужского пола (11 на 100 000) в 2,4 раза превышают показатель среди подростков-девочек (4,5 на 100 000). Следует заметить, что в общей популяции страны это различие существенно больше и достигает 5 раз. Установлены различия в частоте суицидов среди подростков, проживающих в городской и сельской местности. Основной закономерностью является более высокая распространенность суицидов у жителей сел. Так, у подростков-горожан соответствующий показатель составляет 5,5 на 100 000, а у подростков-селян — 15,9 на 100 000, т.е. в 2,9 раза больше. Это характерно как для подростков мужского, так и женского пола. Соответствующие показатели среди мальчиков: 8,2 на 100 000 горожан и 22,9 на 100 000 селян (различие в 2,8 раза); среди подростков-девочек: соответственно 2,7 и 8,4 (различие составляет 3,1 раза).

Таким образом, проведенное исследование позволило, с одной стороны, определить позитивную динамику снижения частоты суицидов среди подростков по стране в целом. С другой стороны, установлены территории, где уровень суицидов находится на высоком и сверхвысоком уровнях. Это Сибирский и Дальневосточный федеральные округа, а также 28 субъектов Федерации (33% от их общего количества). Обращает внимание, что большинство неблагополучных в суицидальном отношении регионов относятся к национальным образованиям, что требует проведения специальных этнокультуральных исследований. Кроме того, требует дальнейшего изучения достоверно более высокая частота суицидов у подростков, проживающих в сельской местности.

В 2018 году по поручению Минздрава России на базе НМИЦ психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского был организован первый в стране Научно-практический центр профилактики суицидов и опасного поведения несовершеннолетних (НПЦ). Символично, что его открытие состоялось 1 июня 2018 г. в Международный день защиты детей. Перед вновь организованным Центром была поставлена долгосрочная стратегическая цель: снижение смертности от суицидов и частоты случаев опасного поведения у детей и подростков за счет создания организационной системы суицидологической помощи, разработки и реализации комплексных мер по предупреждению и ранней диагностике суицидального поведения в данной возрастной группе населения, а также разработки программ предупреждения опасного и деструктивного поведения, комплексного медико-психологического сопровождения и реабилитации.

За непродолжительный период существования удалось создать адекватную поставленным цели и задачам структуру НПЦ. Она включает в себя пять функциональных блоков. Первый блок — амбулаторный. В его рамках проводится оказание плановой консультативно-диагностической помощи детям и подросткам с риском развития и различными проявлениями суицидального поведения; оказание амбулаторной (профилактической, терапевтической, реабилитационной) суицидологической помощи детям и подросткам в пресуицидальном и постсуицидальном периодах суицидального процесса; динамическое наблюдение детей и подростков с суицидальным поведением после их выписки из психиатрического стационара; оказание психологической и психотерапевтической помощи родственникам детей и подростков с суицидальным поведением.

Второй блок — стационарный. В нем осуществляется оказание стационарной (кризисной, реабилитационной) суицидологической помощи детям и подросткам, госпитализированным вследствие наличия у них проявлений суицидального (мысли, замыслы, намерения, попытки, преднамеренные самоповреждения) и опасного (экстремальные поступки с риском для жизни и здоровья) поведения (за исключением состояний с высоким суицидальным риском).

Третий блок — коммуникационный. Он представлен службой «Горячая линия». К функциям коммуникационного блока относится оказание экстренной анонимной психологической и психотерапевтической помощи детям и подросткам с суицидальным поведением, а также их направление в амбулаторный блок НПЦ.

Четвертый блок — суицидологической помощи в общемедицинском стационаре (инновация суицидологической практики). Блок сформирован на договорной основе в Московской детской городской клинической больнице № 13 им. Н. Ф. Филатова. В ее отделения поступает большинство детей и подростков с соматическими последствиями совершенной суицидальной попытки. В рамках этого блока осуществляются разработка и апробация новых форм и методов суицидологической помощи в остром постсуицидальном периоде, а также дальнейшая маршрутизация пациентов.

Пятый блок — активного выявления и профилактики суицидального поведения в подростково-молодежной среде. Блок функционирует на базе Центра экстренной психологической помощи Московского государственного психолого-педагогического университета в рамках соглашения о сотрудничестве. Основная задача данного блока — проведение скрининга учащихся учреждений среднего и среднего профессионального образования Москвы с целью выявления актуальных и потенциальных факторов риска суицидального поведения и его предупреждения.

Результаты исследования позволили выделить основные факторы риска формирования суицидального поведения у подростков. В первую очередь это семейные факторы. К ним относятся:

- отсутствие у родителей знаний о существовании наследственной предрасположенности к суицидальному поведению, а также о проявлениях нарушений психического здоровья;
- патологическое воспитание в родительской семье. В настоящее время наиболее распространены четыре варианта: безразличие, авторитарность с присущими ей жестокостью и насилием, «кумир семьи», «сирота при живых родителях». Отсутствует главное для формирования гармоничной личности — истинная любовь;
- психологическая безграмотность родителей в отношении особенностей подростковой психики и собственного поведения с подростком;
- мощный психологический барьер перед обращением по поводу своего ребенка к психиатру;
- неполная и (или) асоциальная родительская семья.

Следующая группа — социальные факторы риска:

- 1) отсутствие полноценного психолого-психиатрического компонента диспансеризации детей и подростков и, как следствие, низкий уровень выявления психических расстройств;
- 2) отсутствие или недостаток необходимых знаний о суицидальном поведении подростков у врачей-педиатров, школьных врачей и психологов, педагогов;
- 3) отсутствие детско-подросткового звена суицидологических служб;
- 4) недопустимое изложение средствами массовой информации фактов о совершенных подростками суицидах;
- 5) высокий уровень агрессии и нетерпимости в обществе, нагнетаемый электронными и печатными СМИ.

К индивидуальным факторам риска суицидального поведения у подростков относятся:

- суицидальная или (и) психопатологическая отягощенность наследственности;

- негативный детский опыт (в первую очередь наличие психологического, физического, сексуального насилия);
- наличие психического расстройства (как правило, своевременно невыявленного);
- низкий IQ;
- употребление алкоголя и (или) наркотиков;
- недостаточное количество сна (регулярное недосыпание);
- излишний либо слишком сниженный вес;
- малоподвижный образ жизни;
- патологическое пользование Интернетом (социальными сетями).

Полученные данные позволили сформулировать основные направления профилактики суицидального поведения детей и подростков. В родительской семье таковыми являются:

- 1) ежедневное общение с ребенком;
- 2) уважение к тому, что кажется ему важным и значимым;
- 3) обсуждение планов ребенка на ближайшее и отдаленное будущее;
- 4) беседы с ребенком на серьезные и, возможно, сложные для осмысления темы: что такое жизнь, в чем смысл жизни, что такое любовь, дружба, предательство, другие понятия;
- 5) помощь ребенку в построении своего ценностного мира, в котором жизнь — главная ценность, которую ничто не может заменить;
- 6) формирование понимания того, что опыт поражения также важен, как и опыт достижения успеха;
- 7) понимание, что стоит за внешней грубостью ребенка;
- 8) избегание авторитарного и других стилей патологического воспитания в силу их неэффективности и даже опасности;
- 9) разумный баланс между свободой и несвободой ребенка;
- 10) просвещение родителей о предупреждении и признаках суицидального поведения;
- 11) своевременное обращение к специалисту — психологу или психиатру.

Не меньшее значение имеет профилактика суицидального поведения в школе. Сюда входят:

- просвещение учащихся о суициде, самоповреждающем поведении и тяжелых жизненных событиях, которые могут увеличить их риск;
- просвещение преподавателей о суицидальном поведении, его признаках и факторах риска у школьников;
- улучшение школьных медицинских услуг, в том числе свободный доступ к врачу;
- введение в штаты школ должности психолога, имеющего компетенцию в вопросах профилактики и раннего выявления суицидального поведения у учащихся;
- проведение профилактических обследований (скринингов), направленных на выявление учащихся с повышенным риском развития суицидального поведения;
- обучение основам охраны психического здоровья, направленное на снижение стигматизации и способствующее увеличению обращаемости за медико-психологической и психиатрической помощью.

Подводя итог, можно прийти к следующим выводам.

1. Несмотря на положительную динамику последних лет, суицидальная ситуация среди подростков в России остается неблагоприятной, что требует разработки и реализации

- комплексных программ профилактики суицидального поведения в данной возрастной группе населения.
2. В регионах с наиболее высокими показателями частоты суицидов среди подростков необходимо изучение комплекса причин, определяющих столь неблагоприятную суицидальную ситуацию.
 3. Программы профилактики суицидов среди подростков должны, с одной стороны, базироваться на единых методических подходах, с другой стороны — учитывать социальные, экономические, этнокультурные особенности конкретных регионов и уровень организации медицинской помощи. Особое профилактическое внимание следует уделять детям и подросткам, проживающим в сельской местности.
 4. Поскольку большинство подростков, совершающих суициды, страдают ранее не диагностированными психическими расстройствами, необходима разработка эффективных стратегий профилактики в сфере первичного здравоохранения и социальных услуг.
 5. Учебные заведения, в первую очередь школы, должны быть главным местом для укрепления психического здоровья и профилактических мероприятий среди подростков.
 6. Учитывая недостаточную изученность суицидов у подростков, необходимо продолжение углубленных научных исследований по этой проблеме.

Библиографический список

1. Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б. С. Положего. М.: Медицинское информационное агентство, 2019. 600 с.
2. Саркианоне М., Положий Б. С. Суициды у детей и подростков // Российский психиатрический журнал. 2014. № 3. С. 52—56.
3. Суициды в России и Европе / под ред. Б. С. Положего. М.: Медицинское информационное агентство, 2016. 212 с.
4. Bertolote J. M., et al. Repetition of suicide attempts: data from emergency care settings in five culturally different low-and middle-income countries participating in the WHO SUPRE-MISS Study // Crisis. 2010. № 31. P. 194—201.
5. Epstein J. A., Spirito A. Gender-specific risk factors for suicidality among high school students // Arch. Suicide Res. 2010. № 14. P. 193—205.
6. Preventing suicide: a global imperative. Geneva, World Health Organisation, 2014. 98 p.
7. Vijayakumar L., Nagaraj K., Pirkis J., Whiteford H. Suicide in developing countries: frequency, distribution, and association with socioeconomic indicators // Crisis. 2005. № 26. P. 104—111.
8. Wasserman D., Qi Cheng, Guo-Xin J. Global suicide rates among young people aged 15—19. University, Shanghai, China, ©WPA 2015.

ВЛИЯНИЕ КИБЕРБУЛЛИНГА НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И БЛАГОПОЛУЧИЕ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МЕЖДУНАРОДНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (HBSC) В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Пухов Д. Н., научный сотрудник, Маточкина А. И., к.ф.н., Малинин А. В., научный сотрудник, ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры», Санкт-Петербург, Российская Федерация

Аннотация

В статье рассматривается проблема кибербуллинга в подростковой среде, приводятся данные результатов проведенного международного научного исследования «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья». Также в статье анализируется взаимосвязь кибербуллинга и таких значимых факторов, обуславливающих состояние психического здоровья современных детей школьного возраста, как статус семьи и характер взаимоотношения ее членов, удовлетворенность жизнью, самооценка, общение со сверстниками, поведение.

Ключевые слова

Кибербуллинг, дети школьного возраста, психическое здоровье, благополучие.

THE IMPACT OF CYBERBULLYING ON THE MENTAL HEALTH AND WELLBEING OF SCHOOL-AGED CHILDREN: RESULTS OF CROSS-NATIONAL STUDY (HBSC) IN THE RUSSIAN FEDERATION

Puhov D. N., Research Officer, Matochkina A. I., PhD, Malinin A. V., Research Officer, Saint-Petersburg State Research Institute for Physical Culture, Saint-Petersburg, Russian Federation

Abstract

The paper discusses the problem of cyberbullying in adolescents. The results of the Health Behavior in School-aged Children (HBSC) study are shown. The paper reports findings on the social influences on the mental health of young people associated with cyberbullying (relations with family and peers, life satisfaction, self-esteem, and health/risk behaviors).

Key words

Cyberbullying, school-aged children, mental health, well-being.

ФГБУ СПбНИИФК является ведущим научным учреждением Российской Федерации, участвующим в международном исследовании под эгидой Всемирной организации здравоохранения HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children) – «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья».

В ходе анкетирования детей школьного возраста 11, 13 и 15 лет обоего пола, в рамках исследовательского цикла HBSC2017/2018 г., было опрошено 4765 респондентов (табл. 1).

Таблица 1. Половозрастной состав респондентов

Пол	Всего	11 лет	13 лет	15 лет
Мальчики	2276	611	696	969
Девочки	2489	639	764	1086
Итого	4765	1250	1460	2055

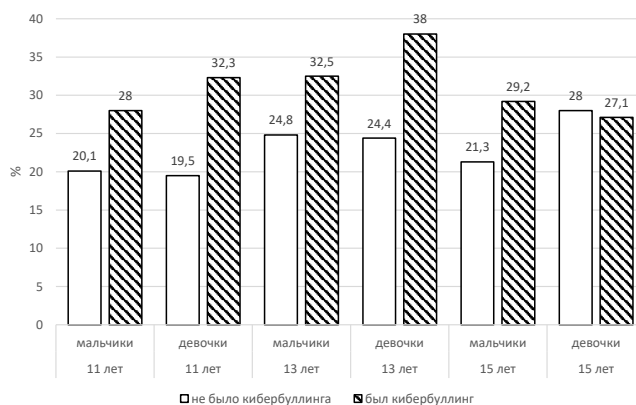


Рис. 1. Доля школьников, живущих в неполных семьях (без отца), в группах подвергавшихся и не подвергавшихся кибербуллингу (различия достоверны на уровне $p < 0,01$)

Все опрошенные школьники были разделены на две группы по характеру ответа на вопрос о том, подвергались ли они кибербуллингу в течение последних двух месяцев или

нет. Были проанализированы результаты ответов на ряд вопросов, касающихся состава семьи. Сравнение результатов ответов в группах, не подвергавшихся и подвергавшихся кибербуллингу, проводилось с использованием U-критерия Манна — Уитни.

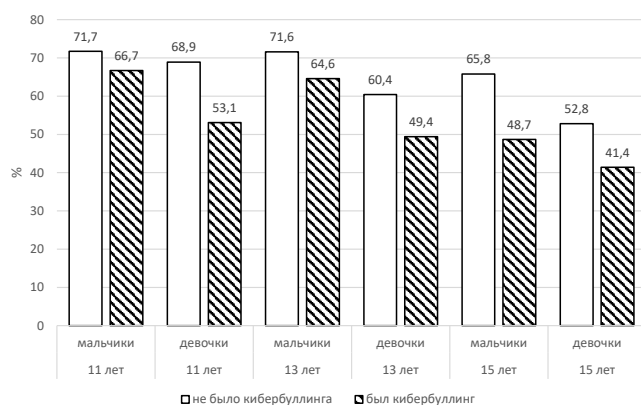


Рис. 2. Доля школьников, сообщивших, что им легко общаться с отцом, в группах подвергавшихся и не подвергавшихся кибербуллингу (различия достоверны на уровне $p < 0,01$)

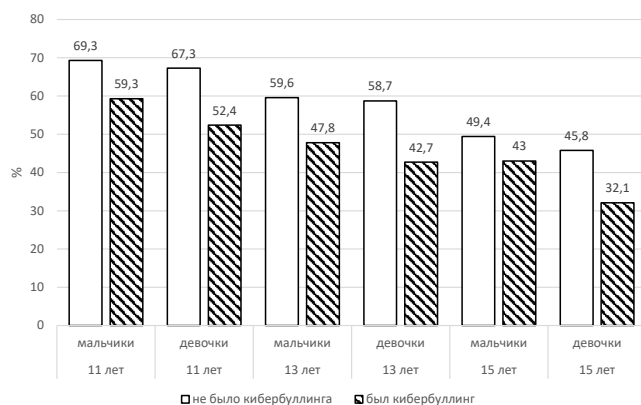


Рис. 3. Доля школьников, сообщивших, что получают необходимую моральную помощь и поддержку от семьи, в группах подвергавшихся и не подвергавшихся кибербуллингу (различия достоверны на уровне $p < 0,01$)

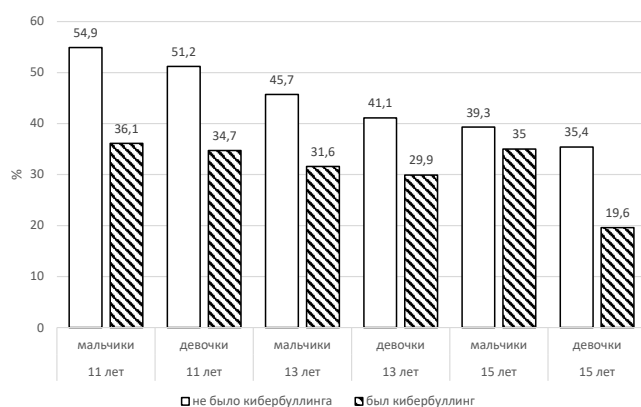


Рис. 4. Доля школьников, сообщивших, что они могут говорить о своих проблемах с семьей, в группах подвергавшихся и не подвергавшихся кибербуллингу (различия достоверны на уровне $p < 0,01$)

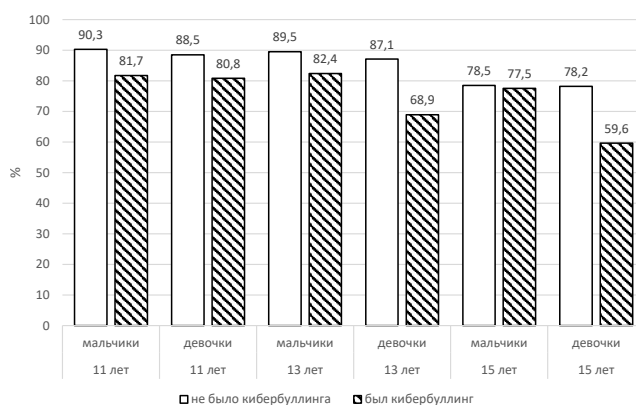


Рис. 5. Доля школьников, удовлетворенных своей жизнью (6 баллов и более по шкале Кантрила), в группах подвергавшихся и не подвергавшихся кибербуллингу (различия достоверны на уровне $p < 0,01$)

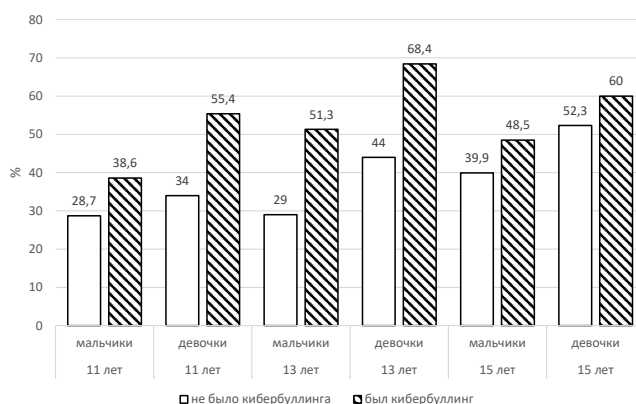


Рис. 6. Доля школьников, сообщивших о том, что их беспокоили вещи, которые их обычно не беспокоят, в группах подвергавшихся и не подвергавшихся кибербуллингу (различия достоверны на уровне $p < 0,01$)

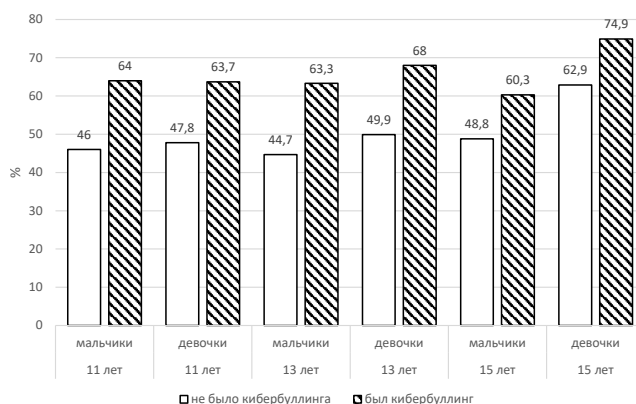


Рис. 7. Доля школьников, сообщивших, что им было сложно сосредоточиться на том, что они делают, в группах подвергавшихся и не подвергавшихся кибербуллингу (различия достоверны на уровне $p < 0,01$)

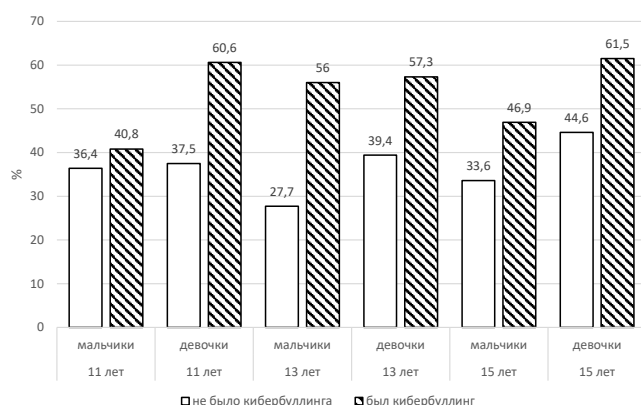


Рис. 8. Доля школьников, сообщивших, что их сон был беспокойным, в группах подвергавшихся и не подвергавшихся кибербуллингу (различия достоверны на уровне $p < 0,01$)

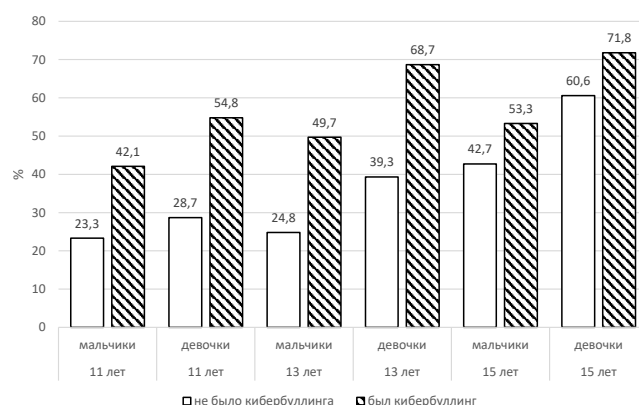


Рис. 11. Доля школьников, испытывавших чувство подавленности (на протяжении последних шести месяцев), в группах подвергавшихся и не подвергавшихся кибербуллингу (различия достоверны на уровне $p < 0,01$)

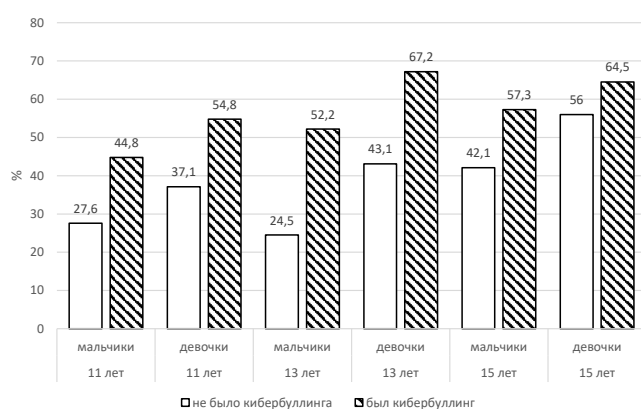


Рис. 9. Доля школьников, испытывавших чувство одиночества, в группах подвергавшихся и не подвергавшихся кибербуллингу (различия достоверны на уровне $p < 0,01$)

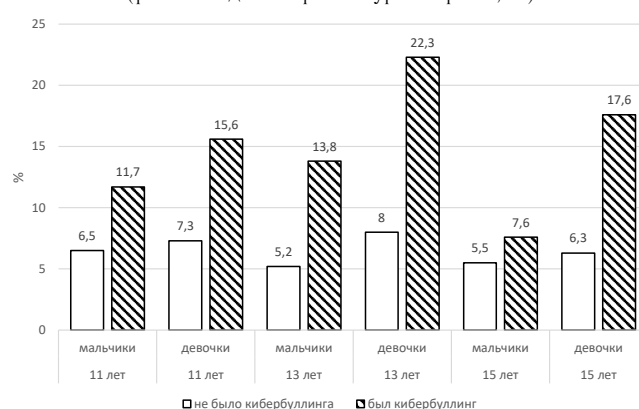


Рис. 12. Доля школьников, отмечавших ежедневные трудности с засыпанием (на протяжении последних шести месяцев), в группах подвергавшихся и не подвергавшихся кибербуллингу (различия достоверны на уровне $p < 0,01$)

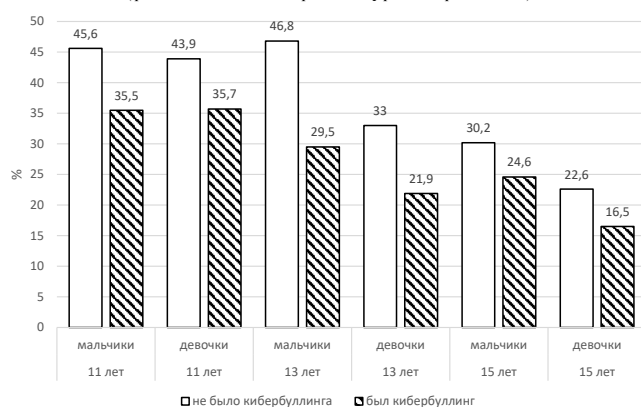


Рис. 10. Доля школьников, чувствовавших себя отдохнувшими после пробуждения ото сна, в группах подвергавшихся и не подвергавшихся кибербуллингу (различия достоверны на уровне $p < 0,01$)

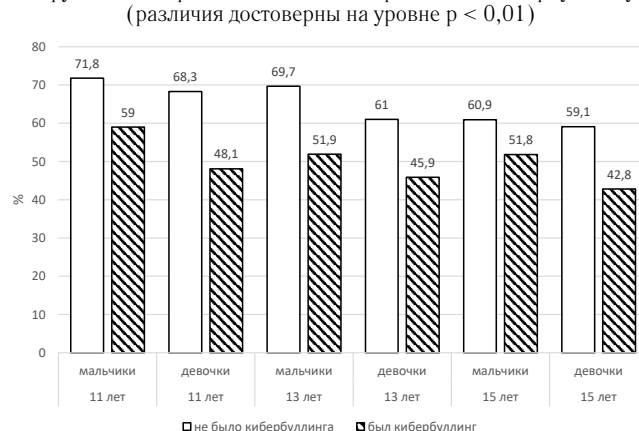


Рис. 13. Доля школьников, отмечавших, что одноклассники принимают их такими, какие они есть, в группах подвергавшихся и не подвергавшихся кибербуллингу (различия достоверны на уровне $p < 0,01$)

Библиографический список

1. Анохин П. К. Узловые вопросы теории функциональных систем. М.: Наука, 1980. 197 с.
2. Биосоциальная природа материнства и раннего детства / под ред. А. С. Батуева. СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2007. 374 с.

САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ КАК ПРЕДИКТОР СУИЦИДА

Пыrkova К. В., к.м.н., Красильникова А. М.,
ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»,
Казань, Российская Федерация

Аннотация

В данном теоретическом обзоре рассматривается самоповреждающее поведение у детей и подростков и возможность его использования как фактора прогнозирования и, соответственно, предотвращения развития суицидального поведения.

Ключевые слова

Самоповреждающее поведение, селфхарм, суицидальное поведение, предикторы суицида.

SELF-HARMING BEHAVIOR OF ADOLESCENTS AS A PREDICTOR OF SUICIDE

Pyrkova K. V., PhD (Medical Sciences), Krasilnikova A. M.,
Kazan (Volga region) Federal University,
Kazan, Russian Federation

Abstract

This theoretical review considers self-harming behavior in children and adolescents and the possibility of its use as a factor in predicting and, accordingly, preventing the development of suicidal behavior.

Key words

Self-harming behavior, self-harm, suicidal behavior, suicide predictors.

Самоповреждающее поведение является одной из распространенных дезадаптивных форм поведения, встречающейся у детей и подростков, и приводит к немедленным или долгосрочным вредным последствиям для их психического и физического состояния, а также выступает фактором риска для будущего суицидального поведения.

Суицидальные мысли, как правило, впервые появляются в подростковом возрасте, и их распространенность выше среди подростков по сравнению со всеми другими возрастными группами [5]. По оценкам, 30% подростков сообщают, что думали о самоубийстве в какой-либо момент своей жизни, но только небольшая часть тех, кто имеет суицидальные мысли и идеи, когда-либо попытается покончить жизнь самоубийством [3]. Несмотря на то, что самоубийства как причина смерти детей и подростков часто недооцениваются, она остается второй по значимости причиной смерти среди 15–29-летних [2]. Примерно треть подростков, которые имели суицидальные идеи, совершают попытку самоубийства [3]. Подростки часто осознанно транслируют собственные суицидальные идеи через социальные сети, в беседах с друзьями, и это может не замечаться и не восприниматься всерьез, что усугубляет сложившуюся ситуацию и может ускорить развитие суицидального поведения. Предшествующая попытка самоубийства является наиболее значимым фактором риска повтора суицида [19].

Суицидальные мысли встречаются в 15,8% у подростков с самоповреждающим поведением [7], а попытка самоу-

бийства в 9,2% [9]. В дополнение к тому, что несуицидальное поведение само по себе является опасным, оно выступает фактором риска для будущего суицидального поведения. Обычно подобное случается при длительно и регулярно совершаемой аутоагрессии, когда ситуация, вызвавшая такое поведение, не прекращается и не снижается ее значимость, и подростку не оказывается необходимая помощь.

Самоповреждающее поведение — это преднамеренный акт нанесения самому себе физического вреда при отсутствии сознательных суицидальных намерений. Оно может быть связано с попыткой человека облегчить собственное эмоциональное состояние. Селфхарм включает в себя порезы (ножом или бритвой), нанесение ссадин, самоударение, выдергивание волос, укусы, а также на первый взгляд очевидные: сознательное ограничение пищи, препятствие заживлению раны, намеренные действия, способствующие ухудшению состояния при болезни [8].

Обычно при актах самоповреждения используется более одного способа нанесения себе увечий, чаще в качестве частей тела, которые подвергаются повреждениям, выбираются руки, ноги и живот [10]. Частые места повреждений в данном случае являются показательными по причине того, что в отличие от встречающегося в обществе мнения о том, что самоповреждающее поведение является способом привлечения к себе внимания; места для самоповреждений выбираются незаметные, такие, которые можно было бы скрыть одеждой. Мета-анализ, проведенный группой ученых

из австралийского университета Квинсленда, показал, что среди подростков, не имеющих психических расстройств, распространенность несуицидальных самоповреждений составляет 17,2% [15].

Учеными Г. Бабикер и Л. Арнольд выделяются такие функции самоповреждающего поведения, как [1] регулирование эмоциональных переживаний, преобразование эмоционального дискомфорта в физическую боль, установление границ собственного тела, повышение чувства автономии и контроля, уменьшение диссоциативных переживаний и восстановление чувства реальности, самонаказание, наказание других людей и влияние на них, доказательство принадлежности к группе, получение положительных переживаний, эйфории (связано с выделением эндогенных опиоидов), избегание самоубийства.

Факторы риска самоповреждающего поведения у подростков: перфекционизм как черта личности, низкая самооценка, импульсивность, сложности с вербальным выражением эмоций (алекситимия), непереносимость стресса, гомосексуальная ориентация, проблемы с законом, совершенное над ним насилие, буллинга, самоповреждающее поведение среди членов семьи и друзей, отягощенность психическими расстройствами в семье, дисфункциональность семьи, социальная изоляция [14]. Также одной из причин, которая может привести к возникновению самоповреждающего поведения, является детский опыт жестокого обращения в семье [18].

Было проведено мало доказательных исследований, посвященных изучению различий причинения себе вреда с целью совершения самоубийства или несуицидального самоповреждения. В ходе пятилетнего исследования, проведенного среди учащихся норвежских средних школ, были выявлены факторы риска, объединяющие несуицидальное аутодеструктивное поведение и непосредственно суицидальные попытки [17]. Данные исследования показали, что аутодеструкция без суицидального умысла была связана с предшествующими несуицидальными самоповреждениями, ранним возрастом первого сексуального опыта и низкой удовлетворенностью поддержкой близких людей. Самоповреждение с суицидальными намерениями являлось следствием суицидальных идей, нарушений в поведении и низкого уровня родительской заботы. Данное исследование иллюстрирует тот факт, что дети зачастую повреждают себя (не имеет значение, совершаются ли эти действия с намерением умереть или нет) в связи с нарушениями социального взаимодействия, искажением семейных связей, что приводит к ослаблению адаптивных возможностей ребенка, его социальной дезинтеграции — путь для формирования неустойчивой личности, неспособной преодолевать внешние трудности.

Девушки с большей вероятностью сообщали о причинении себе вреда, чем юноши; 81,2 и 79,4% из тех, кто повреждал себя с суицидальным намерением и без него, были женщинами. По данным исследования, проведенного М. К. Ноком и его соавторами, распространенность идей самоубийства среди подростков равняется 12,1%, планов — 4,0%, попыток — 4,1% [13]. При этом одна треть (33,4%) подростков, которые имели суицидальные идеи, переходили к разработке плана самоубийства, а 33,9% совершали непосредственно попытки самоубийства. Идеация самоубийства, определяемая как размышление или планирование

суицидального поведения с намерением закончить свою жизнь, предсказывает попытки самоубийства. Результаты исследования подтверждают данное высказывание, 60% первых попыток суицида возникают запланировано (57% среди мальчиков и 66% среди девочек). При этом меньшая часть суицидов является незапланированной (40%) и, скорее всего, представляет собой реактивную поведенческую реакцию в ответ на резкую аффективную дисрегуляцию. Все эти оценки распространенности выше среди девочек, чем среди мальчиков, что предположительно говорит лишь о том, что девочки могут больше распространяться о своих планах в отношении самоубийства. Значимым защитным фактором является гармония в семье: родители, живущие вместе и поддерживающие друг друга. Можно также отметить, что проживание с биологическими родителями, наличие братьев и сестер существенно снижает шансы суицидального самоповреждения [4].

Таким образом, выявление факторов, повышающих вероятность перехода от идеологии к попыткам самоубийства, имеет первостепенное значение для усилий профилактических мер, направленных на предотвращение подростковых суицидов. Согласно теории приобретенной способности к самоубийству человек должен не только желать покончить со своей жизнью, но и преодолеть страх и боль, связанные с причинением вреда самому себе, уменьшить инстинкты самосохранения [6]. Несуицидальное самоповреждение, в свою очередь, в достаточной мере десенсибилизирует личность к страху и боли, что повышает риск суицидальной попытки. Подросток привыкает к неприятным ощущениям, виду крови, и это снижает у него страх перед смертью — это подтверждают исследования о том, что подростки с историей как попыток самоубийства, так и несуицидального самоповреждения сообщают о меньшем уровне страха перед суицидальным поведением, чем подростки с попытками самоубийства и без истории самоповреждения [11]. С этим связано наше предположение о том, что длительное регулярное самоповреждение во многих случаях приводит к самоубийству, потому что подросток каждое самоповреждение может воспринимать как подготовку к суициду. Также данные исследования Нока могут частично подтвердить наше предположение. Он выявил, что более длительная продолжительность самоповреждающего поведения связана с более частыми попытками самоубийств [12].

Совсем недавно единственный мета-анализ на сегодняшний день по этой теме показал, что наличие у подростка в анамнезе буллинга связано с повышенным риском суицидальных мыслей и попыток самоубийства [16]. Проблема буллинга в целом приводит к возникновению у ребенка большого количества психологических проблем. Мнение референтной группы, обычно в ее качестве выступает школьный класс, становится очень важным, буквально первостепенным, и подросток всеми силами пытается добиться принятия его в эту группу. Однако если же подросток не принимается группой таким, какой он есть, и ее члены совершают всяческого рода насилие над ним в попытках унижить и подорвать собственный авторитет, то это приводит к резкому нарушению социализации подростка и может закончиться самоубийством.

Такие результаты указывают на то, что самоповреждающее поведение часто предшествует развитию суицидальных

мыслей, намерений и планов. К тому же регулярные самоповреждения десенсибилизируют нервную систему ребенка, что впоследствии приводит к тому, что страх перед смертью уменьшается и может развиться суицидальное поведение. Мы предполагаем, что, несмотря на различие механизмов и этиологии суицидального поведения и несуйцидального

самоповреждения, они должны рассматриваться как находящиеся в одном континууме. Самоповреждающее поведение, особенно когда начинается рано и совершается регулярно, является наибольшим риском для совершения в последующем самоубийства, поэтому на него должно быть обращено особое внимание.

Библиографический список

1. Babiker G., Arnold L. Autoagresja, mowa zranionego ciała. Gdansk.: Gdansk Psychological Publishing House, 2003. 220 с.
2. Duerden E., Oakley H., Mak-Fan K., et al. Risk factors associated with self-injurious behaviors in children and adolescents with autism spectrum disorders // Journal of Autism and Developmental Disorders. 2002. № 42. P. 2490–2470.
3. Hawton K., Rodham K., Deeks J. Evans E. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies // Suicide Life Threat Behav. 2005. № 35. P. 239–250.
4. Goodman M., Tomas I. A., Temes C. M., et al. Suicide attempts and self-injurious behaviours in adolescent and adult patients with borderline personality disorder // Personal Ment Health. 2017. № 11. P. 157–163.
5. Haw C., Hawton K., Sutton L., et al. Schizophrenia and deliberate self-harm: a systematic review of risk factors // Suicide Life Threat Behav. 2005. № 35. P. 52–62.
6. Joiner J. Why people die by suicide. Cambridge, MA: Harvard University, 2005. 287 p.
7. Kidger J., Heron J., Lewis G., et al. Adolescent self-harm and suicidal thoughts in the ALSPAC cohort: a self-report survey in England // BMC Psychiatry. 2012. № 12. P. 69.
8. Klonsky E. D. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence // Clin Psychol Rev. 2007. № 27. P. 226–239.
9. Kokkevi A., Rotsika V., Arapaki A. Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries // J. Child Psychol Psychiatry Allied Discip. 2012. № 53. P. 381–389.
10. Lloyd-Richardson E. E., Perrine N., Dierker L., Kelley M. L. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents // Psychol. Med. 2007. № 37. P. 1183–1192.
11. Muehlenkamp J. J., Gutierrez P. M. Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury // Arch Suicide Res. 2007. № 11. P. 69–82.
12. Nock M. K., Borges G., Bromet E. J., et al. Suicide and suicidal behaviour // Epidemiol Rev. 2008. № 30. P. 133–154.
13. Nock M. K. Why do People Hurt Themselves? New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury // Curr Dir Psychol Sci. 2009. № 18. P. 78–83.
14. Stallard P., Spears M., Montgomery A. A., et al. Self-harm in young adolescents (12–16 years): onset and short-term continuation in a community sample // BMC Psychiatry. 2013. № 13. P. 328.
15. Swannell S. V., Martin G. E., Page A., et al. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression // Suicide Life Threat Behav. 2014. № 44. P. 273–303.
16. Geel van M., Vedder P., Tanilon J. Relationship between peer victimization, cyberbullying, and suicide in children and adolescents: a meta-analysis // JAMA Pediatr. 2014. № 168. P. 435–442.
17. Wichstrøm L. Predictors of non-suicidal self-injury versus attempted suicide: similar or different? // Arch. Suicide Res. 2009. № 13. P. 105–122.
18. Widom C. S., DuMont K., Czaja S. J. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up // Archives of General Psychiatry. 2007. № 64. P. 49–56.
19. World Health Organisation. Preventing suicide: A global imperative. 2014 [Электронный ресурс]. URL: http://www.who.int/mental_health/suicideprevention/world_report_2014/en/ (дата обращения: 20.03.2019).

СОВРЕМЕННАЯ СПЕЦИФИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Решетников М. М., д.псих.н., к.м.н., профессор. заслуженный деятель науки РФ, ректор,
ЧОУВО «Восточно-Европейский Институт психоанализа»,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Аннотация

В статье рассматриваются традиционные и новые формы суицидального поведения. Особое внимание уделяется таким феноменологиям, как суициды подростков, «группы смерти» и «суицидальный терроризм». Если ранее суицид практически всегда описывался как единичный случай отдельного человека, осуществляемый самостоятельно и добровольно, то в последние десятилетия появились сотни случаев, когда суициденты убивали не только себя, но одновременно демонстративно уничтожали десятки и даже сотни ни в чем не повинных людей. Обобщаются результаты психоаналитических исследований случаев суицидального поведения. Затрагиваются вопросы утраты смыслов и извращение идеологических установок в современном обществе, как одни из ведущих причин роста агрессивного и суицидального поведения.

Ключевые слова

Суицид, группы смерти, суицидальный терроризм, мотивы суицидального поведения, утрата смыслов.

MODERN SPECIFICS OF SUICIDAL BEHAVIOR

Reshetnikov M. M.,

Doctor of Psychology, PhD (Medical Sciences), Professor, Meritorious Scientist of Russia, Rector,
East-European Psychoanalytic Institute,
St.-Petersburg, Russian Federation

Abstract

The paper discusses traditional and new forms of suicidal behavior. Special attention is paid to such phenomenology as the adolescent suicides, the “group of death” and “suicide terrorism.” If earlier suicide was almost always described as an isolated case of an individual, carried out independently and voluntarily, in recent decades there have been hundreds of cases when suicidants killed not only themselves, but at the same time defiantly killed dozens or even hundreds of innocent people. The results of psychoanalytic studies of suicidal behavior are analyzed. The issues of loss of meaning and perversion of ideological attitudes in modern society, as one of the leading causes of the growth of aggressive and suicidal behavior, are discussed.

Key words

Suicide, death groups, suicide terrorism, motives of suicidal behavior, loss of meaning.

*Есть много способов расстаться с жизнью.
Лучший из них — продолжать жить.*

В этом материале мы обратимся прежде всего к печальному российскому опыту, исходя из того, что наша страна уже несколько десятилетий устойчиво занимает «призовые места» по числу суицидов на 100 тыс. населения. Тем не менее сразу констатируем, что феноменология суицидального поведения в целом в XXI в. (не только в России) претерпела определенные трансформации и начала качественно меняться.

Главная и самая удручающая специфика состоит в росте детского и подросткового суицида. Что касается детского, то здесь основные причины лежат «на поверхности» и в первую очередь связаны с разрушением института традиционной семьи. Имеется в виду распад браков и расставания с одним или обоими родителями, с которыми ребенок все еще связан «психологической пуповиной». Второй негативный фактор — это резкое снижение объема времени, которое родители уделяют малолетним детям, заменяя родительскую любовь и внимание на предостав-

ление ребенку сомнительных электронных развлечений и неодушевленных гаджетов.

Подростковый и юношеский суицид объясняется юношеским максимализмом, кризисом идеалов и отсутствием идеологии, или, точнее, объяснительной системы современности. Общество находится в условиях глубокого когнитивного диссонанса. Значительная часть социума, включая его молодежную часть (родившуюся после 1991 г.) демонстрирует приверженность традиционным идеалам российского (дореволюционного и социалистического) строя, которые явно не вписываются в современную модель моральных и общественно-экономических отношений, а кризис идеалов во многих случаях провоцирует почти клинический вариант «временного помешательства».

В 2010-х годах особое внимание специалистов вызвало появлением хэштегов «групп смерти», популяризирующих в социальных сетях суицид и способы ухода из жизни. В ноябре 2016 г. по обвинению в подстрекательстве и доведении

подростков до самоубийства был арестован один из самых известных организаторов таких групп Филипп Будейкин (группа «Синий кит»). В интервью питерской газете этот недоучка-психолог на вопрос, действительно ли он подталкивал подростков к смерти, ответил: «Да. Я действительно это делал. Не волнуйся, ты все поймешь. Все поймут. Они умирали счастливыми. Я дарил им то, чего у них не было в реальной жизни: тепло, понимание, связь».

В целом последняя фраза, вне сомнения, страдающего психическим расстройством юноши достаточно адекватно описывает дефицит определенных чувств и одни из ведущих мотивов суицида у подростков. В первую очередь следовало бы выделить несформированное чувство привязанности, из которого затем произрастает взаимопонимание и теплота межличностных отношений. Все эти чувства формируются только в нормально функционирующей семье. А о кризисе современной семьи уже упоминалось.

История психиатрии предоставляет множество подтверждений тому, что маниакальные личности склонны настойчиво и предельно искренне проповедовать свои идеи, в том числе порочные и человеконенавистнические, и иногда им это удается (достаточно вспомнить крестовые походы детей к Гробу Господню).

Однако до 1980-х гг. встреча с маньяком была редким и случайным событием, которое поджидало всегда более внушаемых, чем зрелые личности, детей и подростков на улице. Интернет не только ввел этих маньяков в наши дома (от ветхих жилищ до фешенебельных усадеб), но и сделал их полноправными членами наших семей, иногда даже более авторитетными и влиятельными, чем неспособные уделить ребенку достаточно времени и внимания родители. Как мной уже обосновывалось, ребенок любит не игру, а того, кто с ним играет. А современные дети с дошкольного возраста играют не в машинки и куклы, и не с мамами и папами, а с гаджетами.

В итоге компьютер становится самым любимым объектом, удовлетворяющим потребность ребенка в общении, и тем почти живым существом, которому бесконечно доверяют, к которому привязываются и которому хотят понравиться, — так же как предшествующие поколения старались демонстрировать послушание, чтобы заслужить любовь родителей. Мы явно недооцениваем эту любовную связь детей и компьютеров.

А создатели групп смерти действуют достаточно психологично, с ориентацией на подростков, предрасположенных к интроверсии и испытывающих чувство одиночества. В обращениях к таким респондентам достаточно часто используются фразы типа: «Это группа для тех, кого никто не понимает, у кого есть свой голос и кто хочет быть услышанным...»

Здесь нужно отметить еще одну специфику. В доинтернетную эпоху побуждение к суициду носило личностно окрашенный и, как правило, корыстный характер, направленный на кого-то из ближайшего окружения (в борьбе за наследство, любовный, социальный или материальный статус и т.д.). В данном же случае речь идет о подстрекательстве к самоубийству совершенно незнакомых юношей и девушек, единственным мотивом которого является удовлетворение своего патологического стремления к власти над поведением и жизнью других людей, осуществляемом, по сути, анонимно.

Нужно констатировать, что в обществе сложилась определенная мода на суицид, далеко не всегда оцениваемая однозначно. К категории «суицидального поведения» следует отнести движение руферов, зацеперов и тому подобных; а также увлечение вполне благополучных людей экстремальными видами спорта. Пусть кого-то это удивит, но к одним из проявлений склонности к самоповреждению можно отнести и массовое увлечение тату.

Дополнительно нужно отметить, что в отличие от определения ВОЗ (2011), утверждающего, что «самоубийство есть результат сознательных действий со стороны определенного человека», молодые суициденты в большинстве случаев действуют абсолютно спонтанно, побуждаемые чувствами, аффектами и бессознательными мотивами.

Случаи полного осознания своих действий характерны почти исключительно для так называемых альтруистических самоубийств неизлечимо больных пожилых, основным мотивом которых является желание избавления от излишних страданий как себя самого, так и своих близких. В других случаях такие «альтруистические суициды» были следствием бегства от позора, которые в порой имели место у ВИЧ-инфицированных в период бездумной стигматизации таких пациентов. Однако применительно к суицидам пожилых не стоит забывать и о таком факторе, как беспросветная нищета, запущенность и заброшенность стариков.

О мотиве соперничества. В начале XX в. исследование этого мотива было наиболее убедительно обосновано при исследовании суицидов студентов венских университетов, где безусловными лидерами оказались молодые люди творческих профессий — музыканты и художники. Мотив можно было бы обозначить как «комплекс Сальери» — талантливого, но не такого талантливого, как Моцарт. Тогда же Вильгельм Штекель сформулировал тезис о том, что «Себя не убивает тот, кто не хочет убить другого». Мне известны несколько случаев, когда молодые люди кончали жизнь самоубийством перед дверью дома или квартиры оставивших их бывших возлюбленных.

Ранее суицид практически всегда описывался как единственный случай отдельного человека и трагедия его ближайшего окружения. Но сейчас уже описаны сотни качественно иных случаев. Самым потрясающим из них стала недавняя трагедия рейса А320 (24.03.2015), когда страдающий психическим расстройством пилот Андреас Лубиц, совершая суицид, умышлено направил авиалайнер в склон горы, «захватив с собой» 144 пассажира и 6 членов экипажа.

Это, безусловно, качественно иное проявление человеческой агрессивности и ее частного случая — человеконенавистнической суицидальности, которая пока недостаточно исследована. Давайте подумаем: а что будет, если какой-то суицидент, принадлежащий, как и пилот Лубиц, к категории субъектов высоких технологий, например оператор атомной станции, оператор пуска баллистических ракет или даже оператор обычной плотины, захочет «прихватить» с собой несколько тысяч или несколько миллионов других?

Мотив таких преступных действий, скорее всего, связан с извращенной жадой признания, нарциссической переоценкой собственной личности и желанием — пусть и посмертной — но славы. Кого бы, кроме местной полиции, заинтересовал,

например, суицид Любича в своей квартире? А так — он получил всемирную известность. Его случай изучают тысячи специалистов.

Одно из дополнительных объяснений подобным вариантам поведения дал в 2011 г. наш американский коллега профессор Джеймс Фокс, который констатировал: «В американском обществе существует определенное число людей, которые озлоблены на окружающий мир, полностью им разочарованы, считают свою жизнь разрушенной и не хотят больше жить. Эти люди испытывают недостаток эмоциональной поддержки со стороны семьи и друзей. И решают жестоко отомстить тем, кто, по их мнению, несет ответственность за их неудачи и не дает им шанса справиться с жизненными проблемами. Выбирая между суицидом и кровавой расправой, они, как правило, выбирают и то, и другое»¹. Думаю, эта ситуация характерна не только для США.

Еще в 1960-е гг. Виктор Франкл констатировал распространение в самых широких слоях населения утраты смысла жизни. Согласно приведенной им статистике, при этом возрастает уровень депрессивности, наркоманий, алкоголизма и агрессивности, в том числе — аутоагрессии. В процессе протяженной дискуссии питерских ученых (в начале 2000-х гг.) ее участники пришли к выводу, что смыслы жизни не находятся, а привносятся — выдающимися мыслителями, такими как Вольтер, Дидро, Руссо, Локк, Гоббс или даже Маркс. Кроме того, было обосновано, что смыслы появляются только тогда, когда у каждого конкретного человека есть какая-то благая или даже иллюзорная цель, которая выходит далеко за рамки его повседневного существования и объединяет его с другими людьми. Есть ли у нас как у Человечества или хотя бы как у граждан конкретной страны такие идеи и цели? Есть ли где-то выдающиеся мыслители современности, идеи которых способны объединить нас всех?

Понятие идеологии сейчас стало некоей табуированной темой. И некоторые считают, что сейчас нет никакой идеологии.

Это не так (к этому тезису мы еще вернемся). Но вначале о роли идеологии. Во-первых, у любой идеологии есть две главных функции: 1) она должна быть объяснительной системой, направленной на сглаживание противоречий; 2) она должна придавать смыслы повседневному бытию и объединять этими смыслами всех граждан страны, а также предлагать позитивный образ будущего.

В 1991 году наш народ получил мощнейшую общенациональную психическую травму — травму утраты смыслов и веры. И в 1992 году был зафиксирован пик частоты суицидов в России — 46,1 на 100 тыс. населения, который затем постепенно снижался и к 2012 г. составил 22,4. Существует множество исследований, где анализируется связь уровня суицидов с экологическими и экономическими факторами, национальными традициями и особенностями, чего нельзя сказать о социально-психологических факторах и смыслах бытия, которые давно отсутствуют в программах и платформах практически всех партий.

В настоящее время большинство социологов и даже политиков, включая членов Правительства РФ, констатируют, что противоречия в обществе, расслоение по материальному статусу и духовным основам единства общества нарастают. В целом нужно признать, что такие процессы характерны не только для России, а для всего мира, где постепенно все большую популярность набирают идеи справедливости и борьбы с несправедливостью. Фактически же эта борьба ведется против новой — никем не провозглашенной, но активно действующей идеологии. Если сформулировать ее смысл предельно кратко — это безудержная конкуренция, борьба всех против всех, сакрализация материального успеха и товарный фетишизм. Великие гуманисты ужаснулись бы такому итогу частного предпринимательства, свободной конкуренции и демократии, все более явно превращающейся в демократизм.

Библиографический список

1. Адлер А. Влечение к агрессии в жизни и в неврозе // Отчет о первом частном Психоаналитической собрании в Зальцбурге 27 апреля 1908 года / сост. и реф. Отто Ранк ; пер. с нем. Ижевск: ERGO, 2011. С. 27–28.
2. Бехтерев В. М. О причинах самоубийства и возможной борьбе с ним // Попов Ю. В., Пичиков А. А. Суицидальное поведение у подростков. СПб.: СпецЛит, 2017. С. 8–44.
3. Попов Ю. В., Пичиков А. А. Суицидальное поведение у подростков. СПб.: СпецЛит, 2017.
4. Решетников М. М. Два случая злоупотребления одним пациентом // Решетников М. М. Трудности и типичные ошибки начала терапии. 2-е изд. М.: Юрайт, 2017. С. 225–240.
5. Решетников М. М. Интолерантность и терроризм в Европе // Идея ненасилия в XXI веке. Сборник научных докладов. Пермь: ПГУ, 2006. С. 226–273.
6. Суициды в России и в Европе / под ред. Б. С. Положего. М.: Медицинское информационное агентство, 2016. 212 с.
7. Суицидология: прошлое и настоящее: Проблема самоубийств в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. 2-е изд., стер. М.: Когито-Центр, 2013. 569 с.
8. Фрейд З. Почему война. Переписка с Альбертом Эйнштейном, сентябрь 1932 // Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия. М., 1992. С. 325–337.
9. Фрейд З. Собр. соч.: В 26 т. Т. 4. Навязчивые состояния. Человек-краса. Человек-волк / пер. с нем. С. Панкова. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2007. 320 с.
10. Франкл В. Страдания от бессмысленности жизни. Сибирское университетское издательство, 2019. 95 с.
11. Штекель В. Об истерии страха // Отчет о первом частном Психоаналитической собрании в Зальцбурге 27 апреля 1908 года / сост. и реф. Отто Ранк ; пер. с нем. Ижевск: ERGO, 2011. С. 23.

¹ Интервью проф. Дж. Фокса «Российской газете» от 15.12.2012 в связи с очередной массовой бойней в начальной школе «Сэнди Хук» (США), когда были расстреляны 28 человек, в том числе 20 детей в возрасте от 5 до 10 лет.

ПОДРОСТКОВЫЕ СУИЦИДЫ: СТРЕСС-УЯЗВИМОСТЬ В ОБЩЕСТВЕ ПОСТМОДЕРНА

Розанов В. А.¹, д.м.н., профессор, **Рахимкулова А. С.²**, нейропсихолог,

¹ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет»,

Санкт-Петербург, Российская Федерация

²Москва, Российская Федерация

Аннотация

В последние десятилетия наблюдается рост суицидов среди самых молодых в самых разных странах и регионах. Современное понимание подростковых суицидов базируется на нейробиологических представлениях о стресс-уязвимости, которая проявляет себя при воздействии стрессоров социальной среды. Общество постмодерна характеризуется целым рядом черт, усиливающих ощущение субъективно переживаемого стресса, и нарастание роли постмодернизма в современном мире может объяснять рост суицидов.

Ключевые слова

Подростки, суицидальное поведение, психосоциальный стресс, постмодернизм.

ADOLESCENT SUICIDES: STRESS VULNERABILITY IN POST-MODERN SOCIETY

Rozanov V. A.¹, Doctor of Medical Sciences, Professor,

Rakhimkulova A. S.², neuropsychologist,

¹Saint-Petersburg State University,

Saint-Petersburg, Russian Federation

²Moscow, Russian Federation

Abstract

Increase in suicides among the youngest in various countries and regions is registered. A modern understanding of adolescents' suicides is based on neurobiological concept of stress-vulnerability, which expresses itself under social stressors. The postmodern society is bearing many features that enhance subjectively experienced stress, thus growing role of postmodernism may explain rise of suicides.

Kew words

Adolescents, suicidal behaviors, psycho-social stress, postmodernism.

Статистические данные дают основания утверждать, что ситуация с самоубийствами среди подростков в течение последних 30–40 лет в глобальном масштабе ухудшается. Эти процессы идут с разной выраженностью в зависимости от страны, региона или этнокультурной группы, и Россия в этом отношении не является исключением. Все это происходит на фоне того, что во многих странах за этот же период уровни самоубийств среди других возрастных групп в основном снижаются или по крайней мере не растут [1–3]. Самые последние публикации подтверждают продолжающийся рост суицидов и попыток среди подростков и молодежи в первых декадах нынешнего столетия [4, 5]. Все это требует рационального объяснения.

В последние годы благодаря синтезу представлений психологического, психофизиологического и нейробиологического характера получили распространение интегративные модели, объясняющие склонность к суициду взаимодействием биологических, клинических, психологических и социальных факторов [6–8]. Для понимания причин роста распростра-

ненности суицида в этой группе нужен системный подход, с учетом комплекса всех действующих факторов и их взаимодействий между собой.

Часто основной причиной самоубийства подростка является психическая патология, особенно в старшей возрастной группе молодых взрослых [7, 9, 10]. В то же время у многих подростков наблюдаются лишь отдельные симптомы, которые выглядят как психологические или предпатологические особенности и акцентуации. В силу этого подростковые суициды — это в основном сфера «пограничной» психиатрии, острых невротических реакций, расстройств адаптации и психологических особенностей личности [10]. Эти особенности подростков сочетаются и тесно взаимодействуют с социальными факторами (включая социополитический и экономический контекст), экзистенциальными переживаниями, а также с более широкими культурными, историческими, мифологическими и духовными факторами, несущими в себе как традиционный, так и модернизационный заряд [11].

В данном контексте наибольшее внимание привлекает концепция стресс-уязвимости или стресс-диатеза, трактующая это явление как следствие траектории развития организма и взаимодействия генов и среды [12, 13]. Ранние этапы развития, пройденные в неблагоприятных условиях, за счет эпигенетических феноменов формируют стиль стресс-реагирования на длительный период, практически на всю оставшуюся жизнь [14]. Ключевое значение при этом имеют процессы формирования головного мозга, его структур и отделов, взаимоотношений между ними, более тонких клеточных механизмов, определяющих цитоархитектонику нервных структур. Так, у подростков с депрессией и суицидальным поведением отмечаются нарушения нейрон-глиальных индексов в префронтальной коре и гиппокампе, изменения плотности серого вещества в орбитофронтальной коре, передней поясной извилине и некоторых других отделах мозга, а также изменения плотности пучков белого вещества, интегрирующих критически важные его отделы [4, 12, 14, 15]. В итоге именно эти структурные особенности в сочетании с неравномерностью созревания мозговых структур (лимбической системы и корковых фронтальных отделов), по мнению многих авторов, становятся причиной когнитивных дисбалансов (ригидность мышления, ошибки принятия решений, неадекватность оценок ситуации) и эмоциональных всплесков (агрессия, тревога, депрессивные переживания) [14, 15]. Другие особенности подростков, в частности их стремление к независимости и взрослению, становятся причиной, ограничивающей обращение за помощью в сложных ситуациях [6, 7, 11].

Все эти новые и, безусловно, важные знания и представления тем не менее должны оцениваться в контексте конкретной социальной и культурно-исторической ситуации. Каждая новая эпоха формирует свои нарративы, мифологические конструкты и философские обоснования и трактовки происходящего. Мы полагаем, что правы те, кто связывает рост суицидов среди подростков в последние десятилетия с изменившейся социально-информационной моделью и усилением влияния факторов постмодерна [11, 16]. Эти факторы пронизывают всю общественную жизнь и все личное ментальное пространство молодых людей, живущих по большей части в виртуальном мире и обменивающихся в нем смыслами и эмоциями.

Точного определения постмодерна как социально-политического или психологического феномена нет, в самом общем виде считается, что постмодернизм знаменует собой новую эпоху, следующую вслед за модернизмом, временные рамки которого связывают со второй половиной XX в. В новом времени постмодернизм проявляет себя в искусстве, архитектуре и философии, т.е. в творчестве и критическом дискурсе. В философском словаре делается акцент на то, что в эпоху постмодерна подвергаются сомнениям и критике многие, если не все маркеры «нормальности» — оптимизм, идентичность, исторический прогресс, однозначность и уверенность [17].

Применительно к психиатрии и психологии сущность постмодернизма анализировал Louis A. Sass в своей недавно переизданной монографии *Madness And Modernism: Insanity In The Light Of Modern Art, Literature, And Thought* [18]. В ней автор выдвигает и защищает положение о том, что шизофрения и модернизм демонстрируют значительное

сходство в таких проявлениях, как фрагментарность, отрицание всевозможных авторитетов, множественность точек зрения и отторжение внешнего мира в пользу «всемогушего» Я, вплоть до потери своего Я [18].

В эпоху постмодерна на смену таким качествам, как оптимизм, положительные эмоции и радость жизни, приходят ирония, цинизм и сарказм, на которые формируется определенная мода в подростковой среде. При этом нужно понимать, что чаще всего эти внешние проявления становятся маской, которая позволяет подростку прикрыть страдание и возвыситься как над сверстниками, так и над старшими, которые больше неспособны служить ролевыми моделями. Из негативных чувств постмодернистской культуры наиболее прочно у подростков укореняются чувства страха, скуки (как потери интереса к окружающему) и цинизма. Но за подростковым цинизмом часто стоят незрелые эмоциональные переживания и страх перед будущим, из-за чего сильнее проявляется потребность объединения со «своими» против «не своих». Это проявление естественной потребности подростков в принадлежности к группе трансформируется под влиянием доминирования негативных эмоций и может приводить подростка, согласно модели подросткового суицида David Lester, к специфической субкультуре, где пропагандируются депрессивные переживания и самоповреждения [19].

Можно полагать, что за всем этим стоит переживаемый подростками хронический стресс, заставляющий искать социальной поддержки. В то же время вместо социального принятия и принадлежности у подростка часто возникает ощущение одиночества. Современное одиночество — это одиночество в толпе, в социальных сетях, полных конфликтов и взаимного неприятия, и при этом в условиях нарастающего разрыва между поколениями. От этих переживаний недалеко и до чувства заброшенности и обузы для окружающих, положенных в основу межличностной теории суицида Thomas Joiner [20].

Необходимо также учитывать, что современная культура постмодерна стимулирует потребительство, конкуренцию, индивидуализм и материализм в противоположность самоограничению потребностей, коллективизму и духовности [21]. Потребительство постмодерна, эгоцентричный консюмеризм и власть вещей закрепляют в структуре личности подростков завышенные притязания и, как следствие, нереалистичные ожидания от будущего, от чего остается один шаг до фрустраций и разочарования в жизни. Можно уверенно утверждать, что все это добавляет подростку субъективного ощущения стресса, столь характерного для современного общества потребления; по данным опросов до 50% подростков с различной частотой испытывают стресс [22].

Многие авторы также обращают внимание на то, что исчезновение «центральности» мира в культуре постмодерна неминуемо влечет за собой активизацию всяческой девиантности [23]. Постмодернизм ведет к атомизации общества и предусматривает расширительную трактовку прав индивидуума и девиантных меньшинств, включая право индивидуума на модификацию своего тела и в итоге право на самоубийство как таковое (право умереть вместо обязанности жить). [3, 24]. Одновременно происходит вытеснение существовавших веками традиционных запретов на употребление психоактивных препаратов, на любые пато-

логические влечения, зависимости и сексуальные девиации. Все это сказывается в первую очередь на подростках. Стоит также отметить, что постмодерн предлагает, используя средства массовой культуры, превратить любые социальные и психологические проблемы в театр или игру, придав им удобоваримые эстетические характеристики. Это явление, получившее название «артизации» или «игрофикации», может оказывать влияние на вовлечение подростков в суицидальные игры в сети [25].

Подростки любой эпохи бунтовали против «предков» с их традициями, это часть взросления и формирования идентичности. Но, как утверждает А. Besley, никогда еще

разрыв поколений не был так глубок. Возникает ощущение, что подростки постмодерна разрывают связь не только со своей семьей, они разрывают связь с культурой и историческим опытом в целом. Отвергая уроки прошлого человечества, они лишаются генетического и коллективного сознания и остаются с миром и с самими собой один на один [36]. Это, несомненно, порождает более высокий уровень субъективно ощущаемого стресса, взаимодействие которого с нейробиологическими механизмами стресс-уязвимости предлагает объяснение наблюдаемым глобальным тенденциям подростковых суицидов.

Библиографический список

1. Brown P. Choosing to die a growing epidemic among the young // Bull. WHO. 2001. 79 (12). P. 1175–1177.
2. Rutz E. M., Wasserman D. Trends in adolescent suicide mortality in the WHO European Region // Europ. Child. Adolesc. Psychiatry. 2004. 13 (5). P. 321–331.
3. Розанов В. А. Самоубийства среди детей и подростков что происходит и в чем причина? // Суицидология. 2014. 5 (17). С. 16–31.
4. Schiavone S., Trabace L., Curtis L. Suicidal behaviour in young adults: A literature overview on neurobiological, epidemiological and psychosocial aspects // J. J. Psych. Behav. Sci. 2016. 2 (1). P. 012.
5. Youth Risk Behavior Survey. Data Summary and Trends Report 2007–2017. CDC. 2018. 90 p.
6. Pfeffer C. R. Suicidal behavior in children: an emphasis on developmental influences. In: K. Hawton, K., van Heeringen (eds) // The International Handbook on Suicide and Attempted Suicide. NY: Wiley, 2000. P. 237–248.
7. Orbach I., Iohan-Barak M. Psychopathology and risk factors for suicide in the young. In: D. Wasserman and C. Wasserman (eds) // Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention. NY: Oxford University Press, 2009. P. 633–641.
8. Положий Б. С. Концептуальная модель суицидального поведения // Суицидология. 2015. 6 (18). С. 3–7.
9. Холмогорова А. Б., Воликова С. В. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра // Мед. психология в России: электрон. науч. журн. 2012. № 2.
10. Банников Г. С., Павлова Т. С., Кошкин К. А. и др. Потенциальные и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы) // Суицидология. 2015. № 6, 4 (21). С. 21–32.
11. Kalmár S. The possibilities of suicide prevention in adolescents. A holistic approach to protective and risk factors // Neuropsychopharmacol. Hungarica. 2013. 15 (1). P. 27–39.
12. Heeringen, van K., Mann J. J. The neurobiology of suicide // The Lancet Psychiatry. 2014. 1 (1). P. 63–72.
13. Wasserman D. A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process // D. Wasserman (ed.) Suicide. An Unnecessary Death. London: Martin Duniz, 2001. P. 13–27.
14. Turecki G. Epigenetics and suicidal behavior research pathways // Am. J. Prev. Med. 2014. 47. S. 144–151.
15. Martin P. C., Zimmer T. J., Pan L. A. Magnetic resonance imaging markers of suicide attempt and suicide risk in adolescents // CNS Spectr. 2015. 20 (4). P. 355–358.
16. Picazo-Zappino J. Suicide among children and adolescents: a review // Actas. Esp. Psiquiatr. 2014. 42 (3). P. 125–132.
17. Aylesworth G. Postmodernism. The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Spring 2015 Edition), Edward N. Zalta (ed.) [Электронный ресурс]. URL: <https://plato.stanford.edu/archives/spr2015/entries/postmodernism/>.
18. Sass L. A. Madness And Modernism: Insanity In The Light Of Modern Art, Literature, And Thought. Rev. Ed. Oxford University Press, 2017.
19. Lester D. Suicide and Culture // World Cult. Psych. Res. Rev. 2008. 3 (2). P. 51–68.
20. Joiner T. E., Van Orden K. A. The interpersonal psychological theory of suicidal behavior indicates specific and crucial psychotherapeutic targets // Intern. J. Cogn. Ther. 2008. 1. P. 80–89.
21. Eckersley R. Troubled youth: an island of misery in an ocean of happiness, or the tip of an iceberg of suffering? // Early Intervention in Psychiatry. 2011. 5 (sup 1.1). P. 6–11.
22. Розанов В. А., Уханова А. И., Волканова А. С. и др. Стресс и суицидальные мысли у подростков // Суицидология. 2016. № 7 (24). С. 20–32.
23. Гилинский Я. Девиантность, преступность и социальный контроль в «новом мире». Сб. статей. СПб.: Алеф-Пресс, 2012. 352 с.
24. Иванова З. В. Популярные инструменты массовой культуры периода постмодерна, формирующие общественное сознание // Вестн. СГТУ. 2009. № 1.
25. Узлов Н. Д., Семёнова М. Н. Игра, трансгрессия и сетевой суицид // Суицидология. 2017. № 8 (28). С. 40–53.
26. Besley A. C. Psychologised adolescents and sociologised youth: rethinking young people in education in the 21st century // B. Cope, M. Kalantzis (Eds), Learning for the future: Proceedings of the Learning Conference. 2001.

ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ВЫПУСКНИКОВ ШКОЛЫ

Руженкова В. В., к.м.н.

ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»
г. Белгород, Российская Федерация

Аннотация

Половина старшеклассников испытывает крайне высокий уровень эмоционального напряжения перед сдачей ЕГЭ. Клинически значимая депрессия выявлена у 21,6%, тревога — у 31,6% и неврастения — у 19,1% учащихся. У 52,3% обнаружено суицидальное поведение — одинаково часто у лиц мужского и женского пола. Необходима разработка и реализация программ раннего выявления и профилактики состояний социально-психологической дезадаптации, пограничных психических расстройств и суицидального поведения у школьников.

Ключевые слова

Подростки, выпускники школы, пограничные психические расстройства, учебный стресс, суицидальное поведение, психопрофилактика.

BORDERLINE MENTAL DISORDERS AND SUICIDAL BEHAVIOR IN SCHOOL-LEAVERS

Ruzhenkova V. V., PhD (Medical Sciences)

Belgorod State National Research University,
Belgorod, Russian Federation

Abstract

Half of high school students experience an extremely high level of emotional stress before passing the exam. Clinically significant depression was detected in 21.6%, anxiety - in 31.6% and neurasthenia - in 19.1% of high school students. 52.3% had suicidal behavior, which is equally common in males and females. It is necessary to develop and implement programs for early detection and prevention of socio-psychological maladaptation, borderline mental disorders and suicidal behavior among school students.

Key words

Adolescents, high school students, borderline mental disorders, educational stress, suicidal behavior, psychoprophylaxis.

По данным ВОЗ [3], на долю нарушений психического здоровья приходится 16% глобального бремени болезней и травматизма среди лиц в возрасте 10–19 лет, а самоубийства являются третьей по значимости ведущей причиной смертности в возрастной группе 15–19 лет [3, 9]. На каждое самоубийство в этой возрастной группе может приходиться до 100–200 суицидальных попыток [8]. По абсолютному количеству суицидов среди подростков Россия занимает 1-е место в мире [2]. Известно, что среди лиц с суицидальным поведением преобладают лица с психической патологией (от легких форм до тяжелых состояний) [9], а ведущее место в генезе занимают депрессивные состояния. При этом депрессивные состояния у подростков имеют свою специфику: они нередко плохо осознаются самими детьми и могут выражаться в нарастании агрессивного поведения, упрямства, оппозиционного поведения, ухода в себя [7]. Одним из факторов, способствующих проявлению пограничных психических расстройств, является учебный стресс [5]. Это ставит вопрос о важной роли клинических психологов и психиатров в системе превенции и поственции

суицидов [6]. Тем не менее на данный момент проблема раннего выявления и профилактики пограничных психических расстройств и суицидального поведения среди детей и подростков еще не решена.

В связи с этим целью настоящего исследования было изучение распространенности и клинико-психологических характеристик пограничных психических расстройств и суицидального поведения у лиц подросткового возраста для разработки рекомендаций по первичной психопрофилактике.

Участники и методы исследования. Обследовано 455 учащихся 11-х классов общеобразовательной школы в возрасте 16–18 ($16,8 \pm 0,5$) лет: 180 (39,6%) лиц мужского и 275 (60,4%) женского пола. Исследование проводилось за 1–1,5 месяца до сдачи ЕГЭ. Основными методами исследования были медико-социологический (анонимное анкетирование при помощи авторской анкеты в формате структурированного интервью), психометрический (тесты DASS-21, SPIN-тест, шкала Йеля — Брауна, авторский структурированный опросник для диагностики неврастения,

тест на учебный стресс Ю. В. Щербатых) и статистический (методы непараметрической статистики). Квалификация суицидального поведения проводилась в соответствии с классификацией, разработанной А. Г. Амбрумовой и В. А. Тихоненко (1980).

Результаты исследования и обсуждение. Установлено, что 34,3% учеников в дошкольном и раннем школьном возрасте по инициативе родителей обращались за помощью к «народным целителям» в основном с проблемами легких расстройств психической сферы (страхи, ночные крики, заикание). **У 11,9% человек на период обследования был установлен диагноз «вегетососудистая дистония».**

Крайне высокий уровень эмоционального напряжения перед сдачей ЕГЭ (на 80–100%) испытывали 47,9% учеников, средний (50–70%) – 29,0%, легкий (10–40%) – 18,5% и полное отсутствие волнения – 4,6%.

Факторный анализ симптомов учебного стресса выявил 2 значимых фактора (56,7% дисперсии): «Растерянность» (в силу высокой учебной нагрузки, неумения правильно распределять время и аффективных расстройств) и «Психосоматические симптомы». Степень выраженности всех симптомов учебного стресса у лиц женского пола была статистически значимо выше, чем у мужского.

Клинически значимая депрессия (тест DASS-21) выявлена у 21,6% обследованных: чаще ($\chi^2 = 16,222$ $p = 0,0006$ $OR = 2,9$ 95% $CI = 1,7–5,2$) у лиц женского пола (27,9%), чем мужского (11,6%). Вероятность (OR) выявления депрессии девушек пола почти в 3 раза выше, чем у юношей. Депрессия чаще ($\chi^2 = 6,522$ $p = 0,011$ $OR = 2,2$ 95% $CI = 1,2–4,1$) регистрировалась у проживающих в сельской местности – соответственно 35 и 19,5%. Коморбидность депрессии с тревогой составила 76,5% случаев.

Тревога клинического уровня (тест DASS-21) выявлена у 31,6% учащихся, статистически значимо ($\chi^2 = 53,451$ $p = 0,0005$ $OR = 6,1$ 95% $CI = 3,6–10,6$) чаще у лиц женского пола (44,7%), чем у мужского (12,1%). Отношение шансов свидетельствует, что вероятность выявления тревоги клинического уровня у девушек более чем в 6 раз выше, чем у юношей. Коморбидность тревоги с депрессией составила 52,1%. Тревога чаще ($\chi^2 = 16,500$ $p = 0,0006$ $OR = 2,4$ 95% $CI = 1,5–3,6$) регистрировалась у обследуемых, обращавшихся за помощью к «народным целителям», – соответственно 44,2 и 25,1%.

Клинически значимые симптомы социофобии (тест SPIN) регистрировались у 54 (11,9%) учащихся: одинаково часто у юношей и девушек. Социофобии также одинаково часто встречались у проживающих в селе (15%) и городе (11,4%). Коморбидность социофобии с депрессией составила 72,2% и тревогой – 77,8% случаев. У обращающихся к «народным целителям» чаще ($\chi^2 = 14,956$ $p = 0,007$ $OR = 2,7$ 95% $CI = 1,6–4,6$) встречались психологически понятные опасения – соответственно 26,9 и 12% случаев, а клинический уровень социофобии одинаково часто (11,5 и 12%).

Значимые симптомы обсессивно-компульсивного расстройства (шкала Йея – Брауна) выявлены у 7,3% обследованных: чаще ($\chi^2 = 12,476$ $p = 0,001$ $OR = 7,2$ 95% $CI = 2,1–30,2$) у лиц женского пола (10,9%), чем у мужского (1,7%). Отношение шансов свидетельствует, что вероятность формирования ОКР у девушек более чем в 7 раз выше, чем

у юношей. Также симптомы ОКР чаще ($\chi^2 = 4,912$ $p = 0,027$ $OR = 2,7$ 95% $CI = 1,1–6,6$) встречались у жителей села (15%), чем города (6,1%). У обращающихся к «народным целителям» клинически значимые симптомы ОКР встречались чаще ($\chi^2 = 5,549$ $p = 0,019$ $OR = 2,5$ 95% $CI = 1,1–5,3$), чем у не обращающихся – соответственно 11,5 и 5,0% случаев.

Клинически значимые симптомы неврастения (авторский структурированный опросник) выявлены у 19,1% обследованных. Они регистрировались чаще ($\chi^2 = 15,060$ $p = 0,0007$ $OR = 3,0$ 95% $CI = 1,7–5,5$) у лиц женского пола (25,1%), чем мужского (10%). Отношение шансов показало, что вероятность формирования неврастения у девушек в 3 раза выше, чем у юношей. Симптомы неврастения чаще ($\chi^2 = 13,578$ $p = 0,0009$ $OR = 2,5$ 95% $CI = 1,5–4,1$) регистрировались у посещающих «народных целителей» – соответственно 28,8 и 14%, а также у проживающих в селе – 40%, чем в городе – 15,9% ($\chi^2 = 8,387$ $p = 0,005$ $OR = 2,5$ 95% $CI = 1,3–4,6$).

У 52,3% старшеклассников выявлено суицидальное поведение: суицидальные мысли – 22,6%, суицидальные замыслы – 16,5%, суицидальные намерения – 3,7% и суицидальные попытки – 9,9%.

Внутренние формы суицидального поведения возникали в возрасте от 4 до 17 ($14,1 \pm 2,3$) лет, в 65,2% случаев в возрасте 13–15 лет; на период обследования они были у 6,6% опрошенных. Суицидальные попытки совершались в возрастном диапазоне 9–17 ($14,2 \pm 2,2$) лет.

Сравнение частоты суицидального поведения учащейся молодежи с результатами, полученными нами ранее [4], показало, что имеется статистически значимый рост от 32,5% в 2010 г. до 52,3% – в 2019 г. ($\chi^2 = 33,722$ $p = 0,0005$). Если в 2010 г. соотношение: внутренние формы суицидального поведения/суицидальные попытки составляло 10:1, то в 2019 – 4:1.

Анализ гендерных различий показал, что в 2010 г. внутренние формы суицидального поведения встречались чаще ($\chi^2 = 6,445$ $p = 0,011$) у лиц женского пола (36,2%), чем мужского (25,1%), а суицидальные попытки – одинаково часто (3,2 и 3,3%). В 2019 году внутренние формы суицидального поведения выявляются одинаково часто среди лиц мужского и женского пола (38,3 и 45,8% соответственно). Отмечается рост числа суицидальных попыток фактически в 3 раза ($\chi^2 = 18,359$ $p = 0,0005$) – до 10% среди юношей и 9,8% у девушек. Сглаживание частоты внутренних форм суицидального поведения противоречит литературным данным [1,9] – считается, что они выявляются чаще у лиц женского пола, чем мужского. Тем не менее этот феномен может быть связан с определенной трансформацией социальных ролей – феминизацией мужчин и маскулинизацией женщин в силу особенностей социально-экономического развития. Для лиц женского пола стало актуальным стремление к карьере, материальная независимость, социальная активность, конкуренция, стимулирующая гетероагрессию. Для лиц мужского пола, наоборот, – подчиненное поведение, социальная пассивность, гедонистическая направленность, злоупотребление алкоголем. В результате происходит сглаживание гендерных ролей до уровня «унисекс» с недифференцированным суицидальным поведением (чаще парасуицидным, не мотивируемым представлениями о лишении себя жизни).

Все виды суицидального поведения одинаково часто встречались как у проживающих в селе (55%), так и в городе (52%), а суицидальные попытки встречались у 5% сельских и 10,6% городских жителей.

Внутренние формы суицидального поведения встречались чаще ($\chi^2 = 7,414$ $p = 0,007$ OR = 1,8 95% CI = 1,2–2,6) у лиц, обращавшихся к «народным целителям», — соответственно 51,9 и 38,1% случаев.

Корреляционный анализ выявил значимые слабые прямые корреляционные зависимости суицидального поведения с депрессией ($r = 0,558$ $p = 0,000$), тревогой ($r = 0,351$ $p = 0,000$) и социофобией ($r = 0,376$ $p = 0,000$).

Верификация самооценки состояния психического здоровья показала, что наличие проблем психологического плана признали 45,8% лиц женского и 26,5% мужского пола ($\chi^2 = 11,926$ $p = 0,001$ OR = 2,3 95% CI = 1,4–3,8). Симптомы психического расстройства в совокупности выявили у себя 11,1% обследованных.

Для раннего выявления и профилактики состояний социально-психологической дезадаптации и суицидального поведения требуется разработка и реализация программ стресс-менеджмента и тайм-менеджмента, направленных на информирование о стрессе и обучение приемам его преодоления (способы разрешения конфликтов, преодоление ауто- и гетероагрессивных тенденций, методы релаксации и др.), обучение планированию времени, методам самостоятельной работы с учебной литературой, информирование о здоровом образе жизни с учетом биоритмов, режима дня и особенностей питания, о деструктивных методах борьбы со стрессом (в аспекте профилактики зависимостей).

Необходимо вовлечение работу школьных и клинических психологов. Кроме того, целесообразно проводить работу с учителями школ и родителями учеников в аспекте эргономизации учебного процесса, оптимизации учебной нагрузки и требований к старшеклассникам.

Заключение. Таким образом, установлено, что 47,9% учеников испытывают крайне высокий уровень эмоционального напряжения перед сдачей ЕГЭ, что приводит к выраженной неврастении в 19,1% случаев. Учебный стресс проявляется преимущественно в виде «растерянности» (в силу высокой учебной нагрузки, неумения правильно распределять время и аффективных расстройств) и различных психосоматических симптомов. У 21,6% школьников выявлена клинически значимая депрессия, у 31,6% — тревога. Вероятность выявления пограничных психических расстройств у подростков, обращавшихся за помощью к народным целителям, более чем в 2 раза выше, чем у не обращающихся. Это может служить фактором, способствующим раннему выявлению пограничных психических расстройств.

Для половины — 52,3% — старшеклассников характерно суицидальное поведение (попытки самоубийства в 9,9% случаев), одинаково часто среди лиц мужского и женского пола, что связано с трансформацией социальных ролей — феминизацией мужчин и маскулинизацией женщин в силу особенностей социально-экономического развития.

Для раннего выявления и профилактики состояний социально-психологической дезадаптации и суицидального поведения требуется вовлечение школьных и клинических психологов, разработка и реализация программ стресс-менеджмента и тайм-менеджмента.

Библиографический список

1. Диагностика суицидального поведения: метод. рекомендации / Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР; сост. А. Г. Амбурова, В. А. Тихоненко. М., 1980. 48 с.
2. Попов Ю. В. Особенности суицидального поведения у подростков: обзор литературы / Ю. В. Попов, А. А. Пичиков // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2011. № 4. С. 4–7.
3. Психическое здоровье: информационный бюллетень. / Всемирная организация здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2018 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health> (дата обращения: 13.11.2019).
4. Руженков В. А. Некоторые аспекты суицидального поведения учащейся молодежи и возможные пути предупреждения / В. А. Руженков, В. В. Руженкова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011. № 4 (67). С. 52–54.
5. Руженкова В. В. Учебный стресс как фактор риска формирования аддиктивного поведения, тревожных и депрессивных расстройств у иностранных студентов медиков / В. В. Руженкова // Научный результат. Медицина и фармация. 2018. Т. 4. № 2. С. 55–68.
6. Холмогорова А. Б. Когнитивная психотерапия суицидального поведения: история разработки, современное состояние, перспективы развития // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2013. № 2 (19) [Электронный ресурс]. URL: http://www.medpsy.ru/mpj/archiv_global/2013_2_19/nomer/nomer16.php (дата обращения: 13.11.2019).
7. Холмогорова А. Б., Воликова С. В. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. № 2 [Электронный ресурс]. URL: http://mpj.ru/archiv_global/2012_2_13/nomer/nomer11.php (дата обращения: 13.11.2019).
8. Maris R. W. Suicide // Lancet. 2002. № 360 (9329). P. 319–326.
9. Preventing Suicide: a global imperative / World Health Organization. International government publication. Geneva: World Health Organization, 2014. 89 p.

СЕКСУАЛЬНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ ПОДРОСТКОВ: ПРОБЛЕМНОЕ ПОЛЕ

Рыбакова Л. Н., к. филос.н.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Четкая артикуляция ценностных ориентиров и социально одобряемых поведенческих регуляторов создают базис психического здоровья. В статье обсуждается участие социальных институтов в сексуальном просвещении подростков и профилактике девиаций (насилие, нежелательные беременности и аборты несовершеннолетних, суициды, заболевания и т.д.). Рискованное поведение в сексуальной сфере является результатом провокаций социума и отсутствия информации. Подростки лишены поддержки в освоении сексуальной сферы взросления, что приводит к негативным социальным явлениям.

Ключевые слова

Взросление, сексуальная социализация, рискованное поведение, сексуальное просвещение, СМИ, психическое здоровье.

SEXUAL EDUCATION FOR ADOLESCENTS: A PROBLEM FIELD

Rybakova L. N., PhD (Philosophy),

Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health
of the Russian Federation,
Moscow, Russian Federation

Abstract

A clear articulation of values and socially approved behavioral regulators create the basis for mental health. The paper discusses the participation of social institutions in the sexual education of adolescents and the prevention of deviations (violence, unwanted pregnancies and abortions of minors, suicides, diseases, etc.). Risky behavior in the sexual sphere is the result of social provocations and lack of information. Adolescents are deprived of support in mastering the sexual sphere of adulthood, which leads to negative social phenomena.

Key words

Growing up, sexual socialisation, risk behavior, sexual practices, media, mental health.

В современном мире сексуальные практики все более дистанцируются от семейно-брачных, становясь полем самопознания и самореализации. Эта тенденция поддерживается бурно развивающейся секс-индустрией: магазины для взрослых, секс-тренинги, киберсекс и иные виртуальные услуги в дополнение к вполне реальным и телефонным. Половая сфера в образе жизни некоторых групп населения приобретает сверхценное значение [8], несмотря на риски для психического, физического и социального здоровья. В связи с «неразборчивыми связями» в массовых опросах взрослое население упоминает возможные негативные последствия для физического здоровья и возникающие в связи с этим ограничения в образе жизни, но не такие факторы влияния социума, как социальное порицание, исключение из социальной среды и т.п. [7]. В кинопродукции легкая смена половых партнеров представляется как характерологическая особенность героев и не ассоциируется с такими субъектными качествами индивида, как ответственность, надежность, порядочность.

Значительный интерес социума к сексуальной сфере выявляется также в потоке рекламы лекарственных средств

«на всякий случай», стимулирующих «нормальный» секс или предупреждающих «сбои» в супружеских отношениях, а также помогающих «быть мужчиной». Сексуальная привлекательность девочек становится объектом родительской заботы (участие несовершеннолетних в модельном бизнесе, фитнес-программы для девочек, детская косметика и т.д.). Сексуальное поведение взрослых становится демонстративным. Налицо провокация общественного мнения: позвольте себе удовольствие, но расплата за риски — «личное дело каждого».

Наряду с этим осуждается беременность несовершеннолетних, декларируется необходимость воздержания от половых контактов для подростков и молодежи до завершения образования или обретения определенного профессионального статуса. Жертвами давления социума в сторону «развитой» сексуальности по типу неизбежного курортного романа или несвоевременной девственности оказываются инфантильные взрослые, наивные девушки и неопытные подростки. Двойственное отношение к сексуальности в обществе вводит в заблуждение подростков, дезориентированных относительно порога допуска во «взрослые отношения». Обусловленное

возрастом стремление испытать границы своих возможностей и получить одобрение сверстников, а также экспериментировать и общаться позволяет молодому человеку к тому же использовать новый опыт, привлекательный сам по себе, в качестве маркера взросления и самостоятельности. Таким образом, существует социокультурное основание для девиантного сексуального поведения подростков и молодежи, развивающееся в пространстве множественных рисков и внутриличностных конфликтов.

Поскольку систематическое просвещение и воспитание в сфере сексуальной социализации в стране отсутствует, то подростки и молодежь остаются без знаний и не могут осознать свое поведение, приобрести необходимые навыки, отделить репродуктивное поведение от сексуального и др. Многие исследователи связывают пробуждение у индивида интереса к сексуальности с этапом биологического созревания. Однако сам культурный контекст диктует молодым людям навязчивую необходимость формирования себя как субъекта сексуальности [4]. Подростки вынуждены конструировать собственные представления о «правильном» половом общении, используя мифы своей тусовки и провокации СМИ. Виртуальная среда также насыщена материалами эротического характера и отмечена рядом новаций в духе киберсекса, сексуальных самопрезентаций и т.п. Расплатой за риски неосознанного поведения являются рост сексуальной агрессии, подростковых беременностей и аборт, распространение инфекций, беспорядочная смена половых партнеров и другие девиации в подростковой среде [2]. Массовые опросы международных организаций доказывают значительную разницу между декларациями социальной нормы (воздержание) и реальным поведением молодежи в сфере сексуального развития [10].

Этнографические и эпидемиологические исследования показывают, что психические заболевания чаще отмечаются среди подростков и молодежи до 35 лет, что наибольшая стрессоустойчивость характеризует северокавказские регионы с устоявшимся укладом. Наряду с прочим эти наблюдения позволяют выдвинуть гипотезу о взаимосвязи четких нормативных регуляторов и психического здоровья населения [5]. В сфере сексуального поведения это означает, что рассогласование между этической нормой и провокациями реальности способствует психическому нездоровью.

К сожалению, российские подростки отчуждены от социальных институтов, располагающих системой знаний о снижении рисков сексуального поведения. Наше государство выставляет охранительные границы в распространении информации по возрастным категориям, но не пропагандирует стратегии адаптивного поведения в сексуальной сфере, кроме идеи отказа, воздержания. Вопросы «как быть?» или «что правильно?» подростки вынуждены решать самостоятельно и в одиночку, под влиянием своих представлений об обстоятельствах.

В отношении к сексуальности наше общество прошло несколько переломных моментов и до сих пор не имеет артикулированной позиции в общественном сознании по вопросам сексуальной социализации. Как известно, «в Советском Союзе секса не было» и проявления сексуальности подавлялись. В 1980-е годы были предприняты попытки ввести начала сексуального просвещения в школах. Одна из них —

школьный курс «Этика и основы семейных отношений», где основное место занимала психология супружеских отношений и предшествующая им «дружба» представителей мужского и женского пола. Проводившим этот курс учительницам было трудно преодолеть поколенческие стереотипы и статусные нормативы, они не решались говорить о сексе. В середине 1990-х гг. «западное влияние» проявилось в попытках узко направленного сексуального просвещения с целью предупреждения беременности несовершеннолетних путем знакомства с контрацепцией. Общественность воспротивилась обучению школьников приемам использования презервативов. В последние годы в нескольких регионах Министерства образования РФ инициировало апробацию учебника «Нравственные основы семейной жизни», подготовленного религиозными деятелями и пропагандирующего воздержание [3].

Не всегда предложения школы по половому воспитанию были одобрительно встречены родительской общественностью. И в то же время можно услышать мнение родителей, что необходимо младших школьников «знакомить с этой стороной жизни», что родители нуждаются в консультациях о том, как заниматься сексуальным воспитанием школьников. Правда, как и в связи с опасностями наркотизации, родители делегируют сексуальное просвещение своих детей «специалистам», приглашенным школой [9]. На волне возросшего в 2000-е гг. интереса к сексуальному просвещению российские сексологи подготовили серию книг «Откровенный разговор про это» для взрослых, детей и подростков, но после ряда попыток сексуальное просвещение законодательно выведено за рамки школы и возложено на семью [1, 6]. Наряду с этим складывается тенденция «естественного» сексуального просвещения в семьях, где родители не скрывают от несовершеннолетних детей своего супружеского интимного общения.

Участие России в работе таких международных организаций, как Детский фонд ЮНИСЕФ, Всемирная организация здравоохранения, Совет Европы и др., требует аргументированной позиции по вопросам полового воспитания. Стратегии сексуального воспитания и просвещения в России и за рубежом различны. В связи с этим достаточно упомянуть рекомендации Всемирной организации здравоохранения — документ под названием «Матрица стандартов сексуального образования в Европе» [11]. В частности, предлагается уже в возрасте 0—4 лет «предоставить информацию об ощущении радости и удовольствия от прикосновения к своему телу, о мастурбации в раннем возрасте», а в возрасте 6—9 лет помимо указанного выше «предоставить информацию о „приемлемом сексе“ — по обоюдному согласию, равноправного, с уважением чувства собственного достоинства» и т.п.

Философский анализ теоретических концепций сексуальности обнаруживает качественную динамику взглядов ученых и представлений социума: от биологизации до социального конструктивизма. На рубеже XIX—XX вв. в научной литературе преобладало биологизаторское прочтение этого феномена: физиологические аспекты, репродуктивное поведение, медицинское регулирование, инстинкты удовольствия и т.п. Сейчас в онлайн-среде распространены наукообразные (это связано с введением в оборот новых специфических слов) темы дискурса о сексе в терминах здоровья (красота, тонус, сжигание калорий и т.д.), а также

о «биохимии любви» (гормоны, группа крови, зоны коры головного мозга и т.д.). Они дополняются мистическими «свидетельствами» о зодиакальной совместимости, гороскопах, влиянии имени на сексуальную активность и т.п.

Работы второй половины XX в. (М. Фуко, постмодернистская философия, социальный конструктивизм) трактуют сексуальность как исключительно культурный феномен: мы не рождаемся сексуальными, а учимся ими быть. Сексуальная социализация строится как путь проб и ошибок на рискованной дороге, что связано с самопознанием, взаимодействием двух разных индивидов, влиянием ценностных установок, доступом к современным средствам контрацепции и умением использовать их в соответствии с ситуацией.

Большинство исследователей связывают изменения в сфере сексуальности, с одной стороны, с развитием рыночных отношений, стратификацией общества по показателям имущественных ресурсов и, с другой — с самоопределением индивида и плюрализацией норм повседневной жизни. В данный момент мы можем наблюдать следующие противоречия: сексуальная активизация — и табуирование сексуального просвещения; патерналистский контроль на уровне государства и семьи — и девиантные практики полового поведения молодежи; запугивание негативными последствиями как основной метод профилактики девиаций, призыв к воздержанию — и рост подростковой беременности; сексуальность старших поколений (умолчание, низкая рефлексивность, обесценивание и др.) — и сексуальность новых поколений (разнообразие, информированность, артикуляция свободы, статусность, гедонизм и т.п.). На этом фоне трудно

ожидать от родителей продуктивного участия в программах сексуального просвещения и адаптации подрастающего поколения.

Трудности адаптации молодежи в сфере сексуальной жизни обусловлены не только стратегиями индивидуальной адаптации к сложностям взросления в условиях неопределенности, но и слабым участием социальных институтов в снижении рисков в сфере сексуального развития. Риски предполагают принятие решений при недостаточной информированности. Знание об основах человеческой сексуальности является базой психического и физического здоровья значительной части населения, но оно не обеспечивается целенаправленно. В правительственных документах по вопросам охраны здоровья подрастающего поколения половое поведение и просвещение рассматривается в аспекте рождаемости, смертности, заболеваемости. В сфере здравоохранения остается экзотикой тема медицинских учреждений, «дружественных молодежи» и ориентированных на диалог и поддержку в решении трудностей взросления. Родительская общественность, чиновники высокого ранга, представители церкви выступают против диалога с несовершеннолетними по проблемам сексуального поведения, считая это «секспросветом». Сексология поставлена законодательством в такие условия, когда она может консультировать только взрослых, осознавших свою беспомощность в решении проблем «несходства характеров». Молодежь не может в полной мере оценить риски и предотвратить нежелательное развитие событий в межличностных отношениях и ориентирована на неоправданный риск.

Библиографический список

1. Федеральный закон от 29.12.2010 № 436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию».
2. Брюно В. В. Рискованное сексуальное поведение современных подростков в России // Социологическая наука и социальная практика. 2018. Т. 6. № 4. С. 117–129.
3. Газеты пишут о курсе «Нравственные основы семейной жизни» // Новые Известия. 20.12.2017 [Электронный ресурс]. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2018/0755/gazeta03.php> (дата обращения: 12.04.2019).
4. Епанова Ю. В. Виртуальные репрезентации сексуальности: дис. ... канд. культурологии. Саранск, 2011.
5. Каждый третий россиянин псих. РИА «Новости» [Электронный ресурс]. URL: <https://news.mail.ru/society/36663483> (дата обращения: 24.03.2019).
6. Кащенко Е. Половое просвещение. Размышления о наболевшем [Электронный ресурс]. URL: kea-com.ru
7. Кочкина Е. В., Михайлова Е. А. Сексуальность: теории, социокультурные тренды и общественное мнение россиян // Мониторинг общественного мнения: Экономические и социальные перемены. 2016. № 1. С. 146–155.
8. Муртазина Л. Р. Автономизация брачного, сексуального и репродуктивного поведения как фактор либерализации семейно-брачной морали // Теория и практика общественного развития. 2011. № 1.
9. Репродуктивное здоровье населения России 2011. Итоговый отчет. Москва, ЮНФПА, 2013. URL: http://www.unfpa.ru/assets/files/RHS%20Survey_RUS_6%20June%202013.pdf (дата обращения: 23.03.2019).
10. Социальные детерминанты здоровья и благополучия подростков. Исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC): международный отчет по материалам обследования 2009/2010 гг.». Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/181972/E96444-Rus-full.pdf (дата обращения: 12.03.2019).
11. Стандарты сексуального образования в Европе. Ч. 2: Матрица сексуального образования [Электронный ресурс]. URL: <https://document.wikireading.ru/32889> (дата обращения: 17.11.2018).

РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА: РИСКИ И ПРОФИЛАКТИКА РЕЧЕВЫХ РАССТРОЙСТВ

Савина Е. А., Зимина А. В.,

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

Аннотация

В статье рассматриваются основные этапы речевого развития детей раннего и дошкольного возраста, зафиксированы временные рамки и основные маркеры речевых нарушений, подчеркивается важность ранней диагностики и начала речевой реабилитации детей с отклонениями в развитии.

Ключевые слова

Речевое развитие, сензитивный период развития речи, речевое расстройство

SPEECH DEVELOPMENT IN CHILDREN OF EARLY AND PRESCHOOL AGE: RISKS AND PREVENTION OF SPEECH DISORDERS

Savina E. A., Zimina A. V.,

Sukhareva Research and Practical Center for Child and Adolescent Mental Health
of the Moscow Health Care Department,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The paper explores the main stages of speech development in children of early and preschool age. The time frame and the main markers of speech disorders are shown. The importance of early diagnosis and speech habilitation in children with developmental disabilities is highlighted.

Key words

Speech development, sensitive period of speech development, speech and language disorders

Общеизвестно, что на дошкольное детство приходятся наиболее важные с точки зрения формирования субъекта коммуникации периоды развития: формирование психологической базы речи (до 1 года), появление первых общеупотребительных слов и становление фразовой речи (от 1 года до 2 лет), сензитивный период развития речи с активным усвоением языковой системы (от 2 до 5 лет), подготовка к усвоению письма и чтения (старший дошкольный возраст). На каждом этапе доречевого и речевого развития существуют определенные маркеры, позволяющие оценить степень риска по возникновению той или иной патологии речи вплоть до нарушений письма и чтения в школьном возрасте.

Каждый этап речевого развития имеет определенные временные рамки и закономерности, отклонения от которых должны привлечь внимание родителей и специалистов. По нашему убеждению, все врачи первичного амбулаторного звена, участвующие в диспансеризации детей младшего и дошкольного возраста, должны иметь отчетливое представление о закономерностях речевого развития в норме и вариантах отклонений, требующих незамедлительного вмешательства.

В 2–3 месяца у ребенка появляется гуление — доречевая реакция, произвольное воспроизведение ребенком различных звукокомплексов. По данным исследований, гуление

у детей всех народов мира протекает одинаково, всегда возникает на фоне эмоционального комфорта. По сути, гуление является следствием случайных позиций губ, языка, мягкого нёба, глотки и гортани, благодаря которым у ребенка развивается слуховое внимание, активизируется артикуляционный аппарат, а также — путем копирования интонации окружающих — усваивается интонационная система языка [3].

Примерно в 6 месяцев гуление сменяется лепетом (важно помнить, что время лепета и сидения совпадают), при котором ребенок повторяет цепочки слогов «бу-бу-бу», «та-та-та», «ма-ма-ма» и др. Появление лепета — результат контакта со взрослым и первое условно осознанное подражание взрослому. К 6–8 месяцам ребенок начинает понимать отдельные слова и интонацию взрослого, реагирует на них. В ситуации, если к 6–7 месяцам отсутствует лепет, ребенок не пытается найти взглядом те предметы и тех людей, которые называет мать, не делает попыток подражать интонации взрослого, необходима полная консультация невролога, психиатра и логопеда.

В возрасте 9–10 месяцев активно формируется понимание речи взрослых и первые слова. Лепет сохраняется, но становится более мелодичным, разнообразным. Ребенок повторяет слова за взрослыми, и к 1,5 годам его словарный запас составляет несколько десятков слов. Малыш понимает

и выполняет простые инструкции, показывает знакомые действия («покачай мишку»). Если к 1,5 годам ребенок практически не произносит слов типа «мама», «папа», «баба», «дай», «би-би», «топ-топ», «мяу», «ав-ав», а говорит только на «своем» языке, не реагирует на обращенную речь (и на свое имя), хотя и прислушивается к тихим звукам, не выполняет простые задания (возьми, принеси, дай, покажи), необходима консультация логопеда. С большой долей вероятности по итогам логопедического обследования семья будет направлена на дополнительные консультации (невролог, психиатр, психолог, функциональная диагностика и т.п.).

Описываемые далее этапы речевого развития и отклонения от них предполагают аналогичный алгоритм решения проблем: при возникновении трудностей и (или) нарушений необходимо проконсультироваться у логопеда, который квалифицирует речевой статус ребенка и предложит дальнейшие шаги. С точки зрения маршрутизации имеет смысл обращаться в государственные центры, объединяющие специалистов как медицинского, так и педагогического профиля, имеющих отчетливые межпрофессиональные связи и обладающих навыками работы в команде.

К 2 годам у ребенка формируется простая фраза («дай пить», «книжку читать»). Его словарный запас стремительно расширяется до 50 и более слов. К 2,5 годам ребенок понимает более сложные инструкции («возьми и принеси»), охотно общается со взрослым, комментирует свои действия. К логопеду стоит немедленно обратиться, если к 2,5 годам ребенок не понимает обращенную речь: не дает по просьбе близких знакомые предметы, не понимает простые инструкции (дай, принеси, сядь, открой) или понимает, но заменяет речь жестами и (или) звукоподражаниями, отдельными слогами, если словарный запас пополняется крайне медленно или не пополняется вовсе. К 3 годам ребенок должен использовать фразы, состоящие из 3 слов («хочу яблочный сок»). Его словарный запас увеличивается до 250 слов и постоянно пополняется новыми словами, обозначающими предметы, действия и признаки предметов. Малыш правильно использует простые предлоги («на», «в», «под»), уверенно различает единственное и множественное число («мяч — мячи», «спал — спали»). Также родителей должно насторожить, если малыш не запоминает короткие простые стишки, при попытке выучить — стойко переставляет слова местами, не понимает смысл стихотворения.

К 3 годам ребенок должен точно воспроизводить слоговую структуру слова (т.е. количество слогов), правильно произносить звуки «с», «з», «ц». К 4 годам в целом заканчивается овладение звукопроизношением, в 4,5 года ребенок нормативно произносит все свистящие и шипящие звуки, в 5 лет — все звуки, включая «р», «рь», «л», «ль». К логопеду необходимо обратиться, если ребенок не укладывается в вышеуказанные сроки. Также стоит обратить внимание на формирование фонематического слуха: как ребенок различает на слух и произносит слова и слоги с оппозиционными фонемами, чувствует ли разницу, понимает ли смысл (например, па — ба, да — та, почка — бочка — точка — чочка).

К 4 годам ребенок овладевает грамматической стороной родного языка, т.е. он строит фразу, правильно говорит окончания слов при согласовании в роде, числе и падеже, использует предлоги и местоимения, образует новые формы

слова (у медведицы медвежата, шарф из шерсти — шерстяной). Его словарный запас последовательно увеличивается до 2500—3000 слов, активно пополняясь прилагательными и наречиями. Ребенок может составить небольшой рассказ и понимает, когда взрослый рассказывает истории с простым скрытым смыслом. К логопеду необходимо обратиться, если в 4 года ребенок использует только короткие предложения из 3—4 слов, неправильно использует падежные окончания существительных («много яблоков»), подбирает предлоги («под столе»).

К моменту поступления в школу предполагается, что все проблемы с устной речью решены в дошкольном возрасте. В таком случае ребенок успешно овладевает навыками письменной речи — чтением и письмом. К логопеду немедленно необходимо обратиться, если в 7 лет и старше ребенок не может научиться читать и писать, несмотря на систематические занятия с учителем, плохо запоминает и путает буквы. Или если ребенок овладел грамотой, но при чтении и на письме пропускает или переставляет буквы и слоги, пишет слова, не разделяя их, допускает много разных ошибок, не понимает смысл прочитанного. Все эти проблемы являются специфическими нарушениями речи, которые не пройдут сами по себе или благодаря занятиям с репетитором.

Следующие две ситуации могут проявиться в любом возрасте и не связаны с усвоением языковой структуры родного языка. Учитывая специфику проблем, которые отражают обе ситуации, необходимо срочное — в течение нескольких дней — обращение к специалисту.

В норме речь ребенка любого возраста течет равномерно, ускоряясь лишь при желании малыша быстрее высказаться. К логопеду необходимо немедленно обратиться, если у ребенка возникли нарушения темпа и плавности речи: появились запинки, повторы звуков и слогов, длительные паузы в начале или в середине фразы, если ребенок начал вставлять перед отдельными словами «лишние» гласные или согласные звуки, если периодически сложно «вступить» в речь, усиливается дыхание. Нарушения темпа и ритма могут проявляться не только в стрессовых ситуациях, но и в спокойной обстановке.

В процессе развития речь ребенка совершенствуется: расширяется его словарный запас, усложняется грамматическое оформление высказываний, улучшается пересказ, возможности изложения собственных мыслей. К логопеду немедленно следует обратиться, если после какой-либо травмы, болезни, перенесенного наркоза или любых иных событий у ребенка начались проблемы с устной или письменной речью. Тревожным сигналом служит нежелание говорить, «забывание» или замена слов, появление ошибок на письме, трудности сосредоточения внимания при чтении, возникшее «непонимание» прочитанного, нечеткость звукопроизношения.

Разработанные логопедической службой Центра им. Г. Е. Сухаревой материалы могут являться основой для первичной оценки речевого развития ребенка на приеме у педиатра и невролога. В каждом описанном случае мы предлагаем возможные варианты маршрутизации в зависимости от выявленных проблем, рекомендации для родителей по организации режима дня ребенка, развивающей среды для него, а также список обязательных и дополнительных

исследований, которые могут понадобиться для уточнения степени и характера нарушений.

Важно помнить, что раннее выявление речевых расстройств и начало речевой абилитации является эффек-

тивным средством профилактики вторичных нарушений коммуникативной деятельности ребенка, и следовательно, его развития в целом.

Библиографический список

1. *Елисеева М. Б.* Становление индивидуальной языковой системы ребенка: ранние этапы. М.: Языки славянских культур, 2015. 344 с.
2. *Елисеева М. Б., Вершинина Е. А., Рыскина В. Л.* Макартуровский опросник: русская версия. Оценка речевого и коммуникативного развития детей раннего возраста. Нормы развития. Образцы анализа. Комментарии. Иваново: Листос, 2016. 76 с.
3. *Соботович Е. Ф.* Речевое недоразвитие у детей и пути его коррекции. М.: Классикс стиль, 2003. 160 с.
4. *Цейтлин С. Н.* Язык и ребенок: Лингвистика детской речи. М.: Владос, 2000. 240 с.

AN APPROACH ON CURRENT SITUATION OF ADOLESCENTS PROBLEMS IN THAILAND

Waralak V. Siricharoen, Assistant Professor
Faculty of Information and Communication Technology,
Silpakorn University
Nonthaburi, Thailand, 11120

Abstract

This paper will give the overview of the mental health problems in recent years in Thailand. There are common mental health and behavioral problems, which are: not studying, addicted to games, gambling addiction, learning adjustment, depression and suicide, irregular personality.

Key words

Health Care, mental health problems, Adolescents, Thailand.

Introduction. Adolescents are one of the age with the most mental health problems. These can be expressed as behavioral problems in many ways such as stubborn, disobedient, violating rules and regulations. Prevention is so necessary and more important than fixing the problems that have already occurred. Such protection should start from promoting mental health from a young age. Therefore, the mental health promotion is important and should be provided for children to adolescents. Teenagers are ages that are highly independent.

There are the 6 main problems among Thai adolescents: 1) drug addicts up to 2.7 million people, aged between 15–19 years, 300,000 people require the undergo treatment. The 7-year-old began to use methamphetamines. 2) It is found that under 19 years of age, 1.5 hundred thousand pregnant a year. 3) Children are violated and being bullied in the media. 4) Parents are raising spoiled kids, 5) Using pornographic media through online media, and 6) alcohol consumption is increasing; 2.5 million new drinkers are under the age of 20. The Cultural Surveillance Office therefore intends to cooperate closely with relevant agencies to formulate measures to solve problems seriously. It also continually collaborates with cultural networks, focusing on eliminating bad media, expanding good media, to strengthen social immunity from the family and build a strong community. Mrs. Yupa Thawiwattanakitbaworn, Deputy Permanent Secretary of the Ministry of Finance said that today digital social media is important in daily life. There are concerns both fast, deceitful, and unforgettable. There are examples of situations when some children ask parents for money to top up the phone credit to pay for online games. The youngest pregnant child is in 4th grade. University students living in dormitories together like husband and wife. There is sexual harassment through online media. Mrs. Yupa also said that the problems are arising. There is more online gambling. 63.7% of children and youth like to watch porn, 15.7% have previously downloaded pornographic nudity.

Dr. Wimonrat Wanpen, Director of the Rajanagarindra Institute for Child and Adolescent Mental Health, revealed that there are teenagers who call the mental health “hotline 1323” and visit the walk-in teen psychiatric clinic. The top 5 problems are stress, love and relationship, gender issues, and

family problems. It is reflecting that society should accelerate the life skills promoting for adolescents including promoting the appreciation of one’s “self-analytical thinking and solve problems”, “creatively emotional and stress management” as well as creating good relationships with others. These qualities will be a protection to many teenagers’ problems today [1].

Thai Teens suffer from Depression. Thailand has known as the “Land of Smiles” but about 1 million teenagers suffer from clinical depression, many of which have not been treated. The country’s chief mental health official said to solve problems among Thai teenagers aged between 10 and 19 years and develop access to mental health services, because depression leads to severe resignation from school and suicide. Although, around 1 million teens believe that they have depression, another 2 million are at risk. This will raise 3 million among the 8 million teenagers. The youth who suffer from depression will have the follows symptom: acts of violence, self-harm, emotional fluctuations, as well as substance abuse. Some have become antagonistic to society, one signs that parents and teachers often mistakenly believe that stubborn teenagers withdraw from social life [2]. This may lead to denial of treatment. Especially when dealing with parents who do not understand teens and criticize them.

Thailand has the highest suicide rate in ASEAN [3], according to a recent study by the World Health Organization. WHO ranks Thailand at No. 32 (Figure 1.) globally in the annual suicide rate report. Reports indicate that around 10,000 people die of suicide each year, higher than other ASEAN countries. Somrak Chuvawanwong from Srithanya Hospital in Bangkok presented her research on depression, suicide and public health in Thailand. Her reports show that suicide rate have increased in recent years because of personal depression. Kiattibhoom Vongrachit, general director of Department of Mental Health, Ministry of Public Health (DMH), released another report that Thai youth are at increased risk of depression and attempted suicide. During the first six months of 2019, 40,635 contact the DMH hotline. 13, 658 calls were from children and young people between the ages of 11–25. This is a call rate increase of about 20% during the year 2018. According to a report by Google and Temasek at the end of 2018, the Southeast Asian

region had 480 million internet users by 2020, with 90% of smartphone users. But especially, the report shows that on average, consumer in Southeast Asia spends 3.6 hours per day on mobile internet, and Thais spend 4.2 hours per day on mobile internet. For the context, consumers in the United States spend, on average, just 2 hours a day on mobile internet [3]. A study published in journal JAMA Psychiatry [7] says: persons, spending more than three hours a day on social media, are more likely to develop mental health problems including depression, anxiety, aggression, and antisocial behavior. The report said at the same meeting that 800,000 people called the DMH were parents. Many said they had problems communicating with the children they said “stuck on social media.” Experts agree that overuse of social media cause the depression in young people [7].



Figure 1. The suicide rate in Southeast Asia

Source [3]: <https://thethaiger.com/wp-content/uploads/2019/09/ASEAN-Post-Graphic-suicide.jpg>

Thai children play marathon games. The longer the teenagers play the game, the more aggressive and violent they are. ROV is the game that Thai children play the most. Thai children playing almost 90% of online games on holidays over 8 hours [6], as mentioned in the survey “Situation of online gaming of Thai children” in the year 2019. Recent research has shown that connections between children, playing violent video games, can cause later aggressive behavioral problems. The result of a survey of high school students grade 1–6, vocational certificate and advanced certificate about approx. 3,000 people from all regions nationwide showed: the teenagers play game almost every day at 64.66%, on average 3–5 hours on weekdays and Saturday-Sunday (holiday). If children live in Bangkok, 8.1% will spend more than 8 hours playing on holidays. Most of them play at home or dormitory – 71.22%. There are at least a few deaths caused by playing games for too long hours. There was the sad story recently [8]. A teenager in Thailand collapsed and died at his computer after having all-night gaming sessions

during his school holidays. Piyawat Harikun, 17, had broken up from classes towards the end of October – using the free time to stay in his room on multiplayer battle games on his PC. His parents said he would stay up all night then draw the curtains in the day to continue his fixation with gaming, spending hours on the computer at home in Udon Thani, northern Thailand. Psychologist Rustam Kalimullin said [9]: “The problem with video games becomes a big issue if parents do not care for children sufficiently.” It is not necessary that parents drink or use drugs, but they don’t pay enough attention to children. Those kids escaped from problems into the virtual world. “Defense of the Ancients is an online combat simulation for many players for the Warcraft III video game. It involves a unit known as heroes and fighters and has a distinctive feature in tournament.” In addition, found that the understanding the term “eSports” from the sample found that 60.29% think that eSports is a sport and has a longer gaming behavior. eSports are a form of sporting event using video games. eSports are often in the form of multi-player video game competitions, especially between Professional players, one by one or as a team. The research also shows that if the teenagers play game for a long time, it is even more associated to the more violent behavior. They are using bad words that are inappropriate for their age. It includes emotional violence, when they are being forbidden to play the game. The qualitative research on the issue of online bullying found that there are forms of online bullying such as: harassment, intimidation, threatening, slander, teasing, spreading secrets and etc. Dr. Pairoj Saonueam, Director of the Bureau of Media Creation and intellectual well-being, Thai Health Promotion Agency, said that the dangers of using online media for Thai children are both intense behavioral and emotional expression when children play games for a long time. As for the issues of game addicts, parents need to focus on what the games hold inside, how appropriate or not? Parents should take part to make a choice for the game and decide to buy or play games with children.

Conclusion. How to promote mental health for children and adolescents in Thailand? Adolescent mental health promotion must start from childhood. The children develop in all aspects at the same time – physically, mentally, emotionally, and socially. People who are close can influence on the children: for example – parents, siblings, close relatives, friends, and neighbors. When children enter school, teachers and fellow students influence on them. Seniors and juniors from environmental societies are involved with children. Promoting child development requires cooperation from many parties. Everyone should always involve in assisting the children to learn correctly the examples of facilitating to promote good mental health for children, to create a good society and safe environment for them.

Social media and digital technology in general is useful. Nevertheless, if it is inappropriate, it can cause mental and emotional stress. Because prevention is better than maintaining, building mental flexibility and cultivating life skills at an early age will help young people cope with today’s world pressures. But fundamentally, mental health should be equal importance to physical health by all parties, from parents and teachers to communities and health service providers, to help children be protected from obsession.

The focus of the development of Thai adolescences is to prevent behavior problems. The goal of development is to move towards IQ and EQ in order to have all aspects of development which is necessary for a lifestyle that is both good and happy. Teenagers want to learn by themselves. Academic

knowledge is increasing day by day. Teachers can no longer teach all their knowledge in the future. Learning by themselves is very important. Including knowing to select the sources of knowledge, to learn the right things and being healthy is the most significant for adolescents.

Bibliography

1. Thai “stressed” teenagers call for mental health hotline. 2018. Retrieved from <https://news.thaipbs.or.th/content/270173>
2. *Rojanaphruk, P.* 1 Million thai teens suffer from depression: official. 2017. Retrieved from <http://www.khaosodenglish.com/news/bangkok/2017/12/24/1-million-thai-teens-suffer-depression-official/>
3. Land of teenage tears tackling Thailand’s youth depression and suicide. 2019. Retrieved from <https://thethaiger.com/news/national/land-of-teenage-tears-tackling-thailands-youth-depression-and-suicide>
4. *Chanasongkram, K.* When teen stress is deadly. 2018. Retrieved from <https://www.bangkokpost.com/opinion/opinion/1553982/when-teen-stress-is-deadly>
5. Escapism: A powerful predictor of internet gaming disorder among video gamers. 2019 Retrieved from <https://www.sciencedaily.com/releases/2019/10/191022121123.htm>
6. PPTV Online. Survey of Thai children playing almost 90% of ‘online games’ on holidays over 8 hours. PPTV Online, published 27 Nov 2019.
7. *Basu, T.* Teens are anxious and depressed after three hours a day on social media. 2019. Retrieved from <https://www.technologyreview.com/i/614297/teens-are-anxious-and-depressed-after-three-hours-a-day-on-social-media/>
8. *Fahey, R.* Video game addict, 17, is found slumped dead on his computer after suffering a stroke as he played at night in Thailand. 2019. Retrieved from <https://www.dailymail.co.uk/news/article-7650671/Video-game-addict-17-slumped-dead-computer-Thailand.html>
9. *McCrum, K.* Tragic teen gamer dies after playing computer for 22 days in a row. 2015. Retrieved from <https://www.mirror.co.uk/news/world-news/tragic-teen-gamer-dies-after-6373887>

ДЕСТРУКТИВНЫЙ ИНТЕРНЕТ-КОНТЕНТ И ПОДРОСТКОВАЯ АУТОАГРЕССИЯ

Софронов А. Г., д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН, **Абриталин Е. Ю.**, д.м.н., доцент,
Добровольская А. Е., к.м.н.,

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

Аннотация

Проанализированы случаи аутоагрессивного поведения на догоспитальном этапе у пациентов-подростков психиатрического стационара. Большинство подростков, в анамнезе которых упоминалось об интернет-контенте «Синий кит», имели хронические психические расстройства с психопатоподобным синдромом в значительной части случаев. Все подростки имели коммуникативные сложности с ближайшим социальным окружением, при этом интерес к интернет-контенту проявился после активного освещения данной проблемы в СМИ.

Ключевые слова

Аутоагрессивное поведения, деструктивный интернет-контент, суицидальное поведение.

DESTRUCTIVE INTERNET CONTENT AND AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR IN ADOLESCENTS

Sofronov A. G., Doctor of Medical Sciences, Professor, **Abritalin E. Y.**, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, **Dobrovolskaya A. E.**, PhD (Medical Sciences)
North-western State Medical University named after I. I. Mechnikov,
Moscow, Russian Federation

Abstract

Cases of autoaggressive behavior at the prehospital stage in adolescent psychiatric patients were analyzed. Most adolescents with a history of Internet content “Blue whale” had chronic mental disorders with psychopath-like syndrome in a significant part of cases. All adolescents had communication difficulties with their immediate social environment. Their interest in Internet content appeared after active media coverage of this problem.

Key words

Autoaggressive behavior, destructive Internet content, suicidal behavior.

Аутоагрессивное поведение — одна из наиболее актуальных проблем подростковой психиатрии, свидетельствующая на доклиническом уровне о психологическом неблагополучии личности, а на клиническом нередко являющаяся фактором риска суицидального поведения и (или) симптомом психического расстройства [5, 10 и др.]. В силу своих возрастных и психологических особенностей подростки особенно подвержены негативному внешнему влиянию, включая влияние материалов, размещенных в сети «Интернет» [5, 7].

Некоторое время назад в средствах массовой информации активно обсуждалась тема влияния на проявления аутоагрессии у подростков деструктивных интернет-контентов, в частности закрытой социальной группы «Синий кит» [3, 6]. В начале 2017 г. участились случаи госпитализации подростков в СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И. И. Скворцова-Степанова» по поводу аутоагрессивного поведения с упоминанием в анамнезе интернет-контента «Синий кит». Большой общественный резонанс, вызванный активным обсуждением в средствах массовой информации случаев самоубийств, связанных

с «Синим китом», определил необходимость детального анализа данных случаев.

Цель исследования: анализ случаев аутоагрессии, связанной с влиянием интернет-контента «Синий кит», среди подростков с аутоагрессивным поведением, госпитализированных в психиатрический стационар.

Материал и методы. Проанализированы случаи аутоагрессивного поведения на догоспитальном этапе у пациентов подростковых отделений СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И. И. Скворцова-Степанова» за 2017 г. Всего было госпитализировано 423 подростка (245 в мужское и 178 в женское отделения), из них у 39 (15,9%) подростков мужского отделения и 32 (17,9%) подростков женского отделения отмечались различные аутоагрессивные действия: в варианте суицидального и парасуицидального поведения (суицидальные попытки и самоповреждения соответственно). Суицидальное поведение рассматривалось в рамках трех вариантов: демонстративное (демонстративно-шантажное), импульсивное (аффективное) и истинное (по Личко А. Е., 1983). Отдельно изучались случаи влияния деструктивного

интернет-контента на проявления аутоагрессии, для чего анализировались случаи, когда в анамнезе у подростков фигурировало упоминание о закрытой социальной группе «Синий кит».

Результаты и обсуждение. В 29,6% случаев оба варианта аутоагрессивного поведения сочетались. Как правило, сочетание суицидальных и парасуицидальных действий отмечалось у подростков с демонстративно-шантажным поведением — в 16 случаях, что составило 61,5% всех случаев демонстративного поведения, которое в свою очередь отмечалось у 26 подростков: по 13 пациентов в мужской и женской группах (33,3% и 40,6% случаев аутоагрессивного поведения в группах соответственно, $p > 0,05$). Аутоагрессивные действия предпринимались с целью привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, в некоторых случаях — наказать обидчика, спровоцировав и обратив на него возмущение окружающих. Самоповреждения наносились подростками также с целью привлечения внимания окружающих либо для купирования эмоционального дискомфорта (чтобы «снять напряжение»), что приближало такие варианты к аффективному суицидальному поведению, однако намерения покончить с жизнью при нанесении самоповреждений подростки отрицали. В подавляющем большинстве случаев — у 12 из 16 подростков (75%) аутоагрессивные действия в варианте парасуицидального поведения предшествовали суицидальному. Отдельно выделялись самоповреждения, наносимые по «заданиям» кураторов деструктивных интернет-групп, в которых состояли некоторые подростки.

Случаи импульсивного (аффективного) суицидального поведения были отмечены у 36 подростков: 22 эпизода в мужской и 14 — в женской группах (56,4 и 43,8% случаев аутоагрессивного поведения в группах соответственно, $p > 0,05$). Импульсивные суицидальные попытки совершались на высоте эмоциональных переживаний, продолжавшихся, как правило, несколько минут, реже, в силу напряженной ситуации, несколько часов. Истинные суицидальные действия совершили 9 подростков (16,7% всех случаев аутоагрессивного поведения): 4 в мужской и 5 в женской группах (10,3 и 15,6% случаев аутоагрессивного поведения в группах соответственно, $p > 0,05$). При этом трое из четырех подростков мужского пола с истинными суицидальными попытками для поиска наиболее эффективного способа ухода из жизни использовали Интернет, однако упоминание о так называемых группах смерти отсутствовало.

У 12 подростков с аутоагрессивным поведением (16,9%) в анамнезе фигурировало упоминание о закрытой социальной группе «Синий кит». Госпитализации этих пациентов пришлось на период с января по май 2017 г., причем в 7 случаях (58,3%) на март — начало апреля, что по времени совпало с появлением нескольких репортажей о «Синем ките» по телевидению и активным обсуждением темы «групп смерти» в Интернете. «Синий кит» — это так называемая игра, распространяемая, как правило, через социальную сеть «ВКонтакте», смыслом которой является выполнение определенных заданий «куратора». Задания в основном включают в себя требования совершать потенциально опасные действия (залезть на строительный кран, стоять на краю крыши) и наносить самоповреждения (порезать

неглубоко руку, выцарапать на руке кита). В финале «игры» (на пятидесятый день) предполагается совершение подростком самоубийства. Название «игры» связано с малообъяснимым природным явлением, когда отдельные особи синих китов выбрасываются на берег, совершая тем самым самоубийство — явление, не характерное для животного мира. При вступлении в группу «Синий кит» подросток вводит различные личные данные, которые в дальнейшем могут быть основой для угроз со стороны «куратора» о причинении вреда близким при невыполнении заданий и попытке подростка выйти из «игры». Кроме того, в «игре» используются и другие типичные способы обработки сознания: прохождение ряда стадий (выполнение заданий), депривация сна, ограничение времени на принятие решений, эксплуатация чувства избранности и превосходства и т.д. [2, 6].

Упоминание о «Синем ките» в анамнезе пациентов с аутоагрессивным поведением, проходивших лечение в мужском подростковом отделении, было у 2 человек (5,1% случаев аутоагрессивного поведения в мужской группе), причем в обоих случаях вступление в группу «Синий кит» было обусловлено желанием подростков «привлечь внимание» своих девушек, которые уже состояли в данной группе (подростки отрицали выполнение заданий «куратора»). Оба подростка (возраст 17 лет) характеризовались асоциальным поведением, часто конфликтовали с родителями и сверстниками, к моменту госпитализации нигде не работали и не учились. В стационаре проходили лечение с диагнозом «социализированное расстройство поведения» (F 91.2 по МКБ-10), при этом ведущими синдромами в клинической картине в одном случае был психопатоподобный, в другом — дисфорический.

Среди подростков женского пола влияние деструктивного интернет-контента на проявления аутоагрессии отмечалось у 10 человек (средний возраст $15,5 \pm 0,5$ лет), что составило 31,3% всех случаев аутоагрессивного поведения в женской группе ($p < 0,05$ по сравнению с мужской группой) и 83,3% общей группы подростков, у которых отмечена связь деструктивным интернет-контентом (12 подростков). Следует отметить, что все 10 пациенток характеризовали свои отношения с родителями на момент поступления в стационар как «напряженные», в 4 случаях девушки воспитывались в неполных семьях (в 3 случаях не было отца, в 1 — матери). У 8 пациенток отмечалось отчетливое снижение успеваемости в школе и нарушения социального взаимодействия с одноклассниками, ранее уже обращались за помощью к психиатру по поводу суицидальных действий 2 девушки. В стационаре в 7 случаях из 10 диагностировался психопатоподобный синдром, в 2 случаях — тревожно-депрессивный и в 1 — депрессивно-параноидный. Нозологически у половины этой группы пациенток определялись признаки расстройства поведения, начинающиеся в детском и подростковом возрасте (F 91), у 2 пациенток психические нарушения диагностировались в рамках органических поражений головного мозга (F 06 и F 07), еще у 2 — в рамках шизофренического спектра (F 20 и F 21) и у 1 — в рамках расстройства адаптации (F 43).

По данным литературы и собственных исследований, наличие психического заболевания, в структуре которого присутствуют тревожно-депрессивные и (или) параноидные

симптомы, является одним из наиболее существенных факторов, увеличивающих вероятность совершения ауто-агрессивных действий [1, 12]. Среди обследованных подростков подавляющее большинство (11 человек — 91,7%) имели хронические психические расстройства с ведущими психопатологическими синдромами, имеющими высокую вероятность реализации суицидальных намерений [11, 13]. Нарушения социальной адаптации и семейного функционирования в сочетании с психическими расстройствами, вероятно, обеспечили повышенную уязвимость в отношении деструктивного влияния интернет-контента. Участники закрытых социальных интернет-групп нередко находят на страницах сайта большее сочувствие и понимание, чем в семье, у друзей или в официальных службах психологической помощи [4, 8].

Непосредственным поводом для госпитализации послужило суицидальное поведение у 5 пациенток (суицидальные высказывания, приготовление записок), в остальных случаях обращение к психиатру происходило по инициативе родителей, обративших внимание на последствия самоповреждений, причем в 3 случаях родители сами выявили связь с социальной группой «Синий кит», что послужило дополнительным поводом для обращения за специализированной медицинской помощью. В 5 случаях (41,7% всей группы 12 человек) пациентки откровенно признавались и рассказывали о своем участии в «игре» «Синий кит», в других случаях девушки отрицали свою принадлежность к данной социальной группе, однако косвенные признаки (рисунки синего кита и стихи о нем в личных блокнотах, выцарапанные изображения синего кита на теле, переписка в соцсетях) свидетельствовали о причастности к данной интернет-группе. Все девушки, не скрывавшие своего участия в «игре», сообщили, что вступили в эту группу «ради интереса», возникшего после ознакомления с публикациями о «Синем ките» в средствах массовой информации. Информация об «игре», которую получили пациентки от друзей ранее, индуцировала интерес к теме «Синего кита» значительно меньше. Как отмечали пациентки, вступая в «игру», они хотели узнать о данном контенте поподробнее, дойти до определенного уровня, при этом все с уверенностью заявляли, что «вовремя» смогли бы остановиться. Девушки признались, что получали угрозы расправы над близкими при попытке выйти из «игры», однако

не воспринимали это всерьез, так как были уверены, что угрозы не будут реализованы.

Закключение. Таким образом, среди всех случаев ауто-агрессии у подростков, госпитализированных в психиатрический стационар, влияние деструктивного интернет-контента («Синий кит») отмечено в 16,9% случаев. Подавляющее большинство этой группы (83,3%) — подростки женского пола. Отчетливую связь причиняемых себе самоповреждений с влиянием интернет-контента «Синий кит» удалось определить в 41,7%. Подавляющее большинство подростков (91,7%) имели хронические психические расстройства (в рамках F00—F09, F20—F29, F90—F99 по МКБ-10), при этом ведущим синдромом в значительной части случаев (66,7%) был психопатоподобный. Обращает на себя внимание то, что все подростки к моменту вступления в интернет-группу «Синий кит» имели сложности социального взаимодействия с ближайшим окружением (родители, сверстники). Кроме того, интерес к деструктивному интернет-контенту у значительной части подростков (как минимум у 41,6%) отчетливо проявился после активного освещения данной проблемы в средствах массовой информации.

Согласно Федеральному закону от 29.12.2010 № 436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию» к информации, запрещенной для распространения среди детей, относится информация, побуждающая детей к совершению действий, представляющих угрозу их жизни и (или) здоровью, в том числе к причинению вреда своему здоровью, самоубийству. Несмотря на противоречивость оценок повышенной суицидальной «активности» подростков в социальных сетях, нельзя преуменьшать их социальную опасность.

Вопрос об индукции средствами массовой информации подражательного суицидального поведения поднимается различными авторами [9, 14], однако административно порядок освещения деятельности подобных «Синему киту» интернет-групп в средствах массовой информации на сегодняшний день не отрегулирован. На официальном сайте Роспотребнадзора опубликованы «Рекомендации по особенностям освещения в СМИ информации о случаях самоубийства», которые в определенной мере могут быть применены и для представления репортажей о деструктивных интернет-контентах.

Библиографический список

1. Абриталин Е. Ю., Рухлова И. А., Жовнерчук Е. В., Тегза В. Ю. Профилактика повторных суицидальных действий у подростков с психическими расстройствами // Психическое здоровье. 2017. № 4. С. 41—46.
2. Бастрыкин А. И. Преступления против несовершеннолетних в интернет-пространстве: к вопросу о виктимологической профилактике и уголовно-правовой оценке // Всероссийский криминологический журнал. 2017. Т. 11. № 1. С. 5—12.
3. Берг Е. Городская легенда. Что стоит за игрой «Синий кит» и всплеском интереса к «суицидальным пабликам» [Meduza информационный портал]. 2017 [Электронный ресурс]. URL: <https://meduza.io/feature/2017/02/17/gorodskaya-legend-a-chto-stoit-za-igroy-siniy-kit-i-vspleskom-interesa-k-suitsidalnym-pablikam> (дата обращения: 14.12.2019).
4. Вихристук О. В., Банников Г. С., Летова А. В. Средства массовой коммуникации в системе предикторов суицидального поведения в подростковом возрасте // Психологическая наука и образование. 2013. № 1 [Электронный ресурс]. URL: http://psyjournals.ru/files/59156/psyedu_ru_2013_1_Vihristuk%2C%20Bannikov.pdf (дата обращения: 14.12.2019).
5. Гудакова Л. В., Чернышев Е. А., Шереметова А. И. Влияние деструктивного интернет-контента на формирование девиантного поведения у подростков // Образование и наука в современных реалиях: сб. тр. конф. 2018. С. 239—242.
6. Елкин Е., Крылова С., Разорина Д. Анатомия «синих китов» // Regnum. 2017 [Электронный ресурс]. URL: <https://regnum.ru/author/1269.html> (дата обращения: 14.12.2019).

7. Краснова Е. М. Воздействие Интернет-ресурсов на суицидальное поведение подростков // Успехи современной науки. 2016. Т. 7. № 11. С. 88–90.
8. Лапшин В. Е. Генеалогия и превенция суицида учащейся молодежи // Вестник Владимирского гос. ун-та им. А. Г. и Н. Г. Столетовых. 2014. № 16 (35). С. 74–81.
9. Любов Е. Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть II. Предупреждение самоубийств: ресурсы профессионалов СМИ // Суцидология. 2012. № 4. С. 10–22.
10. Польская Н. А., Власова Н. В. Аутодеструктивное поведение в подростковом и юношеском возрасте // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Т. 23, № 4. С. 176–190.
11. Попов Ю. В., Пичиков А. А. Суицидальное поведение у подростков. СПб., 2017. 366 с.
12. Профилактика суицидального поведения несовершеннолетних: методические рекомендации. Смоленск, 2017. 105 с.
13. Суицидальное поведение подростков: диагностика, профилактика, коррекция: методические рекомендации. Барнаул, 2014. 100 с. [Электронный ресурс]. URL: https://edu.tatar.ru/upload/images/files/soln_suic.pdf (дата обращения: 14.12.2019).
14. Niederkrotenthaler T., Voracek M., Herberth A. [et al.] Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects // Br. J. Psychiatry. 2010. Vol. 197. P. 234–243.

PREDICTION OF POSTPARTUM DEPRESSION BASED ON CUMULATIVE CORTISOL AND CORTISONE EXPOSURE DURING PREGNANCY AND THE POSTPARTUM PERIOD

Susanne Stickel¹, PhD (Psychology), Postdoctoral Researcher,

Natalia Chechko^{1,2}, MD, Professor,

¹Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics, Faculty of Medicine, RWTH Aachen, Aachen, Germany

²Institute of Neuroscience and Medicine: Jara-Institute Brain Structure Function Relationship (INM 10), Research Center Jülich, Jülich, Germany

Abstract

This article posits that the accumulation of risk factors during pregnancy and the early postpartum period is a predictor of postpartum depression (PPD). Mothers who develop PPD within 12 weeks of childbirth show a complex interplay of subjective and physiological stress, which can undermine the mother's ability to care for her child. Thus, a timely understanding of individual risk factors and the dynamics of stress is essential to predict PPD and help avoid long-term harm to mother and child.

Key words

Cortisol exposure, postpartum period, depression, brain circuits.

Introduction. Pregnancy and the postpartum period are two events in a woman's life that are accompanied by significant biological and endocrine changes. The typical pregnancy-related adaptation of the hypothalamus-pituitary-adrenal (HPA) axis involves a dramatic increase of cortisol and cortisone during pregnancy followed by a sudden withdrawal after delivery. The deregulation of the HPA axis is a frequent subject of neuro-endocrine investigation of postpartum depression (PPD). Increased cortisol plasma levels during pregnancy have been found to be associated with PPD [1], affecting maternal responsiveness during the postpartum period [2]. Approximately 10–20% of all postpartum mothers develop PPD within two to six weeks [3] of childbirth. Typically, affected women develop symptoms similar to those of severe depression, which interfere with their capacity for care and responsiveness to the infant's needs. The negative effects of maternal stress and depression on child development have received much attention in recent years. There is increasing evidence that intrauterine exposure to maternal cortisol or prenatal depression is associated with atypical behavior and cognition in infants, which is likely to last a lifetime [4]. In addition, PPD has a series of deleterious effects on children. For instance, compared to the children of healthy mothers, those of depressed mothers are at a higher risk of developing poor cognitive, neuropsychological, social and emotional functions, and elevated rates of psychopathology and altered physiological stress regulation [3].

The development of PPD is abetted by risk factors such as psychiatric history, stressful life events, and familial psychiatric history. Additionally, psychosocial stress has been consistently reported to precede or accompany depression. The timely understanding of individual risk factors and the dynamics of stress, therefore, is of utmost importance with respect to the prediction of PPD. For this reason, in a longitudinal observational and fMRI study, we observed women for 12 weeks following childbirth to investigate the relationship between risk factors,

subjective stress, cortisol and cortisone, brain activation and the development of depression.

Methods. In the Department of Gynecology and Obstetrics at the University Hospital Aachen, 201 healthy women were recruited, 76 of whom participated in an fMRI experiment within one to six days of childbirth (for a detailed recruitment description, see Stickel et al. [5]). Immediately following recruitment, the participants received an e-mail link every two days to log into the online survey. The subjects were asked to rate the statements "I felt stressed in the last two days" and "I felt joy in the last two days" on a scale from 1 (low stress/low mood) to 10 (high stress/high mood).

12 weeks after delivery, the mothers were invited to a final semi-standardized clinical interview, during which another hair sample was taken and information on current mental health was collected.

In total, 143 women remained healthy during the postpartum period, while 30 women developed a transient postpartum attachment disorder (AD) and 28 developed PPD.

Hair cortisol. The hair samples were taken shortly after delivery (1–6 days postpartum T0) and 12 weeks postpartum (T1), the first sample being assumed to reflect cortisol and cortisone exposure over the last trimester of pregnancy and the second sample the three months postpartum (during which period self-reported stress level was also routinely monitored). The strand was analyzed with the automatized online SPE LC-MS-Method, please see Quinete et al. [6] for a detailed description.

fMRI experiment. Shortly after childbirth (1–6 days postpartum), 76 women underwent an fMRI experiment involving the emotional Stroop task, which consisted of 120 single trials with an emotional face in the background (with a happy or fearful expression) and the words "ANGST" or "GLÜCK" (German for "FEAR" and "HAPPINESS") printed across the face in capital bold red letters as distracters. A detailed description

of the emotional Strooptask, the description of the fMRI data acquisition and analysis can be found in Stickel et al. [5].

Results. The fMRI experiment, conducted in 76 healthy women shortly after delivery, revealed a negative correlation between the HCC levels in the third trimester and brain regions encompassing the supramarginal gyrus, the dACC/MCC, the middle temporal gyrus, the angular gyrus/inferior parietal cortex and the precuneus. The analysis of interference only during the anxious trials showed HCC to be negatively correlating with a network including the mPFC extending to the rostral ACC and parts of the subgenual ACC as well as the MCC region, the PCC and the precuneus.

As part of the observation of 201 women over a period of 12 weeks, we compared daily perceived mood and stress feelings and were able to distinguish between healthy mothers and those with PPD, and between mothers with AD and those with PPD at week 6, and between healthy mothers and mothers with AD at week 3. The chance of developing depression increases with the number of

risk factors (e.g. stressful life experiences, past depression, family history of depression). While 6% of women with depression were found to have no risk factors, 11.5% of them had one risk factor and 21.6% had at least two different risk factors.

Comparing the three groups (healthy, AD, PDD) with respect to the ratio of HCC/HCNC at both time points and its correlation to the sum of perceived stress over 3 months, we found no significant differences between the groups. Participants with PPD had the highest subjectively perceived stress experience followed by AD, with both groups having significantly higher stress values compared to HC (PPD vs. HC: $p < .001$, AD vs. HC: $p = .003$).

In the group of healthy mothers, subjectively perceived stress correlated positively with the ratio of HCC and HCNC at T1 ($r = .22$, $p < .05$), while in the AD group the correlation was negative ($r = -.43$, $p < .01$). There was no significant correlation between subjectively perceived stress and the HCC/HCNC ratio in the PPD group (see Figure 1).

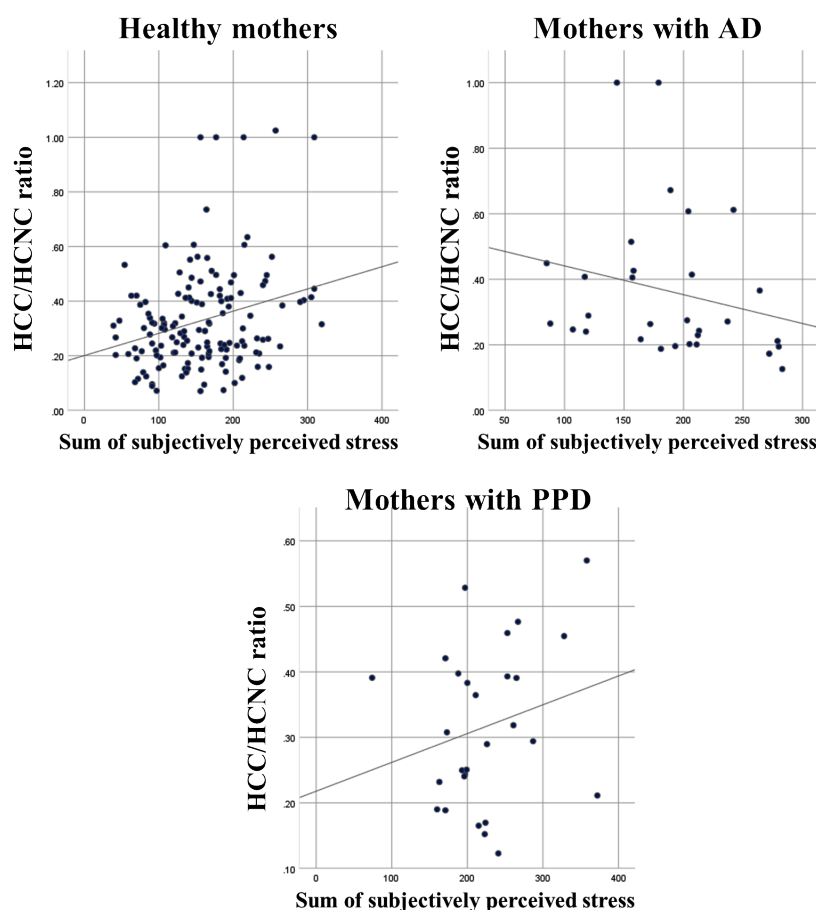


Figure 1. Scatter plots of subjectively perceived stress and HCC/HCNC ratio with an adjustment line, in healthy mothers, mothers with AD and mothers with PPD.

Discussion. In the emotional Stroop task, the analysis of interference of anxious stimuli showed a negative correlation between HCC and a network relevant for both attention and cognitive control of emotions [7], [8] in healthy mothers. These prefrontal areas have been shown to be involved in the development of depressive symptoms [9], [10] and are endangered by prolonged or severe cortisol secretion [11]. We suggest that the negative correlation between HCC levels and recruitment of prefrontal areas during the interference of anxious stimuli indi-

cates maladaptive stress regulation in women who experienced more physical and/or psychological stress in the last trimester.

Through continuous monitoring of subjectively experienced stress, we observed a positive correlation between the degree of subjectively experienced stress and the ratio of HCC and HCNC in healthy mothers, a negative correlation in mothers with AD and no significant correlation in mothers with PPD.

In healthy postpartum mothers, the subjectively perceived stress is closely linked to the physiological stress response of the

HPA axis. Here, the HCC/HCNC ratio serves as a biomarker with regard to chronic psychological stress, which is in line with studies pertaining to pregnancy-related stress[12].

As regards mothers with AD, the relationship between the HCC/HCNC ratio and subjective stress has been found to be negative, which may be due to an overestimation of the mothers' actual stress levels. In our sample, mothers with AD had significantly more complications during childbirth with their children being moved to a pediatric ward more frequently. It is therefore conceivable that mothers with AD suffer from a more elevated sense of stress due to the circumstances involving childbirth and child health, fearing they will not be able to cope with the challenges, even if the physiological response remains low.

Finally, our participants with PPD did not show any correlation between subjectively perceived stress and the ratio of HCC and HCNC, which is in line with the results of other studies[13], [14]. One reason for the lack of covariance in mothers with PPD may be the presence of a fundamentally disturbed HPA axis activity, which indicates that an adequate stress response cannot be induced due to depression. Mothers

with PPD are already affected by their depressive state and may have difficulties adapting to the new circumstances with their subjective stress level remaining constantly elevated.

Taken together, the observations indicate that physiological stress reactivity entails complex dynamic mechanisms underlying the individually perceived stress experience in postpartum mothers. In addition, the accumulation of risk factors is a predictor of postpartum depression. Thus, the number of risk factors together with subjectively perceived stress plays an important role in the development of PPD. Neuroimaging studies have shown that many of the brain regions associated with a deregulated stress response are linked not only to postpartum depression but also to disturbed maternal caregiving[15]–[17]. For both mother and child, PPD and prolonged stress have adverse consequences, which may last a lifetime. The mother's severe psychological distress effectively undermines her confidence and her ability to care for her child. Early diagnosis and tailored interventions can help reduce the risk and limit the damage of PPD and severe psychological stress[18], which in turn can influence their negative effects on the child at an early stage.

Bibliography

1. Nierop A., Bratsikas A., Zimmermann R., Ehlert U. Are stress-induced cortisol changes during pregnancy associated with postpartum depressive symptoms? // *Psychosomatic Medicine*, 2006, V. 68, No. 6, pp. 931–937.
2. Barrett J., Fleming A. S. Annual research review: All mothers are not created equal: neural and psychobiological perspectives on mothering and the importance of individual differences // *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 2011, V. 52, No. 4, pp. 368–397.
3. O'Hara M. W., McCabe J. E. Postpartum depression: Current status and future directions // *Annual Review of Clinical Psychology*, 2013, V. 9, No. 1, pp. 379–407.
4. Zijlmans M. A. C., Riksen-Walraven J. M., C. de Weerth. Associations between maternal prenatal cortisol concentrations and child outcomes: A systematic review // *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2015, V. 53. Elsevier Ltd, pp. 1–24.
5. Stickel S., Eickhoff S., Goecke T. W., Schneider F., Quinete N. S., Lang J., Habel U., et al. Cumulative cortisol exposure in the third trimester correlates with postpartum mothers' neural response to emotional interference // *Biological Psychology*, 2019, V. 143, pp. 53–61.
6. Quinete N., Bertram J., Reska M., Lang J., Kraus T. Highly selective and automated online SPE LC–MS/MS method for determination of cortisol and cortisone in human hair as biomarker for stress related diseases // *Talanta*, 2015, V. 134, pp. 310–316.
7. Kohn N., Eickhoff S. B., Scheller M., Laird A. R., Fox P. T., Habel U., Medicine T. B., et al. Neural network of cognitive emotion regulation an ALE meta-analysis and MACM analysis // *NeuroImage*, 2014, V. 87, pp. 345–355.
8. Chechko N., Kellermann T., Zvyagintsev M., Augustin M., Schneider F., Habel U. Brain circuitries involved in semantic interference by demands of emotional and non-emotional distractors // *PLoS ONE*, 2012, V. 7, No. 5, p. e38155.
9. Price J. L., Drevets W. C. Neural circuits underlying the pathophysiology of mood disorders // *Trends in Cognitive Sciences*, 2012, V. 16, No. 1, pp. 61–71.
10. Chechko N., Augustin M., Zvyagintsev M., Schneider F., Habel U., Kellermann T. Brain circuitries involved in emotional interference task in major depression disorder // *Journal of Affective Disorders*, 2013, V. 149, No. 1–3, pp. 136–145.
11. Chattarji S., Tomar A., Suvrathan A., Ghosh S., Rahman M. M. Neighborhood matters: divergent patterns of stress-induced plasticity across the brain // *Nature Neuroscience*, 2015, V. 18, No. 10, pp. 1364–1375.
12. Scharlau F., Pietzner D., Vogel M., Gaudl A., Ceglarek U., Thiery J., Kratzsch J., et al. Evaluation of hair cortisol and cortisone change during pregnancy and the association with self-reported depression, somatization, and stress symptoms. // *Stress*, 2017, pp. 1–8.
13. Dowlati Y., Herrmann N., Swardfager W., Thomson S., Oh P., Van Uum S., Koren G., et al. Relationship between hair cortisol concentrations and depressive symptoms in patients with coronary artery disease // *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2010, p. 393.
14. Braig S., Grabher F., Ntomchukwu C., Reister F., Stalder T., Kirschbaum C., Rothenbacher D., et al. The association of hair cortisol with self-reported chronic psychosocial stress and symptoms of anxiety and depression in women shortly after delivery. // *Paediatric and perinatal epidemiology* // 2016, V. 30, No. 2, pp. 97–104.
15. Barrett J., Wonch K. E., Gonzalez A., N. Ali, Steiner M., G. Hall B., A. Fleming S. Maternal affect and quality of parenting experiences are related to amygdala response to infant faces // *Social Neuroscience*, 2012, V. 7, No. 3, pp. 252–268.
16. Numan M. Hypothalamic neural circuits regulating maternal responsiveness toward infants // *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 2006, V. 5, No. 4, pp. 163–190.
17. Pechtel P., Murray L. M., Brumariu L. E., Lyons-Ruth, K. Reactivity, regulation, and reward responses to infant cues among mothers with and without psychopathology: an fMRI review // *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 2013, V. 52, No. 4, pp. 1233–1242.
18. Dennis C.-L., Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression // *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013, No. 2, pp. 1–102.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ КРИЗИСНОЙ ПОМОЩИ

Ступина О. П., д.м.н., главный врач, профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, **Сахаров А. В.**, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии, **Колчанова Т. Г.**, заведующая отделением «Телефон доверия»,
ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В. Х. Кандинского»,
Чита, Российская Федерация
ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России,
Чита, Российская Федерация

Аннотация

В статье обсуждается проблема суицидального поведения несовершеннолетних Забайкальского края. Были проанализированы данные официальной статистики, материалы уголовных дел и проверок обстоятельств самоубийств детей и подростков в регионе за 5 последних лет. В Забайкальском крае организована система мониторинга случаев суицидальных попыток, активно работает кризисная служба. Несмотря на это, в субъекте сохраняется напряженная ситуация со смертностью по причине самоубийств среди подростков. Перед заинтересованными службами края стоит задача совершенствования комплекса профилактических мер, направленных на снижение суицидальной активности несовершеннолетних.

Ключевые слова

Суицид, самоубийство, суицидальное поведение, дети, подростки.

SUICIDAL BEHAVIOR OF MINORS IN ZABAYKALSKY KRAI: EPIDEMIOLOGY AND ORGANIZATION OF CRISIS ASSISTANCE

Stupina O. P., Doctor of Medical Sciences, Head Physician, Professor of Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology; **Sakharov A. V.**, Doctor of Medical Sciences, Associate professor, Head of Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology; **Kolchanova T. G.**, Head of the Hot Line Department, Kandinsky Territorial Clinical Psychiatric Hospital, Chita State Medical Academy, Chita, Russian Federation

Abstract

The paper discusses the problem of suicidal behavior of minors in the Zabaikalsky Krai of the Russian Federation. The data of official statistics, criminal cases and circumstances associated with child and adolescent completed suicides in the region for the last five years were analyzed. Even though a system for monitoring cases of suicidal attempts as well as the crisis service are active in the region, the situation with mortality due to suicide among adolescents remains tense. The paper highlights a need to improve the set of preventive measures aimed at reducing suicidal activity in minors.

Key words

Suicide, suicide, suicidal behavior, children, teenagers.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения, частота самоубийств по полу и возрасту резко различается от региона к региону, при этом во многих из них регистрируется отчетливый пик завершённых суицидов среди молодежи [1]. Ожидается, что в последующие десять лет число самоубийств у подростков будет расти быстрее всего [2], что вызывает особую тревогу.

В России также присутствовала напряжённая ситуация с суицидами несовершеннолетних: только за 1990-е гг. их частота возросла в 3 раза [3, 4]. В последнее десятилетие количество самоубийств в стране стабильно снижалось, в том числе среди детей и подростков.

Как показали специальные исследования, Забайкальский край давно уже входит в группу территорий

с высокой смертностью населения по причине самоубийств, в том числе среди лиц подросткового возраста [5, 6]. В 2018 году наш регион занял второе место в стране по этому показателю.

Поэтому дальнейшее изучение различных аспектов суицидального поведения несовершеннолетних в Забайкалье имеет особое значение, в том числе в аспекте развития программ по профилактике самоубийств подростков.

Цель исследования: изучение некоторых эпидемиологических характеристик самоубийств среди несовершеннолетних в Забайкальском крае с обсуждением вопросов организации кризисной помощи данному контингенту.

Материал и методы. Были проанализированы данные, полученные при работе с архивными документами территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Забайкальскому краю. Также сплошным методом были изучены материалы уголовных дел и проверок обстоятельств самоубийств несовершеннолетних в Забайкальском крае за 2014–2018 гг. Всего на территории субъекта было зарегистрировано 102 таких случая.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel. Она включала описание выборки, определялись частоты встречаемости признаков, группировка данных.

Результаты. Исторически Забайкальский край (ранее – Читинская область) отличался высокими показателями смертности населения по причине самоубийств: в 1980–90-е гг. прошлого века показатель составлял около 40 на 100 тыс. человек населения, а с 1993 г. стал более 60 на 100 тыс. (максимум был зарегистрирован в 2002 г. – 93,4 на 100 тыс. населения). В последние 10–15 лет отмечается снижение смертности от суицидов среди жителей Забайкалья. При этом частота завершенных суицидов в нашем регионе по-прежнему в 2,7 раза выше среднероссийской и в 1,6 раза выше, чем в Дальневосточном ФО.

Весьма актуальной проблемой в крае является суицидальное поведение несовершеннолетних. Показатели самоубийств среди детей и подростков за последние 5 лет представлены в табл. № 1.

Таблица № 1. Показатели смертности несовершеннолетних по причине самоубийств в Забайкальском крае за 2014–2018 гг.

Год	Дети		Подростки	
	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.
2014	6	2,7	19	48,2
2015	5	2,2	17	46,3
2016	7	3,0	15	40,5
2017	2	0,86	15	41,1
2018	4	1,72	12	32,9

Как видно из таблицы, Забайкальский край отличается высоким уровнем смертности от самоубийств среди подростков.

Среди несовершеннолетних суицидентов при завершении суицида преобладают лица мужского пола, так, в 2014–2018 гг. «мужских» самоубийств было 66,8%, «женских» – 33,2%; соотношение 2:1. Структура способов самоубийств детей и подростков выглядела следующим образом: самоповешение – 90,4%, огнестрельное ранение – 2,9%,

падение с высоты – 2,9%, самоотравление – 2,8%, падение под транспорт – 0,9%.

Обращает на себя внимание существенная разница между показателями смертности несовершеннолетних по причине суицидов среди городского и сельского населения Забайкальского края: на сельские районы пришлось 85,6% всех самоубийств детей и подростков; соотношение 1:6.

Выявлено, что 57,7% суицидентов проживали в неполных семьях, находились под опекой либо в детских домах. Наследственная отягощенность по суицидам близких родственников была установлена в 4,8%; ранее уже совершали суицидальные попытки – 9,6%. Обращались за помощью к психиатрам в течение жизни или наблюдались у них – 17,3% умерших; 11,5% замечены в употреблении психоактивных веществ. 3,9% привлекались к административной или уголовной ответственности.

Ситуациями, предшествующими завершением суицидальным действиям, стали следующие: а) неразделенная любовь, ссора с партнером – 18,3%; б) ссора с родителями – 17,3%; в) развод родителей – 1,9%; г) смерть близких родственников – 0,9%; д) страх наказания, неудачи – 2,9%; е) жестокое обращение – 0,9%; ж) самоубийства друзей – 3,5%; з) ссора с друзьями – 1,9%; и) вымогательство денег – 0,9%; к) посещение сайтов, пропагандирующих суицид – 2,9%. В остальных случаях четкие ситуации не были установлены.

Наряду с регистрацией завершенных суицидов на территории Забайкальского края с 2012 г. осуществляется оперативный мониторинг случаев суицидальных попыток на основании распоряжения Министерства здравоохранения Забайкальского края от 15.03.2017 № 260 «Об информационном взаимодействии при оказании помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением». Специальное извещение о случае суицидальной попытки, не закончившейся смертью, в течение 24 часов с момента первичного обращения в медицинское учреждение суицидента подается по защищенному каналу VipNet с соблюдением порядка защиты персональных данных в кризисную службу краевой клинической психиатрической больницы им. В. Х. Кандинского.

Динамика суицидальных попыток (по данным зарегистрированных обращений в учреждения здравоохранения) следующая: 2014 г. – 64,8 на 100 тыс. населения (706 человек), 2015 г. – 31,7 на 100 тыс. населения (345 человек), 2016 г. – 31,4 на 100 тыс. населения (340 человек), 2017 г. – 60,2 на 100 тыс. населения (650 человек), 2018 г. – 56,3 на 100 тыс. населения (604 человека).

Стоит отметить, что данные по количеству случаев суицидальных попыток следственного управления по Забайкальскому краю, прокуратуры Забайкальского края и министерства здравоохранения Забайкальского края имеют существенную разницу в десятки раз. Это может свидетельствовать о том, что медицинские организации не надлежащим образом и не в полном объеме осуществляют передачу сведений о случае суицидальной попытки, не закончившейся смертью.

На основе анализа имеющегося материала получены следующие данные. Женщин среди обратившихся за помощью в медицинские организации по поводу суицидальных попыток было 65,3%, мужчин – 34,7%; соотношение 1,9:1. Суициденты были в возрасте от 9 до 97 лет, средний возраст составил $32,5 \pm 0,3$ года. Дети среди всех обратившихся составили 4,2%;

подростки — 10,7%. Медицинскую помощь в амбулаторных условиях получили 22,0% всех суицидентов, стационарную — 78,0%. Были проконсультированы психиатром — 57,9% обратившихся; психотерапевтом — 19,8%; психологом — 11,1%.

Организация суицидологической помощи на территории Забайкальского края. В 2009 году по инициативе Минздрава Забайкальского края был создан межведомственный координационный совет по оказанию помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением, что позволило скоординировать действия заинтересованных исполнительных органов государственной власти.

В 2014 году уже при заместителе председателя Правительства Забайкальского края по социальным вопросам создается координационный совет по обеспечению оказания помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением на территории Забайкальского края. В том же году в рамках реорганизации психиатрической службы с целью улучшения помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением на базе ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В. Х. Кандинского» была создана кризисная служба для оказания помощи взрослому и детскому населению города Читы и районов Забайкальского края по принципу добровольного обращения.

Структура ее следующая: отделение «Телефон Доверия» с круглосуточным режимом работы, кабинет медико-социально-психологической помощи и выездные специализированные психологические бригады.

За 4,5 года в кабинет медико-социально-психологической помощи обратилось 2260 человек, из них детей — 366, подростков — 268. Количество посещений — 9682; число посещений детьми — 1044, подростками — 822. Ежегодно увеличивается число лиц, в том числе несовершеннолетних, обращающихся за кризисной помощью. Так, если в 2014 г. обратилось 16 детей и 3 подростка, то в 2018 г. детей обратилось 140, подростков 181.

На линии «Телефон Доверия» обслужено 14759 звонков. Осуществлено 27 выездов мобильных бригад. Оказана психологическая помощь 1167 человеку, из них 382 несовершеннолетним.

В кризисной службе всем обратившимся несовершеннолетним проводится психологическая диагностика, психологическое консультирование, психотерапия; несовершеннолетним с суицидальным поведением (высказывания, мысли, тенденции, попытки) проводится экспресс-диагностика суицидального риска «Сигнал» и опросник антисуицидальных мотиваций.

Разработан региональный комплекс мер по снижению смертности населения от самоубийств, в том числе среди несовершеннолетних, на период 2017–2020 гг. Отработан

порядок межведомственного взаимодействия специалистов в случае незавершенного суицида несовершеннолетнего с целью предупреждения рецидивного поведения и стабилизации психологического состояния ребенка; определена маршрутизация подростков с кризисными состояниями и суицидальным поведением.

Отработан механизм информационного взаимодействия при оказании медицинской помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением, которым определен порядок регистрации, хранения данных о суицидальных попытках и ведения краевого регистра лиц с суицидальным поведением, в том числе детей до 17 лет включительно.

С 2019 года Забайкальский край вошел в число трех пилотных площадок Всемирной организации здравоохранения в России для использования инструмента ВОЗ по улучшению своих систем мониторинга и наблюдения за самоповреждениями, а также для обеспечения стандартизации на субнациональном уровне.

Заключение. Учитывая высокую распространенность и социальную значимость, суицидальное поведение молодежи продолжает оставаться одной из важнейших проблем современного общества. В Забайкальском крае сохраняется напряженная ситуация со смертностью по причине самоубийств, в том числе среди подростков: показатель смертности от суицидов в данной возрастной группе кратно выше среднероссийского показателя.

В Забайкальском крае разработан комплекс профилактических мер, направленных на снижение суицидальной активности населения. На базе ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В. Х. Кандинского» создана кризисная служба как структурное подразделение, предназначенное для оказания специализированной психиатрической, психотерапевтической и психологической помощи лицам, находящимся в кризисных состояниях с целью предотвращения у них суицидальных и иных опасных действий, а также психогигиенической и психопрофилактической помощи населению Забайкальского края.

В субъекте организован оперативный мониторинг на основе данных, предоставляемых медицинскими организациями по факту обращения за медицинской помощью лица, совершившего суицидальную попытку. Однако следует отметить, что реализуемый в настоящее время мониторинг не в полном объеме отражает актуальное состояние эпидемиологической ситуации в регионе. Необходим поиск новых решений.

Надеемся, что использование инструмента ВОЗ в рамках пилотного проекта будет способствовать совершенствованию стандартизации и системы мониторинга и наблюдения за самоповреждениями.

Библиографический список

1. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization. 2014. 97 p.
2. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито-Центр, 2005. 376 с.
3. Ворсина О. П. Социально-демографические и клинические характеристики детей и подростков, совершивших завершённые суициды // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2016. № 3 (92). С. 51–54.
4. Говорин Н. В., Сахаров А. В. Суицидальное поведение: типология и факторная обусловленность. Томск: Иван Федоров, 2008. 178 с.
5. Говорин Н. В., Сахаров А. В., Ступина О. П., Тарасова О. А. Суициды в Забайкальском крае: эпидемиология и организация помощи населению // Тюменский медицинский журнал. 2013. Т. 15. № 1. С. 5–7.
6. Сахаров А. В., Говорин Н. В., Ступина О. П. Алкогольный фактор в суицидогенезе в Забайкалье // Забайкальский медицинский вестник. 2007. № 1. С. 12–17.

СЕМЬЯ И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Терехина С. А., к.псих.н., доцент,

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского», Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

Аннотация

В статье рассматриваются семейные факторы суицидального поведения у подростков. Автор анализирует роль переменных, связанных с семьей, в современных представлениях о суицидальном поведении у подростков. Предложены перспективы дальнейшего изучения семейного контекста суицидального поведения у подростков.

Ключевые слова

Суицидальное поведение, несовершеннолетние, семейные факторы.

FAMILY AND SUICIDAL BEHAVIOUR IN ADOLESCENTS

Terekhina S. A., PhD (Psychology), Associate Professor,

Serbosky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

Abstract

The paper discusses the family risk factors for child and adolescent suicidal behavior. The author evaluates various aspects of family dysfunction as risk factors for completed suicide or suicidal symptoms in adolescence. Prospects for further study of the family risk factors for child and adolescent suicidal behavior are suggested.

Key words

Suicidal behaviour, adolescents, family factors.

Суицидальное поведение несовершеннолетних остается в России одной из актуальных проблем, требующих для своего решения координации усилий как со стороны государственных структур, так и специалистов в области защиты детства [5]. В целях снижения суицидальной активности среди детей и подростков Правительством РФ в 2019 г. был принят комплекс неотложных мер, направленных на совершенствование системы профилактики такого поведения [6].

Согласно результатам исследований последних лет, одним из важнейших факторов риска в формировании суицидального поведения детей и подростков являются особенности родительской семьи, а также условия, в которых проходит развитие и становление несовершеннолетних [1, 3]. В связи с этим особую актуальность приобретает комплексное изучение суицидального поведения несовершеннолетних в семейном контексте.

Многочисленные отечественные и зарубежные исследования были посвящены изучению влияния различных клинических и психологических особенностей родительской семьи, специфики семейных отношений, включая качество детско-родительского взаимодействия, на формирование суицидального поведения у детей и подростков [1, 8, 11, 13]. Особое внимание было уделено роли психической патологии и нарушений поведения среди ближайшего окружения несовершеннолетних. Было показано, что наследственная отягощенность психическими заболеваниями является

существенным фактором риска совершения подростками как суицидальных попыток, так и завершенных суицидов [11]. Наиболее суицидоопасными являются расстройства аффективного спектра (в особенности депрессии), зависимость от психоактивных веществ или алкоголя, поведенческие расстройства, нарушения пищевого поведения, а также посттравматические, тревожные и личностные расстройства. Самостоятельному анализу были подвергнуты особенности суицидального поведения среди ближайших родственников, в частности биологических родителей, которое многократно повышает вероятность совершения суицидов у детей и подростков [12]. Более углубленное изучение данного вопроса привело специалистов к пониманию суицидального поведения как устойчивой семейной характеристики, в основе передачи которой от родителей к детям могут лежать факторы различной природы, в том числе и генетические [11].

При всей важности таких особенностей родительской семьи, как ее полнота, количество детей, место проживания и др., первостепенное значение, определяющее уровень психологического благополучия ребенка и создающее оптимальные условия для его эмоционального, личностного и духовного развития, имеет качество детско-родительских отношений. Исследованию связи между различными проявлениями семейного неблагополучия, в том числе дисфункциональными воспитательными практиками и суицидальным поведением детей и подростков, были посвящены многочисленные

отечественные и зарубежные исследования [13, 17, 19]. Наиболее неблагоприятными с точки зрения формирования суицидального поведения особенностями воспитания были признаны эмоциональная холодность по отношению к ребенку и отстраненность родителей, отсутствие семейной поддержки, авторитарный стиль воспитания с преобладанием запретов, наказаний, повышенных требований семьи к ребенку, перфекционизм [8, 13–15, 17, 19]. В противоположность этому близкие, доверительные отношения между детьми и родителями, вовлеченность ближайшего окружения в жизнь несовершеннолетних, качественное и содержательное совместное времяпрепровождение, оказание взрослыми необходимой помощи в преодолении возникающих проблем могут выступать в качестве серьезного протективного фактора, препятствующего возникновению и развитию суицидальной активности детей и подростков [10].

В настоящее время в исследованиях суицидального поведения общепринятым является биопсихосоциальный подход, который определяет суицидальное поведение как результат взаимодействия факторов различной природы. Однако, делая акцент на важности учета биологических, клинических, психологических, социальных, этнокультуральных и прочих переменных, он не отвечает на вопросы о конкретном вкладе каждой из них в генез и последующее развитие суицидального поведения, о механизмах их взаимодействия и взаимного влияния. Одной из попыток решить эти вопросы является «диатез-стресс» теория, согласно которой существует некоторая уязвимость или предрасположенность к суицидальному поведению, имеющая комплексную природу, а также система триггеров, которые непосредственно запускают формирование суицидальной активности. Как правило, семейные переменные (в частности дисгармоничные семейные отношения) чаще всего рассматриваются в качестве predispositions суицидального поведения несовершеннолетних [1, 3], однако семейные конфликты в значительном числе случаев могут выступать и в качестве непосредственных причин суицидального поведения. Несмотря на широкое распространение биопсихосоциального подхода, следует констатировать, что на практике его продуктивная реализация, сопровождающаяся фактическим и тщательным учетом всех имеющихся факторов формирования суицидального поведения, наблюдается не всегда [5].

В последние десятилетия предложено значительное количество концепций и моделей суицидального поведения, большинство из которых ориентировано на взрослую популяцию [3, 4, 9, 14, 16]. Вместе с тем их использование для понимания процесса, факторов риска и механизмов формирования суицидального поведения у несовершеннолетних представляется достаточно продуктивным. Широкое распространение в последние годы получил когнитивный подход к анализу суицидального поведения несовершеннолетних. В его основе лежат представления о дисфункциональном типе мышления, первоначально разработанные А. Беком для терапии эмоциональных нарушений. С точки зрения сторонников данного подхода, воспитание в дисфункциональной семье, наличие у родителей психических заболеваний, а также семейное насилие выступают в качестве условий для формирования «ошибок мышления» и системы определенных глубинных убеждений [18].

Примером клинико-психологического подхода к анализу суицидального поведения несовершеннолетних является использование многофакторной психосоциальной модели расстройств аффективного спектра [8]. С помощью выделенного авторами блока семейных факторов удалось охарактеризовать различные уровни дисфункциональности семьи. Также данный подход позволяет анализировать семейные переменные в широком макро- и интерсоциальном контексте.

Значительный интерес представляет модель, описывающая траектории формирования суицидального поведения у несовершеннолетних [14]. Авторами данной модели была предпринята удачная попытка описания конкретных механизмов взаимодействия факторов различной природы, включая семейные. Существенным достоинством данной модели является включение в исследовательскую схему протективных факторов, в том числе функциональных семейных связей.

Отличительная особенность интерперсональной модели суицидального поведения заключается в том, что она имеет дело не с системой социальных взаимоотношений суицидента как таковой, а с результатом субъективной переработки этого опыта [15]. Преобладающими переживаниями подростков-суицидентов, по мнению автора, являются чувство брошенности (отсутствие чувства принадлежности к социальной группе, в частности к семье) и ощущение себя в качестве бремени для ближайшего окружения. Они могут быть использованы в качестве непосредственных мишеней при проведении психокоррекционной работы с подростками группы риска.

Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о крайней неоднородности группы семейных факторов. Взаимодействие составляющих ее биологических, клинических, психологических, социальных переменных имеет сложный и опосредованный характер, что существенно затрудняет оценку вклада каждой из них в формирование суицидального поведения детей и подростков. Рассмотренные варианты моделей существенно различаются по степени содержательности, системности подхода к анализу семейных переменных и их взаимосвязей с другими факторами. В то же время следует дать позитивную оценку включению в анализ субъективных переживаний несовершеннолетних суицидентов, связанных с их положением внутри семейной системы и характером отношения к ним со стороны ближайшего окружения.

В качестве основных направлений дальнейших исследований суицидального поведения несовершеннолетних с учетом семейного контекста предлагается рассматривать следующие. Необходимо обеспечить комплексный, междисциплинарный подход к проблеме суицидов среди детей и подростков. В качестве одной из задач на этом пути может выступить разработка многоуровневых факторных моделей, позволяющих учесть и наиболее полно описать все влияющие на данный процесс переменные с последующим выходом на механизмы взаимодействия факторов различной природы. При этом важно учитывать возрастные закономерности психического развития, гендерную специфику, индивидуально-психологические особенности несовершеннолетних и соотносить их с этапами формирования суицидального поведения. Одним из направлений в исследовании семейных факторов риска может выступать описание модельных траекторий

развития несовершеннолетних суицидентов, в которых накопленных негативных влияний различного генеза, а также в каждый возрастной период будет отражено соотношение противодействующих им защитных факторов.

Библиографический список

1. Банников Г. С., Павлова Т. С., Кошкин К. А., Летова А. В. Потенциальные и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы) // Суицидология. 2015. Т. 6. № 4 (21). С. 21–32.
2. Гурко Т. А. Новые семейные формы: тенденции распространения и понятия // Социологические исследования. 2017. № 11. С. 99–110.
3. Национальное руководство по суицидологии. М.: Медицинское информационное агентство, 2019. 600 с.
4. Павлова Т. С., Банников Г. С. Современные теории суицидального поведения подростков и молодежи // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2013. № 4 [Электронный ресурс]. URL: http://psyedu.ru/journal/2013/4/Pavlova_Bannikov.phtml (дата обращения: 12.12.2019).
5. Положий Б. С. Концептуальная модель суицидального поведения // Суицидология. 2015. Т. 6. № 1 (18). С. 3–7.
6. Положий Б. С., Фритлинский В. С., Агеев С. Е. Частота суицидов среди несовершеннолетних в России // Российский психиатрический журнал. 2016. № 5. С. 52–54.
7. Распоряжение Правительства РФ от 18.09.2019 № 2098-р. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72681144/> (дата обращения: 12.01.2020).
8. Сыроквашина К. В., Дозорцева Е. Г. Психологические факторы риска суицидального поведения у подростков // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 8–24. URL: doi:10.17759/cpp.2016240302 (дата обращения: 12.01.2020).
9. Холмогорова А. Б., Воликова С. В. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра // Медицинская психология в России. 2012. № 2 (19) [Электронный ресурс]. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 12.01.2020).
10. Федеральная служба государственной статистики, официальный сайт <https://www.gks.ru/> (дата обращения: 12.01.2020).
11. Borowsky I. W., Ireland M., Resnick M. D. Adolescent suicide attempts: risks and protectors // Pediatrics. 2001. Vol. 107 (3). P. 485–493.
12. Brent D. A., Mann J. J. Familial pathways to suicidal behavior understanding and preventing suicide among adolescents // New England Journal of Medicine. 2006. Vol. 355 (26). P. 2719–2721.
13. Brent D. A., Melhem N. M., Oquendo M. et al. Familial pathways to early-onset suicide attempt: a 5.6-year prospective study // JAMA Psychiatry. 2015. Vol. 72 (2). P. 160–168. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.2141.
14. Bridge J. A., Goldstein T. R., Brent D. A. Adolescent suicide and suicidal behavior // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2006. Vol. 47 (34). P. 372–394.
15. Joiner T. E., Van Orden K. A., Witte T. K., Rudd M. D. The interpersonal theory of suicide. Guidance for working with suicidal clients. Washington, American Psychological Association, 2009.
16. Flouri E., Buchanan A. The protective role of parental involvement in adolescent suicide. Crisis // The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention. 2002. Vol. 23 (1). P. 17–22 [Электронный ресурс]. URL: <https://doi.org/10.1027//0227-5910.23.1.17>
17. O'Brien B. S., Sher L. Child sexual abuse and the pathophysiology of suicide in adolescents and adults // International Journal of Adolescent Medicine and Health. 2013. Vol. 25 (3). P. 201–205. doi: 10.1515/ijamh-2013-0053.
18. Spirito A., Esposito-Smythers C., Wollf J., Uhl K. Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression and suicidality // Child and Adolescent Psychiatric Clinics. 2011. Vol. 20. P. 191–204.
19. Williams J. M. G., Pollock L. R. Psychology of suicidal behavior // The international Handbook of Suicidal Behavior. Chichester: Wiley. 2000.

НОВАЯ ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ПРОФИЛАКТИКИ ПОДРОСТКОВЫХ СУИЦИДОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН)

Тимербулатов И. Ф., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психотерапии с курсом
ИДПО¹, главный врач²

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет», Министерства
здравоохранения Российской Федерации,

²ГАУЗ «Республиканский клинический психотерапевтический центр» Министерства
здравоохранения Республики Башкортостан,
Уфа, Россия

Аннотация

В статье описана система оказания суицидологической помощи подросткам в структуре психотерапевтической службы в Республике Башкортостан.

Ключевые слова

Суицидальное поведение, дети и подростки, психотерапевтическая служба, межведомственное взаимодействие

A NEW ORGANIZATIONAL MODEL FOR PREVENTION OF ADOLESCENT SUICIDES IN THE RUSSIAN FEDERATION (ON THE EXAMPLE OF THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN)

Timerbulatov I. F., Doctor of Medical Science, Professor,
Head of Department of Psychotherapy¹, Chief physician²

¹ Bashkir State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Ufa, Russian Federation,

² Republican Clinical Psychotherapy Center of the Ministry of Health of the Republic of Bashkortostan,
Ufa, Russian Federation

Abstract

The paper describes the system of psychotherapeutic services for adolescent suicide prevention in the Republic of Bashkortostan.

Key words

Suicidal behavior, children and adolescents, psychotherapeutic service, interagency interaction

В Республике Башкортостан, в отличие от общих тенденций отечественной психиатрической службы, отчетливо прослеживаются свои новаторские идеи и тенденции.

Существующий в республике недостаточный уровень лечебной помощи лицам с пограничными нервно-психическими расстройствами, а также высокие показатели суицидов как среди взрослого населения, так и среди детей и подростков привели к необходимости создания ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава РБ, решение о создании которого было закреплено распоряжением Правительства Республики Башкортостан от 14.11.2011 № 1435-р [2].

Центр имеет в своем составе 220 круглосуточных коек, 30 из которых детские, 162 — койки дневного пребывания, 9 амбулаторных психотерапевтических кабинетов.

С 2016 года в республике велась планомерная работа по открытию межмуниципальных психотерапевтических подразделений с территориальными зонами ответственности,

позволяющими приблизить психотерапевтическую помощь к пациентам и сделать ее более доступной. На 1 января 2020 г. в республике функционирует 475 круглосуточных профильных коек, развернуто 282 койко-места в дневном стационаре, открыт 21 амбулаторный психотерапевтический кабинет.

Полученный положительный опыт оказания помощи лицам в кризисном состоянии позволил впервые в Российской Федерации разработать и внедрить пилотный проект по утверждению нормативного документа «План мероприятий («дорожная карта») по профилактике суицидов и аутоагрессивного поведения», утвержденного распоряжением Правительства Республики Башкортостан от 13.03.2018 № 184-р.

Целевые индикаторы «дорожной карты» по профилактике суицидов и иных форм аутоагрессивного поведения включают: уровень суицидов; долю лиц, получивших психологическую и психотерапевтическую помощь, от общего числа населения; долю детей, подростков и молодежи учебных заведений,

охваченных коррекционными занятиями по проблемам стрессоустойчивости, от общего числа обучающихся; долю лиц, вовлеченных в активную социально значимую деятельность, от общего числа населения; долю специалистов, прошедших повышение квалификации по вопросам профилактики суицидов, от общего числа работающих в медицинских учреждениях [3].

Система регистрации сведений о суицидальном и аутоагрессивном поведении граждан в РБ определена приказом Минздрава РБ, согласно которому в организационно-методический отдел ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ ежеквартально поступают статистические данные о суицидальном и аутоагрессивном поведении взрослых и детей. С 2016 года, помимо статистических данных, ежеквартально собираются сведения о завершенных суицидах и суицидальных попытках по форме анкеты «Информация на суицидента».

Ведется работа в рамках Соглашения о сотрудничестве и взаимодействии в области обеспечения гарантий государственной защиты прав и свобод несовершеннолетних между ГАУЗ РКПЦ и СУ Следственным комитетом РФ по РБ.

Согласно Порядку межведомственного взаимодействия по фактам выявления несовершеннолетних, имеющих риск аутоагрессивного поведения, совершивших попытку суицида и суицид, утвержденного постановлением Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав при Правительстве Республики Башкортостан от 07.12.2018 № 33 проводится работа по оказанию психолого-психотерапевтической помощи детям и подросткам с суицидальными тенденциями, а также их ближайшему микросоциальному окружению. На каждый случай суицидального поведения несовершеннолетних выезжает мобильная бригада, состав которой (психолог или врач-психотерапевт) зависит от характера случившегося.

В детских отделениях ГАУЗ РКПЦ оказывается специализированная психотерапевтическая помощь детям с суицидальными тенденциями, с аутизмом, с задержками психоречевого развития, а также проводится реабилитации детей, подвергшихся насилию, и их родителей. На основе интеграции смежных дисциплин созданы отделения и структурные подразделения, обеспечивающие полноценную специализированную психотерапевтическую помощь. Основой взаимодействия специалистов является комплексная диагностика, согласование лечебных и восстановительно-коррекционных программ, основанных на общей методологии оказания помощи в рамках каждого из направлений лечения, коррекции и реабилитации [1].

В 2019 году в детском консультативно-диагностическом отделении ГАУЗ РКПЦ осмотрено более 5 тыс. детей и подростков до 18 лет с пограничной нервно-психической патологией. Более 200 детей получили стационарное лечение.

Коррекция состояния детей и подростков проводится с одновременной коррекцией детско-родительских отношений. Каждый случай суицидального и аутоагрессивного поведения ребенка или подростка сопровождается решением его социальных проблем.

Согласно алгоритму межведомственного взаимодействия проводилась психотерапевтическая работа в отношении 30 пациентов, находившихся в соматическом стационаре после совершения суицидальной попытки.

За истекший 2019 г. в отделении «Телефон доверия» принято более 30 тысяч звонков, из них младших школьников (7–10 лет) – 0,6%, младших подростков (11–14 лет) – 2%, старших подростков (15–17 лет) – 5%, из всех звонков 6% были с суицидальными тенденциями.

В работе «Телефона доверия» принимают участие клинические психологи, помощь оказывается анонимно. Задача психолога объяснить ребенку возможности выхода из создавшейся ситуации, указать на возможные ресурсы, объяснить, куда можно обратиться за помощью.

С целью повышения грамотности педагогических работников в отношении суицидального и аутоагрессивного поведения в образовательных учреждениях города Уфы проводились семинары для педагогов о профилактике суицидального поведения. На постоянной основе специалисты психотерапевтического профиля участвуют в работе родительских конференций, регулярно проводятся тематические общешкольные родительские собрания. Для заместителей директоров по воспитательной работе школ и профессиональных образовательных учреждений на регулярной основе проводятся семинары по организации раннего выявления суицидальных и аутоагрессивных тенденций среди обучающихся.

Наряду с мероприятиями, направленными на профилактику аутоагрессивного поведения, ведется работа по предупреждению деструктивного поведения молодежи.

Совместно с Администрациями муниципальных образований проводятся психологические тренинги по формированию стрессоустойчивости детей и подростков:

Особенности межведомственного документооборота по оценке суицидальной и аутоагрессивной опасности несовершеннолетних ежеквартально обсуждается на семинарах заинтересованных министерств и ведомств. Ведется активная работа со средствами массовой информации.

На регулярной основе осуществляются выезды в районы и города республики для оказания практической и организационной помощи специалистам системы здравоохранения, образования, молодежной политики по вопросам профилактики кризисного состояния и суицидальных тенденций.

В рамках психолого-коррекционной работы с обучающимся ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России организовано оказание специализированной помощи на базе университета.

С осени 2018 г. оказывается выездная психотерапевтическая помощь детям и подросткам на базах центров психологического сопровождения г. Уфы.

Помимо практической помощи медицинским работникам по раннему выявлению кризисного состояния, каждый выезд сопровождается методической работой в отношении специалистов образования, социальной сферы, средств массовой информации и других служб. В рамках выездной работы более 3000 специалистов ежегодно получают практическую и организационно-методическую помощь.

На постоянной основе ведется инструктивно-методическая работа по вопросам раннего выявления депрессии в работе врачей первичного звена. В рамках проведения мероприятий по повышению уровня социально-психологической грамотности медицинских работников в вопросах выявления и профилактики суицидального и аутоагрессивного поведения

детей и подростков ведется работа в каждой поликлинике ГО г. Уфы.

Проводимая профилактическая и организационная работа в республике привели к заметным положительным тенденциям в указанном направлении. Уровень суицидов снизился на 32%, заметно увеличился поток пациентов

с пограничной нервно-психической патологией и суицидальными тенденциями в детские и подростковые отделения Республиканского клинического психотерапевтического центра, отрегулировано межведомственное взаимодействие в плане профилактики суицидальных наклонностей у детей, подростков и молодежи.

Библиографический список

1. Гильманов А. Х., Евтушенко Е. М. Оказание психотерапевтической помощи детям и подросткам в Республике Башкортостан на современном этапе // Психическое здоровье детей страны будущее здоровье нации: сборник материалов Всероссийской конференции по детской психиатрии и наркологии. Ярославль, 2016. С. 100–101.
2. Тимербулатов И. Ф., Евтушенко Е. М., Хох И. Р., Тимербулатова М. Ф. Возможности психотерапевтической службы в системе профилактики суицидов (на примере опыта Республики Башкортостан) // Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б. С. Положего. М., 2019. С. 567–574.
3. Тимербулатов И. Ф., Евтушенко Е. М. О состоянии психотерапевтической службы в Республике Башкортостан // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Психотерапевтическая помощь. Достижения, задачи и перспективы». Уфа, 2019. С. 3–5.

СПЕЦИФИКА ДОАБОРТНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ВЫСОКИМ РИСКОМ НЕВЫНАШИВАНИЯ И МЕДИЦИНСКИМИ ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Халфина Р. Р.¹, д.б.н., доцент

Тимербулатова М. Ф.²,

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»,

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный университет»,

^{1,2}ГБУЗ «Республиканский клинический психотерапевтический центр Министерства

Здравоохранения Республики Башкортостан»,

Уфа, Россия

Аннотация

Описана структура психологического консультирования женщин, желающих прервать нежелательную беременность. В процессе определения понятия был выполнен анализ содержания доабортного консультирования женщин, получивших направление на аборт. Были проанализированы основные цели и задачи, которые решает медицинский психолог в ходе консультирования женщин. Показана структура консультирования с основными параметрами, такими как начало консультации, основная часть консультации и завершение консультативной беседы.

Ключевые слова

Беременность, психологическое консультирование, психологическая беседа, аборт, доабортное консультирование, репродуктивное здоровье.

SPECIFICS OF PRE-ABORTION PSYCHOLOGICAL COUNSELING FOR PREGNANT WOMEN WITH A HIGH RISK OF MISCARRIAGE AND MEDICAL INDICATIONS FOR TERMINATION OF PREGNANCY

Khalfina R. R.¹, Doctor of Biological Sciences, Associate Professor,

Timerbulatova M. F.²

¹Bashkir State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Bashkir State University

^{1,2}Republican Clinical Psychotherapy Center of the Ministry of Health of the Republic
of Bashkortostan,
Ufa, Russian Federation

Abstract

The structure of psychological counseling for women who want to terminate an unwanted pregnancy is described. The content of pre-abortion counseling for women is analyzed.

Key words

Pregnancy, psychological counseling, psychological conversation, abortion, pre-abortion counseling, reproductive health.

Значительную роль в увеличении рождаемости и снижении младенческой смертности играет сохранение и улучшение репродуктивного здоровья.

Безусловно, необходимость сокращения числа аборт не вызывает сомнений, и о ней говорится в Концепции демографической политики РФ на период до 2025 г.

Но в жизни возникают ситуации, когда аборт является самым разумным и рациональным решением. Такие ситуации, как выявление внутриутробных пороков развития плода,

несовместимых с жизнью либо приводящих к его инвалидизации, и в самом худшем случае — к младенческой смертности.

Доабортное психологическое консультирование — это не давление или убеждение, а особый вид квалифицированной психологической помощи женщинам в кризисной ситуации.

При выявлении врожденных пороков развития (ВПР) и МВПР (множественные врожденные пороки развития) плода должен быть индивидуальный подход к каждой пациентке,

обусловленный ее жизненной ситуацией (возраст, наличие детей, материальное положение, хроническое заболевание, неготовность к материнству, неодобрение родственников, асоциальное поведение партнера).

Доабортное консультирование — совокупность процедур, направленных на помощь женщине при поставленном диагнозе ВПР/МВПР, создающих условия для принятия ею решения в отношении к этой проблеме и в предотвращении эскалации негативного эмоционального состояния в патологическое русло.

Цель консультации — помочь женщине понять происходящие в ее личном пространстве изменения и осмысленно постичь выбор по поводу прерывания беременности. Раскрыть все особенности выявленной патологии плода, каким образом это скажется на его жизни, специфики социализации в будущем как для нее, так и ближайшего окружения и др. И справиться с поставленной целью на основе осознанного выбора.

У психолога по доабортному консультированию должна быть четкая принципиальная позиция: принятие решения о пролонгировании или прерывании беременности должно рассматриваться только через призму, с одной стороны, интересов нерожденного ребенка (его качество жизни при определенных патологиях, наличие болевого синдрома и другое) и, с другой стороны, интересов старших сиблингов (при их наличии), в-третьих, сохранение качества жизни семьи как системы. Но в приоритете сохранение психологического здоровья беременной после процедуры прерывания беременности, если такое решение будет женщиной принято.

Ключевая задача медицинского психолога — не настаивать, а помочь пациентке самостоятельно сделать осознанный выбор.

Очень часто беременные женщины и их близкие застревают на фазе отрицания диагноза, практикуют многократные походы к разного рода специалистам (с различным уровнем квалификации), зачастую низкоквалифицированные специалисты дают необоснованную надежду таким беременным, тем самым упуская драгоценное время для принятия важного решения.

Как правило, большая часть беременных с ВПР приходит на комиссию по прерыванию беременности после скрининга, так как при первом скрининге выявляются самые грубые патологии и тот факт, что беременная еще не успела психологически настроить себя на рождение ребенка (все-таки многие беременные психоэмоционально готовятся к первому и, как они считают, самому главному скринингу, стараются лишний раз не обнадеживать себя и своих близких), и при обнаружении серьезной патологии вопрос о прерывании беременности по медицинским показаниям осуществляется в рамках женской консультации.

При выявлении ВПР после скрининга консультации беременных связаны со множеством особенностей.

1. Значительно сокращены сроки для принятия решения и проведения дополнительных методов исследования (так как скрининг проводится в 18–20 недель, а медикаментозное прерывание возможно до 22 недель).
2. Психоэмоциональная связь с плодом достаточно сильная, беременная уже отождествляет себя и свое будущее только с этим ребенком.

3. Отсутствие доверия результатам перинатальной диагностики.
4. В этот период плод активно начинает двигаться, что создает дополнительные сложности при принятии решения о прерывании беременности.

Структура доабортного консультирования. Начало консультативной беседы:

- 1) представление психолога;
- 2) установление консультативного контакта с женщиной, направленной на прерывание беременности по медицинским показаниям, а также взаимопонимания между психологом и женщиной, исключение оценочных суждений, проявляемых в любой форме, по поводу вопроса сохранения или прерывания беременности;
- 3) сообщение о цели консультации и, при необходимости, времени, которое она может занять.

Стандартизованная модель диалога, предусматривающая когерентную последовательность коммуникативных ходов, представленных в речевых и неречевых актах, направленных на создание оптимальных условий для достижения иерархически выстроенных коммуникативных целей.

В самом обобщенном виде эти цели можно представить, как:

- 1) подготовка условий коммуникации;
- 2) установление уровня информированности пациента и его представлений о ситуации;
- 3) установление желания пациента быть информированным и относительно степени информирования;
- 4) предупреждение о намерении сделать сообщение и информирование пациента;
- 5) реакция на эмоции пациента (эмпатия);
- 6) включение пациента в процесс принятия решений, подтверждение готовности в оказании дальнейшей помощи.

Непродуманное, «смазанное» завершение может разрушить в целом успешную консультацию. Кроме того, необходимо выделить время для облегчения эмоционального переживания клиентом поднятых проблем.

Работа медицинского психолога с данной категорией женщин — это работа, направленная на устранение сомнений в правильности поставленного диагноза, предложенной врачами дальнейшей стратегии ведения беременности. Важно показать женщине, что существуют другие возможные варианты развития событий после процедуры прерывания беременности, такие как:

- установление и устранение возможной причины возникновения текущей патологии у плода;
- прегравидарная подготовка под контролем врачей к следующей беременности.

Для беременных, которым выставлен диагноз ВПР плода, характерны:

- оценка сложившейся ситуации с точки зрения катастрофизации;
- низкая терпимость к фрустрации.

Каждая беременная, оказавшаяся в такой ситуации, считает, что одинока в своем горевании, что до нее никто и никогда не сталкивался с такой жизненной ситуацией. В данный момент важно дать понять беременной, что, к сожалению, ее случай не первый и, вероятнее всего, не последний в истории медицины, многие женщины пере-

живали потерю беременности на разных сроках и, пережив потерю, продолжили жить дальше.

Каждый человек хочет быть счастливым, иметь семью и детей. Каждая женщина стремится стать матерью, но каждая представляет себе в мечтах, что она мать здорового и счастливого ребенка, а будет ли таким ребенок с ВПР/МВПР? Даже зная диагноз, изучив его, женщина

не представляет, с какими сложностями она, ее семья могут столкнуться с появлением ребенка, обреченного стать инвалидом.

Беременность должна приносить предвкушение счастья от скорого появления нового члена семьи, новой роли — матери, так же как и рождение новой жизни.

Библиографический список

1. Ковалева М. И. Особенности психологического консультирования женщин, желающих прервать нежелательную беременность // Молодой ученый. 2019. № 33. С. 107–109. URL: <https://moluch.ru/archive/271/62037/> (дата обращения: 10.01.2020).

СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СУИЦИДЕНТОВ – ПОТРЕБИТЕЛЕЙ СИНТЕТИЧЕСКИХ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ

Хохлов М. С., Зотов П. Б., Уманский М. С.

ГБУЗ ТО «Областной наркологический диспансер», ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Тюмень, Российская Федерация

Аннотация

Представлены результаты собственных исследований, отражающих основные социальные характеристики потребителей синтетических психостимуляторов с суицидальным поведением. Показано, что эти пациенты имеют более тяжелые и системные признаки социальной и семейной дезадаптации. В качестве предикторов выступают более длительный опыт потребления наркотиков, снижение профессионального уровня, материального благополучия и достатка семьи, что способствует ухудшению ситуации и усилению явлений семейной дезорганизации. В заключение авторы делают вывод о том, что программы реабилитации этих пациентов должны быть направлены на восстановление микросоциального пространства, социальной активности и трудовой деятельности, включать меры психосоциальной поддержки, в том числе реализуемые с привлечением добровольцев.

Ключевые слова

Синтетические психостимуляторы, наркомания, наркологический анамнез, суицидальное поведение.

SOCIAL CHARACTERISTICS OF CONSUMERS OF SYNTHETIC PSYCHOSTIMULANTS WITH SUICIDAL BEHAVIOR

Khokhlov M. S., Zotov P. B., Umansky M. S.,

Regional Narcological Dispensary, Tyumen State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Tyumen, Russian Federation

Abstract

The results of assessment of the social characteristics of the users of synthetic psychostimulants with suicidal behavior are presented. It is shown that these patients have more severe and systemic signs of social and family maladjustment including a longer experience of drug use, a decrease in professional performance and low well-being. The paper concludes that rehabilitation programs have to be promoted to reduce the adverse health and social consequences of synthetic psychostimulants use. Psychosocial support interventions including those implemented with the involvement of volunteers should be a part of the rehabilitation programs.

Key words

Synthetic stimulants, drug abuse, drug treatment history, suicidal behavior.

Потребление наркотических веществ, формирование зависимости — серьезная социальная проблема и трагедия для семьи и самого заболевшего. Не вызывает сомнения и тот факт, что потребление наркотических и психоактивных веществ (ПАВ) является одним из наиболее значимых факторов суицидального риска [5, 6]. Регистрируемая в последние годы во многих странах мира волна новых «дизайнерских наркотиков» изменяет традиционные представления о заболевании, в том числе аутоагрессивной активности этих пациентов [3, 4]. Имеются указания на генетические основы суицидальной активности отдельных потребителей синтетических психостимуляторов [2], что укладывается в общую модель «стресс-диатеза» и отражает роль биологических детерминант [7] в суицидальной активности этого контингента. Не менее значимыми могут быть и социальные факторы [8]. Также известно, что наркотическая зависимость

ассоциируется со значимым негативным социальным и экономическим неблагополучием [8]. Однако отечественных исследований относительно потребителей синтетических психостимуляторов с суицидальным поведением в этом аспекте не проводилось.

Цель исследования — оценка основных социальных характеристик, зависящих от синтетических психостимуляторов с суицидальным поведением.

Материалы и методы. В исследование включены: 1) основная группа — 120 больных, зависимых от синтетических психостимуляторов (мужчины — 102, женщины — 18), средний возраст — $33,8 \pm 3,2$ года; у всех больных этой группы присутствовали различные формы суицидальной активности; 2) группа сравнения (без суицидальных идей) — 60 участников (мужчины — 52, женщины — 8), средний возраст — $34,1 \pm 3,1$ года.

У всех исследуемых был верифицирован диагноз F15 — «Зависимость от стимуляторов». Лабораторная идентификация психоактивных веществ проводилась путем химико-токсикологического исследования образцов биологических объектов (моча) методом хромато-масс-спектрометрии анализаторами на базе газового хроматографа Agilent 7890. У 80,8% был выявлен α -пирролидинопентиофенон.

Обследование осуществлялось в постпсихотический период на этапе выписки из стационара и перевода под динамическое наблюдение амбулаторно-поликлинической службы наркологического диспансера.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета Microsoft Excel, версия 7.0, и с применением статистических программ SPSS Statistics 21.

Результаты и обсуждение. Сравнение основных характеристик наркологического анамнеза показало, что общий стаж потребления наркотиков у лиц с суицидальным поведением оказался достоверно выше ($4,9 \pm 0,61$ лет; $P < 0,05$), чем в группе сравнения ($1,3 \pm 0,38$ лет). Более значительный временной период определялся преимущественно их прежней длительной зависимостью от других ПАВ и лишь относительно недавним (со слов пациентов) переходом на психостимуляторы (длительность приема непосредственно синтетических психостимуляторов была в основной группе $19,7 \pm 0,4$, в группе сравнения — $9,2 \pm 0,3$ месяца).

Длительное течение наркологического заболевания не могло не отразиться на личной, семейной и общественной жизни, положении в обществе и других социальных факторах, а также влиянии на суицидальное поведение. У больных основной группы было меньше лиц с высшим (7,5%) образованием при большем числе пациентов со средним (35,0 и 39,1%) и коррекционным (4,2 и 3,4%) образованием.

Это отражалось и на профессиональной деятельности. Лишь треть (30,0%) больных с суицидальным поведением выполняли квалифицированный рабочий труд (сравнения — 50%; $P < 0,05$), 35% работали как неквалифицированные рабочие (сравнения — 21,7%; $P < 0,05$), 30,8% были безработными (сравнения — 20%; $P < 0,05$).

Женаты были 57,5% лиц основной группы (сравнения — 68,3%; $P < 0,05$), каждый третий (31,7%) был разведен (сравнения — 18,3%; $P < 0,05$). Высокая частота нарушений

брачных отношений в период заболевания также определяла негативные последствия в условиях проживания. Лишь 42,5% больных основной группы проживали с состоявшими в браке женой/мужем ($P < 0,05$). Высокий процент разводов среди наркозависимых в отличие от группы сравнения (10%) определял значительную долю «гражданского» брака: основная группа — 18,3% (сравнения — 10%). Каждый четвертый больной основной группы (27,5%) проживал в одиночестве (13,3%; $P < 0,05$).

На гармоничный характер взаимоотношений в семье проживания (в том числе в гражданском браке, с детьми и другими родственниками) указали 28,3% (сравнения — 51,7%; $P < 0,05$). Большинство лиц основной группы отмечали дисгармоничный характер отношений в семье и с близкими — 30,8%, что тоже свидетельствует о выраженной микросоциальной дезадаптации лиц с суицидальным поведением.

Среди других показателей нами был оценен уровень материального благосостояния. Обращало внимание, что в целом среди наркозависимых было достоверно ($P < 0,05$) мало лиц с хорошим материальным положением (основная — 13,3%; сравнения — 15,0%), что можно рассматривать как общее следствие наркотической зависимости. В то же время 40,0% больных с суицидальным поведением указывали на неудовлетворительный достаток. И этот показатель достоверно ($P < 0,05$) превышал аналогичный для лиц группы сравнения (20,0%).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что наркозависимые с суицидальным поведением имеют более тяжелые и системные признаки социальной и семейной дезадаптации. В качестве предикторов выступают более длительный опыт потребления наркотиков, снижение профессионального уровня, материального благополучия и достатка семьи, что способствует ухудшению ситуации и усилению явлений семейной дезорганизации.

Программы реабилитации таких пациентов должны быть направлены на **восстановление** микросоциального пространства, **социальной активности и трудовой деятельности**, включать меры психосоциальной поддержки, в том числе реализуемые с привлечением добровольцев [1].

Библиографический список

1. Алавердова Л. Л. Помощь добровольцев семье покончившего с собой: личный опыт, трудности и возможности // Суицидология. 2015. Т. 6. № 2. С. 64–66.
2. Асадуллин А. Р., Анцыборов А. В. Клиническо-генетические особенности суицидального поведения больных, зависимых от синтетических катинонов // Суицидология. 2018. Т. 9. № 4. С. 61–73.
3. Асадуллин А. Р., Анцыборов А. В., Ахметова Э. А. Синтетические триптамины: избранные вопросы классификации, механизм действия, клиника интоксикации // Девиантология. 2017. Т. 1. № 1. С. 26–35.
4. Григорьева А. А., Корчагина Г. А. Суицидальное поведение, спровоцированное употреблением психоактивных веществ // Вопросы наркологии. 2017. Т. 6. № 154. С. 53–55.
5. Зотов П. Б., Бохан Н. А., Хохлов М. С., Петров И. М., Скрябин Е. Г., Зотова О. П., Петров В. Г. Суицидальные действия наркозависимых: вопросы системного выявления и учета // Суицидология. 2019. Т. 10. № 1. С. 91–104. doi.org/10.32878/suiciderus.19–10–01(34)-91–104.
6. Меринов А. В., Алексеева А. Ю. Влияние несистематического употребления наркотических веществ у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, на их суицидологические характеристики // Суицидология. 2019. Т. 10. № 1. С. 75–79. doi.org/10.32878/suiciderus.19–10–01(34)-75–79.
7. Положий Б. С. Концептуальная модель суицидального поведения // Суицидология. 2015. Т. 6. № 1. С. 3–7.
8. Carmel A., Ries R., West I. I., Bumgardner K., Roy-Byrne P. Suicide risk and associated demographic and clinical correlates among primary care patients with recent drug use // Am J Drug Alcohol Abuse. 2016. V. 42. № 3. P. 351–357.

КЛЮЧЕВЫЕ АСПЕКТЫ ЭФФЕКТИВНОЙ РАБОТЫ ПРОГРАММ ПО ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ БУЛЛИНГА

Чернов Н. В., клинический психолог, **Макарова А. В.**, клинический психолог,
Костюк Г. П., д.м.н.

ГБУЗ города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н. А. Алексеева»
Департамента здравоохранения г.Москвы»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

В статье рассмотрены ключевые аспекты для построения эффективной программы по предотвращению буллинга и представлена программа, разработанная сотрудниками психиатрической больницы им. Н. А. Алексеева.

Ключевые слова

Буллинг, предотвращение буллинга, антибуллинг.

THE KEY ASPECTS OF EFFECTIVE BULLING PREVENTION PROGRAMS

Chernov N. V., clinical psychologist, **Makarova A. V.**, clinical psychologist, **Kostyuk G. P.**, Doctor
in Medical Sciences

Alekseev Psychiatric Clinical Hospital № 1 of the Moscow Health Care Department,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The paper reviews bullying prevention programs varying in implementation, methods, scope, and objectives. The school-based anti-bullying program developed by specialists of the Alekseev Psychiatric Clinical Hospital № 1 is presented.

Key words

Bullying, bullying prevention, anti-bullying.

Современные исследования показывают, что буллинг (деструктивное конфликтное взаимодействие в группе, при котором обидчиком в отношении жертвы, не способной себя защитить, осуществляются длительные повторяющиеся насильственные действия [1]) является распространенным феноменом, встречающимся в разных странах мира.

Специалисты из Института образования «Высшей школы экономики» А. А. Реан и М. А. Новикова проанализировали результаты более 80 исследований буллинга как за рубежом, так и в России. В результате анализа они пришли к выводу, что мировой процент жертв буллинга составляет 35%, в России — 27%. Треть школьников в России никогда не сталкивалась с травлей со стороны сверстников. Остальные становятся жертвами или свидетелями буллинга [2].

Результаты по России могут отличаться от зарубежных по причине возможной недооцененности проблемы, отсутствия систематического сбора статистических данных и регулярно функционирующих государственных программ, которые были бы направлены на противодействие буллингу.

Буллинг является серьезной проблемой как для объекта травли, так и для свидетелей, агрессоров, а также организации, где эта травля происходит. Буллинг приводит к дезадаптации, влияет на процесс обучения, является предиктором развития психических расстройств и источником, провоцирующим агрессию и ненависть, нарушающим гуманистические ценности в рамках страны. Поэтому создание и реализация

программ, направленных на профилактику и предотвращения буллинга — одна из задач государства, а также социальных институтов, в рамках которых возможно изменение данного процесса или которые могут влиять на предотвращение данного процесса. В нашей стране мы только подходим к теме комплексного воздействия на буллинг, ведется социальный проект «Травли.net», но требуются законодательные инициативы, точное определение распространенности проблемы, а также поиск эффективных инструментов воздействия. Работа с буллингом является одной из важнейших задач профилактики психических расстройств и стабилизации общества в целом.

Метаанализ исследований продемонстрировал, что в тех странах, где распространены программы предотвращения травли (США, Великобритания, страны Скандинавии), показатели буллинга на 20% ниже, чем в остальных [3].

Первая мощная программа против буллинга — Olweus Bullying Prevention Program (OBPP) — была реализована в 1983–1985 гг. Основными целями этой программы являются уменьшение существующих проблем издевательств среди учащихся в школе, предотвращение развития новых случаев, достигаемое путем перестройки социальной среды ребенка в школе, введения системы поощрений и наказаний, формирования чувства общности среди учащихся и взрослых в школьной среде. Программа базируется на четырех принципах: интерес и участие взрослых, установление жестких

границ недопустимого поведения, последствия при нарушении правил, положительный образ взрослых.

Другая известная программа PEACE Pack, в основе которой лежит идея, что буллинг является более широкой проблемой сообщества и предлагающая системное вмешательство.

Показала положительные результаты программа SAVE в Испании, основополагающим принципами которой являются солидарность, сотрудничество и взаимопонимание. Основана на демократическом управлении межличностных отношений.

Проект по предотвращению буллинга Sheffield состоит из повышения осведомленности, школьных консультаций, разработки и реализации школьной политики и оценки эффективности.

Фламандская программа по борьбе с издевательствами, включающая в себя общешкольную политику в отношении издевательства, осведомленность, консультации со специалистами школы и отдельными участниками, вмешательство в группу сверстников, поддержку агрессоров и жертв.

Бернская программа против буллинга. Ключевой принцип которой заключался в расширении возможностей учителей справляться с проблемами агрессоров и жертв.

Ирландская национальная школьная программа Донегала, включающая: подготовку специалистов, информирование учителей и родителей, работу с учениками.

Программа противозаконного вмешательства Финляндии. В центре внимания этой программы — подготовка учителей, предотвращение издевательства, альтернативные методы вмешательства с акцентом на класс, индивидуальные консультации.

Также известна программа США «Шаги к уважению» и многие другие.

Общими принципами этих программ являются: повышение осведомленности, осознание поведения, связанного с запугиванием, приверженность поведению против буллинга [4].

Для того чтобы программа была адаптивной, необходим ряд условий. Прежде всего это работа с учителями и сотрудниками школ, направленная на разработку четких правил школы, системы наказания негативного и поощрения желаемого поведения, создание теплой, безопасной среды, формирование алгоритма распознавания буллинга, создание на базе школы команды специалистов по буллингу и антибуллингового комитета с включением в него учителя, психолога, социального работника, администрации школы, создание линии доверия по вопросам буллинга на базе школы, улучшение школьного климата. Не менее важно взаимодействие с родителями, направленное на формирование алгоритма распознавания буллинга, обучение родителей эффективной коммуникации с детьми. И конечно, работа с детьми, включающая в себя создание комитетов, в которых участвуют дети, для разработки правил в отношении буллинга и мер для его преодоления, организация групп поддержки для детей — жертв травли, индивидуальная психологическая работа с детьми-жертвами, тренинги уверенного поведения, развитие навыков управления гневом посредством индивидуальной и групповой работы и др.

Наибольшее значение на уровне школы имеют четкие правила поведения, формирование доверия между педагогами

и детьми и вмешательство учителей в конфликты школьников. Жертве буллинга сложно сообщить о проблеме, поэтому крайне важна первая реакция учителя, не менее важна для пострадавшего поддержка друзей, а также вовлечение в успешную деятельность. Относительно работы с агрессором имеет первостепенное значение информирование о последствиях издевательства, возвращение ответственности за содеянное и позитивное использование его лидерских качеств [3].

При составлении антибуллинговой программы важно определить цели и найти ответственных за реализацию, сосредоточиться на агрессивном поведении и адресатах воздействия. Из важных рекомендаций по ведению борьбы с буллингом следует отметить следующее: в работу с классом нужно включать учителя, садиться не традиционно за парты, а организовать круг, не стоит упоминать имена и конкретные инциденты, важно определить границы участников и дать возможность не отвечать в случае трудностей, для информирования использовать фильмы, построить открытый диалог, использовать творческие задания, вводить наставничество [5].

В фокусе важно держать уровень «поражения» буллингом в конкретной школе, удержание интереса учеников через поощрение самостоятельности (давать определения буллингу, разрабатывать правила), потенциальных жертв буллинга, работу с родителями и свидетелями, взаимодействие сотрудников школы между собой, метод заботы, а не вины [6].

Специалисты психиатрической клинической больницы № 1 им. Алексеева разработали поэтапную программу по работе с буллингом в школах.

На первом этапе происходит информирование о проблеме буллинга сотрудников школы, учеников, родителей. Далее следует этап диагностики — проводится исследование проблемы и ее распространенности в учреждении (анонимные опросники детей, опросники для учителей, опросники для родителей и наблюдение). По итогам диагностики составляется антибуллинговый план.

В практической части реализуются антибуллинговая программа с проведением лекций, тренингов асертивности, командообразования (для сотрудников школы), группы для учителей по развитию навыков разрешения ситуаций буллинга, группы навыков для учеников, работа по формированию доверия между педагогами и детьми, создание новых правил. Осуществляется индивидуальная и групповая работа с детьми-жертвами, с детьми-агрессорами, с родителями детей-жертв и детей-агрессоров. Формируется антибуллинговый комитет.

Следующий этап — это анализ проведенных интервенций, мониторинг ситуации и включенности сотрудников в антибуллинговую программу, а также поддержание безопасной среды. Здесь проводится исследование, аналогичное тому, что проводилось на первом этапе, осуществляется практическая работа второго этапа. Это позволяет усовершенствовать методы борьбы с травлей, а также своевременно отреагировать на новые эпизоды буллинга, вовлечь новых участников в противодействие травле, обучая правилам и новым сложившимся традициям школы, наладить диалог между детьми.

Эффективность и значимость антибуллинговых инициатив очень высоки. Необходимо реализовывать антибуллинговые программы в каждой школе, достигая главной цели — сохранения психического и физического здоровья школьников, гарантирующего их наиболее гармоничное развитие и снижающее риск развития психических расстройств.

Библиографический список

1. *Кривцова С. В.* Буллинг в школах мира: Австрия, Германия, Россия / С. В. Кривцова, А. Н. Шапкина, А. А. Белевич // Образовательная политика. 2016. № 3. С. 73.
2. *Новикова М. А.* Влияние школьного климата на возникновение травли / М. А. Новикова, А. А. Реан // Вопросы образования. 2019. № 2. С. 78–97.
3. *Соболевская О. В.* Подход против буллинга. Как эффективно бороться со школьной травлей? / Соболевская О. В. // Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». Научно-образовательный портал IQ-2019.
4. *O'Moore A. M.* Dealing with Bullying in Schools / A. M. O'Moore, S. J. M. Paul. Chapman Publishing London. Thousand Oaks. New Delhi, 2004. P. 21.
5. *Lee C.* Preventing bulling in schools / C. Lee, P. Chapman. Professionals Publishing, 2004. P. 5.
6. *Jimerson S. R.* Handbook of Bullying in Schools / Sh. R. Jimerson, S. M. Swearer, D. L. Espelage, 2009.

БУЛЛИНГ КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Чернов Н. В., клинический психолог, **Макарова А. В.**, клинический психолог,
Костюк Г. П., д.м.н.

ГБУЗ города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева»
Департамента здравоохранения г.Москвы»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

В данной статье приведен обзор литературы, описывающей понятие буллинга, его ключевые аспекты, особенности жертв и обидчиков, семейной системы участников буллинга, а также влияния буллинга на развитие психических расстройств.

Ключевые слова

Буллинг, последствия буллинга, буллинг и психические расстройства, травля в школе, буллинг и расстройства пищевого поведения, предикторы тревоги и депрессии, последствия школьных издевательств.

BULLYING AS A PREDICTOR OF MENTAL DISORDERS DEVELOPMENT (LITERATURE REVIEW)

Chernov N. V., Clinical Psychologist, **Makarova A. V.**, Clinical Psychologist,
Kostyuk G. P., Doctor of Medical Sciences
Alekseev Psychiatric Clinical Hospital № 1 of the Moscow Health Care Department,
Moscow, Russian Federation

Abstract

This article provides a review of the literature describing the concept of bullying, its key aspects, features of victims and offenders, the family variables, as well as the impact of bullying on the development of mental disorders.

Key words

Bullying, consequences of bullying, bullying and mental disorders, bullying at school, bullying and eating disorders, predictors of anxiety and depression, the effects school bullying.

Исследования предикторов развития психических расстройств являются одной из ключевых задач для создания эффективной программы профилактики и реабилитации психических заболеваний. В настоящий момент принято рассматривать психическое расстройство в рамках биопсихосоциальной модели, в соответствии с которой психическое расстройство может активизироваться под влиянием биологических, социальных и психологических факторов, что подтверждает своими исследованиями Woo-kyoung Ahn et al. [12]

Одним из социальных факторов, провоцирующих психические расстройства, является буллинг. Цель нашей статьи — обозначить взаимодействие между буллингом и развитием психических заболеваний.

Буллинг происходит от англ. bullying — запугивать, издеваться, тиранизировать; его синоним моббинг (от англ. mob — сборище, шайка, сброд). По мнению Deichmann 2015 [7], Kollmer 2007 [8], моббинг происходит от латинского выражения mobile vulgus, которое означает: «подстрекаемая толпа, сброд, группировка с ограниченным уровнем организации, где господствуют потакание инстинктам и разрушительные поведенческие тенденции» (энциклопедический словарь Мейера).

На сферу человеческих отношений термин перенес шведский врач Heinemann, проводивший исследования в 60–70-е гг. прошлого века. В то же время шведский психолог Dan Olweus начал проводить исследования агрессии в подростковой среде. У истоков изучения буллинга (моббинга) также стоял шведский психолог и врач Lehmann. Благодаря работам этих специалистов интерес к проблеме буллинга (моббинга) вышел на международный уровень, и начались исследования в других странах. Изначально для обозначения систематической травли одного человека группой людей возник термин «моббинг», и лишь затем появился термин «буллинг». В Скандинавских странах чаще используется термин «моббинг», а в англоязычных странах и в России преимущественно употребляется понятие «буллинг».

Буллинг редко формируется в среде, где человек находится добровольно. Буллинг — это форма взаимодействия, для которой характерно формирование социальной системы, включающей преследователей, их жертв, наблюдателей, иногда помощников обидчика (булли) и защитников жертвы (буллинг-структура). От других форм конфликтного взаимодействия буллинг отличает продолжительный повторяющийся

характер насильственного взаимодействия, дисбаланс сил, фиксированные роли.

К психологической форме буллинга относят: игнорирование, исключение из сообщества, требование денег, сокрытие информации, высмеивание и оскорбления, обвинения, использование информации против жертвы, доносы, угрозы. К физической форме — кражу или повреждение вещей, принадлежащих жертве, физическое насилие различной степени тяжести, сексуальные домогательства.

Таким образом, буллинг — тип деструктивного конфликтного взаимодействия в группе, при котором обидчиком в отношении жертвы, неспособной себя защитить, осуществляются длительные повторяющиеся насильственные действия [1, 2].

Одно из первых масштабных исследований распространенности буллинга в школах провел Dan Olweus в 1983 г. [12].

Специалисты из Института образования «Высшей школы экономики» А. А. Реан и М. А. Новикова проанализировали результаты более 80 исследований буллинга как за рубежом, так и в России. В результате анализа они пришли к выводу, что мировой процент жертв буллинга составляет 35%, в России — 27%. Треть школьников в России никогда не сталкивалась с травлей со стороны сверстников. Остальные становятся жертвами или свидетелями буллинга [3].

Glazman, Guggenbühl, Lane исследовали психологические характеристики жертв и их обидчиков. Жертвам, как правило, присущи: социальная отрешенность, тенденция избегания конфликтов, сензитивность, замкнутость, застенчивость, неуверенность в себе, заниженная самооценка, тревожность, склонность к депрессии, преобладание неконструктивных стратегий совладания, сниженная учебная мотивация, игнорирование, негативное самоотношение, низкий/высокий уровень агрессии, низкое чувство собственного достоинства, низкая степень социальной поддержки, соматическая ослабленность. Обидчиков характеризует: высокая агрессивность, нехватка эмпатии, потребность в доминировании, успешность, уверенность, высокий иерархический статус [1]. Доктор Susan Limber выявила, что обидчики часто страдают от синдрома дефицита внимания и гиперактивности. [11].

Исследования Prathiba Natesan, Mary E. Mitchell and Rebecca J. Glover показывают влияние особенностей семейных взаимодействий на формирование жертвы или агрессора. Lereya et al. обнаружили, что дети, подвергающиеся оскорбительному воспитанию становятся жертвами. Harold et al., Cui et al., Braithwait et al. показали корреляцию между расстройствами поведения ребенка и семейными конфликтами. Статус жертвы связан с повышенным уровнем семейной конфликтности и нарушением привязанности. Naupie et al. сообщили, что дети, идентифицированные как обидчики и жертвы, в раннем возрасте получали мало родительского внимания [9]. Изучением связи семейных факторов и попадания в буллинг-структуру занимались А. А. Реан и М. А. Новикова. Они пришли к выводам, что агрессорами часто оказываются дети из семей с дисбалансом власти, насилием. Жертвы живут в семьях без тесного эмоционального контакта или, наоборот, в семьях с гиперопекой и трудностями сепарации.

Исследование Muijs показало существенное влияние школы на распространенность буллинга. Galand, Hospel, Baudoin подтверждают связь школьного климата с развитием буллинга, Соос в своем метаанализе находит школьный

климат значимым предиктором формирования как обидчика, так и жертвы [6].

Буллинг является серьезной проблемой, оказывая как краткосрочное, так и долгосрочное воздействие на жертву, агрессора и свидетелей.

Говоря о влиянии буллинга на жертву, следует отметить непосредственные физические травмы, долгосрочные соматические последствия (головная боль, нарушения сна, ожирение и другие проявления), значительно возрастающий риск возникновения психических расстройств: депрессии, тревожных расстройств, нервной анорексии и булимии, эмоциональной неустойчивости. Также могут появляться снижение памяти, нарушения саморегуляции и механизмов совладания со стрессом, неуверенность в себе, замкнутость, трудности обучения, трудности принятия решения, снижение успеваемости, прогулы школы, снижение социальных контактов.

Существуют гипотезы о патофизиологии развития расстройств вследствие буллинга, которые связаны с изменением функционирования гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси под воздействием стресса. По исследованиям Dallman, издевательства активизируют систему стресса, сосредоточенную на гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси. Booth, Klierer, Knack, Ouellet-Morin, Vaillancourt показывают, что уровень гормона стресса кортизола снижается при повторных случаях издевательства, что влечет неспособность жертвы к саморегуляции и совладанию со стрессом. В результате нарушения суточного ритма кортизола возникают затруднения засыпания, дефицит сна, а значит, трудности обучения и нарушения настроения. Функционирование мозга изменяется под воздействием хронического стресса от издевательства, при этом активность миндалевидного тела повышается, функция гиппокампа нарушается, а медиальная функция префронтальной коры снижается, что приводит к повышенной тревожности и агрессии, снижению способности к саморегуляции, а также к более лабильному настроению, что показывают в своих исследованиях Chattarji, McEwen, Morrison. По мнению Casey, Jones, префронтальная кора участвует в процессах саморегуляции, памяти, планирования, принятия решений и отвечает за другие формы поведения.

От буллинга страдают не только жертвы, но и обидчики. На агрессоров участие в буллинге влияет следующим образом — у них значительно возрастает риск психических расстройств и проявления психосоматических проблем, они более склонны к суицидальным мыслям и намерениям, вдвое чаще заболевают булимией.

Gini, Pozzoli провели метаанализ и показали, что агрессоры имели более высокий риск проявления психосоматических проблем. Wolke с коллегами после проведенных исследований сообщают, что участие в любой роли в буллинг-структуре может увеличить риск развития психотических переживаний в подростковом возрасте, что подтверждают работы Gini, Sigurdson. По мнению Reed, Nugent, Cooper, школьники, которые издеваются над другими, чаще сообщают о высоком уровне суицидального поведения. Исследователи из Медицинского института Дьюка и Медицинской школы Университета Северной Каролины обнаружили, что агрессоры были вдвое более склонны к проявлению симптомов булимии.

Неблагоприятным последствиям буллинга подвержены и свидетели издевательств. Они впоследствии сталкиваются с чувством тревоги и неуверенности, имеют повышенный риск психических расстройств, чаще употребляют психоактивные вещества и имеют высокий риск возникновения суицидальных тенденций.

По данным Rigby, свидетели буллинга сообщали о чувствах тревоги и неуверенности. Rivers обнаружил повышенный риск

психических расстройств, а также повышение употребления психоактивных веществ. Noget показали повышенный риск возникновения суицидальных тенденций для свидетелей издевательств [4].

Таким образом, буллинг существенно влияет на состояние здоровья и существенно повышает риск развития психических расстройств. Поэтому профилактика буллинга является одной из важнейших задач для стабилизации и здоровья общества.

Библиографический список

1. *Бутенко В. Н.* Буллинг в школьной образовательной среде: опыт исследования психологических особенностей «обидчиков» и «жертв» / В. Н. Бутенко, О. А. Сидоренко // Вестник КГПУ им. В. П. Астафьева. 2015. № 3 (33).
2. *Кривцова С. В.* Буллинг в школах мира: Австрия, Германия, Россия / С. В. Кривцова, А. Н. Шапкина, А. А. Белевич // Общеобразовательная политика. 2016. № 3. С. 73.
3. *Новикова М. А.* Влияние школьного климата на возникновение травли / М. А. Новикова, А. А. Реан // Вопросы образования. 2019. № 2. С. 78–97.
4. Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries / Suzet Tanya Lereya, William E Copeland, E. Jane Costello, Dieter Wolke // Lancet Psychiatry. 2015. № 2. P. 480.
5. Can bullying predict the symptoms of an eating disorder / W. E. Copeland, C. M. Bulik, N. Zucker, D. Walke, S. T. Lereya, E. J. Costello // International Journal of Eating Disorders. 2015, November, 16. P. 16.
6. *Muijs D.* Can schools reduce bullying? The relationship between school characteristics and the prevalence of bullying behaviours // The British Psychological Society. 2017. 81 (1).
7. *Deichmann S.* Wenn Schule zur Schikane wird: Was tun bei Mobbing unter Schülern? German Disserta Verlag, 2015. P. 310.
8. *Kollmer N.* Mobbing im Arbeitsverhältnis: Was Arbeitgeber dagegen tun können und sollten. Heidelberg. Verlagsgruppe HüthigJehle-Rehm, 2007. P. 218.
9. *Natesan P.* Early Predictors of Child's Bully and Victim Statuses: A Longitudinal Investigation Using Parent, Teacher, and Student Reports From National / P. Natesan, M. E. Mitchell, R. J. Glover // Frontiers in Education. 2018. Vol. 3. P. 48.
10. Preventing Bullying Through Science, Policy, and Practice / F. Rivara, S. Le Menestrel. National Academies Press (US), 2016 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK390414/> (дата обращения: 04.09.2014).
11. *Gilbert S.* Bully or victim? Studies show that they are very similar // New York Times. August 1999. P. 7.
12. *Woo-kyoung Ahn.* Mental Health Clinicians' Beliefs About the Biological, Psychological, and Environmental Bases of Mental Disorders / Woo-kyoung Ahn, Caroline C. Proctor, Elizabeth H. Flanagan // Cognitive science a Multidisciplinary Journal. 2009. March/April. Vol. 33. Issue 2. P. 147–182.

СОЦИАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ КАК ПРЕДИКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ)

Чибисова И. А., к.м.н.,

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

Аннотация

В статье анализируется комплекс социально-дезадаптивных факторов, приводящих к нарушенной социализации у несовершеннолетних с формированием поведенческих и психических расстройств, с учетом гендерного аспекта. Предложено понятие социально-дезадаптивных дистресс-реакций (СДДР) в онтогенезе. Взаимодействие детских специалистов (психолога, невролога, педиатра, психиатра) необходимо для диагностической квалификации состояний, разработки коррекционных психотерапевтических программ с опорой на гендерные признаки при выявлении СДДР.

Ключевые слова

Социальная дезадаптация, дети, подростки, гендерная специфика, искаженная социализация несовершеннолетних, психиатрия.

SOCIAL MALADJUSTMENT AS A PREDICTOR OF THE FORMATION OF BEHAVIORAL AND MENTAL DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS (GENDER ASPECT)

Chibisova I. A., PhD (Medical Sciences)

Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health
of the Russian Federation,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The article analyzes the complex of socially maladaptive factors leading to the formation of behavioral and mental disorders based on gender characteristics. The concept of socially maladaptive distress reactions in ontogenesis is proposed. The interaction of child specialists (psychologist, neurologist, pediatrician, psychiatrist) is necessary for the diagnostic qualification of conditions and the development of corrective psychotherapeutic programs based on gender characteristics in identifying socially maladaptive distress reactions.

Key words

Social maladjustment, children, adolescents, gender specificity, distorted socialization of minors, psychiatry.

Социализация ребенка, процесс усвоения образцов поведения, психологических установок, социальных норм и ценностей, знаний, навыков, позволяющих ему успешно функционировать в обществе — неотъемлемые составляющие сути формирования и развития человека в целом. Именно дети и подростки оказываются в позиции наиболее слабой психологической защищенности в способности противостоять современным негативным социальным воздействиям.

Современные исследователи отмечают следующие криминологические, психологические и клиничко-социальные тенденции в подростковом насилии и агрессии у девочек и мальчиков:

- рост удельного веса тяжких преступлений против личности, совершенных детьми 10–14 лет;
- опережающий рост преступности среди девочек-подростков;

- рост правонарушений, совершенных с применением огнестрельного оружия, увеличение случаев использования оружия в школе;
- большой удельный вес среди несовершеннолетних правонарушителей лиц с психическими расстройствами [2].

Общеизвестен факт, что в силу возрастной незрелости и эмоциональности дети, с одной стороны, чрезвычайно зависимы от взрослых — родителей, опекунов или лиц, осуществляющих за ними уход и заботу, а с другой — крайне чувствительны к обстоятельствам окружающей жизни, воздействию информационной среды, киберпространства и т.д. Соответственно все чаще наблюдаются осознанные и подсознательные реакции социально незрелых, неадаптированных подростков, приводящие к нарушениям адаптации,

духовному кризису, личностному аномальному реагированию, вплоть до суицида.

Сочетание зависимости и эмоциональности, несомненно, определяет необходимость для ребенка длительного периода ухода, заботы и защиты. Ребенок, развивающийся в благоприятных, защищенных условиях, в семье, как правило, при переживании стресса демонстрирует формирующуюся способность к «овладевающему поведению», и степень этого овладения отражает его личностный рост, его эмоциональный, волевой контроль над своим состоянием и над ситуацией, расширение арсенала жизненных навыков [5]. В социально-психиатрическом аспекте значимым с точки зрения неблагоприятных социальных, психологических, соматических последствий является не стресс, а дистресс — состояние эмоционального напряжения, которое возникает при конфликтных, кризисных, жизненных ситуациях и превышает по своей интенсивности или длительности индивидуальные психофизические и личностные адаптивные возможности ребенка. В таких случаях важным становится выявление компонентов эмоционально-волевой, поведенческой дисрегуляции, вплоть до ауто- и гетероагрессии, социально опасного, неприемлемого поведения.

Обобщенный анализ семейных факторов риска противоправной активности детско-подростковыми психиатрами и психологами позволил выделить уровни семейной дезадаптации по степени нарастания их патогенного воздействия: 1) материнская депривация; 2) стойкие конфликтные семейные отношения; 3) распад семьи; 4) асоциальная дезадаптация родительских семей. Проведенные социально-клинические исследования показали, что в условиях семейной дезадаптации у ребенка развиваются следующие патологические состояния: задержанное соматофизическое и психическое развитие, нарушения интеллекта, пролонгированные реакции регресса и личностная незрелость. В подростково-юношеском возрасте отмечаются отсутствие эмпатии, трудности установления социальных контактов, ограниченность познавательных способностей, соматоформные (психосоматические) расстройства, аффективные эмоционально-поведенческие расстройства со стойкими нарушениями поведения [3, 4].

В работах отечественных и зарубежных исследователей показано, что жестокое обращение с детьми, сексуальное насилие в семьях имеют тенденцию к развитию и повторению в паттернах агрессивного поведения самих детей — жертв насилия и жестокого обращения. Агрессивные дети, как правило, вырастают в семьях, где дистанция между детьми и родителями огромна, где мало интересуются развитием детей, где не хватает тепла и ласки, отношение к проявлениям агрессии безразличное или снисходительное, где в качестве дисциплинарных воздействий предпочитают применять силу, особенно физические наказания. Родители, наказывающие детей, фактически становятся для них примером агрессивного поведения [1].

Девиянтное поведение чаще всего формируется благодаря социальным подкреплениям, полученным от значимых лиц, обычно в группе сверстников. Особо актуальным это становится, когда подросток не может интегрироваться в группу просоциальных сверстников. Он ищет поддержку в сообществе лиц с девиантным поведением, где легко усваиваются нормы асоциальной субкультуры, в которой,

как правило, агрессивные формы поведения расцениваются как проявление силы и мужественности. В результате подросток с незрелой, не сформированной полностью психикой копирует форму и содержание чьего-либо агрессивного поведения, и в дальнейшем эти его копируемые действия закрепляются, нередко стереотипизируются, что и составляет в последующем онтогенезе собственно агрессивные реакции либо агрессивное поведение, вплоть до его разнообразных криминальных форм [6].

По данным исследователей ВОЗ (2016), для мальчиков в целом более характерны направленные вовне («экстернализация»), или экспрессивные, формы поведения, связанные со здоровьем, такие как употребление алкоголя или участие в драках, тогда как девочкам более свойственно эмоциональное, внутриличностное, или «интернализированное», поведение в отношении здоровья, что может проявляться в виде психосоматических симптомов или проблем с психическим здоровьем [8].

Факторы риска социальных и поведенческих нарушений в окружении ребенка имеют кумулятивный эффект, то есть чем их больше и чем раньше они возникают, тем выше риск развития у подростка нарушений развития, поведения и криминальности. Сочетание указанных социально негативных, дезадаптивных факторов с наследственно-генетическими, дизонтогенетическими, личностными (биологическими) характеристиками ребенка может оказаться пусковым, триггерным механизмом нарушенного развития, формирования девиаций поведения.

Дети и подростки, социализация которых протекает в неблагоприятных условиях, деструктивно влияющих на психосоциальное развитие и психическое здоровье ребенка (сиротство, насилие, вовлечение в криминальную среду, инвалидизация в связи с физическим или психическим дефектом), на современном этапе развития социальной помощи рассматриваются как группы повышенного «социального риска» дезадаптации, с высокой долей нарушений развития и девиаций поведения. Дифференцированное научное исследование разнообразных психосоциальных травмирующих факторов, оказывающих ключевую роль в формировании искаженной социализации ребенка, в аспекте оценки психопатологии, патопсихологии, обратимой и необратимой дисфункции, «диатез-стресса», дезинтеграции и патопластической декомпенсации, в виде единого комплекса не осуществлялось. При использовании экстранозологического подхода с учетом основополагающих понятий адаптации, барьера адаптации, стресса-дистресса представляется обоснованным выделить следующее понятие. «Социально-дезадаптивные дистресс реакции» (СДДР), которые представляют собой, многообразие форм искаженного развития в онтогенезе в ответ на социально опасные детерминанты, кризисные ситуации, с аффективными, когнитивными, волевыми и поведенческими изменениями предболезненного и болезненного уровня, а также латентной предуготованностью к эмоциональным, непатологическим и патологическим формам реагирования. Учитывая особенности социализации несовершеннолетних обоих полов, в оформлении СДДР важная роль принадлежит гендерной специфичности психологических и психопатологических форм реагирования.

СДДР в онтогенезе, с одной стороны, «способствуют» аномальной личностной социализации с высоким значением

приспособительных реакций в микросоциальной и социальной средах, с другой — так искажают развитие в детско-подростковом возрасте, что ограничивают и нарушают познавательный, поведенческий, психологический ресурс, делая поступки несовершеннолетнего, его формы реагирования в социальном смысле неприемлемыми, в правовом — противоправными. Подростковые судебные психиатры, используя многоосевой диагностический подход, отмечают экстранозологичность и комплексность проблем искаженного развития. При этом поведение часто детерминировано как болезненными психопатологическими нарушениями, так и личностно-дизонтогенетически аномальными изменениями. При этом, например, девочки-подростки чаще в пубертате проявляют маскулинные, реже — гетероагрессивные паттерны поведения, а мальчики-подростки отличаются более выраженными дезадаптивными социализированными формами поведения с высоким риском не только насильственных, но и аутоа-

грессивных поступков. Разнообразные формы аддикций, саморазрушающее поведение у подростков мужского пола имеют раннее, допубертатное начало.

В заключение хотелось бы отметить, что исследование неблагоприятных социально-дезадаптивных факторов на формирование ребенка, становление его социально-адаптивных и личностных характеристик, понимание того, каким образом социальное окружение в одних случаях служит фактором защиты, в других — фактором риска социальной дезадаптации, остается чрезвычайно важной задачей для современной науки, практики и междисциплинарного взаимодействия, требует дальнейшего исследования с учетом специфики и гендерных особенностей реагирования, что позволит сформировать своевременные социальные, медико-профилактические мероприятия для детей и подростков, находящимся в группах повышенного социального риска [7].

Библиографический список

1. Бадмаева В. Д., Дозорцева Е. Г., Чибисова И. А., Нуцкова Е. В. Психические расстройства у детей и подростков, возникающие в результате преступлений сексуального характера (клинические и клиничко-психологические аспекты) безнадзорных // Российский психиатрический журнал. 2014. № 3. С. 33–40.
2. Вострокнутов Н. В., Пережогин Л. О. Формирование расстройств личности у несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2008. № 1 (8). С. 25–41.
3. Гурьева В. А. Пролонгированные психогении у подростков и их влияние на формирующуюся личность // Социальная и клиническая психиатрия. 1994. № 2. С. 31–35.
4. Гурьева В. А. Криминальное агрессивное поведение подростков / В. А. Гурьева, Е. В. Макушкин, Н. В. Вострокнутов, Е. Г. Дозорцева, Н. К. Демчева, И. Ю. Кондрашин // Агрессия и психическое здоровье. СПб.: Юридический центр Пресс, 2002. С. 111–142.
5. Посохова С. Т. Психология адаптирующейся личности: монография. СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2000.
6. Макушкин Е. В. Агрессивное криминальное поведение у детей и подростков с нарушенным развитием. М.: Медицинское информационное агентство, 2009. 240 с.
7. Макушкин Е. В., Чибисова И. А. Дети и подростки в ситуациях социального дистресса // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски. 2017. № 117 (11). С. 3–12.
8. Hurrelmann K., Richter M. Risk behaviour in adolescence: the relationship between developmental and health problems // J Public Health. 2006. № 14. P. 20–28.

НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ В ПЕРВЫЕ ГОДЫ ЖИЗНИ

Шаймарданова Е. А., Чапала Т. В., к.псих.н.,
ФГБОУ ВО «Тольяттинский государственный университет»,
Самарская область,
г. Тольятти, Российская Федерация

Аннотация

В данной статье рассматривается проблема нарушения пищевого поведения у детей первых лет жизни. Основной причиной данной проблемы служат нарушение детско-родительских отношений и неправильные привычки, заложенные в раннем детстве. В статье рассматриваются основные расстройства пищевого поведения и их связь с детско-родительскими отношениями, а также влияние пищевого поведения на психологическое здоровье в целом.

Ключевые слова

Пищевое поведение, детско-родительские отношения, здоровье ребенка, правильные привычки, психическое здоровье.

EATING DISORDERS IN CHILDREN IN THE FIRST YEARS OF LIFE

Shaimardanova E. A., Chapala T. V.,
PhD (Psychology), Togliatti State University, Samara region,
Togliatti, Russian Federation

Abstract

This paper discusses the problem of eating disorders in children of the first years of life. The main cause of this problem is the violation of parent-child relationships and the wrong habits laid down in early childhood. The article examines the main eating disorders and parental and family factors associated with eating pathology as well as the impact of eating behavior on psychological health in general.

Key words

Eating behavior, parent-child relationships, child health, good habits, mental health.

Личное отношение индивида к пище и способы ее употребления являются пищевым поведением. Изменения, ведущие к нарушению пищевого поведения, могут начать проявляться уже в достаточно раннем детстве ребенка или изначально формироваться в онтогенезе. Специалисту, определяя критерии психического здоровья, психологического и социального благополучия, необходимо учитывать жизненный путь человека и его индивидуальные представления о здоровье. Это весьма сложный диагностический процесс, который требует большого профессионального и личного опыта [6]. Для формирования неправильного пищевого поведения возможно развитие двух путей: 1) нарушение детско-родительских отношений; 2) неправильные привычки, заложенные в детстве. Среди расстройств, которые связаны с нарушением детско-родительских (в преимуществе детско-материнских) отношений, выделяют четыре основные формы: 1) регургитационное расстройство; 2) нервная младенческая анорексия; 3) регулярное поедание несъедобных веществ; 4) пищевое недоразвитие.

1. Регургитационное расстройство. Основными критериями для диагностики данного расстройства являются: регулярно повторяющееся срыгивания, повторное пережевывание и затем проглатывание пищи (только при полном

отсутствии патологий ЖКТ); потеря общей массы тела. Первые проявления данного расстройства начинаются до 12 месяцев, в отдельных случаях могут продолжаться до 6 лет.

К факторам развития данного расстройства относят недостаточность и избыточность материнской привязанности. В первом случае — привлечение родительского внимания в условиях его острой нехватки, во втором — увеличивающаяся под избыточным родительским вниманием устойчивая модель поведения. При полном лишении материнской привязанности или ее ослаблении у ребенка начинается недовоспитание, а многократное пережевывание пищи стимулирует выработку данных гормонов.

С точки зрения психологической модели регургитация и мерицизм выражают выход внутреннего напряжения, которое возникло в результате нарушения или изначально отсутствия понимания друг друга матерью и ребенком. Мама деток, страдающих данным видом расстройств, в большинстве случаев являются незрелыми, эмоционально отвергающими своих детей и зависимыми от чего-либо. Сторонники бихевиорального подхода, напротив, считают, что мерицизм усугубляется под влиянием чрезмерного родительского внимания.

2. Инфантильная анорексия (нервная младенческая анорексия). К критериям диагностики относят: отказ от пищи в активной или пассивной фазе; чрезмерная избирательность в еде; регулярные недоедания. Отказы от приема пищи в большинстве случаев начинаются сразу после рождения. Младенец спит, не просыпаясь для кормлений, отказывается от груди или выпивает малое количество материнского молока. При пассивной фазе — ребенок возражает процессу кормления, демонстрируя свое полное безразличие к пище и не проявляя интереса к бутылочке или материнской груди. Также характерной особенностью является замедление процессов глотания. Пища может задерживаться в полости рта младенца на 30 минут и более.

К нервной младенческой (инфантильной) анорексии относят расстройства, продолжительность которых составила 3 месяца и более, более короткие сроки снижения аппетита могут быть связаны с рядом бытовых изменений в семье (значительные перемены, новые продукты и т.д.).

Специфические черты поведения матерей детей, страдающих нервной младенческой анорексией, следующие: 1) матери неадекватно реагируют на «голодные» крики своих детей, не могут справиться с их кормлением, а в их отношении к своим младенцам в больших количествах присутствует агрессия, недовольство, раздражительность и негодование; 2) матери не видят отличительных особенностей насыщения детей и продолжают их кормить против их желания, что вызывает сопротивление младенца.

Проблемы с кормлением младенца в большей вероятности возникают в семьях, где есть опыт пищевой аллергии у старших детей или близких родственников и мать после рождения малыша находилась в тревожном ожидании болезни у ребенка. Прямая поддержка и помощь отца в уходе за ребенком в большинстве случаев снижает тревогу у матери.

Обозначены следующие этапы детско-родительских отношений при нервной анорексии у детей. В ходе развития инфантильной анорексии в паре «мама — ребенок» изменяются отношения от парных и взаимных к парному конфликту и далее к борьбе за право контролировать прием пищи. На данном этапе родители сумеют побороть отказ ребенка от приема пищи, или же данная устойчивая модель пищевого поведения у него окончательно закрепится.

Различают три основных версии инфантильной анорексии.

1. Дистимический вариант — явная эмоциональная лабильность в процессе кормления с сохранением дистанции. Во время кормления присутствует раздражительность и плаксивость.

2. Регургитационный вариант — частые и сильные срыгивания в процессе кормления или сразу после него. Важным моментом является количество срыгиваемой пищи.

3. Пассивный или активный отказ от пищи. При активном отказе ребенок демонстрирует свое нежелание есть, отворачивается от предложенной еды, выплевывает ее. При пассивном — выражает недовольство к продуктам, предназначенным для его возраста, могут быть замечены необычные вкусовые пристрастия (кислое, острое, соленое, горькое).

3. РИСА-синдром — постоянное поедание несъедобных вещей. Диагностическими особенностями является систематическое (более 1–2 раз в месяц) поедание несъедобных

вещей. При этом должны быть исключены другие серьезные психические отклонения у ребенка (аутизм, детская шизофрения). Возрастным диапазоном для начала заболевания обычно считается возраст от 1 до 2 лет. Чаще всего используют в пищу краски, мелки, волосы, мусор с пола и улицы, фекалии животных и собственные испражнения, цветы, насекомых, пластилин. Важной отличительной особенностью является проглатывание данных вещей. При этом несъедобные продукты не вызывают у детей отвращения.

Большинство подобных случаев являются педагогической запущенностью и отсутствием привитых ребенку понятий «можно — нельзя». В ряде случаев такие дети воспитываются в неблагоприятных семьях. Нет научных данных, доказывающих, что употребление в пищу несъедобных предметов является следствием голода.

У матерей таких детей в большинстве случаев имеются явные признаки депрессивного расстройства. Их поведение зачастую непоследовательно и изменчиво. Гиперконтроль и чрезмерная опека сменяются неприятием и отвержением.

4. Пищевое недоразвитие. Данное заболевание относится к широкой группе расстройств, так как регулярное недоедание влечет за собой задержку физического и психического развития. Данное отклонение выявляют у младенцев 3–12 месяцев, в основном в неполных и неблагополучных семьях, занимающих низкое социальное положение. Родители детей в ряде случаев имеют разные психические заболевания. В медицине данное расстройство имеет название «гипотрофия», характеризуется дефицитом массы тела. Родители или ближайшие взрослые не могут четко понять и удовлетворить потребности ребенка.

Главным отличием нарушения пищевого поведения психогенного характера от соматических и неврологических патологий является их недолгая продолжительность, достаточно легкая обратимость и качественные правильно выстроенные отношения в системе «родитель — ребенок». Если в семье не уделяют внимания психологическим проблемам, не прививают здорового отношения к пище, то эти риски развития нарушений возрастают в несколько раз. Нельзя игнорировать тот факт, что нарушения органики изменяют психический статус человека, что приводит к изменениям личности и поведения [7].

В первую очередь при патологии детского пищевого поведения следует обратить внимание на отношения в системе «родитель — ребенок». При эмоционально обедненном общении родителей и детей пища является единственным средством коммуникации как для детей, так и для родителей. Зачастую единственным, чем родители проявляют свою любовь к детям, является пища. В этих случаях отказ детей от еды воспринимается родителями как личное оскорбление.

В детстве и школьном возрасте у детей с пищевыми расстройствами с большой долей вероятности присутствуют широкий спектр нарушений поведения.

В ряде семей родительские заблуждения не имеют ничего общего с правильными привычками здорового питания. Разберем самые частые из них.

1. «Плохой аппетит у ребенка». У маленьких детей обмен веществ выше, чем у взрослых, и соответственно, пища усваивается лучше и быстрее, поэтому насильное кормление детей зачастую приводит к их перееданию.

2. «Самое вкусное — детям». Многие продукты из популярных массмаркетов не предназначены для питания детей, но родители с целью ободрить или пожалеть ребенка покупают ему «запрещенные» продукты, тем самым формируя четкое понятие, что в любой стрессовой ситуации для поднятия настроения нужно съесть что-нибудь «вкусное и вредное».

3. Медленный прием пищи. Многие родители регулярно торопят детей за столом в процессе приема пищи, так как им кажется, что они нарочно «тянут время, ковыряя ложкой». В процессе этих внушений дети овладевают привычкой поглощать еду быстро, чтоб не вызывать гнев взрослых. В дальнейшем быстрое употребление пищи приводит к ожирению и нарушению пищевого поведения в целом.

4. Закармливание ребенка во время болезни. Ослабленный организм тратит двойные силы на переваривание большого количества ненужной пищи. Многие родители во время болезни балуют ребенка вкусной шоколадкой или другими нежелательными продуктами. Не стоит забывать, что во время болезни питанию ребенка должно быть уделено особое внимание.

5. Пища — это единственный досуг в семье, который делается вместе. Стоит показать ребенку другие варианты совместного времяпрепровождения и научить его правильному досугу.

6. «Как хорошо кушает». Очень часто родители хвалят детей за до конца съеденную порцию еды. В этом случае ребенок понимает: чтобы заслужить похвалу, достаточно хорошо поесть. В дальнейшем уже повзрослевшие дети заедают свои неудачи большим количеством еды, чтобы снова почувствовать себя «хорошим», «молодцом».

7. Ребенку не разрешают выйти из-за стола, пока его тарелка не опустеет. Таким образом, ребенок теряет чувство насыщения и ориентирует полноту своего желудка только по наличию еды в тарелке. В некоторых случаях ребенок (или уже повзрослевший ребенок) не может остановить свой прием пищи, пока вся доступная еда не будет съедена.

Зачастую главной причиной детских нарушений пищевого поведения и, как следствие, ожирения являются родители (если полностью исключены заболевания ЖКТ и гормонального характера). У детей с данным видом расстройств часто наблюдается конфликт в отношениях с матерью или чрезмерная привязанность к ней. В таких семьях мать зачастую доминирует, а отец уходит на второй план.

Нарушения пищевого поведения в детстве, в том числе недооценка психических аспектов здорового питания, в будущем может стать причиной многих заболеваний и задержкой развития в настоящем. Особой прочностью обладают привычки, заложенные в детстве.

Библиографический список

1. Авдеева Н. Н. Привязанность ребенка к матери и образ себя в раннем детстве // Вопросы психологии. 1997. С. 3—12.
2. Булаховой Л. А. Детская психоневрология. Киев: Здоров'я, 2001. 496 с.
3. Немов Р. С. 5-е изд. М.: ВЛАДОС, 2004. Кн. 1. Общие основы психологии. 687 с.
4. Ньюкомб Н. Развитие личности ребенка. 8-е изд. СПб.: Питер, 2003. 640 с.
5. Микиртумов Б. Е., Коцавцев А. Г., Гречаный С. В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста. СПб.: Питер, 2001. 256 с.
6. Чапала Т. В. Психология здоровья как предмет исследования: Теоретический обзор Актуальные проблемы и новые технологии медицинской (клинической) психологии и психотерапии // Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием, посвященной 25-летию факультета медицинской психологии СамГМУ. Самара, 2016. С. 248—252.
7. Чапала Т. В. Категории, нормы и методы исследования в психологии здоровья // Научен вектор на Балканите «Научный хронограф» ЕООД. 2017. С. 31—34.

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ АКТИВНОСТЬ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА: ОСНОВА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ¹

Шинина Т. В., к.псих.н., доцент,
доцент кафедры нейро- и патопсихологии развития
ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

В статье представлены материалы пилотного исследования, проведенного на выборке из диад родителей и детей раннего возраста. В исследовании ($N = 60$) приняли участие респонденты в возрасте от 10 месяцев ($M = 10,04$; $SD = 0,45$), из которых 65% были женского пола. Результаты данного исследования направлены на повышение качества детско-родительского взаимодействия с помощью раннего вмешательства, что может стимулировать социально-эмоциональное развитие детей и проявление ими исследовательской активности.

Ключевые слова

Шкала оценки, наблюдение, ранний возраст, исследовательская активность, детско-родительское взаимодействие, Observer-XT.

COGNITIVE DEVELOPMENT IN CHILDHOOD – THE BASIS FOR MENTAL HEALTH

Shinina T. V., PhD (Psychology),
Associate Professor at the Department of Neuro-and Developmental Pathopsychology,
Moscow State University of Psychology and Education,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The paper presents the materials of a pilot study conducted on a sample of dyads of parents and young children. The study ($N = 60$) was attended by respondents over the age of 10 months ($M = 10.04$; $SD = 0.45$), of which 65% were female. The results of this study are aimed at improving the quality of parent-child interaction through early intervention, which can stimulate the child socio-emotional development.

Key words

Assessment scale, observation method, early age, research activity, child-parent interaction, Observer-XT.

Введение. Основы психического здоровья детей раннего возраста закладываются в раннем детстве, когда скорость развития мозга является наивысшей, а положительные и отрицательные переживания оказывают наибольшее влияние. В связи с этим встают вопросы о направлениях современной исследовательской повестки феноменов детского развития в контексте взаимодействия со значимым взрослым [8]. Согласно теории расширения и построения опыта под воздействием положительных эмоций — broaden-and-build theory of positive emotions [9] эмоциональные переживания позволяют ребенку расширять свой исследовательский опыт, благотворно влияют на работоспособность в стрессовых ситуациях и в сложных жизненных условиях, закаляют иммунную систему, открывая возможность урегулирования уровня гормона стресса кортизола, а это в свою очередь позволяет задействовать системы мозга: ретикулярную активацию «кортикальная бдительность» и лимбическую активацию «эмоциональные реакции», они работают, взаимно

дополняя друг друга и обеспечивая «поисковое поведение». Активное поисково-исследовательское поведение позволяет выстраивать жизненную траекторию, намечать векторы развития и пошагово следовать им, оценивая свои сильные и слабые стороны, что способствует формированию готовности к самостоятельной жизни в подростковом возрасте [5, 7, 13]. Научные исследования показали, что последствия чрезмерного эмоционального стресса, а также других социально-эмоциональных невзгод, пережитых в раннем детстве, могут сохраняться на протяжении всей жизни и даже в последующем поколении, увеличивая риск хронических заболеваний, социально-эмоциональных проблем и экономических трудностей [11]. Также было доказано, что раннее социально-эмоциональное вмешательство может смягчить влияние неблагоприятных факторов, позволяя маленьким детям формировать устойчивость и получать положительные результаты развития, несмотря на сложные обстоятельства [12]. Таким образом, был сформулирован исследовательский вопрос «Как оценить проявления исследовательской активности ребенка в детско-родительском взаимодействии?».

¹ Результаты исследований получены при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 19–513–92001.

Материалы и методы. Для оценки коммуникативных сигналов ребенка использовалась методика Evaluation of Child-Parent Interaction (ЕСPI) (Галасюк И. Н., Шинина Т. В. 2017, 2019) [2, 3]. Анализ видеозаписей детско-родительского взаимодействия осуществлялся с помощью компьютерной программы The Observer—ХТ 14. Все маркеры прошли профессиональную экспертизу в формате фокус-групп [4]. Методикой для изучения социально-эмоционального развития ребенка послужили Шкалы развития Bayley-III [1]. В исследовании ($N = 60$) приняли участие респонденты в возрасте от ($M = 10,04$; $SD = 0,45$), из которых 65% были женского пола.

Результаты. С самого рождения ребенок проявляет инициативу в адрес значимого взрослого, постоянно сигнализируя тем или иным способом о своих потребностях и запрашивая помощь в их удовлетворении. Ребенку необходим человек, способный принимать и понимать его сигналы, отвечать на них. Исследование позволяет выделить поведенческие индикаторы взаимодействия в диаде «мать — младенец» и оценить, каким образом особенности коммуникации ребенка со значимым взрослым влияют на наличие специфических характеристик в динамике социально-эмоционального развития ребенка.

Социально-эмоциональная шкала (СЭ) методики Bayley-III определяет уровень развития социально-эмоциональных навыков ребенка и включает в себя следующие показатели: интерес к окружающему миру, способности сообщать о своих потребностях, привлекать внимание взрослых и устанавливать с ними отношения, целенаправленно использовать эмоциональные сигналы для выражения своих чувств и для разрешения возникающих затруднений. Анализ шкалы социально-эмоционального развития ребенка Bayley-III мы представляем на примере одного случая (табл. № 1).

Таблица 1. Характеристика шкал социально-эмоционального развития ребенка Bayley-III

Шкала	Интерпретация	Нормативное значение по шкалам
Общение (Общ)	Речь ребенка, мимика, жестикуляция	Норма
Здоровье и безопасность (ЗБ)	Проявление осторожности и способность избегать физической опасности	Норма
Досуг (Д)	Самостоятельная игра	Нижняя граница нормы
Уход за собой (УЗС)	Поведение ребенка во время еды, туалета, купания	Ниже нормы
Саморегуляция (СР)	Проявление самообладания, следование указаниям	Норма
Социальная среда (Соц)	Умение ладить с окружающими	Норма
Моторика (МО)	Передвижение — ползание, ходьба, бег	Норма
Социально-эмоциональная шкала (СЭ)	Уровень развития социально-эмоциональных навыков	Верхняя граница нормы

Представление полученных результатов в форме рисунка позволяет значимому взрослому увидеть ресурсные точки в социально-эмоциональном развитии ребенка, соответствующие нормативным значениям, и пониженные результаты, на которые следует обратить внимание. На рисунке 1 темным цветом обозначены результаты ребенка, серые ряды показывают средние нормативные значения по шкалам.

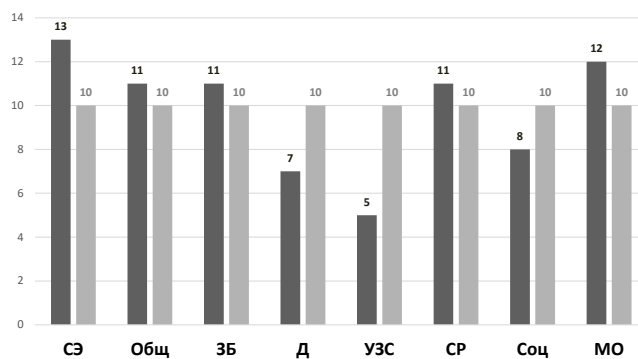


Рис. 1. Шкала социально-эмоционального развития ребенка Bayley-III

Полученные видеопротоколы взаимодействия ребенка со значимым взрослым были проанализированы и закодированы с помощью программы Observer-ХТ 14. Числовые данные представлены в табл. № 2.

Таблица 2. Методика ЕСPI с применением видеонаблюдения. Шкала «Коммуникативные сигналы ребенка» [2, 6, 3].

Маркеры коммуникативных сигналов ребенка	Общая длительность	Частота
Предметная деятельность + Ребенок проявляет исследовательский и игровой интерес к предметам	02:44	29
Чувствительность к взрослому + Ребенок реагирует на сигналы взрослого	04:53	30
Инициатива к предмету — Ребенок не проявляет самостоятельный интерес к предметам;	00:53	4
Инициатива к взрослому — Ребенок не включает взрослого во взаимодействие	00:05	1
Эмоциональные переживания к взрослому + Ребенок улыбается, смеется при взаимодействии с взрослым	02:00	18
Фокус внимания предмет — Рассеянный взгляд	02:01	46

В результате исследования, на основе анализа и интерпретации взаимосвязи значимых отрицательных и положительных индикаторов коммуникативных сигналов ребенка и шкалы социально-эмоционального развития ребенка было подготовлено заключение, позволяющее оценить детско-родительское взаимодействие на ранних этапах онтогенеза.

В статье приводится фрагмент содержания заключения Анастасии «М 10—6».

Шкала социально-эмоционального развития ребенка Bayley-III. По социально-эмоциональной шкале показатели соответствуют верхней границе возрастной нормы (10 мес.). Анастасия демонстрирует способность привлекать внимание других и выражать свои эмоции. Проявляет интерес к игрушкам и окружению, способна выразить свои потребности с помощью мимики, жестов, вокализаций. Наблюдается нормативный уровень развития пяти навыков адаптивного поведения: 1) *общение* — развитие речи на начальном уровне соответствует возрасту, наблюдается живая мимика и жестикуляция при коммуникации со взрослыми, ребенок понимает простые вопросы; 2) *здоровье и безопасность* — девочка способна сообщать о плохом самочувствии, используя соответствующие мимику и вокализации, может избегать

опасности, на которую обращает внимание родитель; 3) *саморегуляция* — демонстрирует первичные навыки саморегуляции, что проявляется в способности успокаиваться с помощью взрослого, иногда выполняет просьбы взрослого; 4) *социальная среда* — различает знакомых и незнакомых людей; 5) *моторика* — ребенок активно ползает, встает с использованием опоры, тянется к интересующим предметам, берет их в руки. По шкале «Досуг» получены результаты, соответствующие нижней границе нормы. Ребенок демонстрирует интерес к игрушке, но самостоятельно играть способен на протяжении короткого времени. В дальнейшем желательно поощрять самостоятельную игру и постепенно увеличивать время игры ребенка без помощи взрослого. По шкале «Уход за собой» показаны результаты ниже нормативного значения для данного возраста, что говорит о недостаточном уровне развития данного навыка; навык самостоятельного приема твердой пищи пока отсутствует.

Методика ЕСПИ с применением видеонаблюдения. Во время совместной игры с родителем ребенок проявляет высокую чувствительность к взрослому: играет в игры, которые инициирует взрослый, изучает предлагаемые предметы. Ребенок проявляет высокий исследовательский интерес к предметам: увлеченно их рассматривает, совершает функциональные действия, пробует на вкус, изучает пространство с помощью предметов, умеет обращаться с мелкими предметами. Также у ребенка выражены позитивные эмоциональные реакции. При этом ребенок не проявляет самостоятельной активности к предметам — играет только с теми предметами, которые предлагает взрослый. Ребенок не выбирает предмет самосто-

ятельно — ждет, когда взрослый предложит, во что поиграть. У ребенка достаточно мало попыток привлечь взрослого к игре. В процессе игры достаточно часто ребенок теряет интерес к предмету и взрослому, взгляд становится рассеянным.

Закключение. Важное влияние на социально-эмоциональное развитие ребенка оказывает значимый взрослый: он формирует жизненный нарратив ребенка и определяет качество его эмоциональных переживаний, что непосредственно отражается на формировании поисково-исследовательского поведения ребенка. Организация Объединенных Наций в глобальной стратегии охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016–2030) [10] акцентирует необходимость разработки показателей, позволяющих характеризовать состояние развития детей от рождения до 3 лет. Данный запрос позволяет нам говорить об актуальности исследования и о необходимости разработки показателей социально-эмоционального развития детей раннего возраста на российской выборке. Мы провели пилотное исследование, которое включает в себя *анализ* и интерпретацию взаимосвязи индикаторов коммуникативных сигналов ребенка и шкалы социально-эмоционального развития ребенка. Было выявлено, что уровень исследовательской активности ребенка достигает высоких значений в процессе взаимодействия с родителем, дающим возможность ребенку самому проявить интерес к предметам и игрушкам; если же ребенок в процессе взаимодействия не может проявить свой интерес и следует только за выбором взрослого, это ведет к снижению исследовательской активности и инициативности в проявлении своих потребностей, что представлено в данном кейсе.

Библиографический список

1. Бакушкина Н. И., Киселев С. Ю., Львова О. А., Сулейманова Е. В., Туктарева И. В. Использование шкал Бейли (Bayley-III) для оценки нейрокогнитивного развития детей в норме и при патологии // Теоретическая и экспериментальная психология. 2018. Т. 11. № 1. С. 85–94.
2. Галасюк И. Н., Шинина Т. В. Оценка детско-родительского взаимодействия. Evaluation of child-parent interaction (ЕСPI). М.: Перспектива, 2017. 304 с.
3. Галасюк И. Н. Семейная психология: методика «Оценка детско-родительского взаимодействия». Evaluation of child-parent interaction (есpi-2.0): практ. пособие / под ред. И. Н. Галасюк, Т. В. Шинина. М.: Юрайт, 2019. 223 с.
4. Галасюк И. Н., Шинина Т. В., Иргашев Н. Р., Морозова И. Г., Пасечник О. Н. Открытая профессиональная экспертиза методики детско-родительского взаимодействия: векторы развития психологического инструментария // Актуальные проблемы психологического знания. 2018. № 3 (48). С. 5–23.
5. Ротенберг В. С. Поисковая активность и адаптация. М.: Наука, 1984. 193 с.
6. Шинина Т. В. Коммуникативные сигналы особого ребенка: ресурсы родителя в развитии общения // Прикладная психология на службе развивающейся личности: сборник научных статей и материалов XV научно-практической конференции с международным участием «Практическая психология образования XXI века. Прикладная психология на службе развивающейся личности», 9–10 февраля 2017, Коломна / под общ. ред. Р. В. Ершовой. Коломна: Государственный социально-гуманитарный университет, 2017. С. 254–259.
7. Black M. M., Walker S. P., Fernald L. C. et al. Early childhood development coming of age: science through the life course // Lancet, 2017. 389. P. 77–90.
8. Cable D., Lee J. J., Gino F., Staats B. R. How Best-Self Activation Influences Emotions, Physiology and Employment Relationships // SSRN Electronic Journal, 2015. 61 p. DOI: 10.2139/ssrn.2662057.
9. Fredrickson B. L. Positive Emotions Broaden and Build // Advances in Experimental Social Psychology. 2013. 47. 1–53.
10. The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030): survive, thrive, transform. NY: Every Woman Every Child, 2015. 108 p.
11. Hanson J. L., Nacewicz B. M., Sutterer M. J., Cayo A. A., Schaefer S. M., Rudolph K. D., Shirtcliff E. A., Pollak S. D., Davidson R. J. Behaviour Problems After Early Life Stress: Contributions of the Hippocampus and Amygdala. Biological Psychiatry. 2015. 77 (4). 314–318.
12. Luby J. et al. The effects of poverty on childhood brain development: the mediating effect of caregiving and stressful life events // JAMA Pediatr. 2013. 167 (12) C. 1135–1142.
13. Shinina T. V., Mitina O. V. Design and Validation of the «Adolescents' Readiness for Independent Living» Questionnaire: Assessment and Development of Life Skills. Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie // Psychological Science and Education. 2019. Vol. 24. No. 1. P. 50–68. DOI:10.17759/pse.2019240104.

Результаты исследования получены при финансово поддержке РФФИ в рамках научного проекта No 19-513-92001

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ

Шигашов Д. Ю., к.м.н., Фесенко Ю. А., д.м.н.

СПб ГКУЗ Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Аннотация

Статья посвящена актуальной теме — современному состоянию проблемы кризиса в детском возрасте. Приводятся собственные данные о работе кризисного отделения и телефона доверия, входящих в состав крупного городского детского центра психиатрического профиля, и некоторые статистические данные (по насилию, суицидоопасному поведению, семейной дезадаптации) за последние три года. Авторы надеются, что затрагиваемая в статье тема актуальна для детских психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов.

Ключевые слова

Кризис, насилие, суицид, семейная дезадаптация, психологическая помощь, телефон доверия.

MODERN FEATURES OF CRISIS CONDITIONS IN CHILDREN

Shigashov D. Iu., PhD (Medical Sciences), Fesenko Iu. A., Doctor of Medical Sciences
Mnukhin Saint-Petersburg Rehabilitation Center “Child Psychiatry”,
Saint-Petersburg, Russian Federation

Abstract

The paper reports results of a three-year study aimed at examining the crisis phenomena in the development of children. The study is conducted by the Crisis Department and the Helpline, which are part of a large city Child Psychiatric Center. Statistics on violence against children, suicidal behavior in children and adolescents, family maladaptation is presented. The paper addresses child psychiatrists, psychotherapists and medical psychologists.

Key words

Crisis, violence, suicide, family maladjustment, psychological help, helpline.

Одним из структурных подразделений ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина (далее — ЦВЛ) является ОМСПП с ТД — отделение медико-социально-психологической и психотерапевтической помощи и Телефоном доверия (бывшее кризисно-профилактическое отделение ЦВЛ). Отделение медико-социально-психологической и психотерапевтической помощи с «Телефоном доверия» предназначено для оказания психологической, психотерапевтической, психиатрической и профилактической помощи детям и подросткам, находящимся в трудной жизненной ситуации и добровольно обратившимся в связи с кризисными и иными опасными состояниями.

В отделении работают психиатры, психологи, педагогическая группа, логопед. Основными видами и средствами помощи являются: консультирование по телефону; очный прием детей и подростков, родителей и членов их семей; психотерапия (индивидуальная, семейная, групповая); педагогическая диагностика и коррекция; психодиагностика и психокоррекция.

Одним из ведущих направлений работы отделения является профилактика возникновения и формирования психических нарушений у детей и подростков. Отделение данного типа — единственное в городе и оказывает помощь детям, подросткам, их родителям независимо от места их прописки и проживания.

В отделении продолжает осуществляться проект инновационной комплексной социально-психологической программы «Дай надежду», который разработан в соответствии с Национальной стратегией действий в интересах детей на 2012–2017 гг., утвержденной Указом Президента РФ от 01.06.2012 № 761, и призван оказать комплексную медико-психолого-педагогическую помощь, необходимую семье, оказавшейся в кризисной ситуации [1].

В 2010 году была начата организация службы Детского телефона доверия (ДТД, ТД) с единым общероссийским номером на базе ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина. Целью проекта явилась организация Центра обработки вызовов (далее — ЦОВ или «комплекс»), предназначенного для реализации приема и обслуживания психологами-консультантами (операторами) входящих телефонных вызовов от абонентов федеральной сети с размещением на одной площадке в Санкт-Петербурге. Экстренная психологическая помощь по Телефону доверия несовершеннолетним и их близким оказывается психологами, имеющими специализацию по медицинской психологии и прошедшими специализированное сертифицированное обучение по оказанию помощи несовершеннолетним по телефону. Экстренная психологическая помощь по многоканальному телефону доверия оказывается по трем номерам: 004; 576-10-10

и федеральному — 8-800-2000-122 ежедневно, бесплатно и круглосуточно.

Основной задачей работы телефона доверия является оказание помощи детям и подросткам с суицидальными намерениями и профилактика суицидального поведения среди несовершеннолетних. Доступность психологической помощи по телефону обеспечивает одно из важных направлений в профилактике суицидального поведения, что отражается в количестве обращений по данной проблеме. С 2010 года растет количество обращений по поводу суицидоопасного поведения: с 81 в 2010 г. до 422 в 2017 г. В 2018 году количество этих обращений снизилось до 299.

Важным направлением в профилактике суицидального поведения несовершеннолетних является своевременное оказание им психологической помощи в различных драматических событиях их жизни, таких как физическое и сексуальное насилие, ситуация острого горя, семейные и школьные конфликты, конфликты с друзьями и сверстниками, неразделенная любовь, беременность и другие непростые жизненные ситуации.

Для обратившихся на телефон доверия существует возможность получить консультации опытных специалистов высокой квалификации — психотерапевтов и медицинских психологов, педагогов, прошедших подготовку в области кризисных состояний. Большая часть абонентов, обратившихся на Телефон доверия по поводу разнообразных трудных жизненных ситуаций, нуждаются в более углубленной, длительной и комплексной психотерапевтической помощи. После оказания психологической помощи по Детскому телефону доверия более 35% позвонивших направляются на очные приемы к специалистам ОМСП и ПП с Телефоном доверия, которое также работает круглосуточно, а помощь в нем предоставляется анонимно и бесплатно [2].

Отделение оказывает помощь детям и подросткам вне зависимости от прописки и места проживания, по желанию анонимно, круглосуточно, без праздников и выходных.

На очных приемах оказываются следующие виды помощи:

- экстренная психологическая/психотерапевтическая помощь детям, подвергшимся физическому, сексуальному насилию, совершившим суицидные попытки и находящимся в других кризисных и опасных состояниях;
- экстренная психологическая/психотерапевтическая помощь родителям детей, подвергшихся физическому, сексуальному насилию, совершивших суицидные попытки и находящихся в других кризисных и опасных состояниях;
- психологическая диагностика психоэмоционального состояния ребенка, переживающего острую психологическую травму или находящегося в других кризисных ситуациях;
- при подозрении на пережитое сексуальное насилие проводится специализированная психологическая диагностика с использованием диагностических кукол для детей младшего возраста, диагностических рисунков — для детей среднего и старшего возраста;
- для исключения психического заболевания проводится консультация врача-психиатра;
- плановая психотерапевтическая работа по предотвращению возникновения негативных последствий пережитого насилия, острой психологической травмы и других кризисных

ситуаций. В отделении проводится индивидуальная, групповая и семейная психотерапия;

- педагогическая помощь детям, находящимся в трудной жизненной ситуации и отказывающимся посещать образовательные учреждения;
- логопедическая помощь.

В отделении проводится большая реабилитационная работа с детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации, в которой участвуют не только психиатры, психотерапевты и психологи, но также педагоги и логопеды отделения.

Таблица. Количественное распределение причин первичных обращений в отделение*

Причина обращения	2016 г.		2017 г.		2018 г.	
Семейная дезадаптация	1470	33,8%	1995	71,6%	2023	72,3%
Школьная дезадаптация	1651	38,0%	1426	51,2%	1898	52,1%
Нарушение поведения	644	14,8%	692	24,8%	876	23,6%
Проблемы общения	369	8,5%	437	15,7%	354	14,4%
Острая психотравма	327	2,0%	310	2,0%	222	1,8%
Суицидоопасное поведение	164	3,6%	176	3,3%	167	3,2%
Физическое насилие	107	2,7%	135	1,9%	139	1,7%
Сексуальное насилие	89	1,9%	39	1,2%	49	1,1%
ВСЕГО	4600	100%	4996	100%	5546	100%

*Количество причин обращения не соответствует количеству первичных обращений, так как у одного и того же пациента могут быть различные психологические проблемы. Например, жалобы на прогулы школы часто сочетаются с конфликтами с учителями, компьютерной и интернет-зависимостью, нарушением детско-родительских отношений.

Из представленной таблицы видно, что в 2018 г., как и в предыдущие годы, лидирующими позициями среди причин обращений остаются семейная и школьная дезадаптация (72,3 и 52,1 % соответственно), которые, по мнению специалистов, могут являться одними из факторов суицидального поведения подростков [3].

В школьной дезадаптации ведущую роль играет учебная неуспешность у интеллектуально сохранных детей — 29,1%, т.е. почти у каждого третьего обратившегося. Второе место занимают конфликты с одноклассниками — 19,0%, и количество обращений с этой проблемой год от года растет. Третье место — нарушение мотивации школьной деятельности — 14,9%, четвертое — конфликты с педагогами — 12,2%.

Продолжает расти количество обращений по поводу низкой школьной мотивации. Количество жалоб на учебную неуспешность у интеллектуально сохранных детей в абсолютном значении растет: 706 жалоб в 2016 г., увеличение до 784 в 2017 г. и до 802 — в 2018 г., однако в процентном соотношении количество обращений по этому поводу практически не меняется.

По-прежнему ведущую роль в семейной дезадаптации играют острые и хронические семейные конфликты (49%). Наиболее частая жалоба — детско-родительские конфликты, проблемы воспитания в дисгармоничной семье (44,8%). Развод родителей занимает третье место по количеству обращений, хотя сохраняется тенденция предыдущих лет — уменьшение в процентном отношении количества обращений

этой проблемой: в 2016 г. таких обращений было 9,9%, в 2017 г. — 8,9%, в 2018 г. — 8,6%. Острые семейные конфликты занимают четвертое место среди проблем семейного неблагополучия (5,7%). Остроконфликтные ситуации по определению места жительства ребенка с одним из родителей сохраняются примерно на одном уровне. Продолжает увеличиваться количество обращений с жалобами на хронические семейные конфликты — с ними обращается почти каждый второй пациент.

На третьем месте среди причин обращений стоит нарушение поведения у детей и подростков (23,6%), на четвертом — обращения по поводу проблем в общении (14,4%). Удельный вес обращений по поводу сексуального насилия незначительно уменьшился, также снизилось количество обращений по поводу физического насилия и по поводу суицидального поведения.

Среди проблем поведения ведущее место занимает агрессивное и девиантное поведение (11,9%), количество обращений с подобными жалобами увеличивается с каждым годом. Сохраняется рост жалоб на агрессивное поведение, уходы из дома, участие в группировках, игровую и интернет-зависимости. Абсолютное количество обращений с жалобами на нарушения поведения растет за счет роста компьютерной и интернет-зависимости, уходов из дома, агрессивного поведения, употребления ПАВ. Несколько уменьшилось количество обращений по поводу прогулов школы, воровства, курения.

С начала 2017 г. было отмечено увеличение количества обращений в отделение и на Детский телефон доверия по поводу суицидоопасного поведения несовершеннолетних, в том числе по поводу их участия в интернет-сообществах суицидальной направленности. Если за весь 2016 г. количество звонков с суицидальной тематикой составило 306 (из них от участвующих в «группах смерти» — 28), то за январь — март 2017 г. — уже 205 (65 — из «групп смерти»); на очных приемах психиатров, психологов и психотерапевтов — 88 человек за весь 2016 г. (6 — из «групп смерти»), за январь — март 2017 г. — 32 (18 — из «групп смерти»). За весь 2017 г.

зафиксировано 422 обращения. В 2018 году их количество снизилось — 299 обращений.

Статистические «всплески», кроме прочего, могут быть связаны с широким освещением случаев суицида средствами массовой информации, что получило название: «эффект Вертера», и, согласно исследованиям, проведенным в различных странах, неизбежно ведет к всплеску суицидального поведения.

Важным направлением в профилактике суицидального поведения несовершеннолетних является своевременное оказание им психологической помощи в различных драматических событиях в их жизни, таких как физическое и сексуальное насилие, ситуация острого горя, семейные и школьные конфликты, конфликты с друзьями и сверстниками, неразделенная любовь, беременность и другие непростые жизненные ситуации. Отмечается изменение количества жалоб на физическое насилие со 107 в 2016 г. до 135 в 2017 г., 139 — в 2018 г. Увеличилось количество звонков с жалобами и на сексуальное насилие с 39 в 2017 г. до 49 в 2018 г. Уменьшилось количество обращений с жалобами на острую психотравму: в 2016 г. — 327, в 2017 г. — 310, в 2018 г. — 222 обращения.

Анализ деятельности отделения по работе с детьми, пережившими насилие, показал, что суммарно по телефону доверия и очно в 2018 г. отмечено снижение обращений жертв сексуального насилия по сравнению с 2017 г.: с 63 до 56, снижение обращений по поводу физического насилия со 96 до 68.

В 2017 году соотношение пострадавших от физического насилия в семье было в 2 раза больше, чем вне семьи; в 2018 г. — только в 1,5 раза больше, однако по-прежнему дети чаще сообщают о домашнем насилии.

Таким образом, вопросы семейного неблагополучия, сопровождающиеся жестоким обращением с ребенком, остаются актуальными и в то же время часто скрытыми от общества и специалистов — субъектов профилактики детской безнадзорности.

Библиографический список

1. Шигашов Д. Ю., Фесенко Ю. А. Организация работы кризисно-профилактического отделения «Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина» // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика. 2016. № 1 (11) [Электронный ресурс]. URL: <http://medpsy.ru/climp>
2. Шигашов Д. Ю., Яковенко В. В., Фесенко Ю. А. Детский телефон доверия с единым общероссийским номером в структуре кризисного отделения «Центр восстановительного лечения „Детская психиатрия“ имени С. С. Мнухина» // Взаимодействие специалистов в области психического здоровья детей и подростков по преодолению агрессивных факторов социальной среды / Материалы конфер. «X Мнухинские чтения». 17 ноября 2011 г. СПб., 2011. С. 276–282.
3. Шигашов Д. Ю., Яковенко В. В., Горьковская И. А. Проблема школьной дезадаптации у пациентов кризисного отделения Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина // Сборник статей междунар. конференции «XIV Мнухинские чтения. Роль психических расстройств в структуре школьной дезадаптации» 24 марта 2016 г. Сборник статей / под общ. ред. Ю. А. Фесенко, Д. Ю. Шигашова. СПб.: Альфа Астра, 2016. С. 214–218.

СУИЦИДАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Шкитыр Е. Ю., врач — судебно-психиатрический эксперт
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

В статье представлен ретроспективный анализ 171 посмертной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы. Были исследованы биологические, социальные и клинические факторы суицидальной активности у несовершеннолетних с завершённым самоубийством. Выявлены основные аспекты суицидального риска в зависимости от возраста суицидентов. Отмечена тесная взаимосвязь между факторами в процессе суицидогенеза.

Ключевые слова

Суицид, суицидальное поведение, аутоагрессия, факторы риска, несовершеннолетние.

SUICIDAL ACTIVITY IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE

Skityr E. Yu., forensic psychiatrist,
Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health
of the Russian Federation,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The paper presents a retrospective analysis of 171 posthumous complex forensic psychological and psychiatric examinations. The biological, social, and clinical factors of suicidal activity in minors with completed suicide were investigated. The main aspects of suicidal risk depending on the age of suicides are revealed. A close relationship between factors in the process of suicidogenesis was noted.

Key word

Suicide, suicidal behavior, autoaggression, risk factors, minors.

Актуальность исследования. «И так хочется вырваться из этого окна, из этого одиночества, то есть туда, где нет людей. Потому что там, где нет людей, не может быть одиночества» (Евгений Гришковец). Исследование суицидальной активности актуально для многих стран мира, как развивающихся, так и официально имеющих статус «развитых». Российская Федерация в этом плане также не является исключением. При том, что в целом уровень суицидов в нашей стране имеет тенденцию к снижению, количество самоубийств среди несовершеннолетних в 2018 г. выросло более чем на 14 % по сравнению с 2017 г. — 822 случая (данные СК РФ, 2018). То есть, несмотря на постоянно разрабатываемые и совершенствующиеся меры противодействия (телефоны доверия для подростков, другие действия по предотвращению самоубийств и т.д.), уровень детско-подростковых суицидов продолжает расти. Многие исследователи считают детско-подростковый возраст периодом с повышенной суицидальной активностью [8]. Кроме того, число суицидальных попыток у несовершеннолетних многократно превышает частоту завершённых самоубийств, но из-за организационных проблем точного сбора статистических сведений, в том числе из-за неосознанного нежелания родственников раскрывать значимую информацию о ребёнке, эти данные нередко ока-

зываются значительно заниженными [5, 7]. Исследователи отмечают, что если ранее индекс самоубийств в возрасте 12–14 лет был достаточно низким (0,45–2,55 на 100 тыс. населения в зависимости от территории проживания) [7], то в настоящее время отмечается возрастное «омоложение» суицидентов [6, 9, 11, 12, 13]. Ряд авторов считают, что это связано с доступом с раннего возраста к различным активам виртуальной сети, в том числе суицидальному контенту [1, 2]. Таким образом, самоубийства среди несовершеннолетних вызывают глубокое ощущение трагедии и не только затрагивают ближайших родственников, но и формируют массивный общественный резонанс, что в очередной раз подчеркивает значимость изучения суицидальной активности в детско-подростковом возрасте.

Цель. Изучение биопсихосоциальных (психогенных, клиничко-психопатологических, социальных) факторов суицидального риска у несовершеннолетних.

Материалы и методы. В период с 2011 по 2018 г. в ФГБУ «ФМИЦПН им. В. П. Сербского» Минздрава России была проведена 171 комплексная судебная посмертная психолого-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних (при этом на последние 3 года пришлось более 60 % экспертиз). В выборке незначительно преобладали лица женского

пола — 52,6% (90 человек), соответственно лица мужского пола составили 47,6% (81 случай). Основной метод исследования: ретроспективный клинико-психопатологический.

Результаты и их обсуждение. Факторы, способствующие суицидальной активности для более детального исследования механизмов суицидального поведения несовершеннолетних, были разделены на биологические, социальные, клинические. Суицидальные попытки были зафиксированы в анамнезе у 30,9% (53) несовершеннолетних и в основном представлены в возрасте 15–17 лет (66,2% — 37 случаев), в то же время среди возраста 9–14 лет отмечались лишь единичные случаи, что говорит о возрастной стереотипизации суицидальной активности в связи с расширением диапазона проблем у несовершеннолетних. Среди наиболее распространенных самоповреждений были зафиксированы самопорезы, колотые ранения, ожоги, попытки самоудушения и отравления различными препаратами медицинского назначения (в том числе психотропными). Среди способов реализации самоубийства среди несовершеннолетних на первом месте стоит падение с высоты — 55,4% (93 случая), на втором месте — повешение 22,5 (39%), реже избирались способы в виде механических травм полученных при столкновении с движущимся объектом (чаще поезд) — 9,5% (17), отравление — 8,1% (13) — было зафиксировано только у лиц женского пола, огнестрельные ранения — 3,6% (6 случаев), смертельное самоповреждение острым предметом (нож, пила) — 1,1% (2) отмечалось только у мальчиков. При анализе психопатологически отягощенной наследственности в семьях несовершеннолетних часто отмечались: синдром зависимости от психоактивных веществ» (алкоголь, различные наркотические средства) — 23,4% (44); психические заболевания в кругу ближайших родственников наблюдались в 12,6% (22 случая), фамильная история суицида — в 9,5% (17 случаев). Суицид для подростка — это своеобразный ответ окружающим обстоятельствам на социальную дезадаптацию, нарушение его коммуникации в межличностном взаимодействии [4, 12]. При исследовании мотивов суицидов у несовершеннолетних на ведущем месте находятся конфликтные внутрисемейные взаимоотношения — 84,2% — 144 случая. Дисфункциональные отношения в семье, обусловленные искаженным стилем воспитания (использование физического и психологического насилия), формировали у ребенка неспособность адекватного реагирования на стрессовые раздражители. Стоит обратить внимание на то, что в последние годы наблюдается также устойчивое увеличение доли «внешне» благополучных и полных (с наличием обоих родителей) семей (хорошее финансовое обеспечение, высокий образовательный уровень и занимаемые должности родителей и т.д.), в которых воспитывался будущий суицидент, — 57% (97). На втором месте — межличностные проблемы (проблемы в школе (буллинг), иные проблемы в межпартнерских взаимоотношениях, конфликты межполовых отношений, половой идентичности (отнесение себя к ЛГБТ-сообществу)) — 32% (54 случая). Для подростка в целом характерен ограниченный диапазон при выборе адекватного решения при наличии субъективно трудной (даже невыносимой) ситуации, что не позволяет ему противостоять аутодеструктивным тенденциям. Наряду с этим у несовершеннолетних не имеется полного понимания жизни и смерти как таковых, нет осознания конечности

жизни. Смерть в детско-подростковом периоде понимается (в зависимости от возраста) как сказочный персонаж или эстетически прекрасная эфемерная сущность либо демонстрация романтической привязанности, позднее к этому присоединяется поиск философского смысла бытия, что создает для подростков имитацию бессмертия. В дальнейшем это приводит к усугублению проблем в межличностной коммуникации со значимым окружением (родственники первой линии, школьное окружение — учителя, психологи, одноклассники), которые при правильных взаимоотношениях должны вырабатывать у ребенка понимание ценности его собственной жизни. Поэтому крайне важно понимать, что деление суицида в детско-подростковом возрасте на истинный и демонстративно-шантажный весьма условно, из-за аморфных рамок и возможного этапа преподготовки к акту суицида как таковому. В ходе анализа документации (уголовные дела, документация из медицинских карт, историй болезни и т.д., переписка в социальных сетях, различные записи (дневники, посты и статусы в Интернете), рисунки, фотографии) было выявлено, что в 78% (133) всех рассмотренных случаев подростки делились своими депрессивными и аутоагрессивными переживаниями (вплоть до сообщения о возможности совершения ими суицида) в школе (сведения из допросов одноклассников и учителей) — 34% (58); в резкой форме, на пике очередного конфликта, неоднократно заявляли о суициде своим родителям — 8% (14), раскрывали это в записях, рисунках, стихах и иной творческой продукции — 18% (31), посредством личной переписки в социальных сетях (в том числе отправляли сообщения самим себе при чувстве полного одиночества и изолированности) — 47% (81). При этом рискованные действия несуйцидального характера в виде нанесения самоповреждений наблюдались в 29% (49 случаев), экстремальные занятия (паркур, ружинг, бейсджампинг, зацепинг и т.д.) — в 16% (27), употребление психоактивных веществ — 17% (29). Также при анализе предсмертных записок, личной переписки в социальных сетях, мессенджерах, дневниковых записей, рисуночной продукции у 40% (68) несовершеннолетних имелась трансформация суицидальных мыслей от обычного обдумывания до непосредственной реализации суицидального акта. Некоторые авторы утверждают, что психические заболеваниякратно повышают суицидальную активность и являются одним из значимых факторов суицидального поведения [3, 4, 10]. При проведении посмертной экспертизы ведущее место в клинической диагностике занимали расстройства приспособительных реакций — 24% (41), формирующиеся расстройства личности — 16,5% (13) и органическая патология у несовершеннолетних — 14,9% (11), расстройства шизофренического спектра встречались в 11,4% (9) случаев. Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, встречались в 19,4% (19 случаев), и только у лиц женского пола были зафиксированы проявления нервной анорексии и булимии (5,2% — 4 случая). В младшем возрасте (9–12 лет) также отмечались нарушения психического развития (12,4% — 10 случаев). Среди сопутствующих дисфункций в 18% (30 случаев) наблюдались эндокринные расстройства, дисгармоничное развитие (акселерация, асинхрония, парциальный (частичный) инфантилизм) — 24% (41), патологическое

воспитание с завышенными требованиями — 40% (68) либо, наоборот, излишнее попустительство — 23% (39 случаев). Согласно медицинской документации ранее обращались за психиатрической помощью 9% (15), но лишь 4% (7) несовершеннолетних суицидентов находились под диспансерным наблюдением. В результате прижизненной диагностики депрессивные состояния устанавливались в 25% (7 случаев) (основные жалобы представляли собой аффективные колебания, школьную дезадаптацию, нарушения поведения, раннее имевшиеся суицидальные попытки). Органические нарушения головного мозга отмечались в 21% (6), эндогенные заболевания — в 6% (2), расстройства приспособительных реакций — в 27% (8). К неврологу обращались 9,8% (17) несовершеннолетних с последующим установлением им клинических диагнозов: «Вегетососудистая дистония» и «Астеноневротический синдром» и назначением соответствующего лечения (адаптогены, ноотропы, метаболические препараты и т.д.). Психолога, в том числе школьного, либо педагога-психолога посещали 14% — 23 несовершеннолетних. Стоит отметить, что в случае «психологического» сопровождения специалистами выполнялось только пассивное выслушивание

подростков без попыток нормализации существующей у них дезадаптации. Представленные данные указывают на крайне низкий охват психиатрической и медико-психологической помощью в детско-подростковом возрасте.

Таким образом, исследование показывает уязвимость несовершеннолетних к аутодеструктивным поведенческим реакциям с последующим выбором акта самоубийства в качестве безальтернативного механизма разрешения возникающих трудностей. Данное явление указывает на возрастающую дезадаптацию среди несовершеннолетних, нередко с психопатологически отягощенной наследственностью, выросших в семьях с патологическим стилем воспитания и наличием психических расстройств, межличностного диссонанса между социокультуральными, семейными ценностями наряду с недостаточным набором собственных ключевых смыслов жизнестойкости. Указанные проблемы требуют дальнейшего более глубокого изучения факторов суицидальной активности для совершенствования социальных, педагогических, клиничко-психологических и психиатрических мер в области психического здоровья несовершеннолетних.

Библиографический список

1. Вихристук О. В., Банников Г. С., Летова А. В. Средства массовой коммуникации в системе предикторов суицидального поведения в подростковом возрасте // Психологическая наука и образование. 2013. № 1. С. 121–130.
2. Любов Е. Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение // Суицидология. 2012. Т. 3. № 3. С. 20–29.
3. Любов Е. Б., Носова Е. С. Суицидальное поведение в начале психических расстройств: отчаяние и надежда // Суицидология. 2017. Т. 8. № 2 (27). С. 28–32.
4. Любов Е. Б., Цупрун В. Е. Век, время и место профессора Амбрумовой в отечественной суицидологии // Медицинская психология в России. 2013. № 2 (19) [Электронный ресурс]. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 24.11.2019).
5. Панченко Е. А., Положий Б. С. Суицидальная ситуация среди детей и подростков в России // Российский психиатрический журнал. 2012. № 4. С. 52–56.
6. Положий Б. С. Динамика суицидальной ситуации в странах постсоветского пространства (с 1990 г. по настоящее время) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2014. Т. 16. № 2. С. 44–47.
7. Apter A., Burzstein C., Bertolote J. M. et al. Suicide on all continents in the young. In.: Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention. A global Perspective Ed. Wasserman D., Wasserman C. NY: Oxford University Press, 2009.
8. Brown P. Choosing to die a growing epidemic among the young // Bull. WHO. 2001. Vol. 79. № 12. P. 1175–1177.
9. Bertolote J. M., De Leo D. Global Suicide Mortality Rates «A Lightbat the End of the Tunnel?» // Crisis. 2012. V. 33. № 3. P. 249–253.
10. Fruehwald S., Frottier P., Matschnig T. et al. The relevance of previous suicide behaviour for prison suicide // Eur. Psychiatry. 2003. Vol. 18. P. 161–165.
11. Kim S. Y., Kim M. H., Kawachi I. et al. Comparative Epidemiology of Suicide in South Korea and Japan: Effects of Age, Gender and Suicide Methods // Crisis. 2011. V. 32. № 1. P. 5–14.
12. Simkin S., Bennewith O., Cooper J. Investigating Official Records of Suicides for Research Purposes // Crisis. 2012. V. 33. № 3. P. 123–126.
13. World Health Organization. 2014a. Preventing suicide: a global imperative. Luxembourg: World Health Organization. Available from: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

TREATMENT AND REHABILITATION FOR THE MENTAL HEALTH AND WELL-BEING OF CHILDREN AND ADOLESCENTS

DOI: 10.37752/9785406029381-59

КОМПЛАЕНТНОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ К ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ

Абрамов К. В., к.м.н., **Танькина О. А.**, к.м.н., **Стыцюк Н. В.**, к.м.н., **Басова А. Я.**, к.м.н.,
ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой
Департамента здравоохранения г. Москвы»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

В работе рассматривается современное состояние проблемы комплаентности к психофармакологическому лечению у родителей детей с ментальными нарушениями, а также факторы, влияющие на комплаентность. Сделан акцент на включение семьи в процесс лечения, сотрудничество между родителями и медицинскими специалистами.

Ключевые слова

Расстройства аутистического спектра, комплаентность, аутизм, приверженность к лечению, дети, детская психиатрия, ментальные нарушения.

COMPLIANCE TO PSYCHOPHARMACOTHERAPY IN PARENTS OF CHILDREN WITH MENTAL DISORDERS

Abramov K. V., PhD (Medical Sciences), **Tankina O. A.**, PhD (Medical Sciences),
Stytsiuk N. V., PhD (Medical Sciences), **Basova A. Ya.**, PhD (Medical Sciences)
Sukhareva Research and Practical Center for Child and Adolescent Mental Health of the Moscow
Health Care Department,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The paper considers the current state of the problem of compliance with psychopharmacological treatment in parents of children with mental disorders, as well as factors affecting compliance. The emphasis is placed on the inclusion of the family in the treatment process and cooperation between parents and medical specialists.

Key words

Autism spectrum disorders, compliance, autism, adherence to therapy, children, child psychiatry, mental disorders.

Появление в семье ребенка с ментальными нарушениями всегда тяжелый стресс для его близких. Чувство страха, гнева, вины, сомнения в правильности поставленного диагноза и компетентности специалистов, непонимание происходящего — все эти и многие другие факторы препятствуют своевременному

обращению за помощью, а в дальнейшем совместной работе со специалистами сферы душевного здоровья.

Согласно современным представлениям [3], воспитание ребенка с нарушениями в развитии требует специфических компетентностей, обусловленных проявлениями его забо-

левания. Ситуация развития особого ребенка, личность родителя в условиях принятия и реализации родительской позиции и особая деятельность родительства, детерминированная специфическими типами активности, тесно взаимосвязаны.

Как отмечает ряд авторов [4], изучение поведения пациентов и их семьи в отношении назначенной терапии является относительно новым направлением научных исследований. На развитие этого направления оказала влияние целая группа факторов. Во-первых, стимулом послужили возникновение новой парадигмы взаимодействия врача и пациента, переход от патерналистской модели к партнерским отношениям и осознание активной роли больного и его семьи. Во-вторых, понимание истинного положения дел необходимо для предупреждения врачебных ошибок, таких как клинически необоснованное превышение дозы или полипрогмазия. Наконец, важную роль играет экономический фактор — игнорирование врачебных назначений наносит удар по ресурсам здравоохранения.

Включение семьи в процесс терапии зачастую не менее важно, чем участие врача или больного. В частности, у некоторых групп пациентов контролируют соблюдение медицинских рекомендаций именно родственники. Нельзя не отметить и неоценимый вклад в лечебный процесс психологической поддержки, оказываемой больному близкими людьми [1, 2].

Проблема комплаентности, то есть соблюдения назначений врача, особенно актуальна в условиях амбулаторной педиатрии [5, 14]. Родители пациентов уменьшают либо увеличивают дозировки лекарств, а также вводят или отменяют препараты без консультации с врачом, что создает дополнительные риски и может привести к негативным последствиям.

Кроме того, многие дети и подростки считают себя условно здоровыми и недооценивают важность соблюдения врачебных рекомендаций. В педиатрической практике многое зависит от особенностей семьи ребенка. Уровень комплаентности родителей больных детей во многом обусловлен взаимоотношениями внутри семьи, режимом, отношениями членов семьи к ребенку и его болезни [7].

Результаты исследований свидетельствуют об особых сложностях достижения комплаентности в педиатрии. Малая продолжительность амбулаторного приема, очереди в поликлиниках, беспокойство пациентов и их родителей существенно снижают продуктивность общения, препятствуют установлению терапевтического альянса и созданию комплаентного поведения [8].

Доверие к врачу является значимым фактором повышения приверженности к лечению. Взаимоотношение врача и родителей пациента в педиатрической практике оказывает непосредственное влияние на эффективность лечения. Врачу следует верно оценивать цели терапии, проявлять настойчивость, донося до больного и его родственников необходимость следования всем рекомендациям. Кроме того, требуется разъяснять преимущества того или иного средства именно для данного больного.

Комплаентному поведению родителей ребенка способствует наличие постоянного врача, к которому они испытывают доверие, который вовлекает всех членов семьи в активное участие в лечении [11].

В связи с современной тенденцией к смещению психиатрической помощи в амбулаторный сектор повышение комплаентности пациентов и их родителей является важнейшей задачей для современной психиатрии. Использование эффективных методов повышения родительского комплаенса позволяет не только улучшить качество жизни семьи и ребенка, но и сократить число госпитализаций, уменьшив тем самым нагрузку на психиатрические стационары, что позволит сократить расходы системы здравоохранения.

Согласно ряду исследований, пациенты и их родные заинтересованы в том, чтобы оказываемая помощь соответствовала с их потребностями, отношения с профессионалами являлись удовлетворительными, а результат помощи — быстрым и ощутимым [10].

В последнее десятилетие появились доказательства безопасности и эффективности фармакологических препаратов, что привело к более активному использованию психофармакологических препаратов в детском и подростковом возрасте.

Текущие практические рекомендации по лечению синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), манифестных психотических расстройств, расстройств аутистического спектра (РАС) и других заболеваний детского и подросткового возраста включают использование психофармакологических препаратов [17]. Психостимуляторы снижают невнимательность, гиперактивность и импульсивность при СДВГ, а антипсихотические препараты способны облегчить положительные симптомы психоза (то есть галлюцинации, бред и расстройства мышления) [29]. Прекращение использования препаратов без контроля врача может привести к рецидиву или обострению состояния.

Результаты исследования [19] показывают, что только 45% родителей положительно относятся к медикаментозному лечению. Не было обнаружено связи комплаентности с демографическими характеристиками, тяжестью симптомов или уровнем функциональных нарушений и собственным отношением родителей к приему лекарств вообще.

Так, DosReis и коллеги [12] обследовали матерей детей в возрасте 6 и 12 лет и обнаружили, что 55% родителей колебались при использовании лекарственных средств.

Макнил и соавт. [24] оценивали отношение детей и родителей к препаратам, применяемым для лечения СДВГ в небольшой ($n = 31$) выборке детей 7–15 лет. Было обнаружено, что матери, как правило, считают лекарства более полезными, чем их дети. Как для родителей, так и для детей это отношение варьируется в зависимости от тяжести симптомов, а также уровня знаний о медикаментозном лечении. В небольшом ($n = 10$) исследовании родителей детей в возрасте 8–22 лет с СДВГ Хансен и Хансен обнаружили, что родители считают, что лекарства важны для улучшения состояния ребенка и повышения его качества жизни. Выраженность поведенческих нарушений ребенка, а также родительское знание о лечении заболевания [18] могут также влиять на восприятие родителями медикаментозного лечения.

Исследование Лазарато [22] показало, что 74% родителей считают психотропные средства опасными. Однако мнения родителей различаются в зависимости от возраста ребенка. В частности, отмечена зависимость положительного мнения родителей об эффектах препарата от возраста ребенка.

Относительно серьезности поведенческих функций ребенка одно исследование [10, 19] показало, что удовлетворенность лекарственной терапией у родителей детей с диагнозом СДВГ (возраст 6–17) достоверно связано с тяжестью изначальных симптомов. Тем не менее на данный момент существует крайне мало исследований, изучающих приверженность к лечению родителей детей дошкольного возраста.

Понимание механизмов формирования приверженности к лечению у родителей детей с ментальными особенностями, а также факторов, препятствующих ей, способствует формированию устойчивого комплаенса и в перспективе способно значительно повысить эффективность лечебного вмешательства.

Библиографический список

1. *Абрамов К. В.* Полипрофессиональный подход в ведении детей с ментальными нарушениями. Материалы Научно-практической конференции «Междисциплинарные подходы к изучению психического здоровья человека и общества» / под общ. ред. Г. П. Костюка. 2018.
2. *Бибчук М. А., Трухина П. А.* Детская психиатрия: от проектирования зданий и к повышению качества медицинской помощи // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2019. № 4.
3. *Галасюк И. Н., Митина О. В.* Разработка и апробация опросника «Родительская позиция в семье с особым ребенком» // Вестник РГГУ. Серия «Психология. Педагогика. Образование». 2017. № 4.
4. *Гуленко О. В. и др.* Сравнительная оценка уровня комплаентности и стоматологического статуса у детей с психоневрологическими расстройствами // Кубанский научный медицинский вестник. 2015. № 1.
5. *Клипинина Н. В., Ениколопов С. Н.* Изучение психологических факторов некомплаентного поведения родителей детей, проходящих лечение от жизнеугрожающих заболеваний: задачи клинического психолога // Поляковские чтения-2018 (К 90-летию Ю. Ф. Полякова): сб. материалов научно-практической конференции с международным участием. 15–16 марта 2018 г. / под ред. Н. В. Зверевой, И. Ф. Рошиной, С. Н. Ениколопова. М.: Сам Полиграфист, 2018. С. 179–181.
6. *Лесинский М. М., Налётов С. В., Налётова Е. Н.* Низкий уровень комплаентности больных гипертонической болезнью, проживающих на территории Донбасса, как следствие недостаточных коммуникаций «пациент врач» и «пациент провизор». Университетская клиника. 2018. № 1. С. 35–40.
7. *Микиртичан Г. Л., Каурова Т. В., Очкур О. К.* Комплаентность как медикосоциальная и этическая проблема педиатрии // ВСП. 2012. № 6.
8. *Налётов А. В., Баринова А. С., Горшков О. Г.* Оценка эффективности лечения язвенной болезни у детей в зависимости от уровня родительского комплаенса // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. 2018. № 3.
9. *Налетов А. В., Налетов С. В., Баринова А. С., Вьюниченко Ю. С.* Повышение комплаентности важный шаг в терапии заболеваний желудочно-кишечного тракта // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. 2017. № 3. С. 12–15.
10. *Chacko A. et al.* (2010) Improving medication adherence in chronic pediatric health conditions: a focus on ADHD in youth. *Curr Pharm Des* 16(22): 2416–2423.
11. *Coyle J. T.* (2000) Psychotropic drug use in very young children. *JAMA* 283(8): 1059–1060.
12. *Dosreis S. et al.* (2003) Parental perceptions and satisfaction with stimulant medication for attention-deficit hyperactivity disorder. *J Dev Beha Pediatr* 24(3): 155–162.
13. *Evans S. W., Owens J. S., Bunford N.* (2014) Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attentiondeficit/hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol* 43(4): 527–551 4.
14. *Gleason M. M. et al.* (2007) Psychopharmacological treatment for very young children: contexts and guidelines. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46(12): 1532–1572.
15. *Görtz-Dorten A. et al.* (2011) What contributes to patient and parent satisfaction with medication in the treatment of children with ADHD? A report on the development of a new rating scale. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 20(2): 297
16. *Graziano P. A., Hart K.* (2016) Beyond behavior modification: benefits of social–emotional/self-regulation training for preschoolers with behavior problems. *J school psychol* 58:91–111 2.
17. *Greenhill L., Pliszka S., Dulcan M., Bernet W. et al.* American Academy of child and Adoscelent Pschiatry (2002) Practice parameters for the use of Child Psychiatry Hum Dev 1 3 stimulant medications in the treatment of children, adolescents, and adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41:26S-49S7.
18. *Harpur R. A. et al.* (2008) The attention-deficit/hyperactivity disorder medication-related attitudes of patients and their parents. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 18(5):461–473.
19. *Hart K. C., Ros R., Gonzalez V., Graziano P. A.* Parent Perceptions of Medication Treatment for Preschool Children with ADHD. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2018 Feb;49(1):155–162.
20. *Krumme A. A., Franklin J. M., Isaman D. L. et al.* Predicting 1-Year Statin Adherence Among Prevalent Users: A Retrospective Cohort Study. *J Manag Care Spec Pharm*. 2017;23(4):494–502.
21. *Lavigne J. V. et al.* (2009) The prevalence of ADHD, ODD, depression, and anxiety in a community sample of 4-year-olds. *J Clin Child Adolesc Psychol* 38(3):315–328 2.
22. *Lazaratou H. et al.* (2007) Parental attitudes and opinions on the use of psychotropic medication in mental disorders of childhood. *Ann Gen Psychiatry* 6(1):32.
23. *Locher C., Koechlin H., Zion S. R. et al.* Efficacy and safety of selective serotonin reuptake inhibitors, serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors, and placebo for common psychiatric disorders among children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017.
24. *McNeal R. E., Roberts M. C., Barone V. J.* (2000) Mothers' and children's perceptions of medication for children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Child Psychiatry Hum Dev* 30(3):173–187 16. Hansen DL, Hansen EH (2006) Caught in a balancing act: parents' dilemmas regarding their ADHD child's treatment with stimulant medication. *Qual Health Res* 16(9):1267–1285 1.
25. *Pelham W. E. Jr. et al.* (2016) Treatment sequencing for childhood ADHD: a multiple-randomization study of adaptive medication and

- behavioral interventions. *J Clin Child Adolesc Psychol* 45(4):396–415.
26. Pelham W. E. Jr., Fabiano G. A. (2008) Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol* 37(1):184–214.
 27. Visser S. N. et al (2016) Vital signs: national and state-specific patterns of attention deficit/hyperactivity disorder treatment among insured children aged 2–5 years United States, 2008–2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 65(17):443–450.
 28. Visser S. N. et al. (2015) Diagnostic experiences of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Natl Health Stat Rep* 2015(81):1–7 3.
 29. Wang Z., Whiteside S. P. H., Sim L. et al. Comparative effectiveness and safety of cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy for childhood anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2017.

ЗНАЧЕНИЕ СОСУДИСТОГО ФАКТОРА В РАЗВИТИИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ

^{1,2} **Абрамова М. Ф.**, к.м.н., с.н.с., ¹ **Абрамов К. В.**, заведующий отделением реабилитации, адаптации, социализации, доцент кафедры ультразвуковой диагностики, ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы»,
² ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

Аннотация

В литературе последних лет отмечается неблагоприятное состояние психического здоровья российских детей — от 40 до 80% школьников имеют различные отклонения. Один из самых высоких показателей патологии приходится на речевые нарушения. Полученные клинико-доплерографические данные позволяют предположить возможность приоритета сосудистого фактора в генезе логопедических нарушений у детей. Обоснована необходимость исследований сосудов головного мозга методами ТКДГ (ТКДС) у детей с нарушениями речевого развития для возможности проведения и контроля медикаментозной терапии (регуляции ангиодистонических и венозных нарушений).

Ключевые слова

Нарушения речи, дети, ультразвуковая транскраниальная доплерография.

THE VALUE OF VASCULAR FACTOR IN THE DEVELOPMENT OF SPEECH DISORDERS IN CHILDREN

Abramova M. F.^{1,2}, PhD (Medical Sciences), **Abramov K. V.**¹, Associate Professor, Head of the Department of Rehabilitation,
¹ Sukhareva Research and Practical Center for Child and Adolescent Mental Health of the Moscow Health Care Department, Moscow, Russian Federation
² Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation

Abstract

The paper reports about the progressive tendency of growth of various deviations in school students. According to recent studies, 40-80% of school students manifest signs of mental disorders. Speech disorders account for one of the highest rates of pathology. The dopplerography assessment shows a possibility of vascular factor priority in the genesis of speech therapy disorders in children. The necessity of the transcranial dopplerography assessment of cerebral vessels in children with impaired speech development for further conducting and monitoring drug therapy (regulation of angioedema and venous disorders) is substantiated.

Key words

Speech disturbances, children, ultrasonic transcranial dopplerography.

Обследования детей раннего возраста показали, что наиболее частыми являются речевые расстройства — 50,5%, расстройства эмоционально-волевой сферы — 29,2%. Все чаще встречается диагноз «ранний детский аутизм» — 12,3%; нарушения поведения и внимания — 7,7%; повышенная утомляемость и истощаемость нервных процессов — 9,2%.

В вопросах диагностической терминологии, этиологических факторов, механизмов патогенеза, а также принадлежности клинических проявлений этой сборной группы по-прежнему нет четкой интерпретации. В настоящее время в МКБ-10 синдрома минимальной мозговой дисфункции (ММД) нет, ему соответствуют «эмоциональные расстройства

и расстройства поведения, начинающиеся в детском или подростковом возрасте», «гиперкинетическое расстройство поведения» и «нарушение активности и внимания». Специфические расстройства развития речи (СРРР) /F-80/ — это расстройства, при которых речевые навыки ребенка ниже возрастной нормы, несмотря на соответствующий возрасту интеллект, нормальный слух и нормальные условия для овладения речью. Речевое развитие нарушено на ранних этапах без предшествующего периода нормального развития [1, 5].

Нарушения психоречевого развития влияют на социальную адаптацию и качество жизни ребенка. Разработаны клинико-педагогическая и психолого-педагогическая классификации

расстройств речи для коррекции первичного недоразвития речи (при сохранном слухе и нормальном интеллекте) [2, 3, 4, 5].

Разные клинические формы нарушений устной речи (алалии, дизартрии и др.), при поражении ЦНС и патология в строении и функциях артикуляционного аппарата представлены Л. О. Бадалян в классификации речевых расстройств у детей.

1. Речевые расстройства, связанные с органическим поражением центральной нервной системы, — поражения корковых речевых зон: афазии (распад всех компонентов речи) и алалии (при системном недоразвитии речи в доречевом периоде), дизартрии (при нарушении иннервации речевой мускулатуры — псевдобульбарная, бульбарная, подкорковая, мозжечковая).

2. Речевые нарушения, связанные с функциональными изменениями ЦНС (заикание, мутизм и сурдомутизм).

3. Речевые нарушения, связанные с дефектами строения артикуляционного аппарата (механические дислалии, ринолалия).

4. Задержки речевого развития различного происхождения (при недоношенности, тяжелых заболеваниях внутренних органов, педагогической запущенности и т.д.) [1].

В разделах I, II (при органических и функциональных расстройствах), а также III и IV Л. О. Бадаляна одним из основных механизмов нарушения анатомо-функциональных структур зон речевого развития является сосудистый (1). Необходимо отметить, что сосудистые повреждения головного мозга относятся к перинатальным (от 28 недели беременности до седьмого дня жизни) энцефалопатиям (48–70%), число детей с проявлениями цереброваскулярных заболеваний в детских садах превышает 40%, в школе — от 48 до 80% [6, 7, 8, 9].

Дисфункция церебральной гемодинамики у детей проявляется рассеянной микроочаговой симптоматикой. Жалобы, наиболее часто предъявляемые детьми (или их родителями) на амбулаторном приеме: на головные боли (60%), головокружения (12%), тики (12%), нарушения поведения (58%), речевые расстройства (47%) [6, 7, 8, 9, 10].

Вопрос о сосудистом факторе при нарушениях речи является актуальным, имеются рекомендации проведения исследований сосудов на интра- и экстракраниальном уровне [7, 8, 9]. Методы М — ЭХО и ЭЭГ по-прежнему являются стандартом при обследовании детей с расстройствами речи. Транскраниальная доплерография и дуплексное сканирование (ТКДГ, ТКДС) практически не проводятся детям с речевыми нарушениями, так как проблемами речевого развития, как правило, занимаются в основном логопеды и дефектологи, что приводит к отсутствию контроля и недооценке или переоценке проявлений этой патологии и недостаточности реабилитационных мероприятий [11, 12]. В связи с этим актуальной является проблема профилактики и повышения качества комплексной лечебно-диагностической помощи детям дошкольного и школьного возраста с речевыми нарушениями. Для планирования коррекционной и профилактической работы необходимо возможно точно оценить причины, влияющие на нарушения в области речевых зон.

Цель исследования: изучение возможных вариантов нарушений артериальной и венозной гемодинамики у детей с МДМ. Выбор дифференцированного (патогенетически обоснованного) лечения.

Методы исследования: транскраниальная доплерография с функциональными пробами («АНГИОДИН» фирмы «БИОСС», Россия), рентгенография шейного и грудного отделов позвоночника (по показаниям), консультации окулиста, логопеда и психолога.

Результаты. На базе НПЦ психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой и детской Морозовской больницы обследованы более 300 детей (от двух до семи лет) с речевыми нарушениями.

Все обследованные разделены на возрастные группы (по модифицированной классификации профессора А. С. Петрухина и Н. П. Гундобина, в основе которой лежат гистоморфологические и функциональные особенности организма): с года до трех лет (период раннего возраста), 3–5 лет (дошкольный возраст), 5–7 лет (младший школьный возраст) (11). Определено, что в возрасте 1–3 года задержка речевого развития (ЗРР) наблюдается у 45% детей, задержка психоречевого развития (ЗПРР) — у 21% детей, в возрасте 3–5 лет ЗРР у 60% и ЗПРР — у 45% детей, в возрасте 5–7 лет ЗРР — 20%, ЗПРР — 15%.

Выявлены нарушения в каротидном бассейне, преимущественно слева, у 80% по средней (СМА) и у 60% по передней (ПМА) мозговым артериям, вертебрально-базиллярный бассейн — по основной артерии и позвоночным артериям у 90% детей. При исследовании сосудов головного мозга выявлено преобладание нарушений венозного оттока по основным венозным магистралям: яремным венам — у 83% детей, позвоночным венам — у 75% детей, передним мозговым венам — у 50% детей, глазным венам — у 60% детей, кавернозным синусам — у 95% детей, венам Розенталя — у 25% детей, прямому венозному синусу — у 58% детей, вене Галена — у 75% детей.

Обсуждение. Причинами отставания в развитии речи могут явиться патология течения беременности и родов, нарушения функций артикуляционного аппарата, поражение органа слуха, общее отставание в психическом развитии ребенка, влияние наследственности и неблагоприятных социальных факторов (недостаточное общение и воспитание). Трудности в освоении речи характерны также для детей с признаками отставания в физическом развитии, перенесших в раннем возрасте тяжелые заболевания, ослабленных, получающих неполноценное питание. Для формирования речи необходимо взаимодействие трех основных компонентов: центр Брока — центр речи (располагается в нижних отделах лобной доли, в непосредственной близости от проекции в коре мускулатуры, участвующей в речи преимущественно в левом полушарии, подкорковых узлов, мозжечка, проводящих путей и ядер ствола головного мозга); слуховой анализатор — центр Вернике (слуховая кора височной доли доминантного полушария, восприятие звуков речи).

В настоящее время имеются данные, по которым не всегда возможно утверждать, что речевые центры: Вернике (височная доля) и Брока (лобная доля) у правшей располагаются в левом полушарии головного мозга, а у левшей — в правом.

Центр Брока — область кровоснабжения сосудами каротидной системы (средними и передними мозговыми артериями; артикуляционный аппарат, нервы, иннервирующие дыхательные, голосовые и артикуляционные мышцы, слуховой анализатор кровоснабжаются преимущественно сосудами

вертебрально-базилярной системы (задними мозговыми, позвоночными и основной артериями); зрительный анализатор — глазными артериями. Венозный отток осуществляется позвоночными, глазными, внутренними яремными венами, глубокими венами мозга (кавернозными синусами, венами Розенталя, прямому венозному синусу и вене Галена).

В артериальном русле преобладали изменения кровотока в каротидном бассейне.

У 84% пациентов — снижение ЛСК по средним (СМА) и передним мозговым артериям (ПМА) (в доминантном полушарии), по основной артерии и позвоночным артериям у 90% детей.

Отмечены ангиодистонические реакции: повышение периферического сопротивления кровотока (RI до 0,60–0,70) сосудов вертебрально-базилярного бассейна и тенденция к гипотоническим реакциям сосудов каротидной системы (RI до 0,40–0,47).

Увеличения ЛСК по вене Галена и прямому синусу — (ультразвуковые признаки нарушения венозного оттока — переполнение венозного русла).

Нарушения речи представляют сложную медико-психолого-педагогическую проблему. Особое значение имеет комплексный подход к коррекции: работы с детьми специалистов различного профиля. Логопедические и психолого-педагогические кор-

рекционные мероприятия необходимо проводить с курсами медикаментозной терапии вазоактивными препаратами, а затем и препаратами ноотропного ряда [13].

Заключение. Полученные клинко-доплерографические данные подчеркивают роль гемодинамического фактора и указывают на возможный приоритет сосудистого фактора в генезе логопедических нарушений у детей, что обусловлено локализацией компонентов речи. Полученные клинко-доплерографические данные подчеркивают роль гемодинамического фактора в развитии нарушений как периферической, так и центральной регуляции речевой функции. Такой высокий процент нарушений обусловлен локализацией речевого, слухового и зрительного компонента речи. Медикаментозная терапия с учетом данных ультразвукового исследования (скорость кровотока, индексов периферического сопротивления, нарушений венозного оттока).

Выводы. Большой процент выявляемых у детей изменений артериального кровотока в каротидной и вертебрально-базилярной системах подтверждает необходимость проведения исследований интракраниальной гемодинамики (ТКДГ) для определения сосудистого маркера психоречевых отклонений, а также возможности коррекции выявленных нарушений с учетом динамического наблюдения.

Библиографический список

1. Бадалян Л. О. Невропатология. М.: Академия, 2000. 382 с.
2. Баттерворт Дж., Харрис М. Принципы психологии развития: пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2000. 350 с.
3. Волкова Л. С., Шаховская С. Н. Логопедия. 3-е изд. М.: Владос, 1999. 678 с.
4. Филичева Т. Б., Чевелева Н. А., Чиркина Г. В. Основы логопедии. М.: Просвещение, 1989. 221 с.
5. Абрамов К. В., Полунин В. С. Организация медицинской помощи детям с нарушениями речевого развития в амбулаторно-поликлинических условиях.
6. Абрамова М. Ф., Новоселова С. Н., Шурупова Н. С. Структурные и функциональные цереброваскулярные нарушения у детей. Неврологические аспекты // Клиническая физиология кровообращения. 2009. № 3. С. 51–59.
7. Абрамова М. Ф., Новоселова С. Н., Петрухин А. С. Церебральная гемодинамика у детей с нарушениями речи. Материалы VI Российского конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». М., 2007.
8. Абрамова М. Ф., Шаюнова С. В., Леонова Е. М. Особенности церебральной гемодинамики у детей с диагнозом: минимальная дисфункция мозга. XII Международная конференция. «Современное состояние методов неинвазивной диагностики в медицине», 2005.
9. Яременко Б. Р., Яременко А. Б., Горяинова Т. Б. Минимальные дисфункции головного мозга у детей. СПб.: Салит-Медкнига, 2002. 128 с.
10. Гундобин Н. П. Особенности детского возраста. СПб., 1906. 480 с.
11. Обреимова Н. И., Петрухин А. С. Основы анатомии, физиологии и гигиены детей и подростков. М.: Академия, 2007. 384 с.
12. Бокерия Л. А., Абрамова М. Ф., Степанова И. А., Новоселова С. Н., Шумилина М. В. К вопросу о стандартизации ультразвуковых исследований брахиоцефальных сосудов у детей // Клиническая физиология кровообращения НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН. 2014. № 3. С. 46–56.
13. Абрамова М. Ф. Определение значения венозных церебральных нарушений у детей в клинической практике с возможностью обоснованной терапии // Лечащий врач. 2017. № 5.

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МЛАДШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ

Афонина М. С., научный сотрудник, **Герасимова А. М.**, научный сотрудник,
ФГАУ МЗ РФ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Представлены результаты исследования эмоционального состояния 56 трехлетних детей с хроническими соматическими болезнями и 28 здоровых сверстников. Большинство современных младших дошкольников с хроническими соматическими болезнями и некоторые условно здоровые сверстники имеют неблагоприятное эмоциональное состояние и нуждаются в дифференцированной психологической помощи. Полученные данные являются основанием для разработки содержания психолого-педагогической помощи в индивидуальной программе комплексной реабилитации.

Ключевые слова

Соматическая болезнь, дошкольный возраст, эмоциональное состояние, комплексная реабилитация, детская психология.

THE EMOTIONAL STATE OF THE YOUNGER PRESCHOOLERS WITH CHRONIC SOMATIC DISEASES

Afonina M. S., Research Officer, **Gerasimova A. M.**, Research Officer,
National Medical Research Center for Children's Health of the Ministry
of Health of the Russian Federation,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The results of the study of the emotional state of 56 three-year-old children with chronic somatic diseases and 28 healthy peers are presented. Most modern younger preschoolers with chronic somatic diseases and some conditionally healthy peers have an unfavorable emotional state and need differentiated psychological assistance. The data obtained are the basis for the development of the content of psychological and pedagogical assistance in an individual comprehensive rehabilitation program.

Key words

Somatic illness, preschool age, emotional state, complex rehabilitation, child psychology.

Нарушения здоровья и, в частности, соматические болезни изменяют привычный образ жизни ребенка и его семьи, осложняют взаимоотношения с внешним миром, что в результате может оказывать негативное влияние на процесс развития детской личности, затруднять социальную адаптацию [3, 7, 8]. В научных исследованиях последних лет достаточно полно отражено развитие личности ребенка школьного и подросткового возраста в условиях болезни, описаны основные характеристики эмоционального состояния, образа Я, сферы интересов, особенности построения жизненной перспективы, взаимодействия со сверстниками, предложены пути коррекции психологических трудностей и профилактики их возникновения [1, 2, 5, 6, 9]. При этом особенности болеющего ребенка в возрасте 3–4 лет — когда начинают формироваться представления о себе и собственном теле, закладываются предпосылки личностных качеств, происходит освоение социальных способов выражения эмоций, появляется произвольность поведения, развивается взаимодействие со сверстниками [2, 4, 5, 6, 9] — в литературе представлены в значительно меньшем объеме. При этом известно, что болезнь, проявившаяся на ранних этапах

онтогенеза, становится причиной возникновения различных психологических трудностей социальной природы, которые при отсутствии своевременной психолого-педагогической помощи постепенно приобретают сложную структуру [1, 3, 7, 8]. Известно, что среди психологических нарушений у детей с соматическими болезнями первое место занимают различные эмоциональные проблемы в виде снижения настроения, эмоциональной неустойчивости, лабильности, повышенной тревожности, страхов и др. [1, 2, 4, 5, 6]. Учитывая распространенность эмоциональных нарушений и недостаточную изученность данного вопроса у пациентов младшего дошкольного возраста, было проведено исследование эмоционального состояния детей в возрасте 3–4 лет с хроническими соматическими болезнями. Сформулировано предположение, что у детей с хроническими соматическими болезнями будут обнаружены эмоциональные трудности, отсутствующие у здоровых сверстников.

В исследовании участвовало 56 детей в возрасте от 3 до 4 лет (средний возраст 3,8 года) с хроническими соматическими болезнями среднетяжелого течения с манифестацией в возрасте до года (бронхиальная астма — 19 человек, ато-

пический дерматит — 19 человек, псориаз — 18 человек). Среди них 27—48,2% мальчиков, 29—51,8% девочек. Контроль состояния здоровья и лечение детей осуществлялись в Федеральном государственном автономном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России (далее — Центр). Все дети на момент проведения исследования находились в состоянии ремиссии. Осмотр психологом проводился амбулаторно в консультативно-диагностическом отделении Центра. Группу сравнения составили 28 (13—46,4% мальчиков, 11—53,6% девочек) практически здоровых детей (средний возраст 3,7 года), обратившихся на диспансерный профилактический осмотр в консультативно-диагностическое отделение Центра. Дети группы исследования и группы контроля воспитывались дома, не посещали дошкольную образовательную организацию и дополнительные формы образования. Однако родители детей планировали в ближайшем будущем начать их обучение в групповой форме и нуждались в компетентном мнении специалиста психологического профиля на этот счет.

Эмоциональное состояние оценивалось с помощью метода стандартизированного включенного открытого наблюдения

за поведением ребенка в ходе психологического консультирования, а также в баллах при помощи цветового теста Люшера — ЦТЛ (модификация С. В. Веліевой для детей от 2,5 лет): 0—4 позитивное состояние, 5 и более баллов — негативное. Ребенку были предложены характерные для дошкольного возраста виды деятельности: конструирование и рисование, сюжетная игра, общение. Фиксировались особенности адаптации в новой ситуации (быстрая адаптация / потребность в дополнительном времени и организации специальных условий / невозможность адаптации). Регистрировались степень проявления (высокая / средняя / низкая) таких двух параметров, как инициатива общения и возможность сотрудничества с взрослым. Выявлялась также степень самостоятельности при выполнении деятельности (самостоятельно / при помощи взрослого), т.е. умения действовать по знаковой схеме, достигать результат, соблюдать знакомые социальные нормы в новых условиях. Дополнительно обращалось внимание на наличие невротических симптомов (привычные повторяющиеся действия, произвольные движения, сбой дыхания).

Таблица 1. Результаты психологического обследования младших дошкольников

Группа	Эмоциональное состояние высокая		Адаптация		Инициатива		Сотрудничество		Самостоятельность		Невротические симптомы	
			низкая	высокая	низкая	есть	нет	высокая	низкая	нет	есть	нет
С болезнями 56 чел. (100%)	Позитивное	21 чел. (37,5%)	20 чел. (35,7%)	1 чел. (1,8%)	20 чел. (35,7%)	1 чел. (1,8%)	19 чел. (33,9%)	2 чел. (3,6%)	11 чел. (19,6%)	10 чел. (17,9%)	11 чел. (19,6%)	10 чел. (17,9%)
	Негативное	35 чел. (62,5%)	0 чел. (0%)	35 чел. (62,5%)	18 чел. (32%)	17 чел. (30,5%)	17 чел. (30,5%)	18 чел. (32%)	17 чел. (30,5%)	18 чел. (32%)	1 чел. (1,8%)	34 чел. (60,7%)
Условно здоровые 28 чел. (100%)	Позитивное	17 чел. (60,7%)	15 чел. (53,6%)	2 чел. (7,1%)	15 чел. (53,6%)	2 чел. (7,1%)	16 чел. (57,1%)	1 чел. (3,6%)	11 чел. (39,3%)	6 чел. (21,4%)	16 чел. (57,1%)	1 чел. (3,6%)
	Негативное	11 чел. (39,3%)	1 чел. (3,6%)	10 чел. (35,7%)	7 чел. (25%)	4 чел. (14,3%)	4 чел. (14,3%)	7 чел. (25%)	4 чел. (14,3%)	7 чел. (25%)	1 чел. (3,6%)	10 чел. (35,7%)

Согласно результатам психологического обследования (табл. 1), 37,5% детей с хроническими соматическими болезнями имели позитивное эмоциональное состояние (1—4 балла). Все они отличались достаточно устойчивым положительным настроением, быстро адаптировались в новой ситуации, самостоятельно инициировали контакт, с удовольствием общались и сотрудничали со специалистом. При этом 19,6% детей (11 человек) были целенаправленны и результативны в деятельности, действовали по предложенной взрослым схеме, соблюдали известные им правила и нормы, могли организовать собственную деятельность различного содержания. Другая же часть, 17,9% детей (10 человек), отличалась низкой результативностью в деятельности. Для эффективного выполнения заданий и действия согласно заданной схеме они нуждались в помощи взрослого, соблюдали правила и нормы только при наличии внешнего руководства. Наряду с этим на фоне утомления (которое наступало быстрее в сравнении с условно здоровыми младшими дошкольниками) наблюдались такие особенности поведения, как колебание настроения, снижение работоспособности.

Остальные 62,5% (35 человек) имели негативное эмоциональное состояние (5—7 баллов — низкой и реже средней степени выраженности). Все они длительно адаптировались в новой ситуации, на фоне волнения появлялись невротические симптомы (облизывание рта, потирание рук,

перебирание краев одежды). При этом 17 детей с негативным эмоциональным состоянием отличались тревожностью, неуверенностью. Будучи успешными в деятельности и нацеленными на сотрудничество с взрослым, они внезапно настораживались, пугались, переставали проявлять инициативу в общении и самостоятельность, только при оказании эмоционально-регулирующей и направляющей помощи успокаивались и продолжали продуктивное взаимодействие. Фон их настроения был незначительно снижен (относительно характерного для детей этого возраста), имели место страхи. У остальных 18 человек с негативным эмоциональным состоянием во время контакта возникали реакции негативизма, отказ от деятельности, которые сопровождались криком или плачем. Их отличала кратковременная целенаправленность деятельности, низкое качество навыков самообслуживания. Стремление к общению со взрослым они чаще демонстрировали невербально (жестом, взглядом), только к близким взрослым обращались речью. Сотрудничать и согласовывать свои действия с действиями партнера могли лишь непродолжительное время. Им требовалась направляющая или организующая помощь при воссоздании правильной последовательности действий. Правила и нормы поведения детям были знакомы, однако они соблюдали их при напоминании, внешнем контроле, нарушая на фоне утомления.

Среди практически здоровых детей, включенных в группу сравнения (табл. 1), у 60,7% (17 человек) выявлено позитивное эмоциональное состояние (0–2 балла). Для всех (в отличие от детей с хроническими соматическими болезнями) было характерно более устойчивое положительное настроение и высокая работоспособность, они значительно легче справлялись с трудностями и неудачами. Невротические симптомы на фоне утомления у них регистрировались в единичных случаях. У 39,3% условно здоровых детей (11 человек) выявлялось негативное эмоциональное состояние (5–6 баллов) в виде тревожности (14,3% — 4 человека) и неустойчивости эмоций (7 человек — 25%), которое, как и в группе болеющих младших школьников, дополнялось большим количеством невротических симптомов.

Таким образом, предположение о наличии специфических эмоциональных нарушений у детей с хроническими соматическими болезнями подтверждено частично: схожие проявления выявлены как в группе исследования, так и в группе здоровых сверстников. Однако если в группе сравнения особенности эмоционального состояния в виде неустойчивости эмоций и тревожности выявляются менее чем у 40% детей, то у младших дошкольников с хроническими соматическими болезнями они присутствуют более чем в 60% случаев. Кроме того, дети с хроническими болезнями, имеющие позитивное эмоциональное состояние, отличались снижением работоспособности, быстрой утомляемостью, менее высоким качеством деятельности. А имеющие негативное эмоциональное состояние — более выраженным и стойким снижением настроения, большим числом невротических симптомов, меньшей продуктивностью деятельности. Можно

предположить, что болезнь сама по себе не является причиной негативного эмоционального состояния в младшем дошкольном возрасте. Она лишь усугубляет уже имеющиеся личностные особенности, с одной стороны, за счет ухудшения общего самочувствия и, как следствие, истощения резервов организма, а, с другой стороны, за счет своеобразия условий воспитания болеющего ребенка.

Полученные в ходе исследования данные являются основой для разработки индивидуальной программы реабилитации, которая должна учитывать специфику эмоционального состояния и поведения детей. Детям с позитивным эмоциональным состоянием следует оказывать психологическую помощь с целью решения ситуативных возрастных трудностей и консультирования родителей по вопросам воспитания ребенка с хронической соматической болезнью. Детям с негативным эмоциональным состоянием требуется больший объем помощи. Для решения их психологических проблем необходимо проводить длительную и систематичную работу с родителями с поэтапным контролем качества выполнения ими полученных рекомендаций. Родителям нужно разъяснять необходимость создания оптимальных условий воспитания ребенка с учетом его самочувствия, возрастных потребностей, индивидуальных особенностей усвоения нового, а также разъяснять важность соблюдения определенных правил в процессе взаимодействия с ребенком и организации его жизни для сохранения эмоционального благополучия — максимально сгладить социальные последствия болезни, повысить качество жизни и в конечном итоге сделать возможным процесс адаптации в социуме, создавая условия для полноценной реализации личностного потенциала.

Библиографический список

1. Арина Г. А. Особенности становления ВКБ в детском возрасте. Психосоматика. Телесность и культура / под ред. В. В. Николаевой. М.: Академический проект, 2009. С. 162–175.
2. Буслаева А. С., Венгер А. Л., Лазуренко С. Б. Задачи психологической помощи тяжело больному ребенку и его родителям // Культурно-историческая психология. 2016. № 12. С. 56–65.
3. Выготский Л. С. Вопросы детской психологии. М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. С. 623–647.
4. Дубовик Е. Ю. Особенности проявления тревожности в детско-родительских отношениях часто болеющим ребенком старшего дошкольного возраста // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В. П. Астафьева. 2006. № 1. С. 134–141.
5. Лазуренко С. Б., Афонина М. С., Ртищева М. С., Свиридова Т. В. Психолого-педагогическая помощь детям с врожденным буллезным эпидермолизом. Буллезный эпидермолиз: руководство для врачей / под ред. Н. Н. Мурашкина, Л. С. Намазовой-Барановой. М.: ПедиатрЪ, 2019. С. 359–388.
6. Лазуренко С. Б., Симонова О. И., Свиридова Т. В. Психологические аспекты в ведении больных муковисцидозом. Муковисцидоз / под ред. Н. И. Капранова, Н. Ю. Каширской. М.: Медпрактика-М, 2014. С. 623–647.
7. Леонтьев А. Н. Психологические основы развития ребенка и обучения. М.: Смысл, 2014. С. 180–344.
8. Лисина М. И. Общение, личность и психика ребенка. Воронеж: МОДЭК, 1997. С. 109–356.
9. Свиридова Т. В., Лазуренко С. Б., Венгер А. Л., Комарова Е. В. и др. Исследование психологических особенностей детей и подростков с заболеваниями органов пищеварения // Вестник Российской академии медицинских наук. 2015. № 5. С. 519–525.

ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИИ

Бабкина Н. В., д.псих.н., доцент,
ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики Российской академии образования»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Статья посвящена дифференцированному психологическому сопровождению детей с задержкой психического развития (ЗПР) в современной образовательной среде. Обосновывается необходимость проектирования специальных условий образования детей с ЗПР в соответствии с вариантами развития внутри данного вида психического дизонтогенеза. Анализируются основные направления и содержание деятельности психолога, обеспечивающего сопровождение детей с ЗПР в условиях инклюзии.

Ключевые слова

Дети с задержкой психического развития (ЗПР), инклюзивное образование, психологическое сопровождение, комплексная психолого-педагогическая помощь, особые образовательные потребности.

DIFFERENTIATION OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DELAYS UNDER THE CONDITIONS OF INCLUSIVE EDUCATION

Babkina N. V., Psy. D., Associate Professor,
Institute of Special Education of Russian Academy of Education,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The article addresses the issue of psychological support for children with developmental delay (DD) in a modern educational environment. The writer argues that it is necessary to design a special educational environment for children with DD suited to developmental variations within this kind of mental dysontogenesis. The article provides an analysis of the focal points of the work of psychologists supporting children with DD in inclusive environments.

Key words

Children with developmental delay (DD), inclusive learning, psychological support services, complex psychological and pedagogical assistance, special educational needs.

Дети с задержкой психического развития (ЗПР) — одна из самых многочисленных и неоднородных групп детей с ограниченными возможностями здоровья, характеризующихся различными вариантами развития. Результаты научных исследований и педагогическая практика свидетельствуют о том, что при сходной клинической квалификации ЗПР вариативность психического развития детей определяется не только выраженностью симптомов первичного нарушения, но и в значительной мере условиями и качеством воспитания и обучения этих детей [1, 5, 7, 8]. Диапазон выявляемых у них различий, конкретизируемых на уровне образовательных потребностей, достаточно широк — от детей с ЗПР, способных при специальной поддержке на равных обучаться совместно с нормально развивающимися сверстниками, до детей, нуждающихся при получении образования в систематической и комплексной психолого-медико-педагогической помощи [2]. Такой диапазон различий в развитии детей с ЗПР и их особых образовательных потребностях требует столь же широкого диапазона различий в условиях, содержании

и методах их образования, способах оценки достижений. Важным компонентом специальных, дифференцированных образовательных условий, в которых нуждаются дети с ЗПР, является их психологическое сопровождение.

Результаты многолетних комплексных исследований детей данной нозологической категории позволили выделить и описать три типологических варианта ЗПР, условно соотносимых с выраженностью задержанного развития к началу школьного обучения [1, 4, 6]. Названия этих вариантов — легкая, умеренная и выраженная ЗПР — были выбраны по соображениям более четкой дифференциации выраженности нарушения и ясности предлагаемых определений как для специалистов, так и для родителей детей. В этой связи необходимо подчеркнуть определенную условность терминологии: выделенные варианты задержки психического развития различаются не только количественными, но и качественными показателями структуры нарушений психической деятельности, а также ресурсами их компенсации. Критерии типологической

дифференциации детей с ЗПР включают следующие базовые характеристики:

- общее интеллектуальное и речевое развитие;
- познавательную активность;
- саморегуляцию и целенаправленность;
- умственную работоспособность;
- коммуникацию в условиях учебной и внеучебной деятельности;
- обучаемость (когнитивный ресурс и мотивационный ресурс).

Данная психолого-педагогическая типология позволяет проектировать дифференцированную систему психологического сопровождения детей с ЗПР в различных образовательных средах (инклюзивной и специальной) [4]. Подчеркнем, что в условиях инклюзивного образования роль психолога, в силу особенностей содержания его профессиональных компетенций (подготовленности в области психологической диагностики и психологической коррекции нарушений психического развития, информированности в области дефектологии и клинической психологии), должна являться ведущей и, кроме того, координирующей работу других специалистов (учителей-дефектологов, врачей и т.д.) в рамках междисциплинарного подхода [3].

Психологическое сопровождение детей с ЗПР мы понимаем как «планомерную реализацию основных видов профессиональной деятельности психолога — диагностической, коррекционно-развивающей, экспертно-консультативной, дифференцированных в соответствии с актуальными задачами современной образовательной практики и способствующих в своей совокупности успешному обучению и развитию каждого ребенка с ЗПР» [1, с. 76].

Базовым компонентом психологического сопровождения является диагностическая деятельность психолога, позволяющая определять вариант развития ребенка с ЗПР, осуществлять дифференцированный (индивидуализированный) подход к определению его образовательных и компенсаторных возможностей и выделению приоритетов коррекционной помощи, формулировать рекомендации для педагогов и родителей, осуществлять мониторинг развития ребенка.

Проиллюстрируем содержание дифференцированной помощи психолога в системе сопровождения младших школьников с ЗПР в условиях инклюзии, соотнося базовые характеристики психической деятельности и поведения ребенка с необходимым содержанием специальной помощи (табл. 1). Напомним, что инклюзивное обучение может быть рекомендовано ребенку с ЗПР, развитие которого приближается к возрастной норме и позволяет ему обучаться в обычной среде, но при этом требуются наблюдение за его учебным поведением, школьной адаптацией и своевременная психолого-педагогическая поддержка.

Реализация каждого из видов помощи, представленных в таблице, осуществляется с опорой на основные виды деятельности в системе психологического сопровождения (диагностическую, коррекционно-развивающую, экспертно-консультативную) [1] и предусматривает вероятные запросы «коллективного субъекта» сопровождения: ребенка (с учетом его образовательных потребностей), педагога и родителей, нуждающихся в консультативной помощи [6]. Например, учитель, не имеющий специального (дефектологического)

образования, при обучении ребенка с ЗПР нуждается в психологическом просвещении, раскрывающем особые образовательные потребности детей с ЗПР, а также в специальной консультативной помощи, связанной с их обучением в условиях инклюзии: в определении зоны ближайшего развития ребенка, соотнесении «шагов» в развитии ребенка с «шагами» в методике обучения, выборе индивидуально-ориентированных методов и приемов работы с обучающимися. Психолог обучает педагога выделению признаков поведения ребенка с ЗПР, указывающих на изменение его психофизического состояния, связанного с органическими или функциональными нарушениями деятельности ЦНС, сопровождающихся недомоганием, слабостью, быстро наступающим утомлением или, наоборот, перевозбуждением; демонстрирует педагогу приемы оказания дифференцированной помощи с учетом уровня сформированности саморегуляции школьника; обучает педагога не допускать «выпадения» ученика из общего хода работы в классе за счет регулирования мотивированности и степени эмоциональной вовлеченности.

Для родителей ребенка, обучающегося в условиях инклюзии, предусматриваются специальная помощь в разъяснении причин трудностей ребенка и необходимости его эмоциональной поддержки, выбора адекватного и конструктивного стиля общения; обучение определению признаков утомления, ознакомление с приемами снятия психоэмоционального напряжения и правильного планирования режима дня; обучение специальным приемам коммуникации, способствующим осмыслению и усвоению ребенком правил поведения в разных социальных ситуациях и с людьми разного социального статуса.

Практика показывает, что в настоящее время в массовых классах в условиях инклюзии обучаются дети не только с легкой, но и с умеренной и даже выраженной задержкой психического развития. В этом случае для них необходимо создавать специальные условия обучения, в которых уже на самых ранних этапах могут удовлетворяться их особые образовательные потребности. При этом должно быть изменено и содержание дифференцированной помощи психолога в соответствии с особыми образовательными потребностями ребенка и первоочередными коррекционными задачами (табл. 2).

Учитель, обучающий ребенка с умеренной и выраженной ЗПР, в соответствии с требованиями ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ [9] должен иметь специальное (дефектологическое) образование или пройти переподготовку в области коррекционной педагогики. В этой связи закономерно сокращается доля общей просветительской работы психолога. Специальная консультативная помощь учителю заключается в совместном с психологом определении зоны ближайшего развития ребенка; в обучении пониманию причин затруднений школьника в учебной деятельности, связанных с недостаточностью эмоционально-мотивационного или когнитивного ресурсов обучаемости, и выборе соответствующих специальных методов и приемов обучения; в обучении приемам поддержания у ученика работоспособности, продуктивности, мотивации в учебной деятельности, в преодолении трудностей коммуникации ребенка в разных социальных ситуациях.

Таблица 1

Описание группы детей по выделенным параметрам (легкая ЗПР)	Содержание специальной помощи в системе психологического сопровождения
Познавательная деятельность <i>Общее интеллектуальное развитие:</i> по уровню и структуре — приближение к возрастной норме. <i>Познавательная активность:</i> по общему уровню — близкая к норме; неустойчивая, поверхностная, с признаками избирательности	Помощь в осмыслении, упорядочении и дифференциации индивидуального жизненного опыта; в проработке впечатлений, воспоминаний, представлений о будущем; в развитии способности к пониманию причинно-следственных связей в происходящем, умения прогнозировать последствия собственных действий и поступков; в упорядочении и осмыслении усваиваемых знаний и умений; в освоении образовательной программы по отдельным учебным дисциплинам на основе индивидуального применения специальных методов и коррекционных подходов; в формировании способности применять знания, полученные в ходе обучения, в повседневной жизни; в формировании интереса к окружающему миру, потребности узнавать новое; в осмыслении позитивных переживаний, связанных с собственными успехами и достижениями
Организация и продуктивность мыслительной деятельности <i>Саморегуляция и целенаправленность:</i> недостаточная сформированность, неустойчивость мотивационного компонента продуктивности (ослабление контроля, колебания целенаправленности). <i>Умственная работоспособность:</i> достаточная — при наличии адекватной внутренней (интерес) или внешней мотивации; возможна пресыщаемость в субъективно сложных видах деятельности	Помощь в активизации способности к самостоятельной организации собственной деятельности, умения принимать, сохранять ее цели и следовать им в учебной деятельности; умения планировать свою деятельность в соответствии с заданными целями и контролировать ее результат*; в создании организационных и мотивационных условий для поддержания умственной работоспособности и продуктивности деятельности в целом; в обеспечении непрерывного контроля становления учебно-познавательной деятельности, вплоть до появления самостоятельности в выполнении учеником учебных заданий
Коммуникация <i>В условиях учебной деятельности:</i> при понимании и способности к усвоению норм и правил коммуникации в учебной обстановке, неустойчивое их соблюдение в связи с мотивационной и личностной незрелостью, недостатками произвольной саморегуляции. <i>Вне учебной деятельности:</i> демонстрируют навыки спонтанной, инициативной, но недостаточно упорядоченной и поверхностной коммуникации, порождаемой преимущественно эмоциональными стимулами	Помощь в усвоении адекватных форм учебного поведения, предполагающего умение следовать установленным правилам коммуникации и взаимодействия с учителем и другими педагогами, с одноклассниками, умение запрашивать и использовать помощь взрослого*; в формировании установки на позитивное отношение к окружающим, трансляция этой установки одноклассникам ребенка с ЗПР; в организации поведения вне ситуации обучения, способствующей вовлечению ребенка во взаимодействие со сверстниками, расширению спектра коммуникативных и социально-перцептивных навыков; в оптимизации взаимодействия ребенка с педагогами и соучениками, семьей и школы

Знаком * отмечены виды помощи, реализуемые педагогом-психологом в условиях групповых (индивидуальных) психокоррекционных занятий (тренингов).

Для родителей таких детей, помимо перечисленного выше, необходимы помощь в обучении специальным приемам коммуникации, способствующим осмыслению и усвоению

ребенком социально приемлемых форм поведения; демонстрация приемов, облегчающих закрепление усвоенных знаний и использования их в повседневной жизни.

Таблица 2

Описание группы детей по выделенным параметрам (умеренная ЗПР)	Содержание специальной помощи в системе психологического сопровождения
Познавательная деятельность <i>Общее интеллектуальное развитие:</i> неравномерное по структуре, общий уровень — в границах низкой нормы или ниже нормы. <i>Познавательная активность:</i> сниженная, избирательная, поверхностная	Помощь в осмыслении, упорядочении и дифференциации индивидуального жизненного опыта; в преодолении ситуативности и однозначности восприятия и понимания ребенком происходящего с ним и вокруг него; в проработке впечатлений, воспоминаний, представлений о будущем*; в развитии способности к пониманию причинно-следственных связей в происходящем, умения прогнозировать последствия собственных действий и поступков*; в упорядочении и осмыслении усваиваемых знаний и умений; в освоении образовательной программы на основе преимущественного применения специальных методов и коррекционных подходов; в формировании способности применять знания, полученные в ходе обучения, в повседневной жизни; в расширении переноса знаний в новые условия, связанные с различными жизненными ситуациями; в формировании интереса к окружающему миру, потребности узнавать новое; в осмыслении позитивных переживаний, связанных с собственными успехами и достижениями
Организация и продуктивность мыслительной деятельности <i>Саморегуляция и целенаправленность:</i> недостаточная сформированность, неустойчивость мотивационного компонента в сочетании с «органической»	Помощь в формировании способности к самостоятельной организации собственной деятельности, умения принимать, сохранять ее цели и следовать им в учебной деятельности; умения планировать свою деятельность в соответствии с заданными целями и контролировать ее результат; во внешнем контроле и регуляции психического
децентрацией внимания, дефицитом произвольной активности, склонностью к аффективной дезорганизации деятельности. <i>Умственная работоспособность:</i> пониженная, неравномерная — в связи с неустойчивостью мотивации, сочетающейся с повышенной истощаемостью, пресыщаемостью и когнитивными затруднениями	и соматического состояния, в обучении ребенка распознаванию и информированию педагога о признаках ухудшения самочувствия*; во внешнем контроле, стимулирующей, организующей и, при необходимости, обучающей помощи, поддержании интереса к содержанию выполняемых видов учебной деятельности; в формировании саморегуляции познавательной деятельности и поведения в условиях специальных групповых психокоррекционных занятий*; в обеспечении непрерывного контроля становления учебно-познавательной деятельности до достижения самостоятельности в доступных для ребенка видах заданий
Коммуникация <i>В условиях учебной деятельности:</i> при потенциальной способности к пониманию правил коммуникации в учебной обстановке, затрудненное и/или неустойчивое усвоение и воспроизводство адекватных коммуникативных	Помощь в осмыслении и усвоении адекватных форм учебного поведения, предполагающего умение следовать установленным правилам коммуникации и взаимодействия с учителем и одноклассниками (в том числе в условиях специальных тренингов)*; в формировании умения запрашивать и использовать помощь взрослого; в усвоении коммуникативных

Описание группы детей по выделенным параметрам (умеренная ЗПР)	Содержание специальной помощи в системе психологического сопровождения
<i>Вне учебной деятельности:</i> проявления инициативы и спонтанности в коммуникациях ограничены и носят, преимущественно, реактивный и малокогнитивный характер при обедненном репертуаре и невысоком качестве коммуникативных средств	эталон и их использовании в учебных ситуациях; в организации поведения вне ситуации обучения, способствующей вовлечению ребенка во взаимодействие со сверстниками; в формировании продуктивных коммуникативных средств и расширении спектра коммуникативных и социально-перцептивных навыков; в оптимизации взаимодействия семьи и школы

Знаком * отмечены виды помощи, реализуемые педагогом-психологом в условиях групповых (индивидуальных) психокоррекционных занятий (тренингов).

Таким образом, содержание психологического сопровождения детей с ЗПР в условиях инклюзии должно дифференцироваться в соответствии с вариантом развития ребенка и его особыми образовательными потребностями. Только в этом случае создаются оптимальные предпосылки для достижения максимально возможного уровня развития, образования, воспитания и социальной адаптации таких детей.

Библиографический список

1. Бабкина Н. В. Психологическое сопровождение младших школьников с задержкой психического развития: дисс. докт. психол. наук. М., 2017. 263 с.
2. Бабкина Н. В. Особые образовательные потребности детей с задержкой психического развития в период начального школьного обучения // Педагогика и психология образования. 2017. № 3. С. 44–58.
3. Бабкина Н. В. Ракурсы понимания категории психологического сопровождения в системе общего и специального образования // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 4. С. 1–18.
4. Бабкина Н. В., Коробейников И. А. Типологическая дифференциация задержки психического развития как инструмент современной образовательной практики // Клиническая и специальная психология. 2019. Т. 8. № 3. С. 125–142.
5. Инденбаум Е. Л. Школьники с легкими формами интеллектуальной недостаточности: психолого-педагогическая диагностика и характеристики психосоциального развития. Иркутск: ВСГАО, 2012. 180 с.
6. Коробейников И. А., Бабкина Н. В. Консультативный ресурс психологического диагноза при нарушениях психического развития у детей // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25. № 4. С. 11–22.
7. Коробейников И. А. Нарушения развития и социальная адаптация. М.: ПЕР СЭ, 2002. 192 с.
8. Коробейников И. А., Инденбаум Е. Л. Проблемы диагностики, коррекции и прогноза при организации сопровождения детей с легким психическим недоразвитием // Дефектология. 2009. № 5. С. 22–28.
9. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 декабря 2014 г. № 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья». Режим доступа: <https://минобрнауки.рф/документы/5132> (дата обращения: 27.08.2018).

ДИГЕСТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Балакирева Е. Е.,

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Рассмотрены дигестивные расстройства поведения у детей и подростков. Дан анализ их распространенности, факторам риска. Представлены типы и этапы расстройства приема пищи. Даны рекомендации по лечению расстройств приема пищи.

Ключевые слова

Анорексия, булимия, vomitomania.

DIGESTIVE DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH MENTAL DISORDERS

Balakireva E. E.,

Federal Mental Health Research Center,
Moscow, Russian Federation

Abstract

Eating disorders in children and adolescents are considered. The analysis of their prevalence and risk factors is reported. The types and stages of eating disorders are presented. Recommendations for the treatment of eating disorders are given.

Key words

Anorexia, bulimia, vomitomania.

Дигестивные расстройства, или расстройства приема пищи (РПП), относятся к поведенческим синдромам, связанным с физиологическими нарушениями и физическими факторами, в МКБ-10 описываются под заголовком F50.

Актуальность изучения проблемы обусловлена ростом в последние десятилетия тенденцией к более раннему началу заболевания; трудностями диагностики и сложностью решения вопросов лечения и реабилитации.

Распространенность РПП отмечается повсеместно, в РФ заболеваемость составляет 3,7% [5, 8, 10, 11–22, 23]. Среди психических заболеваний первое место по смертности занимают РПП, частота смертности за последние годы увеличилась [23, 24, 25].

Риск связан с голоданием, вызыванием рвот и осложнениями, связанными с суицидами и злоупотреблениями алкоголя и психоактивных веществ. Частота суицидов среди девочек-подростков с РПП, по сравнению с больными того же пола и возраста, в общей популяции выше в 57 раз. По данным Всемирной организации здравоохранения, смертность составляет 15–20% в год, в том числе 0,2% от суицидов [26, 27, 28].

Длительный катамнез РПП выявил наличие потенциальных факторов риска, связанных с ранним искажением восприятия своего тела, регулярными телесными и interpersonal проблемами.

К потенциальным факторам риска относятся: генетические, биологические, социокультуральные, личностные, возрастные, семейные и дигестивные среды.

Расстройства приема пищи относятся к классу болезней наследственного предрасположения, мультифакториального генеза и полигенной природы. Наследуемость для НА составляет 57%, для НБ – 62%, коэффициент генетической корреляции между НА и НБ составляет 46% [29, 30, 31]. Исследования РПП включают разнообразные гены-кандидаты: нейромедиаторных систем, BDNF пептидных систем регуляции аппетита, систем энергетического баланса митохондрий и генов, имеющих отношение к ожирению в целом. Большинство генетических исследований нейромедиаторных систем сосредоточено на генах серотониновой системы в связи с ее ролью как в механизмах регуляции процессов питания и голодания, так и в механизмах депрессивных расстройств, а также с широким применением СИОЗС. К биологическим факторам относятся избыточная масса тела, дисфункция регулирующих пищевое поведение нейромедиаторов и дефицит цинка, который углубляет тяжесть протекания РПП. К семейным факторам относится сквозной синдром РПП у родителей, проявляющийся РПП и злоупотреблением алкоголя и ПАВ.

В результате исследования выделены: тревожные и истерические типы личности с чертами перфекционизма, типы личности из истероидного, истеро-возбудимого или истеро-тормозимого круга с соматоэндокринной недостаточностью и истеро-шизоидного и истеро-эпилептоидного круга. Среди социокультуральных факторов отмечено проживание пациентов в развитых странах, акцент на «стройности» и «худобе» как главном признаке красоты и возможности карьерного роста

Дигестивные среды выявили низкую стрессоустойчивость, высокую стрессодоступность, социальную ориентированность и эмоциональное перенапряжение.

В социальных сетях зарегистрировано 78 групп, посвященных анорексии, 50% групп закрытые (доступ избирателен). Наибольшие по численности группы: «Н.А.» — 107 611 человек, «Типичная анорексичка» — 111 256 человек; минимальная группа — 199 участников. Формами общения в группах являются: форумы, дневники, мотивационные фотографии, отчеты, конкурсы, предложения покупки лекарственных препаратов для снижения веса. Поклонницы анорексии называют себя апас или gexies (девочки-бабочки с красными браслетами). Фанаты булимии называются mias (русский вариант — «миа»). Свой второй дом НА и НБ обретают на сайтах rgo-apa, rgo-mia.

На основе детального изучения заболевания у 370 больных в возрасте от 7 до 17 лет выделены три основных типа синдрома РПП: нервная анорексия (НА), нервная анорексия с доминированием булимии (НА, НБ); нервная анорексия с доминированием булимии и vomitomanii (НА, НБ + В).

Исследование РПП показало, что на протяжении заболевания более чем в 63% случаев происходит видоизменение синдрома. У большинства больных сочетается аноректическое и булимическое поведение. У пациентов с анорексией в 50–64% случаев могут развиваться булимические симптомы, реже, у 10–15% пациентов с исходным диагнозом НБ, развивается НА, у 38% пациентов с исходным диагнозом НБ регистрируется диагноз компульсивного переедания с рвотами, т.е. НАНБ + В. Видоизменение РПП может считаться как благоприятным течением заболевания, так и свидетельствовать о прогрессивности. У пациентов с текущим диагнозом НБ присутствие в анамнезе НА ухудшает прогноз заболевания и увеличивает шансы на обратное видоизменение синдрома. Практически в половине случаев (51%) у пациентов с текущим диагнозом НА и НБ в течение нескольких лет происходит рецидив анорексии. При длительно текущих РПП видоизменение заболевания является скорее правилом, чем исключением. Наиболее нестабильным является синдром НАНБВ. В 12% случаев происходит возврат в НА и в 38% — в НБ. При длительном катамнезе [32–37] в 68% случаев зарегистрированы переходы РПП в особые формы пищевых предпочтений: орторексию (правильное питание), дранкорексию (алкогольная диета), аллотриофагия (поедание несъедобного), вегетарианство.

Проведенное изучение психопатологической структуры и разновидностей РПП выявило клиническую неоднородность, что позволило выработать типологическую систематику, которую следует дифференцировать на основании уровня и структуры дисморфофобических идей, коморбидных с другими психопатологическими расстройствами [1, 2, 3, 4, 6–8].

При первом типе — доминирование монотематической дисморфофобии сверхценного и обсессивно-фобического характера и депрессивных расстройств с отчетливо выраженной триадой. При втором типе — с дисморфофобическими идеями сверхценного и обсессивно-фобического характера, отмечался бредовой характер идеи полноты, аффективных расстройств в виде длительных атипичных депрессий и коротких гипоманий, сензитивных идей отношения, обсессивно-фобических расстройств вычурного содержания. При третьем типе — в клинической картине преобладали бредовая дисморфофобия, значительно выраженные идеи отношения, аффективная патология носила стертый характер и была представлена как атипичными депрессиями, так и психопатоподобными маниями с эйфорией.

Структура синдрома РПП определяется этапностью протекания заболевания и включает преданоректический, инициальный, аноректический, кахектический и этап редукции.

На фоне течения заболевания у всех больных без исключения отмечались метаболические нарушения как на острооте состояния, так и на отдаленных этапах: нарушение обмена белка, липидов, кальция, кортизола.

Результаты исследования позволили выделить типы дизонтогенеза, характерные для больных, страдающих РПП: задержанный — 15%, искаженный — 33%, инфантилизм с преобладанием асинхронии развития — 24%, шизотипический — 17%, соматопатии — 11%.

Детальный анализ собранного материала, проведенный с учетом преморбидного периода заболевания, соотношения в картине позитивных и негативных расстройств, показал, что РПП не изолированное заболевание.

Лечение больных с РПП основывается на мультимодальной модели и показывает, что РПП требует психотропных методов терапии и сомато-эндокринной коррекции, тесно смыкающейся с проблемой фазоспецифичности гормональных влияний, в том числе спустя длительный период времени после восстановления гомеостаза. Стратегия лечения расстройств пищевого поведения определяется степенью тяжести синдрома и коморбидных расстройств и включает несколько этапов: координационный, «неспецифического лечения» или соматического, «специфического» лечения, социально-реабилитационный. На каждом этапе помощь оказывается многопрофильной группой специалистов.

Всем больным проводилась комплексная психологическая диагностика, на каждом этапе с пациентом и с семьей проводилась индивидуальная психотерапевтическая работа.

Результаты лечения и длительный катамнез показали практическое выздоровление у 40% больных, значительное улучшение у 16% больных, положительную динамику в 33% случаев, кратковременное улучшение у 9% больных, отдаленный катамнез — 2% летальный исход, в возрасте больных старше 20 лет.

Библиографический список

1. Балакирева Е. Е. Расстройства приема пищи (РПП) у детей и подростков // Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы. Научно-практическая конференция (30 октября 2017 г., Москва): сб. материалов / под ред. Костюка. М.: КДУ, Университетская книга, 2018. С. 689–700.
2. Балакирева Е. Е. Расстройства пищевого поведения у детей и подростков // Психиатрия. 2013. Т. 4. С. 16–22.
3. Балакирева Е. Е. Терапия при нарушении пищевого поведения у детей и подростков // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2004. Т. 104. С. 56–60.

4. Балакирева Е. Е., Козлова И. А., Якупова Л. П., Савостьянова О. Л. Типология нарушений пищевого поведения (нервная анорексия с булимией и vomitomаническими расстройствами) // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2004. Т. 104. С. 15–21.
5. Занозин В. А., Дмитриева Т. Н. Сравнительно-возрастной анализ группы девушек-подростков с нервной анорексией и группы риска по этому заболеванию. 13-й съезд психиатров России. Материалы съезда. М., 2000. 123 с.
6. Коркина М. В., Цивилько М. А. и др. Булимический вариант нервной анорексии. Вопросы диагностики и лечения психических заболеваний. М.: Изд-во УДН, 1987. С. 173–180.
7. Коркина М. В., Цивилько М. А., Марилов В. В. и др. Булимические расстройства при нервной анорексии // Журн. невропат. и психиат. им. С. С. Корсакова. 1991. № 5. С. 43–48.
8. Мазаева Н. А. Современные подходы к коррекции нервной анорексии. Вопросы психического здоровья детей и подростков // Научно-практический журнал (психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин). 2011. № 1. С. 56–65.
9. Марилов В. В., Коркина М. В., Цивилько М. А. и др. К вопросу о лечении больных нервной анорексией // Вопросы диагностики и лечения психических заболеваний. М.: Изд-во УДН, 1987. С. 124–128.
10. Ремитидт Х. Детская и подростковая психиатрия. М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. 614 с.
11. Hoek H. W., van Harten P. N., Hermans K. M. et al. The incidence of anorexia nervosa on Curacao. *Am J Psychiatry* 2005;162:748–52.
12. Pavlova B., Uher R., Dragomirecka E. et al. Trends in hospital admissions for eating disorders in a country undergoing a socio-cultural transition, the Czech Republic 1981–2005. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45: 541–50.
13. Becker A. E. Culture and eating disorders classification. *Int J Eat Disord* 2007;40(Suppl.): S111–6.
14. Eddy K. T., Hennessey M., Thompson-Brenner H. Eating pathology in East African women: the role of media exposure and globalization. *J Nerv Ment Dis* 2007;195:196–202.
15. Katzman M. A., Hermans K. M., Van H. D. et al. Not your “typical island woman”: anorexia nervosa is reported only in subcultures in Curacao. *Cult Med Psychiatry* 2004;28:463–92.
16. Hoek H. W. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19: 389–94.
17. Njenga F. G., Kangethe R. N. Anorexia nervosa in Kenya. *East Afr Med J* 2004;81:188–93.
18. Striegel-Moore R. H., Dohm F. A., Kraemer H. C. et al. Eating disorders in white and black women. *Am J Psychiatry* 2003;160:1326–31.
19. Lee S., Lee A. M., Ngai E. et al. Rationales for food refusal in Chinese patients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2001;29:224–9.
20. Al-Adawi S., Dorvlo A. S., Burke D. T. et al. Presence and severity of anorexia and bulimia among male and female Omani and non-Omani adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41: 1124–30.
21. Tsai G. Eating disorders in the Far East. *Eat Weight Disord* 2000;5: 183–197.
22. Kotler L. A., Cohen P., Davies M. et al. Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:1434–40.
23. Steinhausen H. C. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am. J. Psychiatry* 2002; 15:1284–1293.
24. Fisher M. The course and outcome of eating disorders in adults and in adolescents: a review. *Adolesc. Med* 2003;14:149–158.
25. Kreipe R. E., Churchill B. H., Strauss J. Long-term outcome of adolescents with anorexia nervosa. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1989;143:1322–1327.
26. Keel P. K., Dorer D. J., Eddy K. T., Franco D., Charatan D. L., Herzog D. B. Predictors of mortality in eating disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:179–183.
27. Nielsen S., Moller-Madsen S., Isager T., Jorgensen J., Pagsberg K., Theander S. Standardized mortality in eating disorders: a quantitative summary of previously published and new evidence. *J. Psychosom. Res* 1998; 44:413–434.
28. Nielsen S. Epidemiology and mortality in eating disorders. *Psychiatry Clin North Am* 2001;24: 201–214.
29. Grise D. E., Halmi K. A., Fichter M. M. et al. Evidence for a susceptibility gene for anorexia nervosa on chromosome 1. *Am. J Hum Genet* 2002; 70:787–792.
30. Bulik C. M., Devlin B., Bacanu S. A., Thornton L. et al. Significant linkage on chromosome 10p in families with bulimia nervosa. *Am J Hum Genet* 2003; 72: 200–207.
31. Devlin B., Bacanu S. A., Klump K. L. et al. Linkage analysis of anorexia nervosa incorporating behavioral covariates. *Hum Mol Genet* 2002; 11:689–696.
32. Bulik C. M., Sullivan P. F., Fear J. et al. Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *J Nerv Ment Dis* 1997;185: 704–7.
33. Eckert E. D., Halmi K. A., Marchi P. et al. Ten-year follow-up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. *Psychol Med* 1995; 25:143–56.
34. Fichter M. M., Quadflieg N., Hedlund S. Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2006;39:87–100.
35. Fichter M. M., Quadflieg N., Hedlund S. Long-term course of binge eating disorder and bulimia nervosa: relevance for nosology and diagnostic criteria. *Int J Eat Disord* 2008; 41: 577–86.
36. Herpertz-Dahlmann B., Muller B., Herpertz S. et al. Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation.

АНАЛИЗ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ПРИВОЛЖСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ ПО СОСТОЯНИЮ НА 1 ЯНВАРЯ 2019 ГОДА

Баландина О. В., Гвоздь У. Ю., Карякин Н. Н., д.м.н.,
ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России,
Нижний Новгород, Российская Федерация

Аннотация

В статье представлены статистические данные, полученные по запросу Приволжского исследовательского медицинского университета и характеризующие систему комплексной помощи детям с расстройством аутистического спектра в 14 регионах Приволжского федерального округа. На основании полученных данных проведен анализ системы раннего выявления аутизма, ранней помощи, организации образования, системы оказания комплексной помощи семьям, воспитывающим детей с РАС.

Ключевые слова

Аутизм, расстройство аутистического спектра, комплексная помощь, Приволжский федеральный округ.

ANALYSIS OF THE COMPREHENSIVE CARE SYSTEM FOR CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS IN THE VOLGA FEDERAL DISTRICT AS OF JANUARY 1, 2019

Balandina O. V., Gvozdt U. Y., Kariakin N. N., Doctor of Medical Sciences,
Volga Region Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Nizhny Novgorod, Russian Federation

Abstract

The paper presents statistical data on a care system for children with ASD in 14 regions of the Volga Federal District that was obtained at the request of the Volga Region Research Medical University. Based on this data, the analyses of services for early detection, ASD registry, different schooling patterns for ASD (inclusive education, integration, and separate education for preschoolers and school aged children), and social care for families was carried out.

Key words

Autism, autism spectrum disorder, complex approach, Volga federal district.

С целью оценки состояния системы комплексной помощи детям с расстройством аутистического спектра (далее – РАС) в Приволжском федеральном округе (далее – ПФО) нами проведен анализ статистической информации, предоставленной Министерствами здравоохранения, социальной политики и образования из 14 субъектов РФ по состоянию на 1 января 2019 г.

Выделены следующие этапы комплексного сопровождения детей с РАС.

1. Выявление детей группы риска и диагностика РАС.
2. Оказание ранней помощи детям с РАС
3. Реализация индивидуального образовательного маршрута ребенка с РАС.
4. Оказание комплексной помощи семьям, воспитывающим детей с РАС.

Мероприятия по выявлению детей группы риска и диагностике РАС. В ПФО выявлено 4671 ребенок с РАС, что составляет 0,078% от численности детского населения.

В десяти регионах медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь детям, проведен выборочный скрининг детского населения по раннему выявлению (до трехлетнего возраста) детей с РАС.

В работе использовался опросник “The Modified Checklist for Autism in Toddlers” (М–CHAT)¹ (Саратовская, Ульяновская, Нижегородская, Пензенская области) или скрининговая анкета для родителей по выявлению риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста [5] (Республика Татарстан, Кировская область, Удмуртская Республика), в Самарской области использовали обе методики.

¹ “М–CHAT FAQ” www.m-chat.org. Retrieved 2015-10-04.

Впервые диагноз РАС в 2018 г. выставлен 712 детям, что составило 15% от общего количества детей с данным диагнозом (табл. 1).

Для уточнения диагноза дети группы риска направлялись на дополнительное обследование в медицинские организации, оказывающие психиатрическую помощь: областные (республиканские, краевые) психиатрические больницы, где проводилось уточняющие обследования в соответствии со стандартами и клиническими рекомендациями с использованием дополнительных методик [3, 4].

Таблица 1. Распространенность РАС среди детского населения (данные по ПФО на 1 января 2019 г.)

Субъекты ПФО	Численность детского населения (0–18 лет)	Кол-во детей с диагнозом РАС (шифр МКБ F84)	Распространенность РАС (доля от численности детского населения (%))	Впервые выставлен д-з РАС в 2018 г.	
				кол-во детей	доля от детей с РАС (%)
Саратовская область	453 702	626	0,138	69	11,0
Ульяновская область	226 201	274	0,121	306	111,7
Нижегородская область	601 076	711	0,118	1	0,1
Республика Мордовия	134 488	139	0,103	30	21,6
Самарская область	605 870	611	0,101	49	8,0
Чувашская Республика	259 300	242	0,093	12	5,0
Республика Татарстан	826 872	617	0,075	97	15,7
Республика Башкортостан	910 994	669	0,073	39	5,8
Республика Марий Эл	147 642	108	0,073	23	21,3
Оренбургская область	434 940	282	0,054	16	5,7
Кировская область	254 248	138	0,065	15	10,9
Пензенская область	234 330	107	0,046	5	4,7
Удмуртская Республика	342 181	147	0,043	15	10,2
Пермский край	587 785	Нет данных	—	35	—
ИТОГО	6 019 629	4 671	0,078	712	15,2

В 2018 году наибольшее количество детей с РАС впервые выявлено в Ульяновской области, где использовалась анкета М—СНАТ совместно с методикой ADOS-2²

Полученные данные показали, что распространенность РАС в регионах варьируется в широких пределах: от 0,043% в Удмуртской республике до 0,138% в Саратовской области.

Стоит отметить, что как при проведении скрининговых исследований, так и на этапе установки диагноза в условиях медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь, отсутствует единый методический подход.

² Autism Diagnostic Observation Schedule: Western Psychological Services.n.d. Web. 6 March 2010.

Мероприятия по оказанию ранней помощи детям с РАС. В целях координации деятельности организаций, осуществляющих комплексную помощь детям с РАС, обеспечения их сетевого взаимодействия и оказания им поддержки в вопросах комплексной медико-социальной и психолого-педагогической помощи детям с РАС в некоторых регионах созданы региональные ресурсные центры (далее — РРЦ)[2].

Региональные ресурсные центры функционируют в пяти регионах (в Ульяновской, Самарской и Оренбургской областях, Республике Башкортостан, Чувашской Республике) на базе образовательных организаций.

Таблица 2. Охват детей с РАС различными образовательными программами (данные по ПФО на 1 января 2019 г.)

Численность детей с РАС, включенных в систему:		Абс. число детей	Доля от всех детей с РАС
дошкольного образования		772	16,5%
в том числе в условиях групп: (абс. число детей / доля от абс. числа детей в системе дошкольного образования)	комбинированного вида	110 (14,2%)	
	с использованием модели «Ресурсная группа»	6 (0,8%)	
	компенсирующего вида	303 (39,2%)	
	на дому	1 (0,1%)	
	вариативные формы дошкольного образования	7 (0,9%)	
	кратковременного пребывания	32 (4,1%)	
	общеразвивающего вида	5 (0,6%)	
	иной вид образования	308 (40,1%)	
начального общего образования		1 159	24,8%
в том числе в форме: (абс. число детей / доля от абс. числа детей в системе начального общего образования)	инклюзивного образования	192 (16,6%)	
	с использованием модели «Ресурсный класс»	160 (13,8%)	
	специального образования в условиях интегрированных классов (с детьми, имеющими другие нарушения в развитии)	697 (60,1%)	
	специального образования в условиях класса для обучающихся с РАС	27 (2,3%)	
	индивидуальное обучение на дому	43 (3,7%)	
	иные формы образования	40 (3,5%)	
среднего общего образования		596	12,8%
среднего профессионального образования		793	17%
высшего профессионального образования		6	0,1%
Количество детей, в отношении которых нет информации по образовательному процессу		1 395	28,8%

Службы ранней помощи созданы в 12 регионах в 111 организациях (в двух регионах службы не созданы), из них на базе:

- медицинских организаций — девять регионов: Саратовская область, Республика Мордовия, Оренбургская область, Чувашская Республика, Республика Татарстан, Кировская

область, Ульяновская область, Удмуртская Республика, Республика Марий Эл;

- социальных учреждений — семь регионов: Нижегородская область, Чувашская Республика, Республика Татарстан, Кировская область, Ульяновская область, Удмуртская Республика, Республика Марий Эл, Самарская область;
- образовательных организаций — четыре региона: Ульяновская область, Удмуртская Республика, Республика Марий Эл, Самарская область.

Таким образом, создание служб ранней помощи на базе учреждений различной ведомственной принадлежности накладывает специфику на формирование региональных систем помощи детям с РАС.

Мероприятия по организации образования для детей с РАС. Различными формами образования охвачены 3326 детей с РАС (71,2% от всех детей с РАС).

Количество организаций, реализующих адаптированные основные общеобразовательные программы (далее — АООП) дошкольного образования для детей с РАС, — 88.

Общее количество педагогов, прошедших обучение технологиям работы с детьми с РАС, — 3407, что составляет 0,72 на каждого ребенка с РАС или 1,04 на каждого ребенка с РАС, включенного в систему образования.

Службы психолого-педагогического сопровождения детей с РАС созданы на базе 486 организаций.

Количество детей с РАС, которые занимаются в группах дополнительного образования, — 262, в том числе:

- в специализированных группах — 201 (76,7%);
- в инклюзивных группах — 61 (23,3%).

Количество детей с РАС, которые занимаются в спортивных секциях, — 60, в том числе:

- в специализированных секциях — 33 (55%);
- в инклюзивных секциях — 27 (45%).

Сто одиннадцать (111) педагогов системы дополнительного образования и спорта прошли обучение технологиям работы с детьми с РАС.

Таким образом:

- в системе дошкольного образования большинство детей обучается в группах комбинированного вида (14,2%) и компенсирующего вида (39,2%);
- в системе начального образования большинство детей с РАС обучаются в условиях интегрированных классов (60,1%);
- дополнительное образование дети с РАС получают преимущественно в специализированных группах и секциях (в сравнении с инклюзивной формой дополнительного образования).

Оказание комплексной помощи семьям, воспитывающим детей с РАС. Ключевым мероприятием в организации комплексной помощи семьям, воспитывающим детей с РАС, является проведение мониторинга их потребностей.

Данные отчетов показали, что в 2018 г. мониторинг потребности семей, воспитывающих детей с РАС, проведен лишь в двух регионах — в Ульяновской и Оренбургской областях. Участие в мониторинге приняло более 170 и 46 семей соответственно.

В систему комплексного сопровождения семей, включающую информационную, психологическую, педагогическую, медицинскую, юридическую и социальную помощь, в регионах вовлечено различное число организаций и по количеству,

и по ведомственной принадлежности. Поддержка семей осуществляется:

- в реабилитационных центрах для детей и подростков с ОВЗ (Кировская область, Республика Татарстан, Саратовская область, Ульяновская область, Республика Марий Эл, Самарская область, Удмуртская республика, Нижегородская область);
- в центрах психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи (Пензенская область, Ульяновская область, Республика Марий Эл, Удмуртская республика);
- в медицинских организациях (Республика Мордовия, Республика Татарстан, Пермский край, Нижегородская область);
- в региональных ресурсных центрах.

Кроме того, в Республике Татарстан помощь родителям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями здоровья, оказывается консультационными центрами, действующими на базе семи детских садов.

Помощь семьям в ПФО реализуется в различных формах: консультативные мероприятия для родителей в очном и дистанционных режимах; обучающие вебинары, семинары и тренинги для родителей.

В регионах созданы и действуют региональные общественные организации родителей детей-инвалидов (Кировская, Пензенская, Ульяновская, Саратовская, Нижегородская, Самарская, Чувашская, Оренбургская области, Пермский край, Республика Марий Эл, Нижегородская область), а также НКО и фонды социальной поддержки семьи и детства.

Таким образом, по результатам проведенного анализа отмечается, что система комплексной помощи детям с РАС в регионах ПФО находится на разных этапах развития, подходы к её оказанию различны. Эта тенденция отмечается также в других регионах России [1].

Для выстраивания системной, последовательной, комплексной работы необходимо:

- совершенствование региональной нормативной базы, регулирующей вопросы межведомственного взаимодействия, порядка предоставления государственных услуг детям с РАС и их финансового обеспечения;
- формирование региональных перечней услуг ранней помощи детям с РАС и с риском развития РАС;
- внедрение в работу регионов скрининговых методик для раннего выявления детей группы риска по РАС;
- внедрение в работу организаций системы здравоохранения, осуществляющих постановку диагноза, современных диагностических методов;
- создание регионального реестра (межведомственного информационного банка данных) по детям с РАС, позволяющего вести корректный статистический межведомственный учет этой категории детей и обоснованно планировать объем необходимых услуг и их финансирования;
- создание во всех регионах ресурсных центров как координаторов плановой межведомственной работы по оказанию комплексной помощи семьям, воспитывающим детей с РАС;
- осуществление мониторинга потребности семей и реализации услуг, программ помощи лицам с РАС, в том числе с привлечением социально ориентированных НКО для их проведения.

Библиографический список

1. Аналитическая справка по результатам сопровождения субъектов Российской Федерации в 2017 году по вопросам развития региональных систем комплексной помощи детям с РАС / Фед. ресурс. центр по орг.компл.сопровожд. Детей с РАС.URL: https://autism-irc.ru/ckeditor_assets/attachments/887/prilozhenie_11_analiticheskaya_spravka_soprovozhdenie_sub_ektov_2017.pdf. (дата обращения 17.12.2019).
2. Методические рекомендации по организации деятельности регионального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра: Экспертный совет Минобрнауки России по вопр. организации образования обучающихся с РАС: протокол от 10 марта 2017 г. № 15/07пр /Письмо Министерства образования и науки РФ от 4 июля 2017 г. № 07—3464 «О направлении информации». Доступ из СПС «Гарант».
3. Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи детям с общими расстройствами психологического развития (аутистического спектра): приказ Минздрава России от 02.02.2015 № 30н / зарегистрирован в Минюсте России 10.04.2015 № 36819. Доступ из СПС «КонсультантПлюс».
4. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям с общими расстройствами психологического развития (аутистического спектра): приказ Минздрава России от 02.02.2015 № 32н / зарегистрировано в Минюсте РФ 20.02.2015 № 36143. Доступ из СПС «КонсультантПлюс».
5. *Симашкова Н. В., Козловская Г. В., Иванов М. В.* Анкета для родителей по выявлению нарушений психического (психологического) развития, риска возникновения расстройств аутистического спектра у детей раннего возраста (до 2 лет). М.: Российское общество психиатров, 2014. <https://magistr54.ru/wp-content/uploads/2019/06/anketa-dlja-roditelej-po-rannemu-vyjavleniju-narushenij-psihičeskogo-razvitiya-simashkova-n.v.pdf> (дата обращения 17.12.2019).

ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Барыльник Ю. Б., Шульдяков А. А., Бачило Е. В., Мамедов С. С.,

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Саратов, Российская Федерация

Аннотация

В России стремительно растет число ВИЧ-инфицированных, среди которых много детей и подростков. Дети и подростки с ВИЧ-инфекцией часто страдают от депрессий и тревожных расстройств, имеют нейрокогнитивные нарушения различной степени выраженности. В данной статье проводится обзор зарубежных и немногочисленных отечественных литературных данных в отношении психических расстройств у детей и подростков с ВИЧ-инфекцией.

Ключевые слова

Психические расстройства, дети, подростки, ВИЧ-инфекция.

MENTAL HEALTH PROBLEMS IN MINORS WITH HIV

Barylnik J. B., Shuldykov A. A., Bachilo E. V., Mamedov S. S.,

Razumovsky Saratov State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Saratov, Russian Federation

Abstract

The number of HIV-infected people is rapidly growing in Russia, among which there are many children and adolescents. Children and adolescents with HIV often suffer from depression and anxiety disorders. They have also neurocognitive impairment of varying severity. The paper reviews foreign and domestic studies on mental disorders in children and adolescents with HIV.

Key words

Mental disorder, children, minors, HIV.

Широкая распространенность ВИЧ-инфекции среди детей и подростков, частота и выраженность психических расстройств при этом заболевании обуславливают актуальность изучения их особенностей у несовершеннолетних, инфицированных вирусом иммунодефицита человека. В последние годы в России продолжает ухудшаться эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции [10].

Основным путем заражения детей первых лет жизни является перинатальный контакт с ВИЧ-инфицированной матерью. На начало 2016 года в России состояло на учете 7917 детей, инфицированных ВИЧ вертикальным путем [8]. Относительно детей подросткового возраста развитие ВИЧ-инфекции связано с наличием сексуальных отклонений [36], а также с наркоманией, значительно реже — с исходно имеющимися психическими расстройствами, такими как шизофрения, биполярное аффективное расстройство и т.д. [22]. В одном из исследований констатируется, что молодые люди с ВИЧ и более низким процентом CD4-лимфоцитов чаще подвержены риску употребления ПАВ. В других работах ассоциации между употреблением ПАВ и ВИЧ-положительным статусом среди подростков установлено не было. Следовательно, программы по профилактике употребления ПАВ должны быть ориентированы как на ВИЧ-инфицированных, так и на свободных от вируса молодых лиц, живущих в семьях, затронутых ВИЧ-инфекцией [25].

Поражение ВИЧ центральной нервной системы приводит к высокому риску развития психических расстройств среди детей и подростков с ВИЧ-инфекцией [37]. В связи с этим увеличивается и риск госпитализации несовершеннолетних с ВИЧ в психиатрический стационар по сравнению с общей педиатрической популяцией [29]. По данным Д. Ф. Хритинина и В. В. Новикова психические расстройства, встречающиеся у лиц с ВИЧ-инфекцией, представляют собой ряд реактивных (71,6%, из них 67,2% невротических) и личностных (76,4%) расстройств, в большинстве случаев сочетанных (87,2%) [11].

Огромную роль в клиническом формировании психических расстройств при ВИЧ/СПИДе играют психологические проблемы [3]. В глазах ближайшего социального окружения ВИЧ-инфицированный воспринимается как обладающий существенным дефектом, как своего рода неполноценный член общества [6]. Основными социальными последствиями являются разрушение социальных связей, отторжение друзьями, одноклассниками, лицами противоположного пола, возможно отторжение в семье [13].

Некоторые исследователи, занимающиеся вопросом психических расстройств у несовершеннолетних с ВИЧ, уверены, что устранение проблем, связанных с этими расстройствами, непосредственно влияет на исход самого заболевания, но, к сожалению, нет определенных методик, которые могли бы поддержать или улучшить психическое

здоровье детей и подростков с ВИЧ [16]. Связано это с тем, что существуют некоторые сложности в организации исследований с участием несовершеннолетних. Большинство детей и подростков с ВИЧ не могут принять участие в исследованиях, поскольку получение согласия от родителей представляется невозможным [4, 5, 9]. Эпидемиологические исследования в странах Южной Африки показывают, что примерно каждый пятый несовершеннолетний с ВИЧ страдает психическими расстройствами, которые сохраняются и в зрелом возрасте [26].

В зарубежной литературе существуют данные о том, что у более половины ВИЧ-инфицированных детей и подростков выявляются критерии по крайней мере одного психического расстройства [36]. Распространенность психических расстройств у ВИЧ-инфицированных несовершеннолетних выше, чем в общей популяции, что диктует необходимость внедрения психиатрической помощи с использованием психофармакотерапии и немедикаментозной психотерапии в повседневное лечение детей и подростков с ВИЧ [28], так как в настоящий момент отсутствует определенная модель оказания помощи ВИЧ-инфицированным несовершеннолетним с психическими расстройствами. Психические расстройства, наблюдаемые у ВИЧ-инфицированных подростков, приводят к низкому качеству жизни, прогрессированию ВИЧ-инфекции и несоблюдению правил антиретровирусной терапии [15].

Среди психических расстройств у ВИЧ-инфицированных детей и подростков наиболее часто встречаются депрессия, тревожные расстройства, нейрокогнитивные расстройства, а также суицидальное поведение [14, 18, 24, 32, 34, 38].

Депрессивное расстройство является наиболее распространенным психическим осложнением у ВИЧ-инфицированных детей и подростков. Данное расстройство приводит к негативному влиянию на широкий спектр аспектов их качества жизни и оказывает крайне вредное влияние на общество [34]. По некоторым данным [14], депрессия связана с повышенным риском злоупотребления психоактивными веществами, интернализированной стигмой, рискованным поведением при передаче ВИЧ и самоубийством.

Вероятность появления симптомов депрессии выше у подростков старше 15 лет, также отмечается связь между снижением настроения и раскрытием ВИЧ-статуса, низким финансовым и социальным положением, семейными и межличностными отношениями, сомнением в дальнейшем выздоровлении и благополучии [40]. Кроме того, на психическое состояние несовершеннолетних оказывает влияние отношение медицинского персонала, оказывающего помощь таким пациентам; имеет место такое эмоциональное проявление, как страх перед возможным инфицированием, лишь 19,2% опрошенных врачей считает, что для них нет опасности инфицирования, 26,8% затруднились ответить, остальная часть уверена в возможности инфицирования [2].

Депрессивные симптомы встречались у подростков независимо от пола, расы, этнической принадлежности, сексуальной ориентации; в 54,3% доминировала необъяснимая усталость, 48,5% испытывали проблемы со сном [39]. В другом исследовании, проведенном в Танзании, общая распространенность симптомов депрессии из 900 участников составила 27%, наряду с этим авторы выделили связь между депрессией и развитием депривации [35]. Kikuchi и соавт.

(2017) приводят значения распространенности депрессии среди 500 участников — она составила 22%, среди них 49% никогда не получали психологической помощи [32]. Другое подобное исследование отмечает распространенность депрессии у 18,9% ВИЧ-положительных несовершеннолетних [33].

Наряду с этим ВИЧ-инфицированные несовершеннолетние испытывают ощущение тревожности [19]. Более высокий уровень социальной поддержки коррелирует с низким уровнем тревожности у детей с ВИЧ, эти результаты указывают на необходимость разработки методик, которые повышают социальную поддержку среди данной когорты, особенно в районах с социально-экономическими проблемами [18].

Большинство детей и подростков с ВИЧ-инфекцией имеют также нейрокогнитивные расстройства [24]. К факторам развития когнитивных нарушений относят снижение социально-экономического статуса, влияние самого ВИЧ на нервную систему, также побочные эффекты противовирусной терапии и др. [31]. Согласно данным Blanchett и соавт. (2001), расстройства нейрокогнитивного функционирования являются результатом подкорковых нарушений не только когнитивного, но и моторного развития [17].

Среди нейрокогнитивных расстройств у ВИЧ-положительных детей и подростков отмечают сложности в процессе обучения, а также значительный дефицит памяти и восприятия [27]. Дети с ВИЧ хуже выполняют тесты на общее интеллектуальное функционирование, внимание, зрительную, вербальную память, речь, зрительные пространственные способности, координацию движений, скорость обработки и исполнительные функции [38]. По мнению Brahmabhatt и соавт. (2017), влияние длительной антиретровирусной терапии сказывалось на положительной динамике нейрокогнитивных расстройств [20].

Следует отметить факт, что дети и подростки, живущие с ВИЧ, представляют группу высокого риска для совершения суицидальных попыток [23]. Различными авторами выделяется целый ряд факторов, играющих роль в формировании суицидального поведения: отвержение семьей, друзьями, другими важными людьми; изменения в состоянии здоровья, случаи суицида среди членов семьи; злоупотребление алкоголем или прочими ПАВ в настоящее время или в анамнезе; наличие тревожных состояний, длительной депрессии, психотического расстройства; чувство безнадежности, отсутствие переживания счастья; переживание физической боли; переживание стигмы, связанной с болезнью, сексуальной ориентацией [21].

Помимо невротического круга психических расстройств в зарубежной литературе встречаются единичные исследования, указывающие на развитие психотических расстройств у ВИЧ-инфицированных несовершеннолетних. Так, например, Hatherill и Flisher в своей работе (2009) сообщают о трех случаях возникновения делирия у детей с ВИЧ-инфекцией [30], а Levengaupt E. A. и соавт. (2007) впервые обнаружили развитие психоза у 12-летней ВИЧ-позитивной девочки [35], сами авторы связывают данное явление с повышенной концентрацией эфавиренза в плазме крови и гетерозиготным полиморфизмом гена CYP2B6-G516T.

Полученные данные свидетельствуют о том, что психические расстройства широко распространены среди детей

и подростков с ВИЧ-инфекцией. Наиболее часто отмечаются депрессия, тревожное расстройство, нейрокогнитивные нарушения, суицидальное поведение [1].

Таким образом, проблема психического здоровья ВИЧ-инфицированных несовершеннолетних остается недостаточно изученной, что определяет необходимость проведения исследований в этой области.

Библиографический список

1. Барыльник Ю. Б., Шульдяков А. А., Бачило Е. В., Мамедов С. С. Психические расстройства у детей и подростков с ВИЧ-инфекцией // Социальная и клиническая психиатрия. 2019. № 4. С. 104–109.
2. Богачанская Н. Н. Отношение врачей-терапевтов к ВИЧ-инфицированным пациентам // Современные исследования социальных проблем. 2011. № 1. С. 217–218.
3. Детская психиатрия: учебник / под ред. Э. Г. Эйдемиллера. Санкт-Петербург: Питер, 2005. 1120 с. (Серия «Национальная медицинская библиотека»).
4. Завидова С. С., Намазова-Баранова Л. С., Тополянская С. В. Клинические исследования лекарственных препаратов в педиатрии: проблемы и достижения // Педиатрическая фармакология. 2010. № 1. С. 6–14.
5. Завидова С. С., Толпанова А. А. Правовые аспекты проведения исследований с участием несовершеннолетних в России // Педиатрическая фармакология. 2010. Т. 7, № 2. С. 25–31.
6. Звоновский В. Б. ВИЧ и стигма // Журнал исследований социальной политики. 2015. № 4. С. 505–521.
7. Покровский В. В. ВИЧ-инфекция и СПИД: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2013.
8. Профилактика заражения ВИЧ: Методические рекомендации. М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2014. 71 с.
9. Тополянская С. В. Этические аспекты проведения клинических исследований у детей // Педиатрическая фармакология. 2010. С. 6–11.
10. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора // Справка «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2017 г.». 2017. С. 1–5.
11. Хритинин Д. Ф., Новиков В. В. Систематика и особенности развития психических расстройств у больных ВИЧ-инфекцией // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2016. № 5. С. 19–22.
12. Чернявская О. А., Иоанниди Е. А. Некоторые аспекты проблемы стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ/СПИДом // Социология медицины. 2014. № 2. С. 55–57.
13. Ashaba S., Cooper-Vince C., Maling S. et al. Internalized HIV stigma, bullying, major depressive disorder, and high-risk suicidality among HIV-positive adolescents in rural Uganda // Global Mental Health (Camb). 2018. № 5. P. 22.
14. Ashaba S., Cooper-Vince C., Vorechovska D. et al. Development and validation of a 20-item screening scale to detect major depressive disorder among adolescents with HIV in rural Uganda: A mixed-methods study // SSM Popular Health. 2018. P. 332–335.
15. Betancourt T., Scorza P., Kanyanganzi F. et al. HIV and child mental health: a case-control study in Rwanda // Pediatrics. 2014. Vol. 134, № 2. P. 464–472.
16. Bey W., Lu X., Harrison S., Chajo G. The relationship between HIV stigma, emotional status and emotional regulation among children affected by HIV in rural China // AIDS Care. 2016. Vol. 2, № 28. P. 161–167.
17. Blanchett N. et al. Cognitive and motor development in children with vertically transmitted HIV infection // Brain Cogn. 2001. Vol. 46, № 2. P. 50–53.
18. Boston F., Calomo E. N., Lightfoot E., Lao M. The relationship between social support and anxiety among children living with HIV in rural Northern Namibia // Afr J AIDS Res. 2018. Vol. 17, № 4. P. 93–300.
19. Boyes M. E., Cluver L. D. Relationships between familial HIV/AIDS and symptoms of anxiety and depression: the mediating effect of bullying victimization in a prospective sample of South African children and adolescents // J Youth Adolesc. 2015. Vol. 44, № 4. P. 847–859.
20. Brahmabhatt H., Boivin M., Ssempijja V. et al. // J Acquir Immune Defic Syndr. 2017. Vol. 75, № 1. P. 1–8.
21. Britten K., Meyer L., Phillips N. et al. Behavioural health risks in early adolescence among perinatal HIV-infected adolescents from South Africa and non-HIV-infected peers // AIDS Care. 2019. Vol. 31, № 1. P. 131–140.
22. Bucek A., Leu C., Benson S. et al. Psychiatric Disorders, Antiretroviral Medication Adherence and Viremia in a Cohort of Perinatally HIV-Infected Adolescents and Young Adults // Pediatr Infect Dis J. 2018. Vol. 37, № 7. P. 673–677.
23. Casale M. et al. Suicidal thoughts and behaviour among South African adolescents living with HIV: Can social support buffer the impact of stigma // J Affect Disord. 2019. № 245. P. 82–90.
24. Cohen S., Ter Stege J., Geurtsen G. et al. Poorer cognitive performance in perinatally HIV-infected children versus healthy socioeconomically matched controls // Clin Infect Dis. 2015. Vol. 60, 7. P. 1111–1119.
25. Elkington K. S., Cruz J. E., Warne P. et al. Marijuana Use and Psychiatric Disorders in Perinatally HIV-Exposed Youth: Does HIV Matter? // J Pediatric Psychol. 2016. Vol. 41, № 3. P. 277–286.
26. Flisher A., Does K., Kafaar Z. et al. Mental health of children and adolescents in South Africa // J Child Adolesc Ment Health. 2012. Vol. 24, № 2. P. 149–161.
27. Fundaro C., Miccinesi H., Baldieri N. F. et al. Cognitive impairment in school-age children with asymptomatic HIV infection // AIDS Care. 1998. Vol. 12, № 2. P. 135–140.
28. Gadow K. D., Angelidou K., Chernoff M., Williams P. L., Heston J., Hodge J., Nachman S. Longitudinal study of emerging mental health concerns in youth perinatally infected with HIV and peer comparisons // J Dev Behav Pediatr. — 2012. Vol. 33, № 6. P. 456–468.
29. Gaughan D. M., Hughes M. D., Oleske J. M. et al. Psychiatric hospitalizations among children and adolescents with human immunodeficiency virus infection // Pediatr. 2004. Vol. 113, № 6. P. 544–551.
30. Hatherill S. and Flisher K. Delirium in children with HIV // J Child Neurol. 2009. Vol. 24, № 7. P. 879–883.
31. Kandaasavika G. Q., Kuona P., Chandiwana P. et al. Burden and predictors of cognitive impairment in children aged 6 to 8 years infected and uninfected with HIV from Harare, Zimbabwe: cross-study // Child Neuropsychol. 2015. Vol. 25, № 1. P. 106–120.
32. Kikuchi K., Poudel K. C., Rwibasira J. M. et al. Care for perinatal HIV-infected children: call for psychiatric care for children and caregivers // AIDS Care. 2017. Vol. 29, № 10. P. 1280–1286.
33. Kim M. H., Mazenga A. C. et al. Factors associated with depression among adolescents living with HIV in Malawi // BMC Psychiatry.

34. *Le Prevost M., Arenas-Pinto A., Melvin D. et al.* Anxiety and depression symptoms in young people with perinatally acquired HIV and HIV affected young people in England // *AIDS Care*. 2018. Vol. 30, № 8. P. 1040–1049.
35. *Levengaupt E. A., Matson K., Qureishi B., Saitoh, Pugach D.* Psychosis in a 12-year-old HIV-positive girl with elevated serum efavirenz concentration // *Clin Infect Dis*. 2007. Vol. 45, № 10. P. 128–130.
36. *Mellins C. A., Elkington K. S., Bauermeister J. A. et al.* Sexual and drug use behavior in perinatally HIV-infected youth: mental health and family influences // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009. Vol. 48, № 8. P. 810–819.
37. *Mellins C. A., Malee K. M.* Understating the mental health of youth living with perinatal HIV infection: lessons learned and current challenges // *J Int AIDS Soc*. 2013. № 18. P. 16.
38. *Nichols S. L., Chernoff M. C., Malee K. et al.* Learning and Memory in Children and Adolescents With Perinatal HIV Infection and Perinatal HIV Exposure // *Pediatr Infect Dis J*. 2016. Vol. 35, № 6. P. 649–654.
39. *Walsh A., Wesley K., Tan S. et al.* Screening for depression among young people living with HIV in integrated care // *AIDS Care*. 2017. Vol. 29, № 7. P. 851–857.
40. *Wanh B., Li X., Barnett D. et al.* Risk and protective factors for depression symptoms among children affected by HIV/AIDS in rural China: a structural equation modeling analysis // *Soc Sci Med*. 2012. Vol. 74, № 9. P. 1435–1443.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ПОДХОДЫ К ИХ КОРРЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Бачило Е. В., к.м.н.,

АНО ДПО «Научно-образовательный центр психотерапии и клинической психологии»,
Союз охраны психического здоровья,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

В статье рассматриваются психические расстройства, возникающие у беременных женщин с ВИЧ, а также подходы к их коррекции. Среди психических расстройств наиболее часто встречаются депрессия, тревожные расстройства и посттравматические стрессовые расстройства. Выделяются два основных направления коррекции: медикаментозный и немедикаментозный. Немедикаментозные методы должны рассматриваться как методы первой линии. Наиболее изученными немедикаментозными направлениями являются: психотерапия, психообразование, релаксационные методики и физические упражнения.

Ключевые слова

Психические расстройства, ВИЧ, беременность, терапия.

MENTAL DISORDERS AND APPROACHES TO THEIR CORRECTION IN PREGNANT WOMEN WITH HIV

Bachilo E. V., PhD (Medical Sciences),

Educational and Research Center of Psychotherapy and Clinical Psychology, Union for Mental Health,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The paper discusses mental disorders that occur in pregnant women with HIV, as well as approaches to their correction. It is noted that among mental disorders, depression, anxiety disorders and post-traumatic stress disorders are most common. Pregnant women with HIV are at high risk of developing depression both during and after childbirth. Two main methods of correction are distinguished: drug and non-drug ones. Non-drug methods should be considered as the first-line methods. The most studied non-drug methods are psychotherapy, psychoeducation, relaxation techniques and physical exercises.

Key words

Mental disorders, HIV, pregnant women, treatment.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), женщины детородного возраста являются наиболее быстрорастущей популяцией ВИЧ+ в мире, и 1,49 миллиона детей ежегодно рождаются от серопозитивных матерей [6]. Несмотря на увеличившуюся доступность АРТ для беременных женщин, а также внедрение протоколов ведения беременных с целью предотвращения передачи вируса от матери к плоду, существуют факторы, которые связаны с психическим здоровьем и способны потенциально снизить качество терапии, качество жизни беременных и их психическое состояние [14]. Данных, посвященных изучению психического здоровья беременных женщин, живущих с ВИЧ, крайне мало. Среди психических и поведенческих расстройств у беременных женщин, живущих с ВИЧ, наиболее часто встречаются (и наиболее широко освещены в литературе) депрессия, тревожные расстройства и посттравматические стрессовые расстройства [55]. Беременные женщины с ВИЧ-инфекцией подвергаются высокому риску развития депрессии как во время родов, так и после них [49].

Следует отметить, что нет однозначной позиции в отношении развития депрессивных состояний у беременных

женщин с ВИЧ. Отмечается, что депрессивные расстройства в анамнезе [46], сексуальное насилие в детском возрасте [20], а также недостаточная социальная поддержка способствуют развитию депрессивной симптоматики во время беременности, однако выраженность депрессивных симптомов и расстройств настроения не имеет зависимости от серостатуса ВИЧ [17, 56]. Наличие депрессии в анамнезе может приводить к несоблюдению режима АРТ, что также диктует необходимость более тщательного сбора анамнеза и проведения скрининговых мероприятий [50].

К факторам риска развития депрессивных состояний можно отнести: психические расстройства в анамнезе, употребление психоактивных веществ и алкоголизация, насилие в детстве, а также со стороны интимного партнера, социально-экономические условия, отсутствие поддержки в семье и обществе, одиночество, стигматизация, побочные эффекты проводимой антиретровирусной терапии [2, 3].

У беременных женщин наличие психических расстройств приводит со стороны матери: к плохому аппетиту, злоупотреблениям психоактивными веществами, низкой приверженности к пренатальному наблюдению, нарушениям сна, преждевре-

менным родам, преэклампсии, суицидальному поведению, повышению риска внематочной беременности, повышению риска невынашивания, стремительным родам, снижению приверженности к АРВТ; со стороны плода: замедлению внутриутробного развития, тератогенным воздействиям, низкой массе тела при рождении, нейрорасстройствам, когнитивным и эмоциональным нарушениям, повышенному риску развития психических расстройств, сложности во взаимоотношениях с окружающими [25, 40, 47]. Очевидно, что психиатрическая (психотерапевтическая) помощь необходима таким пациенткам.

Разделим подходы к коррекции психических расстройств у этой категории пациенток на две группы: фармакотерапия и немедикаментозные методы.

Фармакотерапия психических расстройств у беременных с ВИЧ представляет собой сложную проблему по целому ряду причин: сам факт беременности и влияние на соматическое и психическое состояние матери; влияние различных факторов на плод и будущие пороки развития; тератогенность многих препаратов; низкая комплаентность; сочетанная патология; преморбидные характеристики пациенток и др. [9, 13, 15, 16, 26], а также взаимовлияние антиретровирусных препаратов и психотропных лекарственных средств [32]. Общим принципом начала фармакотерапии является использование на начальных этапах минимальных дозировок, очень медленное и длительное их наращивание [32]. Перед назначением психотропных лекарственных средств всегда необходимо оценивать пропорцию пользы применения для матери и потенциального риска для плода [57]. Психотропные препараты необходимо назначать в случаях крайней необходимости: при выраженных аффективных проявлениях с тревогой, агитацией, расстройствами сна и аппетита, усугубляющих соматическое состояние беременных и рожениц; при суицидальных мыслях и тенденциях [15].

Препаратами первой линии для терапии депрессивных расстройств при беременности являются СИОЗС [38]. В ретроспективном когортном анализе 1 580 629 детей было показано, что прием антидепрессантов в первом триместре беременности незначительно повышал риск преждевременных родов и не оказывал существенного влияния на развитие СДВГ и РАС [19]. Противоречивые данные в отношении влияния СИОЗС на РАС отмечают в ряде работ [34, 36]. Однозначных данных в отношении влияния приема антидепрессантов до беременности и (или) во время беременности на женщину и будущего ребенка в литературе нет. Кроме того, исследования достаточно разнородны в методологическом плане.

Имеется целый ряд пациенток, которым по своему психическому состоянию необходим прием препаратов вальпроевой кислоты (эпилепсия, биполярное аффективное расстройство и пр. расстройства). Вместе с тем на сегодняшний день существуют убедительные исследования их негативного влияния на будущего ребенка. Применение вальпроатов во время беременности приводит к значительному повышению риска развития расстройств аутистического спектра у ребенка [22, 51]. Кроме того, использование препаратов вальпроевой кислоты имеет повышенный риск нейрорасстройств и нейрорасстройств тератогенности [27].

Ряд беременных нуждаются в приеме препаратов из группы транквилизаторов. Есть данные, что серопозитивные женщины

имеют повышенную когнитивную уязвимость к антихолинергическим, анксиолитическим (противосудорожным) и опиоидным препаратам. Учитывая, что, по разным данным, пациенты с ВИЧ+ принимают до 7–14 препаратов, не относящихся к антиретровирусным и имеющих влияние на когнитивную сферу, подобные исследования становятся еще более востребованными [28, 31]. Потенциальная синергия между этими препаратами и ВИЧ может объяснять некоторые когнитивные нарушения, связанные с ВИЧ. Также рекомендуется в клинической практике учитывать этот фактор (взаимовлияния), способствующий ухудшению когнитивных функций у ВИЧ+ женщин. Аналогично ряд авторов указывает на «вклад» не антиретровирусных препаратов в когнитивные нарушения у женщин, живущих с ВИЧ [21, 24, 48]. Вместе с тем точные причинно-следственные взаимосвязи между анксиолитическими препаратами (и другими препаратами, влияющими на нейрокогнитивные функции), противовирусными препаратами и непосредственно ВИЧ остаются неясными [45].

Известно, что на сегодняшний день ни один психотропный препарат в России не лицензирован для применения у беременных, что создает ряд трудностей как для самих пациенток, так и для медицинского работника. В таких условиях не удивительно, что медицинские работники и исследователи стали обращать большое внимание на немедикаментозные методы лечения психических расстройств у беременных, что отражается в целом ряде работ [5, 23, 52]. И эти вмешательства имеют достоинство перед лекарственным воздействием в связи с отсутствием тератогенного воздействия, а также наличием стимулирующего влияния на лактацию [7].

Отметим, что узконаправленных работ по изучению нефармакологических методов терапии психических расстройств у беременных с ВИЧ практически нет.

К немедикаментозным методам терапии относят собственно психотерапевтические методы (различных направлений, индивидуальная, групповая), психообразование, иглоукалывание, физические упражнения, йогу, различные релаксационные техники и техники функционального биоуправления, современные информационные технологии и пр.

Хорошей альтернативой для медикаментозной терапии ряда психических расстройств беременных с ВИЧ может стать психотерапия. Ее эффективность в акушерской практике и у пациенток с ВИЧ достаточно широко освещена в различных публикациях разных лет [1, 39, 54].

Специальная группа по профилактическим услугам США пришла к выводу, что имеются убедительные доказательства профилактического влияния когнитивно-поведенческой терапии и интерперсональной терапии на перинатальную депрессию [54].

Учитывая разнообразие психотерапевтических подходов, важно учитывать имеющиеся ресурсы у беременных с ВИЧ и использовать то направление, которое наиболее полно соответствует личности пациентки. Для психодинамической терапии важны интеллектуальные ресурсы, для когнитивно-поведенческой — волевые, для экзистенциально-гуманистической — эмоциональные [11].

Использование релаксационных техник приводит к снижению эмоционального напряжения, а также корректирует психоэмоциональные нарушения [12].

Взаимоотношения в паре в период беременности можно использовать как ресурс для оказания помощи беременным, живущим с ВИЧ. Партнерская поддержка и психообразование обоих партнеров может стать одним из ключевых факторов для профилактики перинатальной депрессии и тревожности [33, 44].

Психообразование в формате индивидуальных или групповых лекций также можно использовать для профилактики и терапии психических расстройств у будущих мам с ВИЧ. Интерактивные лекции очного характера и дистанционные (например, по телефону или с применением интернет-технологий дистанционного общения) также способны снижать уровень тревожности у беременных [37].

Так, наиболее изученными немедикаментозными направлениями являются: психотерапия, психообразование, релаксационные методики и физические упражнения.

В целом анализ данных показал высокую актуальность изучения психических расстройств и направлений оказаний медикаментозной и немедикаментозной помощи беременным, живущим с ВИЧ. Недостаточное количество исследований в этой области, целый ряд специфических факторов, оказывающих влияние на этих женщин, а также особая социальная значимость диктуют необходимость изучения этого направления и формирования научно-обоснованных и безопасных для матери и плода алгоритмов и руководств по ведению этой группы пациенток.

Библиографический список

1. *Архангельский А. Е.* Патология нервной системы и беременность: автореф. дис. ... д-ра мед наук. СПб., 1999. 46 с.
2. *Бачило Е. В.* Психические расстройства у беременных с ВИЧ-инфекцией // Социальная и клиническая психиатрия. 2019. № 2. С. 99–103.
3. *Бачило Е. В., Барыльник Ю. Б., Шульдяков А. А., Филиппова Н. В. и др.* Депрессивные расстройства у ВИЧ-инфицированных беременных женщин // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2018. № 12. С. 33–38.
4. *Бухтояров О. В.* Суггестивная модель патогенеза психогенных психосоматических расстройств у больных с диагнозом ВИЧ/СПИД // Int. J. Immunorehabilitation. 2002. V. 4, № 2. P. 276–277.
5. *Добряков И. В.* Перинатальная психология и психиатрия: учебник / под ред. Э. Г. Эйдемиллера. Санкт-Петербург, 2005. Глава 7. С. 175–216.
6. Доклад о глобальных ответных мерах на ВИЧ/СПИД. URL: https://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/ru (дата обращения 22.01.2020).
7. *Захаров Р. И.* Особенности психических расстройств при гестозах: клиника, психотерапевт. коррекция, профилактика: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. Новосибирск, 2001. 18 с.
8. *Королева Н. Н.* Влияние внутриличностного конфликта на психоэмоциональный статус беременных и способы его коррекции // Вестник Московского государственного гуманитарного университета им. М. А. Шолохова. Серия: Педагогика и психология. 2011. № 1. С. 86–94.
9. *Кытманова Л. Ю., Дегтярев А. А.* Оценка психологических и медико-биологических рисков нарушения приверженности к антиретровирусной терапии у пациентов, находящихся на сопровождении мультипрофессиональной команды // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2015. Т. 7, № 3. С. 67–74.
10. *Ласая Е. В.* Психотерапия при угрозе прерывания беременности // Новые технологии в медицине: диагностика, лечение, реабилитация: Материалы конференции. Минск, 2002. С. 269–270.
11. Психотерапия: учебное пособие / под ред. В. К. Шамрея, В. И. Курпатов. 2-е изд., испр и доп. Санкт-Петербург: СпецЛит, 2017. 501 с.
12. *Прохоров В. Н., Прохорова О. В., Петросян Е. А.* Возможности применения методики психофизической релаксации при психоэмоциональном напряжении у беременных // Уральский медицинский журнал. 2007. № 2. С. 64–66.
13. *Рыбалко В. О., Ясникова Е. Е., Аитов К. А.* Распространенность и особенности непсихотических психических расстройств у ВИЧ-инфицированных, получающих высокоактивную антиретровирусную терапию в стационарных условиях // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25, № 2. С. 40–44.
14. *Садовникова В. Н.* Проблемные вопросы ВИЧ-инфекции у женщин и рождённых ими детей // ВСП. 2007. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemnye-voprosy-vich-infektsii-u-zhenschin-i-rozhdyonnyh-imi-detey> (дата обращения: 25.01.2020).
15. *Смулевич А. Б.* Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М., Медицинское информационное агентство, 2015. 640 с.
16. *Ушкалова Е. А., Ушкалова А. В., Шифман Е. М.* Лечение психических заболеваний в период беременности и лактации: учеб. пособие. М.: ИНФРА-М, 2013. 284 с.
17. *Adeniyi O. V., Ajayi A. I. et al.* Demographic, clinical and behavioural determinants of HIV serostatus non-disclosure to sex partners among HIV-infected pregnant women in the Eastern Cape, South Africa // PLoS One. 2017. № 24.
18. *Araújo W. S., Romero W. G., Zandonade E., Amorim M. H.* Effects of relaxation on depression levels in women with high-risk pregnancies: a randomised clinical trial // Rev Lat Am Enfermagem. 2016. № 24.
19. *Ayesha C. Suján et al.* Associations of maternal antidepressant use during the first trimester of pregnancy with preterm birth, small for gestational age, autism spectrum disorder, and attention-deficit/hyperactivity disorder in offspring // JAMA. 2017. № 317. P. 1553–1562.
20. *Bernstein M. et al.* Intimate partner violence experienced by HIV-infected pregnant women in South Africa: a cross-sectional study // BMJ Open. 2016. № 6. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5013465/> (дата обращения 20.03.2019).
21. *Campbell N. L., Boustani M. A., Lane K. A. et al.* Use of anticholinergics and the risk of cognitive impairment in an African American population // Neurology. 2010. № 75. P. 152–159.
22. *Christensen J., Grønberg T. K., Sørensen M. J. et al.* Prenatal valproate exposure and risk of autism spectrum disorders and childhood autism // JAMA. 2013. № 16. P. 1696–1703.
23. *Corbijn van Willenswaard K. et al.* Music interventions to reduce stress and anxiety in pregnancy: a systematic review and meta-analysis // BMC Psychiatry. 2017. № 27. P. 271.
24. *Eddy C. M., Rickards H. E., Cavanna A. E.* The cognitive impact of antiepileptic drugs // Ther Adv Neurol Disord. 2011. № 4. P. 385–407.
25. *Fisher J., Cabral de Mello M., Patel V.* Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review // Bull World Health Organ. 2012. № 90. P. 139G–149G.

26. *Gantner P., Sylla B., Morand-Joubert L. et al.* "Real life" use of raltegravir during pregnancy in France: The Coferal-IMEA048 cohort study // PLoS One. 2019. № 14.
27. *Gentile S.* Risks of neurobehavioral teratogenicity associated with prenatal exposure to valproate monotherapy: a systematic review with regulatory repercussions // CNS Spectr. 2014. № 4. P. 305–315.
28. *Gimeno-Gracia M., Crusells-Canales M. J., Javier Armesto-Gomez F., Rabanaque-Hernandez M. J.* Prevalence of concomitant medications in older HIV+ patients and comparison with general population // HIV Clin Trials. 2015. № 3. P. 117–124.
29. *Glover V.* Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done // Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2014. № 28. P. 25–35.
30. *Green S. M., Haber E., Frey B. N., McCabe R. E.* Cognitive-behavioral group treatment for perinatal anxiety: a pilot study // Arch Womens Ment Health. 2015. № 4. P. 631–638.
31. *Greene M., Steinman M. A., McNicholl I. R., Valcour V.* Polypharmacy, drug-drug interactions, and potentially inappropriate medications in older adults with human immunodeficiency virus infection // J Am Geriatr Soc. 2014. № 3. P. 447–453.
32. *Goodlet K. J., Zmarlicka M. T., Peckham A. M.* Drug-drug interactions and clinical considerations with co-administration of antiretrovirals and psychotropic drugs // CNS Spectr. 2019. № 3. P. 287–312.
33. *Highest N. J., Gemmill A. W., Milgrom J.* Depression in the perinatal period: awareness, attitudes and knowledge in the Australian population // Aust N Z J Psychiatry. 2011. № 3. P. 223–231.
34. *Janecka M., Kodesh A., Levine S. Z. et al.* Association of Autism Spectrum Disorder With Prenatal Exposure to Medication Affecting Neurotransmitter Systems // JAMA Psychiatry. 2018. № 12. P. 1217–1224.
35. *Jeong H. G., Lim J. S., Lee M. S. et al.* The association of psychosocial factors and obstetric history with depression in pregnant women: focus on the role of emotional support // Gen Hosp Psychiatry. 2013. № 35. P. 354–358.
36. *Kaplan Y. C., Keskin-Arslan E., Acar S., Sozmen K.* Prenatal selective serotonin reuptake inhibitor use and the risk of autism spectrum disorder in children: A systematic review and meta-analysis // Reprod Toxicol. 2016. № 66. P. 31–43.
37. *Lara M. A., Navarro C., Navarrete L.* Outcome results of a psycho-educational intervention in pregnancy to prevent PPD: a randomized control trial // J Affect Disord. 2010. № 122. P. 109–117.
38. *Latendresse G., Elmore C., Deneris A.* Selective Serotonin Reuptake Inhibitors as First-Line Antidepressant Therapy for Perinatal Depression // J Midwifery Womens Health. 2017. № 3. P. 317–328.
39. *Lavender T. J., Ebert L., Jones D.* An evaluation of perinatal mental health interventions: An integrative literature review // Women Birth. 2016. № 5. P. 399–406.
40. *Lebow J., Sim L. A., Erwin P. J., Murad M. H.* The effect of atypical antipsychotic medications in individuals with anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis // Int J Eat Disord. 2013. № 4. P. 332–339.
41. *Marchesi C., Ossola P., Amerio A., Daniel B. D. et al.* Clinical management of perinatal anxiety disorders: A systematic review // J Affect Disord. 2016. № 190. P. 543–550.
42. *Mıldner-Nieckowski L., Cyranka K. et al.* Psychotherapy for pregnant women with psychiatric disorders // Psychiatr Pol. 2015. № 1. P. 49–56.
43. *O'Hara M. W., Stuart S., Gorman L. L., Wenzel A.* Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Postpartum Depression // Arch. Gen. Psychiat. 2000. Vol. 57, № 11. P. 1039–1045.
44. *Pilkington P., Milne L., Cairns K., Whelan T.* Enhancing reciprocal partner support to prevent perinatal depression and anxiety: a Delphi consensus study // BMC Psychiatry. 2016; 16: 23. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4739319/> (Дата обращения 27.05.2019).
45. *Radtke K. K., Bacchetti P., Anastos K. et al.* Use of Nonantiretroviral Medications That May Impact Neurocognition: Patterns and Predictors in a Large, Long-Term HIV Cohort Study // J. Acquir Immune Defic Syndr. 2018. № 2. P. 202–208.
46. *Rubin L. H., Cook J. A., Grey D. D. et al.* Perinatal depressive symptoms in HIV-infected versus HIV-uninfected women: a prospective study from preconception to postpartum // J. Womens Health (Larchmt). 2011. № 9. P. 1287–1295.
47. *Seng J. S., Oakley D. J., Sampselle C. M. et al.* Posttraumatic stress disorder and pregnancy complications // Obstet Gynecol. 2001. № 1. P. 17–22.
48. *Shah A., Gangwani M. R., Chaudhari N. S. et al.* Neurotoxicity in the Post-HAART Era: Caution for the Antiretroviral Therapeutics // Neurotox Res. 2016. № 4. P. 677–697.
49. *Sherr L., Cluver L.* World Health Day focus on HIV and depression a comorbidity with specific challenges // J Int AIDS Soc. 2017 Apr 7.
50. *Sheth S. S., Coleman J., Cannon T. et al.* Association between depression and nonadherence to antiretroviral therapy in pregnant women with perinatally acquired HIV // AIDS Care. 2015. № 3. P. 350–354.
51. *Smith V., Brown N.* Prenatal valproate exposure and risk of autism spectrum disorders and childhood autism // Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2014. № 5. P. 198.
52. *Smith C. A. et al.* The effect of complementary medicines and therapies on maternal anxiety and depression in pregnancy: A systematic review and meta-analysis // J Affect Disord. 2019. № 245. P. 428–439.
53. *Spinelli M. G., Endicott J.* Controlled Clinical Trial of Interpersonal Psychotherapy Versus Parenting Education Program for Depressed Pregnant Women // Am. J. Psychiat. 2003. Vol. 160, № 3. P. 555–562.
54. *Curry S. J., Krist A. H., Owens D. K., Barry M. J., et al.* Interventions to Prevent Perinatal Depression: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement // JAMA. 2019. № 6. P. 580–587.
55. *Vesga-López O., Blanco C., Keyes K. et al.* Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States // Arch Gen Psychiatry. 2008. № 7. P. 805–815.
56. *Yator O., Mathai M., Vander S. et al.* Risk factors for postpartum depression in women living with HIV attending prevention of mother-to-child transmission clinic at Kenyatta National Hospital, Nairobi // AIDS Care. 2016. № 7. P. 884–889.
57. *Yonkers K. A., Gotman N., Smith M. V. et al.* Does antidepressant use attenuate the risk of a major depressive episode in pregnancy? // Epidemiology. 2011. Vol. 22. P. 848–854.

ПОДРОСТКИ И ВИЧ. ШКОЛА ПРИВЕРЖЕННОСТИ

Городнова М. Ю., д.м.н., доцент.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им И. И. Мечникова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Аннотация

В статье представлен подход к работе с ВИЧ-инфицированными подростками по поддержанию приверженности к лечению. Выделены фокусы психотерапевтического воздействия, основанные на ключевых задачах подросткового периода. Обоснована необходимость раскрытия диагноза до подросткового возраста. Обозначены основные темы обсуждения в работе с ребенком, подростком и их семьей.

Ключевые слова

Подростки, ВИЧ-инфекция, приверженность, раскрытие диагноза.

ADOLESCENTS WITH HIV: COMPLIANCE WITH TREATMENT

Gorodnova M. Yu., Doctor of Medical Science, Associate Professor,
Mechnikov North-Western State Medical University of the Ministry
of Health of the Russian Federation,
Saint Petersburg, Russian Federation

Abstract

The paper presents the approach on developing compliance to treatment in HIV-infected adolescents, with emphasis on the psychotherapeutic interventions. The necessity of disclosing the diagnosis before entering the adolescence is justified. The content of communication with a child, an adolescent and their family members is outlined.

Key words

Adolescents, HIV infection, adherence, diagnosis disclosure.

В развитии идеи школы приверженности обращение к проблемам «класса подростков» определяется не только особенностями эпидемической обстановки, но и нормативными трудностями подросткового возраста [2, 3]. По данным ЮНЭЙДС (2017), среди молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет отмечены самые низкие показатели осведомленности о своем ВИЧ-статусе (менее 50%), охвата АРВТ (40%) и достижения неопределяемой вирусной нагрузки (30%). Следствием этого являются низкие темпы снижения заболеваемости у подростков. Особенно тревожным является тот факт, что в возрастной группе 15–19 лет летальность не снижается, как у представителей всех других групп, а растет: за период с 2009 по 2015 год она увеличилась в 3 раза [5]. В нашей стране доля детей и подростков среди общего числа зарегистрированных в Российской Федерации ВИЧ-позитивных лиц непрерывно возрастает. Так, за пять лет выросла доля детей 8–14 лет в 1,6 раза, а подростков 15–17 лет — в 2,3 раза. У подростков и молодых людей отмечены самые низкие показатели приверженности АРВТ и наблюдению. По данным ФКУ «Республиканская клиническая инфекционная больница», на июнь 2017 г. доля ВИЧ-инфицированных подростков в возрасте старше десяти лет составила 41% среди всех детей. В 2017 г. каждый четвертый ребенок, рожденный ВИЧ-инфицированной женщиной, достиг возраста 12–17 лет. В подавляющем большинстве случаев подростки приобретают ВИЧ-инфекцию перина-

тально (от матери во время беременности, родов, грудного вскармливания) или в результате рискованного поведения (незащищенные половые контакты, внутривенное введение психоактивных веществ) [1].

Краеугольным камнем, определяющим эффективность оказания помощи этой группе пациентов, остается приверженность к АРВТ, тесным образом связанная с качеством жизни ребенка, подростка и молодого взрослого не только в настоящей, но и будущей жизни. Являясь субъективным понятием, качество жизни становится и критерием эффективности оказания медицинской полипрофессиональной помощи. Понятие приверженности помимо приверженности к медикаментозному лечению включает в себя приверженность к системе помощи и поддержки больному ВИЧ-инфекцией и представляет собой растянутый во времени процесс взаимодействия с ребенком, подростком и его окружением [2]. Оказание действенной помощи невозможно без учета влияния семейного окружения на формирование внутренней картины болезни и совладания с ней и ее последствиями. Чем младше ребенок, тем более значима роль матери в поддержании его качества жизни.

Подростковый возраст всегда рассматривается как критический и сопровождается множеством нормативных изменений, что необходимо учитывать при оказании полипрофессиональной помощи. Личностные и средовые ресурсы определяют прохождение необходимого этапа взросления,

в котором поддержание приверженности к АРВТ становится еще одной задачей для ВИЧ-инфицированного подростка, отражая способность заботы о себе и своем здоровье.

Главной задачей подросткового возраста выступает процесс сепарации — отделение от родителей и приобретение стабильных собственных границ. В период перемен, нередко пугающих, но в то же время необходимых и захватывающих личность подростка, протест против неизменности, стабильности (в картине мира подростка рутинности, ограничений, устарелости) может выливаться и в протест против приема лекарств, что можно рассматривать как часть сепарационных процессов. Поэтому для работы с подростком в поддержании приверженности можно отталкиваться от тех задач взросления, которые решает подросток, и рассматривать снижение приверженности как «симптоматическое» поведение или маркер «застревания» на этой задаче. В своей практической работе с подростками мы опираемся на выделенные американским психологом Робертом Хэвигхерстом задачи развития в юности [3].

1. Принятие своей внешности и умение эффективно владеть телом. Проблемы внешнего вида, телесной привлекательности, косметические дефекты и т.д. становятся важными, а порой и травматичными событиями в жизни молодого человека. Обсуждение этих вопросов, связь своей физической привлекательности и состоятельности с приемом АРВТ позволяет поддержать установки подростка на продолжение терапии.

2. Формирование новых, зрелых отношений со сверстниками обоего пола. Проблемы общения и принятия группой сверстников часто лежат в основе подростковых переживаний и драм. Правила референтной группы приоритетны для подростка, следование им — необходимое условие удовлетворения важной потребности в принятии. Прием АРВТ может быть в представлении подростка препятствием к этому или вступать в конфликт с нормами группы.

3. Принятие мужской или женской роли. Современные гендерные проблемы не редко усугубляют решение этой задачи. Деликатность и честность в этом вопросе поможет подростку обрести полоролевую идентичность. Вопросы приема АРВТ как напоминание об особенностях сексуального поведения в переплетениях поиска идентичности могут стать болевой точкой.

4. Достижение эмоциональной независимости от родителей и других взрослых. Решение этой задачи не только эмоциональное отдаление от родителей, но выстраивание эмоционально насыщенных отношений со сверстниками и другими взрослыми, поиск новой привязанности, а также обретение способности самостоятельно контейнировать свои интенсивные переживания. Все это требует от подростка приобретения умений находить новые способы совладания с неизбежными эмоциональными переживаниями, самостоятельно решать вопросы, связанные с сохранением своей жизни и здоровья. Отделение, сепарация от родителей это не только право на взрослую жизнь, но и ответственность за нее. Сепарация от родителей нередко сопровождается страхом и печалью с их стороны, что определяет сопротивление к отделению подростка, избыточный контроль и давление. Реакция протеста против этого может выливаться, в том числе, в отказе принимать терапию как доказательство

права на распоряжение своим телом. Рискованное поведение нередко является способом подростка доказать свою взрослость так, как он ее понимает: «делать то, что нельзя детям — принимать запрещенные вещества, распоряжаться своим временем, телом, иметь право на собственный выбор». Борьба за права быть взрослым принимает гротескную форму саморазрушающего поведения — готовность отстаивать свои права путем собственного уничтожения. Но возможна и противоположная ситуация — страх взросления, стремление оставаться под защитой родителей, тогда снижение приверженности к АРВТ есть способ побудить их продолжать выполнять контролирующие функции, а самому оставаться в «защищенной» ситуации ребенка. В этом случае важно исследовать личностные и средовые дефициты, мешающие нормативному взрослению.

5. Подготовка к трудовой деятельности. Это шаг в самостоятельность и независимость, к самодостаточности и самоуважению. Возможности применить свои силы, заработать карманные деньги и потратить их по своему усмотрению являются важными составляющими жизни подростка. Конфликты в этой области нередко могут служить травматичным событием и не напрямую, но связанные с приверженностью к приему лекарств.

6. Подготовка к вступлению в брак и к семейной жизни. Выбор партнера, становление отношений, разрывы и неудачи — все это приобретение нередко болезненного опыта, подготавливающего подростка к стабильным отношениям в паре. Переживание потерь закономерно сопровождается депрессивным аффектом, что может сопровождаться снижением приверженности или даже отказом от приема АРВТ.

7. Появление желания нести ответственность за себя и общество. Данная задача решается подростками путем участия в общественных движениях, политических партиях, активной гражданской позиции. Использование этой нормальной возрастной протестной реакции лежит в основе вовлечения подростков в различные деструктивные группы и является препятствием для заботы о собственном здоровье.

8. Обретение системы ценностей и этических принципов, которыми можно руководствоваться в жизни. Становление норм и правил, которых следует придерживаться, важная задача взросления, невозможность их выбора или способности придерживаться их может быть острой травмой для подростка. Привлекательность идей антипсихиатрического толка или «движение СПИДа нет» может быть серьезной проблемой приверженности.

Эти темы являются «скелетом» в работе с подростком, однако следует учитывать и множество других биопсихических факторов, влияющих на процесс приверженности: так, по нашим данным 2015 года, из 130 детей и подростков, проходящих лечение в Республиканской инфекционной больнице, более 90% имели тот или иной психиатрический диагноз [4]. Современные исследования нейропсихологов убедительно показывают снижение нейрокогнитивных способностей у больных ВИЧ, что требует учета в работе с ними [6].

Сохранение приверженности к АРВТ у подростка неразрывно связано с раскрытием диагноза. Помимо известных рекомендаций необходимым фокусом должно стать обсуждением с ребенком его переживаний, связанных не только

с получением информации о заболевании, но и роли матери (других родственников) в его возникновении. Родители испытывают страх перед тем, как будет относиться к ним ребенок в результате того, что узнает, как его мама заразилась ВИЧ и как она передала эту болезнь ребенку. Это тот «психологический материал», который должен быть переработан и принят ребенком. Знание о том, что мать принимала наркотики, вела рискованный образ жизни, оставила его, умерла, сама является инфицированной и требует ресурсов в поддержке его процесса принятия и совладания с фрустрирующей ситуацией. В это же время требуется активная поддержка семейной системы в целом, сохранение ее функционирования. Раскрытие диагноза — планомерный поступательный, динамический процесс и должен затрагивать всех членов семьи. Подготовка родителей к раскрытию диагноза должна начинаться с момента их обращения за медицинской помощью.

Во множестве известных руководств подчеркивается значимость соотношения ресурсов ребенка, семьи и той информации, с которой необходимо столкнуться и принять членам семьи безразрушительных тенденций. Социальная значимость заболевания делает раскрытие более эмоционально нагруженным, и задача психотерапевта в том, чтобы в процессе общения с семьей снизить эмоциональную нагрузку из-за факта наличия заболевания, сделать этот факт одной из преодолемых жизненных трудностей, который является «нормальной» частью обычной, повседневной жизни.

На первый взгляд, невыполнимая задача может быть решена, если сам специалист рассматривает это заболевание подобным способом. Не преуменьшая, но и не преувеличивая его значимости в жизни ребенка и семьи. Опора на собственный позитивный опыт жизни с ВИЧ укрепляет ресурсы семьи. Стадии принятия диагноза и ограничений, связанных с ним, растянутый во времени процесс и задача окружения создавать условия для их прохождения, не задерживая, но и не ускоряя

этот процесс. Ребенок совладевает со стрессовой ситуацией раскрытия диагноза доступным его возрасту и развитию способом, поэтому на новом возрастном этапе он повторяет стадии приспособления к уже имеющимся знаниям, с новым, открывающимся для него смыслом.

Стадии отрицания, гнева, торга, депрессии и принятия не так ярко выражены, как у взрослого, но они присутствуют, решая те же психологические задачи (защита психики, снижение уровня агрессии для достижения удовлетворения невозможной потребности путем недифференцированного гнева, что затем позволяет направить усилия на достижение поставленных задач, связанных с совладанием с болезнью, истощение этих сил и оплакивание невозможной потребности). Только после этого наступает принятие и обращение к реальности.

Эти процессы постоянно происходят как у ребенка, так и у их родителей, и могут идти параллельно, но чаще не совпадать друг с другом. Это реальный факт, затрудняющий работу по поддержанию приверженности. Мы считаем, что чем раньше начата работа по раскрытию диагноза (готовность родителей к разговору), тем больше ресурсов будет иметь ребенок, вступая в период подросткового кризиса, тем меньше риск срыва приема АРВТ. Сам диагноз должен стать известен ребенку в 10–11 лет, его возрастные способности, уровень развития когнитивных функций, понятий о смерти, жизни, здоровья уже позволят найти эффективный способ совладания с информацией и выстроить новый способ взаимодействия в мире. Принятие «несовершенства» родителей в подростковом возрасте будет менее драматично, если с этим «несовершенством» ребенок знакомится ранее в поддерживающей и принимающей семейной среде. Необходима разработка алгоритмов раскрытия диагноза и поддержания приверженности для детей с разным опытом семейного взаимодействия, пути заражения и течения заболевания.

Библиографический список

1. Афонина Л. Ю., Воронин Е. Е. Приверженность антиретровирусной терапии в разрезе био-медицинской сферы // Международная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции». Материалы конференции. СПб.: Человек и его здоровье, 2019. С. 16–35.
2. Городнова М. Ю., Воронин Е. Е. Школа приверженности: прежние проблемы и новые возможности // Международная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции». Материалы конференции. СПб.: Человек и его здоровье, 2019. С. 249–250.
3. Шаповаленко И. В. Возрастная психология. М.: Гардарики, 2007. 352 с.
4. Эйдемиллер Э. Г., Александрова Н. В., Городнова М. Ю. Психолого-психопатологический статус детей с ВИЧ-инфекцией (в связи с задачами комплайнса и психотерапии) // Российский психиатрический журнал. 2015. № 1. С. 70–75.
5. Ending AIDS. Progress towards the 90–90–90 targets. Global AIDS update. UNAIDS, 2017.
6. Paul, R. Neurocognitive Phenotyping of HIV in the Era of Antiretroviral Therapy. Current HIV / AIDS Reports. 2019. № 3. P. 230–235.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ

Давтян А. В., магистрант, **Чапала Т. В.**, к.псих.н, доцент,
ФГБОУ ВО «Тольяттинский государственный университет»,
Тольятти, Российская Федерация

Аннотация

В статье рассмотрена проблема психологического здоровья родителей как основного фактора для психологической и педагогической поддержки при развитии в семье ребенка с ограниченными возможностями (ОВ) или отклонениями развития (ОР). Со ссылкой на данные о том, что основная нагрузка за уходом, обучением и воспитанием в семье лежит на матерях, представлены некоторые аспекты исследования психических и эмоциональных компонентов, считающихся основой психологического здоровья. Такими компонентами являются состояние личностной и ситуативной тревожности матерей, удовлетворенность жизнью и счастье как системное состояние психологического благополучия. Исходя из результатов исследования, нами отмечены два основных направления в психологической помощи матерям: социально-коммуникативное и психологическое.

Ключевые слова

Психологическое здоровье родителей, ребенка с ограниченными возможностями, ребенка с отклонениями развития, психоэмоциональное здоровье, психологическая поддержка.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE PSYCHOEMOTIONAL CONDITIONS IN MOTHERS OF CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DISORDERS AND WITHOUT DEVELOPMENTAL DISORDERS

Davtyan A. V., Undergraduate, **Chapala T. V.**, PhD (Psychology), Associate Professor,
Togliatti State University,
Togliatti, Russian Federation

Abstract

The paper considers the parental psychological wellbeing as the main factor for psychological and pedagogical support for their children living with physical or developmental disabilities. Mental and emotional components affecting the psychological wellbeing, including anxiety and life satisfaction, are discussed. Two methods employing social-communicative and psychological approaches are recommended for the parental psychological wellbeing maintenance.

Key words

Psychological health of parents, a child with disabilities, a child with developmental disabilities, psycho-emotional health, psychological support.

Введение. В последние 20 лет наблюдается особое отношение государства и общества к проблемам детей, особенно детей с ОВ и ОР. Однако невозможно обеспечить высокоэффективную помощь детям без поддержки их родителей. Для этого считается чрезвычайно важным организация психолого-педагогического просвещения в помощь родителям, особенно в первые годы, чтобы они усвоили особенности своего ребенка, особенности общения с ними, способы реализации их личностного потенциала. Физическое, интеллектуальное развитие и социализация детей с ограниченными возможностями (ОВ) или отклонениями развития (ОР) напрямую зависит от климата в семье, от состояния психологической готовности родителей к заботе о ребенке, эмоциональной готовности принимать все трудности, связанные с его обучением, воспитанием, социализацией и подготовкой к самостоятельной жизни.

Принято считать, что «дети с особенностями развития» — это дети, которые не укладываются в идеальный портрет психического и физического развития. Большинство из них — это дети с особенностями психофизического развития, имеющие физические и (или) психические нарушения, которые «приводят к отклонениям в общем развитии и препятствуют получению образования без создания для этого специальных условий» [9, с. 216]. «Дети с ограниченными возможностями — это дети, имеющие различные отклонения психического или физического плана, которые обуславливают нарушения общего развития, не позволяющие им вести полноценную жизнь» [6, с. 26].

Ситуация рождения ребенка с ОР или ОВ определенно требует от родителей мобилизации не только личных, но и социально-коммуникативных и физических ресурсов, необходимых для адаптации к новым ролям и функциям

коммуникации. Насколько они удачно справятся с этим, во многом зависит от их психического и психологического здоровья.

О соотношении психического и психологического здоровья существует множество концепций (Л. Д. Демина, Б. С. Братусь, И. В. Дубровина, Г. С. Никифоров, А. В. Шувалов, О. В. Лебедева, О. В. Хухлаева). А. В. Шувалов рассматривает психическое здоровье как «собственную жизнеспособность индивида, жизненную силу, обеспеченную полноценным развитием и функционированием психического аппарата» [11], а О. В. Хухлаева считает, что это интеграл жизнеспособности личности [10]. В нашем исследовании мы будем ссылаться на определение В. Э. Пахалына о том, что «психическое здоровье — это прежде всего баланс различных психологических свойств и процессов, тогда как психологическое здоровье — состояние субъективного, внутреннего благополучия личности, обеспечивающее оптимальный выбор действий, поступков и поведения в ситуациях ее взаимодействия с окружающими объективными условиями, другими людьми и позволяющее ей свободно актуализировать свои индивидуальные и возрастнопсихологические возможности» [7]. Из вышесказанного можно сделать вывод о том, что психическое здоровье создает основу для психологического здоровья. С этой точки зрения психическое здоровье родителей является основой для психологического здоровья и выбора благополучной жизненной модели, которые обусловлены объективностью проблем ребенка с ОВ и ОР.

Взаимосвязи психического здоровья личности, окружающей его среды и психоэмоционального состояния (ПС) в настоящее время активно изучаются в рамках различных направлений психологии. Психоэмоциональное состояние (ПЭС) родителей определяется эмоциональными характеристиками, физическими, системой когнитивных установок и влияет на их поведение в различных ситуациях. Семейная среда, здоровые взаимоотношения в семье являются важными компонентами как для родителей, так и для ребенка, для его развития и здоровья. Следовательно, для исследований мы придерживались принципа системного подхода [1].

С целью конкретизации исследований нами определены:

- 1) возрастная и социальная группа,
- 2) эмоциональное состояние и настрой,
- 3) личностные установки и психическое благосостояние.

С учетом того, что ребенок растёт в основном в молодых и перспективных семьях, нами выбрана возрастная группа от 25 до 55 лет (это второй, самый творческий и продуктивный период зрелости).

С появлением хлопот в семье сложнее решается вопрос о том, кто должен нести основную ответственность за уходом ребенка. Анализ анкетных данных 50 родителей показал, что в основном вся нагрузка лежит на матерях, они часто вынужденно оставляют свою работу и карьеру, а на отца в основном остается материальное обеспечение семьи. Это отдаляет отцов от психоэмоциональных нагрузок и проблем, связанных с уходом за ребенком, поэтому в их образе жизни не проявляются большие изменения.

Цель исследования — получить данные о психоэмоциональном состоянии матерей детей с ОВ и ОР как одного из компонентов их психологического здоровья, определить их особенности в сравнительном анализе,

чтобы выявить основные направления, необходимые для оказания помощи.

Для сравнительного анализа исследований нами были выбраны 20 матерей ДОВ или ДОР (1-я выборка) и 20 матерей детей БОВ и БОР (2-я выборка). Выборка проводилась по принципу добровольности, средний возраст — 40 лет.

Методы исследования. Для исследования общих данных нами выбран метод анкетирования, который позволил за короткое время получить развернутые ответы на интересующие нас вопросы в письменном виде. Разработанная нами анкета содержит десять вопросов, которые позволяют выяснить общие данные о ситуации в семье.

Принято считать, что ПЭС — это особая форма психических состояний человека с преобладанием эмоционального реагирования по типу доминанты. Вопросу определения границ между психическими процессами, психическими состояниями и психическими свойствами посвящены труды многих исследователей (А. Г. Маклаков, Л. К. Анохин, Е. П. Ильин, В. А. Ганзен, О. А. Щербинина, Т. А. Болдырева и др.). Научными исследованиями было установлено, что по форме протекания все эмоциональные состояния делятся на чувственный тон, настроение, эмоции, аффект, стресс, фрустрацию, страсть, высшие чувства [8].

Для измерения эмоциональных состояний (ЭС) мы опирались на тот факт, что оно характеризуется длительностью и обладает меньшей интенсивностью, чем эмоциональные реакции (ЭР) [2]. Исследования проводились с такими родителями, у которых ЭР на факт особенностей своего ребенка был уже пройденным этапом, и они свыклись с этой мыслью, а эмоции перешли на более глубокие свойства личности. Методикой, позволяющей дифференцировано измерять ЭС тревожности матерей и как личностное свойство, и как состояние, является методика, предложенная Ч. Д. Спилбергером, (рус. адапт. — Ю. Л. Ханина) (первая характеристика — кратковременная, вторая — более устойчивая) [5].

Согласно известному психологу Дж. Готтману, успех и счастье во всех сферах жизни, в том числе в семейных отношениях, определяются осознанием своих эмоций и способностью справляться со своими чувствами [3]. Для определения общего ЭС матерей нами выбрано исследование чувства счастья как состояния личностного опыта. Взаимосвязь чувства счастья с эмоциями определяется с помощью трех, отчасти независимых факторов: *положительных эмоций, отсутствия отрицательных эмоций и удовлетворенности жизнью*.

Исследования связи между уровнем счастья, по Оксфордскому тесту счастья, и личностными особенностями при помощи опросника «Индекс жизненной удовлетворенности» (ИДЖ) (разр. Б. Ньюгартен, рус. адапт. — Н. В. Паниной) использованы нами для определения общего ПС матерей, степени их психологического комфорта и социально-психологической адаптации. Помимо интегрального показателя опросник ИДЖ позволяет выделить пять различных аспектов удовлетворенности жизнью.

Результаты исследования. Метод анкетирования был использован нами только с родителями детей с ОВ и ОР. Анкетирование показало, что 85% родителей больше всего испытывали страх и нуждались в поддержке в начальный

период выявления проблем у детей: от момента постановки диагноза до осознания и принятия его, который длился у них в среднем до года. Возраст ребенка при этом колебался в диапазоне от шести месяцев до трех лет. Особенно страшным ударом для многих родителей был диагноз «аутизм».

На вопрос: «Кто стал для них основной опорой в поддержке?», 65% опрошенных отмечают, что именно самые родные и близкие помогли им справиться в трудный период; 23% признались, что ходили в церковь, к разным гадалкам; 18% признались, что им помогли любовь и вера в ребенка, это дало им силы для борьбы; 38% считает, что им помогла сила характера и духа; и только 2% ответили, что им помогли специалисты.

Трудности воспитания и ухода за ребенком с ОВ или ОР отмечены по трем категориям: психологические, материальные, физические. У 95% были отмечены все три вида трудностей, но по иерархической шкале на первом месте психологические (ср. балл 9,5 по 10-балльной шкале). На вопросы об изменении отношений в семье 75% ответили положительно, 29% — отрицательно, 5% — незначительно в худшую сторону, 6% — незначительно в лучшую сторону.

Анализ анкетных данных показал, что у родителей в основном выражена потребность в психологической и социальной защищенности и профессиональной помощи в понимании своих действий и функций для оказания помощи своему ребенку.

В результате проведенного исследования уровня тревожности двух групп выборок было выявлено, что в первой группе высокий уровень личностной тревожности от 33 до 78 баллов, ситуативная тревожность, по сравнению личностной, у большинства выражена на 2–3 балла ниже.

Во второй группе выборки ситуация оказалось противоположной. Но при этом среднее значение в обеих группах почти одинаково и равно 47. Для анализа различий средних значений мы использовали критерии Манна-Уитни и Стьюдента, при помощи статистической программы SPSS было выявлено, что $p = 0,675$, что значительно больше $p = 0,05$. Это подтвердило нашу гипотезу H^0 (нулевая гипотеза) о том, что в двух группах нет различий в средних уровнях тревожности.

Для анализа эмоционального состояния матерей и их психологических установок нами выбраны показатели опросника «Индекс жизненной удовлетворенности» [4], который включает: **интерес к жизни (ИЖ)**, **последовательность в достижении целей (ПДЦ)**, **согласованность между поставленными и достигнутыми целями (СЦ)**, **положительная оценка себя и собственных поступков (ПС)**, **общий фон настроения (ОН)**.

Анализ показателей и итоговых результатов двух независимых выборок показал наличие значимых различий между их средними значениями. Это свидетельствует о том, что общие критерии удовлетворенности жизнью у двух групп разные: у матерей с детьми с ОВ и ОР они значительно ниже, чем у матерей детей без ОВ и ОР.

В двух группах по средним значениям выявлены результаты (табл. 1).

Таблица 1. Средние значения в двух группах по тесту ИУЖ

Показатели	1-я выборка	2-я выборка
ИЖ	7,2	8,4
ПДЦ	5,3	7,1
СЦ	3,3	6,5
ПС	5,2	7,2
ОН	4,7	7,5
ИТП ИУЖ	25,7	36,8

Примерно такой же результат был получен в тех же выборках по результатам Оксфордского теста счастья. Средний показатель счастья в первой выборке составлял $41,5 \pm 0,6$ балла, что свидетельствует об относительно низком качестве эмоциональных установок. Во второй выборке средний показатель счастья достигал $88,9 \pm 0,6$, что свидетельствует о высоких показателях.

Корреляционный анализ анкетных данных по качеству межсупружеских отношений с данными показателями счастья выявил, что показатель счастья зависит не столько от проблем, связанных с ребенком, сколько от отношений супругов друг к другу. Выявлены случаи, где показатель счастья напрямую зависел от качества отношений между супругами. В семьях, где рос ребенок с ОР, но отношения супругов по результатам анкетного опроса соответствовали положительной оценке, показатель счастья был, соответственно, более высоким. Наоборот, были случаи, где в семье рос ребенок без ОР, но отношения между супругами не налаживались и результат теста был очень низким. Следовательно, психоэмоциональные установки матерей свидетельствуют о потребности оказания психологической, социальной помощи со стороны членов семьи, особенно отцов, и в переосмыслении жизненных установок. 80% матерей детей с ОВ и ОР на вопрос о том, нуждаются ли они в профессиональной психологической помощи, дали положительный ответ.

Выводы. В статье представлена только некоторая часть проводимых нами исследований, но анализ данных подтвердил нашу гипотезу о том, что в семьях, где растет ребенок с ОВ и ОР, в особой психологической и социальной помощи для сохранения психологического здоровья нуждаются именно матери, потому что на них возложена основная ответственность за уход, воспитание, обучение и социализацию ребенка. Исходя из результатов исследования, можно выделить два основных направления в психологической помощи матерям детей с ОВ и ОР: **социально-коммуникативное** — для укрепления семейных уз и отношений между супругами, помощь в социализации; **психологическое** — для преодоления негатива и чувств неудовлетворенности жизнью, выявления возможностей самореализации.

Библиографический список

1. Ганзен В. А. Системные описания в психологии. Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1984. 176 с.
2. Грановская Р. М. Элементы практической психологии. Л.: Изд-во ЛГУ, 1988. 560 с.

3. Готтман Дж., Деклер Дж. Эмоциональный интеллект ребенка. Практическое руководство для родителей. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2015. С. 17.
4. Духновский С. В. Диагностика межличностных отношений: психологический практикум. Санкт-Петербург: Речь, 2010. 141 с.
5. Карелин А. А. Большая энциклопедия психологических тестов. М.: Владос, 2007. 312 с.
6. Основы коррекционной педагогики: учебно-методическое пособие / Авт.-сост. Д. В. Зайцев, Н. В. Зайцева. Саратов: ПИ СГУ им. Н. Г. Чернышевского, 1999. 110 с.
7. Пахальян В. Э. Психопрофилактика и безопасность психологического здоровья детей // Прикладная психология. 2002. № 5—6. С. 83—95.
8. Платонов Ю. П. Социальная психология поведения: учебное пособие. СПб: Питер, 2006. 464 с.
9. «Факты для Жизни». 2010—2019 Unicef в Беларуси, <http://fil.unicef.by/uploads/userfiles/files/fil.pdf>
10. Хухлаева О. В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции: учеб. пособие для студентов. М.: Академия, 2001. 208 с.
11. Шувалов А. В. Интерсубъективные условия психологического здоровья детей: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2000. 171 с.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Евтушенко Е. М.^{1,2}, ассистент, Тимербулатова М. Ф.^{1,2}, ассистент

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России,

²ГАУЗ «Республиканский клинический психотерапевтический центр Министерства
здравоохранения Республики Башкортостан»,
Уфа, Российская Федерация

Аннотация

Описана нозологическая структура пациентов детского отделения, выявляющих суицидальные тенденции. В процессе исследования был выполнен анализ клинических проявлений и проведенного психологического тестирования детей и подростков, проходивших стационарное лечение в психотерапевтическом отделении.

Ключевые слова

Суицидальное поведение, клинические проявления, психологическое тестирование.

CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF SUICIDAL BEHAVIOR IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS

Evtushenko E. M.^{1,2}, Assistant, Timerbulatova M. F.^{1,2}, Assistant,

¹Bashkir State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Bashkir State University,

²Republican Clinical Psychotherapy Center of the Ministry of Health of the Republic of Bashkortostan,
Ufa, Russian Federation

Abstract

The nosological structure of diseases in patients of the pediatric department revealing suicidal behavior is described. The analyses of clinical manifestations and psychological testing in children and adolescents is carried out. Predominance of anxiety-depressive symptoms in almost all patients is outlined.

Key words

Suicidal behavior, clinical manifestations, psychological testing.

Актуальность психиатрической диагностики суицидов подтверждается существенной частью специальной литературы, сосредоточенной на диагностических факторах риска. Психиатрический диагноз помогает в идентификации группы высокого риска, но в силу своей разнородности не может точно объяснить причины и степень риска самоубийств.

Прерогативой психиатрической диагностики суицидов является установление их взаимосвязей с психопатологическими проявлениями. Проблема особенно актуальна в детской и подростковой среде, поскольку диагностика личностного расстройства разрешается только с 18-летнего возраста.

В актуальной проблеме диагностики и прогнозирования детских и подростковых суицидов прослеживаются два основных направления, каждое из которых решает свой круг проблем. Первое — социально-психологическое, включает тесты, опросники, методы, разработанные прежде всего для выделения, распознавания и оценки суицидального поведения детей и подростков. Второе — клиническое, или психиатрическое, главной целью которого является выявление явных или

скрытых взаимосвязей между суицидальным риском, с одной стороны, и психопатологическими проявлениями — с другой. Каждое из них имеет свои преимущества и ограничения, свою сферу влияния, и поэтому они должны применяться совместно, дополнять друг друга для достижения единой цели — борьбы с детскими и подростковыми самоубийствами.

Группа клинического наблюдения состояла из детей и подростков ($n = 132$, средний возраст 14,2 года, из них мальчики — 25 человек, девочки — 107 человек), прошедших стационарное лечение в детском отделении ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ по поводу суицидальных проявлений.

Степень риска суицидальных тенденций оценивалась с использованием психометрических методов: психодиагностика суицидальных намерений (ПСН — «В»), тест «Самооценка психических состояний» (по Г. Айзенку), методика «Тревожность и депрессия» (ТиД), опросник для определения вида одиночества С. Г. Корчагиной.

Первая группа пациентов обнаруживала преимущественно невротические, связанные со стрессом и соматоформные

расстройства, в том числе: F41.2 смешанное тревожно-депрессивное расстройство; F43.25 смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации; F43.22 смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации. Во второй группе были выявлены прежде всего эмоциональные расстройства и расстройства поведения, в том числе: F91.2 социализированное расстройство поведения; F98.9 поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте, неуточненное; F92.8 другое смешанное расстройство поведения и эмоций.

Группа детей и подростков с суицидальным риском и с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами была представлена 110 клиническими наблюдениями (83,3%). Половой состав характеризовался значительным преобладанием лиц женского пола — 68,9%, основную долю составили дети 14 лет — 47,2%, на втором месте 13-летние дети — 31,8%, 15-летние подростки составили 13,6%, дети 12 лет — 6,4%, подростки 16 лет — 0,9%.

Наиболее характерными психопатологическими симптомами в данной группе наблюдения были аффективные нарушения — сниженный фон настроения, тревожность, обсессивно-компульсивная симптоматика различной степени выраженности, нарушения ночного сна, нарушения памяти и внимания, головные боли, утомляемость, признаки социальной дезадаптации. У значительной доли детей и подростков указанной группы отмечались перинатальные вредности (патологически протекавшая беременность и роды у матери, перинатальная энцефалопатия, гипоксическое поражение ЦНС, синдром гипервозбудимости).

По данным нашего исследования, отягощенная наследственность психопатологией различного характера выявлялась у 28% обследованных данной группы, в том числе наиболее часто встречалась зависимость от алкоголя родителей, суицидальное поведение близких родственников, реже встречались аффективные и эндогенные расстройства, а также эпилепсия.

Психоречевое развитие указанной группы детей в большинстве случаев соответствовало возрастным нормам. Незначительное отставание в речевом развитии нивелировалось к 5-летнему возрасту.

Треть детей и подростков указанной группы отличалась нарушением адаптации в дошкольном периоде, которое в основном сглаживалось к школе.

Особенности реагирования на различные воздействия школьной среды выявлялись у более чем половины обследованных. Неблагоприятные микросоциальные и средовые факторы включали в себя развод родителей, алкоголизацию одного из родителей, смену школы и сложности адаптации в новом коллективе, проживание в семье с отчимом.

Практически у всех детей и подростков указанной группы выявлялись расстройства вегетативной нервной системы. Клинически указанные расстройства проявлялись головными болями, нарушением сна, эпизодическими синкопальными состояниями, нарушением аппетита.

Типологию личности более точно можно было определить в период 7—10 лет в связи с возрастным кризом и началом социализации в школе. В данный период проявлялись характерологические особенности в соответствии с типом

радикала. До пубертатного периода большинство детей были адаптированы.

Более детальный психометрический анализ показал, что преобладающими маркерами в убывающей последовательности при указанной категории психических расстройств у детей и подростков с суицидальными тенденциями являются: фрустрация, тревога, ригидность, чувство одиночества, депрессия, агрессивные тенденции (рис. 1).

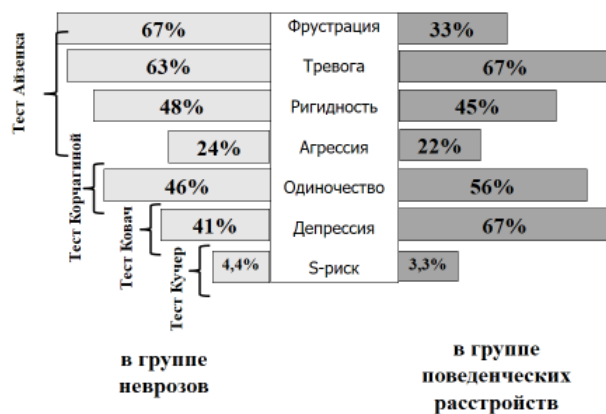


Рис. 1. Интегральные патопсихологические маркеры суицидального риска

В клинической картине обследованных среди всех симптомов на первый план выступают ощущение несоответствия своим ожиданиям, негативного самоотношения и тревога, которая, возможно, выступает и как запускающий фрустрацию фактор. Следующей по частоте встречаемости — ригидность, связанная чаще всего с высокими требованиями окружающих, вызывающими сопротивление, желание сделать все наоборот. Ощущение одиночества возникало у более чем 40% обследованных детей и подростков указанной клинической группы. Проявления депрессии у обследованных нами пациентов выражались снижением настроения, повышенной утомляемостью, утратой интересов, сосредоточенностью на ситуационных переживаниях, чувстве подавленности, собственной неполноценности, никчемности, демонстративностью в поведении, наличием ригидных поведенческих стереотипов.

Клиническая группа с эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения, начинающимися обычно в детском и подростковом возрасте, была представлена 22 случаями (16,6% от всего массива клинико-психопатологических данных). Половой состав, как и в первой группе обследованных, характеризовался преобладанием девочек — 72,7% от клинической группы. Возрастной состав был представлен в равных долях 13-летними и 14-летними обследованными (по 32%), 12-летними (27,2%) и 15-летними подростками — 9%.

Обследованные нами подростки с социализированным расстройством поведения проявляли явные признаки педагогической запущенности в форме недостаточного интеллектуального развития и дефицита общих знаний. Это обстоятельство может объяснять низкую успешность данных подростков в учебно-интеллектуальной деятельности. На первый план выступили такие психопатологические проявления, как легкое снижение когнитивных функций, эмоциональная лабильность, сниженное настроение, повышенная возбудимость, обсессивно-компульсивная симптоматика.

В отличие от предыдущей нозологии структура проявлений здесь совершенно иная. Первую тройку заняли тревога, сниженное настроение, глубокое ощущение одиночества. Анализ депрессивных проявлений у детей и подростков, совершивших суицидальную попытку, группы поведенческих расстройств выявлял средний или высокий уровень депрессии.

Характерологические особенности подростков с диагнозом социализированного расстройства поведения отличались раздражительностью и нетерпеливостью, погруженностью в себя, напряженностью, импульсивностью и беспечностью. Для этих детей и подростков характерны ипохондрия и пониженное настроение, у них ухудшено абстрактное мышление при низком самоконтроле и недостаточном уровне интеграции и обдуманности поведения. Такие подростки, как правило, были плохо организованы, не склонны считаться с общепринятыми нормами, следуют своим побуждениям и не доводят дело до конца.

Более детальный анализ анамнестических данных выявил перинатальную патологию более чем у половины детей и подростков указанной группы. Пятая часть пациентов выявляла отягощенную наследственность, однако, в отличие от первой

клинической группы, практически все они составляли случаи суицидального поведения близких родственников.

Неблагоприятные микросоциальные и средовые факторы включали развод родителей, алкоголизацию одного из родителей, смену школы и сложностями адаптации в новом коллективе, проживание в семье с отчимом.

Психоречевое развитие у детей и подростков этой группы не отставало от нормы. Треть обследуемых выявляла нарушения адаптации в ранний период, в период школьной социализации каждый из обследуемых в той или иной мере проявлял признаки дезадаптации.

Аналогично первой группе расстройства вегетативной нервной системы выявлялись практически у всех обследуемых указанной группы с теми же клиническими проявлениями — легкой резидуальной симптоматикой, головными болями, нарушением сна, бессонницей.

Обобщая особенности клинических проявлений пациентов с суицидальными тенденциями, отмечено преобладание тревожно-депрессивной симптоматики практически у всех обследованных.

Библиографический список

1. *Евтушенко Е. М., Тимербулатов И. Ф.* Клинико-эпидемиологические и социально-психологические аспекты суицидального поведения детей и подростков в Республике Башкортостан. Психическое здоровье детей страны будущее здоровье нации: сборник материалов Всероссийской конференции по детской психиатрии и наркологии. Ярославль. 2016. С. 136–137.
2. *Любов Е. Б., Зотов П. Б.* Особенности суицидального поведения при отдельных формах психических расстройств. Национальное руководство по суицидологии под редакцией Б. С. Положего. М., 2019. С. 325–344.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ СЕМЬЕ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Засыпкина Е. В.¹, к.м.н., Гринина Е. С.², к.п.н., доцент

¹ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского»
Минздрава России,

²ФГБОУ ВО «Саратовский национальный исследовательский государственный университет
им. Н. Г. Чернышевского»,
Саратов, Российская Федерация

Аннотация

В статье рассматривается системный подход к оказанию помощи семье, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Обосновывается функциональная значимость опоры на семейную систему как единицу воздействия в процессе психологической помощи. Констатируется специфика системного подхода, позволяющая рассматривать влияние болезни одного члена семьи на семейную систему. В контексте системной методологии описаны направления организации помощи ребенку с ограниченными возможностями здоровья и семье в целом.

Ключевые слова

Семья, ребенок с ограниченными возможностями здоровья, психологическая помощь семье, системный подход.

SYSTEMIC APPROACH TO SUPPORTING A FAMILY WITH SPECIAL NEEDS CHILDREN

Zasypkina E. V.¹, PhD (Medical Sciences), Grinina E. S.², PhD (Psychology), Associate
Professor,

¹Razumovsky Saratov State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation,

²Chernyshevsky Saratov National Research State University,
Saratov, Russian Federation

Abstract

The paper discusses a systematic approach to assisting a family raising a child with disabilities. The functional significance of reliance on the family system as a unit of impact in the process of psychological assistance is substantiated. The specificity of the systematic approach, which allows one to consider the effect of the illness of one family member on the family system, is ascertained. In the context of the systemic methodology, the directions of organizing assistance to a child with disabilities and the family are described.

Key words

Family, child with special needs, psychological support to family, systemic approach.

На современном этапе развития общества обозначилась тенденция ухудшения здоровья детей и подростков, увеличилось число детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). По данным Федеральной службы государственной статистики, в 2005 г. число детей с ограниченными возможностями здоровья составило 51 985, а в 2018 г. число таких детей увеличилось до 73 936 человек [13]. Такая тенденция требует более внимательного отношения исследователей и практиков к вопросам профилактики и коррекции нарушений развития, социализации и реабилитации лиц с ОВЗ.

Одним из значимых абилитационных и реабилитационных ресурсов может выступать семья ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Именно семья выступает в качестве одного из наиболее значимых факторов психического развития ребенка, его социализации. В случае наличия у ребенка

ограниченных возможностей здоровья происходит сужение круга социального взаимодействия, а значимость семьи еще более увеличивается. В связи с этим в последние годы заметно повысилось научное внимание к проблемам семьи, воспитывающей такого ребенка.

В. С. Чётчикова рассматривает семью как институт, который дает ребенку необходимый минимум общения, формирует его личность. Однако эта же семья может нанести непоправимый вред в воспитании ребенка, что может отразиться на его развитии в дальнейшем онтогенезе. Появление ребенка с выраженными нарушениями в развитии для семьи большой стресс, обуславливающий изменение эмоционального статуса ее членов [11]. Так, для матерей, воспитывающих детей с ОВЗ, характерны деструктивные переживания, склонность к депрессии [5]. В подобных

ситуациях изменениям подвергаются детско-детские [7], детско-родительские [6] и супружеские отношения [12]. Таким образом, можно говорить о нарушении функционирования семьи ребенка с ОВЗ как системы и необходимости поиска эффективных путей помощи ей.

Рефлексия социальных процессов, происходящих в мире, заставляет по-новому взглянуть на содержание помощи семьям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями здоровья. В традиционной модели помощи семье, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, внимание концентрируется на ребенке, а члены семьи остаются на втором плане. В то же время, как отмечалось выше, в случае появления в семье ребенка с нарушениями развития изменения касаются всех членов семьи, отношений между ними [8].

В последнее время понятие системы становится ведущим не только в теории, но и в практике помогающих профессий. В последующем обсуждении мы сосредоточимся на системном подходе к решению проблем семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья [3].

Согласно теории Мюррея Боуэна, системное мышление позволяет рассматривать семью как систему. Психологу важно понимать, как члены семьи взаимодействуют. Невозможно получить представление о семье в целом, поговорив с каждым членом семьи отдельно и затем сложив информацию. Такое видение семьи как целого, в котором все элементы связаны между собой и влияют друг на друга, называется системным подходом. В рамках системного подхода семья понимается как динамичная система, которая подчиняется определенным законам, а все элементы этой системы взаимосвязаны.

Жизнь семейной системы подчиняется закону гомеостаза, который определяет стабильность и постоянство всякой системы и закону развития, согласно которому всякая семейная система стремится пройти все стадии жизненного цикла. Рождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья существенно меняет структуру семьи и взаимоотношения ее членов [9].

О. А. Федосеева отмечает, что в семьях, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья, присутствуют изменения внутрисемейной атмосферы, происходит деформация психологического типа родительского поведения, искажается отношение родителей к ребенку. Появление в семье ребенка с ограниченными возможностями здоровья часто является причиной развода [14].

Нарушения функционирования семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, могут проявляться на уровне структуры, правил, в дисфункциональных коммуникациях, в семейной истории, а также в проблемном поведении ребенка [2].

Одним из параметров семейной системы являются границы. Границы семьи задают условия ее становления как системы.

Выделяют внешние границы, определяющие взаимодействие семьи с социумом, и внутренние, устанавливающие правила взаимодействия внутри семьи (между детьми и родителями, мужем и женой). Так, ребенок с особыми потребностями может нарушать семейные границы, спать в постели родителей, снижая тревожность мамы и в то же время формируя дисгармонию в супружеских отношениях. В других случаях для осуществления постоянного контроля за ребенком со стороны взрослых двери в комнатах всегда открыты или совсем отсутствуют, что мешает формированию его личных границ. Размытые границы между родительской и детской подсистемой формируют патологическую привязанность и страх отделения ребенка [2].

В процессе ухода за ребенком с особыми потребностями женщина смещает акценты на роль матери, забывая о роли жены, что приводит к дисфункции в супружеских отношениях и служит причиной внутрисемейного напряжения, конфликтов и ухода мужчины из семьи.

В неполной семье, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, где матери приходится быть «функциональным отцом» и зарабатывать деньги, бабушка становится «функциональной мамой», что приводит к ролевым конфликтам.

Все вышеперечисленное оказывает негативное влияние на функционирование семьи ребенка с ограниченным возможностями здоровья и препятствует решению специфических задач, связанных с развитием, воспитанием и обучением особого ребенка [4].

Системный подход не просто новая технология помощи семье, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, а другой, отличный от традиционного способ видения и решения проблем семьи. В системном подходе физиологические, психологические, социальные трудности ребенка рассматриваются как симптомы проблемных семейных связей, а не только как индивидуальные нарушения.

Системный подход является тем направлением, в котором в качестве объекта психологической помощи выступает *вся семья целиком*, а фокус помощи смещается от анализа проблем ребенка к обнаружению дисфункциональных способов взаимодействия между членами семейной системы и к внесению необходимых изменений. Привлечение членов семьи к решению проблем ребенка с ограниченными возможностями здоровья является мощным ресурсом, способствующим повышению эффективности оказания помощи [1, 10].

Таким образом, системный подход является новой формой оказания помощи семье, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, направленной на решение проблем ребенка в контексте его семейных и социальных взаимоотношений.

Библиографический список

1. Бебчук М. А. Системный подход к проблемам обучения: от диагностики к психотерапии // Психотерапия и медицинская психология. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2010. № 3. С. 38–42.
2. Бебчук М., Жуйкова Е. Помощь семье: психология решений и перемен. М.: Класс, 2015. 312 с.
3. Блауберг И. В., Садовский В. Н., Юдин Э. Г. Системные исследования и общая теория систем // Системные исследования. 1969. С. 9.
4. Бразеун Т. Н., Качева В. В. К проблеме дисфункциональности семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья // Системная психология и социология. 2018. № 3. С. 84–98.

5. Гринина Е. С. Особенности эмоционального состояния женщин, воспитывающих детей с нарушениями развития // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. 2019. Т. 16. № 2. С. 196–212.
6. Гринина Е. С., Рудзинская Т. Ф. Особенности детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Акмеология образования. Психология развития. 2016. Т. 5. № 2. С. 163–168.
7. Гусева О. В. Особенности отношений в семьях с детьми с расстройствами аутистического спектра: дис. ... канд. псих. наук. СПб. 2018.
8. Засыпкина Е. В., Исаева Т. В. Семейно-ориентированный подход в сестринской практике // Медсестра. 2017. № 4. С. 26–28.
9. Теория семейных систем Мюррея Боуэна: Основные понятия, методы и клиническая практика / пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2012. 496 с.
10. Черников А. В. Системная семейная терапия: Классика и современность. М.: Класс, 2005. 400 с.
11. Чётчикова В. С., Ермолова В. М. Оптимизация межличностных взаимоотношений в диаде родитель – ребенок с ОВЗ посредством адаптивного фитнеса // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2017. № 6. С. 133–138.
12. Шабанова Е. В. Психологические защиты и внутрисемейные отношения у родителей, воспитывающих детей с расстройством аутистического спектра: дис. ... канд. псих. наук. СПб. 2018.
13. Федеральная служба государственной статистики. URL: <https://gks.ru/storage/mediabank/zdr4-3.xls> (дата обращения 30.10.2019).
14. Федосеева О. А. Особенности воспитания ребенка с ограниченными возможностями в семье // Молодой ученый. 2013. № 9. С. 346–349.

СКРИНИНГ-ДИАГНОСТИКА ПРЕДБОЛЕЗНЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПОДРОСТКОВ

Злоказова М. В.¹, д.м.н., профессор, **Семакина Н. В.¹**, к.м.н.,
Ланских Ю. В.², к.т.н.,

¹ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет Минздрава России»

²ФГБОУ ВО «Вятский государственный университет»,
Киров, Российская Федерация

Аннотация

В статье представлена сравнительная оценка данных психодиагностического скрининг-анкетирования (ПСА) и результатов психиатрического профилактического осмотра подростков. Использовались клинический метод и ПСА, направленные на выявление донозологических признаков психических расстройств у подростков.

Включение ПСА в качестве подготовительного этапа профилактического психиатрического осмотра подростков позволит эффективнее выявлять инициальные донозологические симптомы психических расстройств.

Ключевые слова

Подростки, профилактический осмотр, скрининг-анкетирование, психические расстройства.

SCREENING-DIAGNOSTICS OF PRECLINICAL MENTAL STATES DURING PREVENTIVE PSYCHIATRIC EXAMINATIONS OF ADOLESCENTS

Zlokazova M. V.¹, Doctor of Medical Sciences, Professor,
Semakina N. V.¹, PhD (Medical Sciences),
Lanskikh Yu. V.², PhD (Technical Sciences),

¹Kirov State Medical University,

²Vyatka State University,
Kirov, Russian Federation

Abstract

The paper presents a comparative assessment of the data of psychodiagnostic screening questionnaire (PSQ) and the results of psychiatric preventive examination of adolescents. The clinical method and PSQ were used to identify prenosological signs of mental disorders in adolescents. The use of PSQ for the preventive psychiatric examination of adolescents is considered to be effective to identify the initial donosological symptoms of mental disorders.

Key words

Adolescents, preventive examination, screening questionnaire, mental disorders.

Введение. Психическое здоровье молодого поколения в современном мире находится под постоянным воздействием социально-экономических, информационных стрессов, которые зачастую неблагоприятно отражаются на психике формирующейся личности [1]. В связи с этим мониторинг психического здоровья несовершеннолетних, психопрофилактические мероприятия, психогигиеническое образование подрастающего поколения, их родственников и педагогов является перспективным экологическим направлением медицины.

Основной задачей превентивной психиатрии является раннее выявление донозологических форм психических расстройств и групп риска. Термин «доклинические донозологические (доклинические, преморбидные) психопатологические состояния», описанные в работах С. Б. Семичова (1987), Ю. А. Александровского (2000) и др., включают

в себя группу феноменов, занимающих промежуточное положение между психической нормой и патологией. В связи с этим принято выделять понятия «конституциональный преморбид», «психопатологический и психосоматический диатез», «предболезнь» [2, 3].

В подростковом возрасте донозологические психопатологические состояния длительное время могут иметь скрытый малосимптомный характер и проявляться в виде субклинических форм тревоги, субдепрессии, агрессивности, астении и (или) дезадаптивных форм поведения (аутоагрессивных, аддиктивных, оппозиционно-протестных, криминальных) что затрудняет их раннее выявление [4, 5].

Игнорирование родителями и педагогами отклоняющихся форм поведения и психоэмоционального дискомфорта у подростков впоследствии в неблагоприятном психологическом

климате и социальной обстановке приводит к нарастанию клиники аффективных, невротических, личностных и поведенческих расстройств, требующих уже более длительной медикаментозной и психотерапевтической коррекции [6].

Таким образом, донозологические психопатологические состояния в подростковом возрасте имеют малосимптомные феномены аффективных, невротических, психосоматических, личностных расстройств, часто маскирующихся поведенческими девиациями в виде аутоагрессивного поведения, химических и нехимических аддикций, делинквентности.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 г. № 514н в России ежегодно проводится профилактический медицинский осмотр врачом-психиатром несовершеннолетних 14–17 лет. Основными задачами профилактического психиатрического обследования является диагностика психических заболеваний, превентивная психопрофилактическая и психообразовательная работа с лицами, имеющими высокий риск развития психической патологии, включающая мероприятия, направленные на психосоциальное оздоровление ближнего окружения.

По нашим данным, в процессе рутинного клинического психиатрического осмотра удается выявлять лишь явные проявления психических расстройств. Нами проведен анализ данных, полученных при проведении профилактических психиатрических осмотров в 2019 г. Было осмотрено психиатрами 8262 несовершеннолетних 14–17 лет, обучающихся в общеобразовательных школах г. Кирова, психические расстройства были выявлены лишь у 189 человек (2,29%), среди которых выявлены: пограничная интеллектуальная недостаточность — 67 человек (0,81%), преднамеренные самоповреждения — 48 человек (0,58%), расстройства депрессивного спектра — 37 человек (0,45%), заикание — 11 человек (0,13%), интернет-зависимость — 5 человек (0,06%), тики — 4 человека (0,05%), гиперкинетическое расстройство поведения — 4 человека (0,05%), неврастения — 4 человека (0,05%), социализированное расстройство поведения — 3 человека (0,04%), несоциализированное расстройство поведения — 3 человека (0,04%), нарушение пищевого поведения (анорексия) — 2 человека (0,02%), тревожные расстройства — 1 человек (0,01%). Полученные данные явно не соответствуют истинной картине распространенности психических расстройств у подростков.

Для повышения эффективности выявления начальных признаков психических расстройств и донозологических состояний необходимо вводить в профилактические психиатрические осмотры психодиагностическое скрининг-анкетирование [7].

Целью исследования являлась сравнительная оценка данных психодиагностического скрининг-анкетирования и результатов профилактического психиатрического осмотра подростков.

Методы. В период 2017–2019 гг. в процессе профилактических психиатрических осмотров было обследовано клинически и психодиагностически с использованием психодиагностического скрининг-анкетирования (данные исследования проводились независимо друг от друга в интервале недели) 719 подростков (учащихся старших классов общеобразовательных школ г. Кирова), средний возраст — $15,2 \pm 0,68$ лет). В исследование включались подростки при наличии

информированного согласия их родителей и добровольного согласия самого подростка.

В исследовании использовался клинический метод, включающий психиатрическое обследование в процессе профилактического осмотра. Психодиагностический метод включал психодиагностическое скрининг-анкетирование (ПСА), направленное на выявление психологических особенностей и донозологических признаков психических расстройств у подростков. Анкета разработана сотрудниками кафедры психиатрии им. профессора В. И. Багаева Кировского государственного медицинского университета М. В. Злоказовой и Н. В. Семакиной (2017). Вопросы анкеты составились на основании опросников Ч. Д. Спилбергера и Ю. Л. Ханина (STPI) для выявления тревожности, агрессивности А. Басса и А. Дарки, депрессии М. Ковач (CDI), астении Е. М. Сметс (MFI-20). В анкету включены группы вопросов, направление на выявление тревожности (десять вопросов); агрессивности (34 вопроса для определения раздражения, физической и вербальной агрессии); депрессии (26 вопросов для диагностики негативного настроения, ангедонии, межличностных проблем, негативной самооценки, школьной неэффективности); астении (восемь вопросов); интернет-зависимости (17 вопросов); суицидального риска (один вопрос), дисгармоничных отношений с родителями (четыре вопроса). Вопросы анкеты были составлены, основываясь на многолетнем практическом опыте авторов в работе с подростками.

Создана компьютерная программа ПСА («Вятский государственный университет», Ю. В. Ланских, 2018), позволяющая быстро получать результаты при массовом анкетировании учащихся школ.

Для статистической обработки использовалась программа Microsoft Office Excel, описательная статистика, критерий Фишера.

Результаты. Сравнительный анализ результатов ПСА и профилактического психиатрического осмотра показал достоверные ($p < 0,01$) различия при диагностике признаков тревоги, субдепрессии, астении.

При ПСА достоверно чаще выявлялись признаки тревоги (беспокойство, предчувствие неприятностей, сомнения в принятии решений, волнение за возможные неудачи, ожидание неуспешных оценок в школе) в 36,4% случаев, тогда как при клиническом психиатрическом обследовании тревожные расстройства были диагностированы лишь в 2,1%.

Депрессивные признаки (постоянное подавленное настроение, ангедония, негативная самооценка, замкнутость, пониженный аппетит) при ПСА определялись в 23,2% случаев, при профилактическом обследовании — 1,5%.

Значимо чаще при ПСА отмечались астенические проявления (быстрая утомляемость, частое ощущение усталости, физическая разбитость, трудность концентрации внимания, эмоциональная лабильность) у 11,2% подростков, при клиническом осмотре неврастеническое расстройство (психическая утомляемость, эмоциональная лабильность, головные боли после волнения и умственных нагрузок, поверхностный сон и утренняя разбитость в течение последнего учебного года) диагностировалось в 1,1%.

Анкетирование выявило признаки вербальной и физической агрессии у 2,5% обследованных, при клиническом осмотре — 0,8%.

При проведении ПСА в данной выборке подростков также были выявлены признаки интернет-зависимого поведения у 4,5%. Дисгармоничные взаимоотношения с родителями были отмечены у 6,7% опрошенных подростков.

Обсуждение результатов. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности применения ПСА для выявления донозологических психических состояний у подростков в сравнении с рутинным профилактическим психиатрическим осмотром, при котором выявляются только клинически оформленные психические расстройства. Необходимо использовать ПСА подростков в качестве подготовительного этапа профилактического психиатрического осмотра.

При внедрении ПСА в медицинские профилактические осмотры врач-психиатр на этапе клинического профилактического осмотра будет обращать особое внимание на подростков группы риска с наличием донозологической психопатологической симптоматики (признаки тревоги, депрессии, астении, агрессивности, интернет-зависимости) и при необходимости рекомендовать углубленное обследование психиатром и (или) психотерапевтом. Выявление

инициальных симптомов психических расстройств и донозологических состояний позволит своевременно начать проведение психопрофилактических и реабилитационных мероприятий.

В настоящее время нами внедряется проект межведомственного взаимодействия медицинских и образовательных организаций г. Кирова по профилактике психических расстройств и нарушений поведения у подростков. Планируется массовое проведение программированного ПСА учащихся старших классов в школах с последующим использованием результатов для обследования подростков группы риска психологами школ и психиатрами при проведении профилактического осмотра. Для подростков, нуждающихся в специализированной (психиатрической, психотерапевтической и психологической) помощи, разработаны программы маршрутизации с преемственной работой специалистов (психиатров, психотерапевтов, психологов) медицинских и образовательных организаций для повышения эффективности реабилитационных и психопрофилактических мероприятий.

Библиографический список

1. Макушкин Е. В., Чибисова И. А. Дети и подростки в ситуациях социального дистресса // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2017. Т. 117. № 11. С. 3–12.
2. Александровский Ю. А. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства. М.: Литтерра, 2010. 272 с.
3. Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С. Психопатологический диатез (предвестники психических заболеваний). Пособие для врачей и медицинских психологов / сост. А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина // СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2011. 24 с.
4. Корнилова Т. В., Григоренко Е. Л., Смирнов С. Д. Подростки групп риска. СПб.: Питер, 2005. 336 с.
5. Палатов С. Ю., Лебедев М. А., Кувшинов К. Э., Работкин О. С. Влияние внешних и внутренних факторов на возникновение пограничных расстройств у подростков-школьников и студентов // Психическое здоровье. 2009. Т. 7. № 12. С. 62–64.
6. Лебедев М. А., Палатов С. Ю. Распространенность, структура и динамика предболезненных пограничных состояний у лиц подросткового и молодого возраста // Психическое здоровье. 2010. Т. 8. № 6. С. 68–83.
7. Семакина Н. В., Злоказова М. В. О необходимости разработки скрининг-тестов для выявления донозологических форм психических и аддиктивных расстройств у подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. № 2. С. 216–217.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СЕМЬИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Зотова О. А.¹, медицинский психолог,
Кулдыркаева Е. В.¹, к.м.н., главный врач,
Морозова Н. Н.², к.псх.н., доцент,

¹ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская клиническая психиатрическая больница»,

²ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарёва»,
Саранск, Российская Федерация

Аннотация

В статье рассматриваются семейно-центрированные технологии вмешательства при оказании психиатрической помощи детям и подросткам с ментальными нарушениями. Показывается эффективность данных технологий в активизации реабилитационного потенциала семьи.

Ключевые слова

Психиатрия, реабилитация, ментальные нарушения, семья.

REHABILITATION POTENTIAL OF THE FAMILY IN PROVIDING PSYCHIATRIC CARE TO CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH MENTAL DISORDERS

Zotova O. A.¹, Medical Psychologist,
Kuldyrkaeva E. V.¹, PhD (Medical Sciences), Head Doctor,
Morozova N. N.², PhD (Psychology), Associate Professor,

¹Mordovian Republican Clinical Psychiatric Hospital, Chief Specialist in Psychiatry of the Ministry of Health of the Republic of Mordovia,

²Ogarev Mordovia National Research State University,
Saransk, Russian Federation

Abstract

The paper discusses family-centered intervention technologies in specialized psychiatric care to children and adolescents with mental disorders. The effectiveness of these technologies in enhancing the rehabilitation potential of the family is shown.

Key words

Psychiatry, rehabilitation, mental disorders, family.

Современные тенденции развития общества ориентированы на поддержку лиц с ментальными нарушениями, продумываются и внедряются дестигматизированные модели реабилитационного сопровождения. Особенно актуально звучит потребность в медико-психосоциальной реабилитации в системе ранней помощи лицам с психическими расстройствами и расстройствами поведения, включая расстройства аутистического спектра. Специализированная психиатрическая помощь уже не может восприниматься в отрыве от семейно-ориентированных технологий вмешательства. Однако на практике не всегда эффективно используется потенциал семьи лица с ОВЗ [1, 2].

Семья рассматривается как сложная система, обладающая определенной структурой. Она не сводится к сумме элементов, повреждение каждого из которых нарушает всю систему в целом. В частности, тяжелое заболевание одного из членов семьи нарушает сложившиеся взаимоотношения, и семья перестает функционировать как гармоничное целое, на реструктуризацию семьи требуется дополнительный ресурс [5]. В ходе анализа научных источников выделяются различные функции семьи, такие как репродуктивная, хозяйственно-бытовая, эмоциональная и ряд других [6].

Сегодня институт семьи претерпевает существенные изменения. Возникают новые типы семейных союзов,

«неполные» семьи не воспринимаются как отклонение от социальной нормы, устойчиво функционируют семьи с различной степенью родственных отношений. Однако неизблемым остается ряд семейных функций: эмоциональная, духовная, воспитательная, медицинская, которые становятся особенно значимыми в ситуации переживания семьей кризиса. А. П. Коцюбинский и В. В. Зайцев данный процесс обозначают термином «самостигматизация семьи», которая может выражаться как в социальной самоизоляции семьи с фиксацией на своей проблеме, так и в демонстрации исключительности своей ситуации [3]. М. П. Краузе, анализируя аспекты помощи родителям, воспитывающих детей с нарушениями развития, описывает этапы прохождения ими кризиса, вызванного постановкой психиатрического диагноза. Им приводятся множественные варианты формирования неэффективных психологических защит у родителей. Он не исключает спонтанного преодоления данной ситуации, но предлагает ряд превентивных мер в рамках личностно-центрированной психотерапии [4].

На наш взгляд, в условиях оказания психиатрической помощи детям и подросткам с ОВЗ важно уделять внимание сохранению и активизации ресурсов семьи.

Базой оказания психиатрической помощи детям и подросткам выступило ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская клиническая психиатрическая больница». В больнице реализуются различные программы помощи, направленные на решение задач социализации детей и подростков с ментальными нарушениями. Развернута служба психосоциальной реабилитации в системе комплексной поддержки с организацией межведомственного взаимодействия. Психосоциальная реабилитация доступна с момента рождения на протяжении всего жизненного цикла. Учитываются реабилитационные возможности социально-ориентированных НКО.

Проанализировав деятельность психосоциальной реабилитации в ГБУЗ Республики Мордовия «МРКПБ» детей и подростков с ОВЗ за 2018–2019 гг. (365 семей), можно увидеть следующие результаты. В группе от 0 до 5 лет полные семьи составляют 88%; в возрасте детей от шести до 15 лет — 70%.

Для полных семей наиболее характерно, что максимальную активность в реабилитации ребенка принимают матери (60%). На начальном этапе в 25% случаев включаются оба родителя, особенно это характерно в младшей возрастной группе. В 15% более активное участие принимают отцы.

В структуре неполных семей в абсолютном большинстве случаев ребенок с ментальными нарушениями остается на попечении матери. В 2% — ребенок воспитывается отцом и в 5% — другими родственниками.

В психосоциальную реабилитацию, как правило, семья попадает, находясь в состоянии кризиса. Как показывает наша практика, большинство семей на момент начала реабилитации не прошли полностью этап принятия болезни. Может наблюдаться весь спектр психологических защит, формируемых у родственников как реакция на ненормативное развитие ребенка [4].

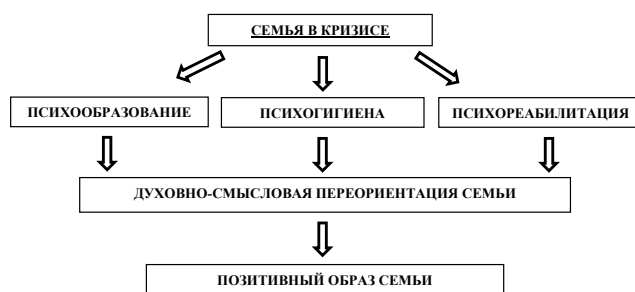
Как инструмент исследования семьи, использовалась анкета для родителей, включающая 20 вопросов по следующим аспектам: позиция больного ребенка в семье,

взаимоотношения родителей в паре, характер отношения родителей к здоровым детям, привлечение других родственников к воспитанию, открытость семьи для внешних контактов. По результатам анкетирования в большинстве случаев родители ставят больного ребенка в центр семьи в 89%. Психическая патология создает феномен центрации семьи на ребенке, все подчинено его интересам в ущерб потребностям семейного сообщества. Ослабевают эмоциональные связи внутри родительской пары — 38%, снижается уровень сексуального взаимодействия — 54%. Отцы, как правило, не включаются в начальный этап реабилитации, дистанцируясь от ребенка, не вступая с ним в телесный и эмоциональный контакт. Другие члены семьи часто занимают неоднозначную и противоречивую позицию в отношении ребенка с ОВЗ. Здоровым детям отводится второстепенное место в семье — 61%, довольно часто они привлекаются к обслуживанию больного ребенка — 40%, либо, напротив, дистанцируются от него — 32%. В 47% случаев привлекаются другие родственники (бабушки и дедушки). Социальная активность семей составляет 18%. Обобщая результаты анкетирования, следует отметить искажение семейных ролей, родительских функций по отношению к ребенку с ментальными нарушениями. Часто можно констатировать формирование деструктивной модели семьи, ограничивающей реабилитационные ресурсы, не способствующей преодолению кризиса, а, напротив, усугубляющей его.

Сам факт обращения за реабилитационной помощью уже является шагом на пути выхода семьи из кризиса.

Мы предлагаем рассматривать семью как субъект реабилитационных мероприятий, особенно в период раннего детства. Мишенью реабилитационного воздействия являются не болезненные проявления ребенка, а семья в целом, с учетом ее кризисного состояния. Ребенок не центрируется и, таким образом, создаются условия для сохранения здоровой структуры семьи, которая позволяет восстановить детско-родительскую иерархию.

Обобщая опыт реабилитационной поддержки в ГБУЗ Республики Мордовия «МРКПБ», в рамках семейно-ориентированной психиатрической помощи детям и подросткам с ментальными нарушениями, предлагаем структуру, которая может быть представлена следующим образом:



Основными направлениями семейно-центрированной помощи являются: психообразование, психогигиена, психореабилитация.

Первоначально работа с семьей, особенно в системе ранней помощи, строится в детско-родительских группах с использованием методов регрессивной терапии, направленной на актуализацию телесно-эмоционального контакта. В последующем осуществляется процесс поэтапной сепарации

рации ребенка, путем включения его в индивидуальные, а затем в групповые формы реабилитации с постепенным увеличением участников группы.

Психообразование имеет особо большое значение на начальном этапе работы и включает следующие формы реабилитационного сопровождения: информирование о болезни, видеолекторий, социально-правовое консультирование, ознакомление с программами инклюзивного сопровождения.

Психогигиена семьи предполагает активную работу с родителями, направленную на сохранение психического здоровья, предотвращение у них невротических состояний. Направление реализуется через создания терапевтической среды с элементами релаксации, арт-терапии и др.; организацией детско-родительской комнаты; оказанием психологической помощи; созданием и поддержкой родительских сообществ.

Психореабилитация реализуется непрерывно на протяжении всего времени взаимодействия с кризисной семьей. Используется большой спектр методов и воздействий, которые подбираются индивидуально с учетом нозологической группы заболевания ребенка, например: консультативно-динамическое наблюдение семьи, методы регрессивной терапии, гипнотерапия, нейропсихологическая коррекция, арт-терапия, танцевально-двигательная терапия.

Реализация всех методов осуществляется через программу постепенной целенаправленной контролируемой сепарации. Многие занятия предусматривают включение ритуалов сепарации, которые вводятся при готовности ребенка и родителя к увеличению дистанции.

Параллельная реализация вышеперечисленных направлений приводит к повышению реабилитационного ресурса семьи. Обращается внимание на мотивацию семьи по выстраиванию гармоничных внутрисемейных отношений, несмотря на психическое расстройство одного из ее членов. Постепенно семейное сообщество приближается к формированию нового позитивного образа семьи. Важным условием данного процесса является духовно-смысловая переориентация, которая является глубоко индивидуальным процессом переживания кризиса, основана на морально-этическом базисе первичной совместности супругов и изначальной социальной ориентированности семьи. Немаловажное значение в данном аспекте приобретает религиозный аспект духовности. Оказание направленной помощи в данном вопросе возможно с привлечением основ теологии, философии, личностно-ориентированной терапии и требует более глубокого изучения в дальнейшем.

Повторное анкетирование семей на поздних этапах реабилитации показывает положительные изменения по всем выделенным критериям. Во многих семьях ребенок с ментальными нарушениями перестает быть центром и единственным смыслом существования семьи, снижается «самостигматизация». Лишь в 43% случаев сохраняется фиксация родителей на проблеме психического заболевания. В полных семьях гармонизация отношений в родительской паре наблюдается в 42%. В неполных семьях отмечается открытость к контактам с представителями противоположного пола — 31%. Проявляется выравнивание семейных позиций у сиблингов — 40%. Оптимизируется участие других родственников в воспитании больного ребенка (35%). Возрастает социальная активность семьи — 73%.

Одним из результатов, роль которого нуждается в самостоятельном исследовании, является *феномен однородной среды*. Данное явление отмечено в условиях постоянных реабилитационных и личных контактов семей, воспитывающих детей с ментальными нарушениями, особенно на ранних этапах реабилитации. Оно заключается в ослаблении психоэмоциональной напряженности, вызванной стигмой психического заболевания. В среде родителей появляется открытость в обсуждении проблем семьи, увеличивается количество отцов, активно участвующих в реабилитации, появляется позитивная оценка собственного ребенка и его потенциальных возможностей, возрастает социальная активность семьи. У детей наблюдаются проявления позитивных эмоций, возрастает общая активность, в том числе и в установлении контактов, увеличиваются элементы произвольной регуляции при снижении стереотипности поведения. Можно отметить, что чем раньше начат целенаправленный реабилитационный процесс, тем больше шансов избежать формирования жесткой деструктивной модели семьи и глубоких психологических неконструктивных защит.

Таким образом, задачи дестигматизации, которые ставит перед собой социально-ориентированная психиатрия, решаются в процессе психосоциальной реабилитации семьи, воспитывающей ребенка с психическим расстройством. Максимальная активизация реабилитационного потенциала семьи оказывается возможна при условии духовно-смысловой переориентации, которая позволяет семье выйти на другой качественный уровень социального функционирования. Семья, успешно прошедшая кризис, приходит к пониманию того, что психическая патология сама по себе не является препятствием, отделяющим ее от социума, а в некоторых случаях даже может выступить мотиватором социально значимых проектов.

Библиографический список

1. Богданова Т. В. Семейно-ориентированная социальная работа в психиатрии. Социология и социальная работа. Вестник Нижегородского университета им. Н. П. Лобачевского. Серия: Социальные науки. 2010. № 2. С. 11–16.
2. Костюк Г. П. К восстановлению без изоляции и стигматизации / Региональный опыт модернизации психиатрических служб: сборник материалов / под ред. Г. П. Костюка. М.: КДУ Университетская книга, 2017. С. 4–13.
3. Коцюбинский А. П., Зайцев В. В. Семейная психотерапия психически больных // Психосоциальная реабилитация в психиатрии и неврологии. Методологические и организационные аспекты / под общ. ред. Н. Г. Незнанова. СПб.: СпецЛит, 2017. С. 253–272.
4. Краузе М. П. Дети с нарушениями развития: психологическая помощь родителям / пер. с нем. К. А. Назаретян. М.: Издательский центр «Академия», 2006. 208 с.
5. Солохина Т. А., Шевченко Л. С. Семья и психическое расстройство: что может помочь семье в преодолении болезни / Двенадцать лекций о психиатрии и психическом здоровье. М.: МАКС Пресс, 2008. С. 8–23.
6. Эйдемиллер Э., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 2008. 672 с.

НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА: СКРИНИНГ, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ПРОФИЛАКТИКА

Иванов М. В.^{1,2}, к.псих.н., Симашкова Н. В.¹, д.м.н., профессор,

Козловская Г. В.¹, д.м.н., профессор,

¹ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

²НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа»,

Москва, Российская Федерация

Аннотация

Охрана психического здоровья детей, начиная с младенческого и раннего возраста, является важной задачей современной профилактической медицины, так как именно в первые годы жизни организм ребенка чувствителен к воздействию повреждающих и компенсирующих факторов. В статье обсуждается организация системы раннего выявления психических и поведенческих расстройств в раннем детском возрасте и построение профилактических и реабилитационных мероприятий в России.

Ключевые слова

Ранний возраст, скрининг, профилактика, эпидемиология, нарушения психического развития, расстройства аутистического спектра.

EARLY CHILDHOOD MENTAL AND DEVELOPMENTAL DISORDERS: DETECTION, PREVALENCE, AND PREVENTION

Ivanov M. V.^{1,2}, PhD (Psychology), Simashkova N. V.¹, Doctor of Medical Sciences, Professor,

Kozlovskaya G. V.¹, Doctor of Medical Sciences, Professor,

¹Federal Mental Health Research Center

²Moscow Institute of Psychoanalysis,

Moscow, Russian Federation

Abstract

Protecting the mental health of children, starting from infancy and early age, is an important task of modern preventive medicine, since it is in the first years of life children are sensitive to the effects of damaging and compensating factors. The paper discusses a system for the early detection of mental and behavioral disorders in early childhood and the development of preventive and habilitation programs in Russia.

Key words

Early age, screening, prevention, epidemiology, mental development disorders, autism spectrum disorders.

Введение. Во всем мире, в том числе и в нашей стране, отмечается высокая распространенность психических расстройств и расстройств поведения среди детского населения [8, 13, 17]. Эти расстройства, возникшие в детстве, при отсутствии своевременной специализированной помощи вызывают тяжелые задержки психического развития и приводят к инвалидности. Так, по данным отечественной статистики, в начале XXI столетия психические расстройства и нарушения поведения выступили на первое место в общей структуре детской инвалидности [1].

В России планомерно формируется национальная политика в области психического здоровья детей и подростков. Минздравом России отмечается важность проведения исследований по разработке мер, направленных на снижение инвалидности, вследствие психических заболеваний, путем предотвращения развития психических расстройств и нарушений развития начиная с детского возраста [12].

Организация раннего выявления. В последние несколько десятилетий отечественными специалистами велась масштабная работа по всестороннему изучению психической патологии у детей. Клиническое феноменологическое описание психических расстройств у детей начиная с периода младенчества и раннего детства способствовало формированию фундаментальных основ медико-психологической реабилитации детей в отечественной системе ранней помощи [5–7, 9–11 и др.].

С целью организации системы раннего выявления психических и поведенческих расстройств в детстве Минздравом России в 2015 г. запущен пилотный проект — эпидемиологический скрининг риска возникновения расстройств аутистического спектра (РАС) у детей 16–24 месяцев жизни в трех крупнейших регионах страны. По результатам проведенного обследования в 2015–2016 гг. принято решение увеличить возрастной охват детской популяции и сместить

фокус с проблем РАС на нарушения психического развития детей в целом [4]. Так, в 2017 г. был запущен второй этап пилотного проекта — эпидемиологический скрининг риска возникновения нарушений психического развития разного генеза (эндогенного, органического, психогенного) у детей от 1,5 до 4 лет жизни в девяти крупнейших регионах страны.

На основе результатов проведенного пилотного проекта Минздравом России в 2019 г. издан приказ № 396н¹, согласно которому обследование врача-психиатра включено в перечень профилактического медицинского осмотра детей в возрасте двух лет жизни. При этом врач-психиатр осматривает только тех детей, которые по результатам скрининга (анкетирования) включены в группу риска возникновения или наличия нарушений психического развития. Подразумевается двухэтапный скрининг: на первом донозологическом этапе родители ребенка заполняют специальную тестовую анкету на приеме у педиатра. Если результаты такого анкетирования не выявят группу риска, то скрининг на этом завершится. Если же результаты выявят риск возникновения нарушений психического развития, на втором этапе скрининга родителям ребенка будет рекомендована консультация врача-психиатра (клиническая диагностика по клиническим критериям МКБ-10). В качестве скринингового инструмента введена клиничко-психологическая скрининговая анкета для родителей детей раннего возраста, разработанная в Научном центре психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ, г. Москва) [3].

Распространенность. По предварительным данным сплошного популяционного исследования, группу риска возникновения нарушений психического развития составило 13,39% детей в возрасте от 1,5 до 4 лет жизни (1339: 10000)². Часть детей группы риска возникновения психической патологии на добровольной основе проконсультированы врачом-психиатром. У 1,45% (145: 10000) выявлены выраженные клинические нарушения, квалифицированные по критериям МКБ-10 (F70—79; F80—83; F84; F90—98, а также F20.8xx3). По предварительным данным, в нозологической структуре на первый план выступают задержки психического развития (F80—83, около 60%).

Также можно заключить что с увеличением возрастного охвата детей общей популяции увеличилась группа риска с 10,35 до 13,39%, а также увеличилась и выявляемость клинически выраженных психических расстройств. Так, встречаемость РАС у детей в возрасте до двух лет составляла 5: 10000 (данные 2016 г.) [4], а в возрасте до четырех лет — 18: 10000 (данные 2017 г.) [16].

Полученные первые отечественные данные по распространенности РАС у детей раннего возраста сопоставимы с отдельными данными зарубежных исследований. Так, в одном из западных графств Англии на выборке детей 1—5 лет распространенности РАС составила 20,8: 10000

(диагностика основывалась на клинических критериях, а также критериях МКБ-10 и DSM—IV) [15].

Профилактика. Исходя из накопленного опыта отечественной психиатрии раннего возраста (микropsихиатрии) и принципов предикативно-превентивной медицины следует большее внимание уделять организации реабилитационных мероприятий, воздействующих на организм потенциального пациента (в ситуации наличия риска) с целью коррекции возможных патологических процессов на этапе, предшествующем развитию болезни, на так называемом доклиническом (донозологическом) уровне. Именно в раннем детском возрасте конституциональные и другие особенности состояния организма определяют повышенную чувствительность к воздействию экзогенных факторов — как повреждающих, так и компенсирующих [2, 10, 11]. Следовательно, данный возрастной период может быть отправной точкой первичной профилактической и реабилитационной помощи по предотвращению возникновения психического расстройства, а также укреплению психического здоровья. В современных поликлиниках педиатрического профиля открывают кабинеты медицинских (клинических) психологов, деятельность которых в рамках оказания психопрофилактической помощи детям первых лет жизни чрезвычайно важна и прежде всего должна быть направлена на организацию и проведение реабилитационных мероприятий, а также коррекцию (в ряде случаев устранение) неблагоприятно действующих психосоциальных факторов, таких как [2]:

1) нарушенные родительско-детские отношения, психическая депривация, например отсутствие (дефицит) общения и положительного эмоционального контакта в структуре биопсихосоциальной системы (диады) «мать — дитя» и в дальнейшем в классической семейной триаде «мать — дитя — отец»; лишение (недостаточность) того или иного сенсорного воздействия среды [9, 14], что также негативно влияет на психическое развитие ребенка в младенческом и раннем возрасте. Работа специалиста должна строиться в направлении гармонизации родительско-детских отношений и в идеале должна начинаться еще с этапа беременности, с подготовки к компетентному материнству и отцовству, по формированию гармоничных отношений в «диаде» и «триаде» как обязательных условий возникновения адекватного эмоционального резонанса и формирования безопасной привязанности [10];

2) нежеланность будущего ребенка и некомпетентное поведение родителей в ante- и раннем постнатальном периоде [10]. Неумение матери и отца взаимодействовать с ребенком и друг с другом в присутствии ребенка, приверженность опасным псевдонаучным формам ведения беременности, родов и последующего воспитания, страх перед ребенком могут закладывать основы для нарушений дальнейшего психического развития. Непонимание родителями, прежде всего матерью, поведения или «языка» ребенка, которым он сигнализирует о необходимости удовлетворения его биологических или психологических потребностей;

3) нарушенные взаимоотношения с прародителями, их неготовность оказать необходимую поддержку и помощь молодой семье, а также чрезмерная трудовая занятость матери, материальные трудности семьи, жилищные проблемы и пр.;

4) нарушения психического и физического здоровья родителей ребенка и самого ребенка, а также других членов

¹ Приказ Минздрава России от 13.06.2019 г. № 396н «О внесении изменений в Порядок проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. № 514н» (вступил в силу 15.10.2019 г.).

² Под риском возникновения нарушений психического развития понимается донозологическое состояние, в полной мере не отвечающее клиническим критериям болезни или «pathos» (в терминологии академиков И. В. Давыдовского и А. В. Снежневского). Данное состояние может длиться несколько лет и со временем перейти как в болезнь («posos»), так и в практическое здоровье [2].

семьи (прародителей, сибсов) могут лежать в основе внутрисемейных психологических трудностей и конфликтов.

В случаях с выявленными нарушениями у детей проводятся мероприятия *вторичной профилактической помощи*, включающие медикаментозную и немедикаментозную терапию, направленную на коррекцию психопатологического состояния, развитие социально-коммуникативной сферы и решение других психосоциальных реабилитационных и реабилитационных задач.

После проведения медикаментозной и немедикаментозной терапии пациентов в ряде случаев требуется определение комплекса необходимых мероприятий *третичной профилактики*, задачами которой является решение вопросов социальной защиты (социальной поддержки и социального обслуживания), определение маршрута реабилитации и социальной адаптации, определение профиля обучения, межведомственное взаимодействие (совместно с ПМПК, МСЭ).

Заключение. Отечественная психиатрия и психология располагают богатым опытом и подводят базу под развитие первичной профилактики психических расстройств и нарушений развития начиная с младенческого и раннего возраста. Претворение в жизнь принципов ведения профилактической работы с семьями, воспитывающими детей первых

лет жизни, оказывает положительный эффект вследствие смягчения неблагоприятного микро- и макросоциального воздействия на ребенка.

Проведение скрининга среди детей раннего возраста общей популяции является перспективным направлением профилактической (донозологической) медицины, позволяющим выявлять начальные проявления психической патологии, создавая возможность уже на ранних этапах определять детей группы риска развития психической патологии и разрабатывать оптимальные алгоритмы мероприятий специализированной помощи — как психогигиенической, психопрофилактической, так и лечебно-коррекционной помощи, что позволит своевременно принять меры для предотвращения развертывания заболевания или утяжеления психического состояния у ребенка.

Для успешного повсеместного внедрения отмеченных наработок необходимо решение различных вопросов организационного и кадрового обеспечения, а также решение вопросов профессиональной компетенции специалистов — владение знаниями в области психического здоровья детей раннего возраста. Не менее важным является проведение активной просветительской и психообразовательной работы среди населения, прежде всего среди родителей.

Библиографический список

1. Баранов А. А. Состояние здоровья детей в Российской Федерации // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. 2012. № 3. С. 9–14.
2. Иванов М. В., Козловская Г. В. Концептуальные идеи А. В. Снежневского и психопрофилактика в раннем детском возрасте // Психиатрия. 2014. № 3. С. 18–20.
3. Иванов М. В., Симашкова Н. В., Козловская Г. В. Диагностика нарушений психического развития в раннем детском возрасте (скрининговая методика) // Методологические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии: коллектив. монограф. под ред. Н. В. Зверевой, И. Ф. Роциной. М., 2018. С. 212–221.
4. Иванов М. В., Симашкова Н. В., Козловская Г. В., Макушкин Е. В. Эпидемиология риска возникновения расстройств аутистического спектра у детей 16–24 месяцев жизни (данные по России за 2015–2016 гг.) // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски. 2018. Т. 118. № 5. С. 12–19.
5. Козловская Г. В. Актуальные проблемы микропсихиатрии // Психиатрия. 2007. № 5. С. 14–18.
6. Козловская Г. В. Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология и вопросы абилитации): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1995. 48 с.
7. Козловская Г. В. Психиатрия раннего возраста: клинические аспекты, профилактика, организация помощи, перспективы // Клинико-биологические, психологические и социальные аспекты психических расстройств у детей и подростков. Сб. мат. Всерос. науч.-практ. конф. с межд. уч. / под ред. Н. В. Симашковой. 2018. С. 53–66.
8. Копцева О. В. Психические расстройства как одна из ведущих причин детской инвалидности в Российской Федерации: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2009. 25 с.
9. Кремнева Л. Ф., Проселкова М. О., Козловская Г. В. и др. К вопросу об этиологии синдрома сиротства // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Т. 27. № 1. С. 20–25.
10. Кремнева Л. Ф., Козловская Г. В., Иванов М. В. К вопросу об антенатальной и ранней постнатальной психопрофилактике (основные положения) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. № 2 (приложение). С. 127–129.
11. Кремнева Л. Ф., Козловская Г. В., Крылатова Т. А. и др. Амбулаторно-профилактическое направление в сфере психического здоровья детей (память о патриархе) // Независимый психиатрический журнал. 2014. № 3. С. 14–17.
12. Макушкин Е. В., Байбарина Е. Н., Чумакова О. В. и др. Основопологающие задачи и проблемы охраны психического здоровья детей в России // Психиатрия. 2015. № 4. С. 5–11.
13. 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.
14. Марголина И. А., Платонова Н. В., Козловская Г. В. и др. Психический дизонтогенез у детей, подвергшихся психической депривации // Психиатрия. 2016. № 1. С. 12–18.
15. Powell J. E., Edwards A., Edwards M. et al. Changes in the incidence of childhood autism and other autistic spectrum disorders in preschool children from two areas of the West Midlands, UK // Developmental Medicine and Child Neurology. 2000. № 42. P. 624–628.
16. Simashkova N., Ivanov M., Kozlovskaya G. et al. Total screening of the risk of developing mental illness of young children in primary health care in Russia (data 2017) // European Psychiatry. 2019. Vol. 56 (Suppl.). P. 54.
17. Verhulst F. C., Tiemeier H. Epidemiology of child psychopathology: major milestones // European Child & Adolescent Psychiatry. 2015. № 6. P. 607–617.

АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ПОДРОСТКОВО-ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ: КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ, ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ И СОЦИОРЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ СТРАТЕГИИ

Каледа В. Г., д.м.н., профессор, Крылова Е. С., к.м.н., Бебуришвили А. А., к.м.н.,
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (ФГБНУ НЦПЗ),
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Для установления клинико-психопатологических особенностей аутоагрессивных действий при различных психических расстройствах юношеского возраста было изучено 385 больных в возрасте 16–21 год. Подтверждена высокая сопряженность несуицидальных повреждений с суицидальной активностью в юношеском возрасте. Выявленная неоднородность психопатологической основы аутоагрессивного поведения позволила создать оригинальную типологическую модель этих состояний, значимую для дифференциальной диагностики, выработки прогностических, терапевтических и социореабилитационных критериев.

Ключевые слова

Юношеский возраст, аутоагрессивное поведение, несуицидальное самоповреждение, НССП, суицид.

AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR IN ADOLESCENCE: CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL ASPECTS, THERAPEUTIC AND SOCIO-REHABILITATION STRATEGIES

Kaleda V. G., Doctor of Medical Sciences, Professor, Krylova E. S., PhD (Medical Sciences),
Beburishvili A. A., PhD (Medical Sciences),
Federal Mental Health Research Center,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The study aimed at establishing the clinical and psychopathological features of auto-aggressive behavior in adolescents with mental disorders was conducted. 385 patients aged 16–21 years were examined. The high correlation of non-suicidal self-injury with suicidal activity in adolescents was confirmed. The revealed heterogeneity of the psychopathological basis of auto-aggressive behavior made it possible to create an original typological model of these conditions, significant for differential diagnosis, and the development of prognostic, therapeutic, and socio-rehabilitation criteria.

Key words

Adolescence, autoaggressive behavior, non-suicidal self-injury, NSSI, suicide.

Аутоагрессивное поведение в подростково-юношеском возрасте создает сложные диагностические и терапевтические задачи для врачей-клиницистов. Их решение заключается в изучении структуры такого поведения, так как психопатологические характеристики в его основе разнообразны и сложны. Этот характерный для подростково-юношеской клиники полиморфизм проявлений психических расстройств не находит адекватного отражения в универсальных классификациях.

Самоубийство — третья ведущая причина смерти среди подростков в возрасте 10–14 лет, вторая ведущая причина среди молодежи 15–24 лет [8]. Суицидальная активность редко формируется до 10-летнего возраста, а показатели ее распространенности резко возрастают в период 12–17 лет [15].

Подростковый возраст является периодом повышенной уязвимости для интернализации психопатологии. Суицидальный риск в популяции людей с психическими расстрой-

ствами колеблется от 3,4 до 6,2% [14], при этом 80–90% суицидентов приходится на юношеский возраст [5]. Наиболее распространенными в этой возрастной категории являются аффективные, тревожные, аддиктивные и расстройства шизофренического спектра [9, 10].

Аффективные расстройства наиболее часто сопровождаются суицидальными попытками среди подростков и юношей и являются основной причиной смертности [17]. По данным ряда авторов, от 4 до 19% пациентов с аффективной патологией заканчивают свою жизнь самоубийством, в то время как 20–60% из них раз в жизни совершают суицидальную попытку [11, 12].

Значительная часть смертности при расстройствах шизофренического спектра чаще обусловлена самоубийством, и наибольшую опасность в этом отношении представляет первый психотический эпизод [13]. Установлено, что самый

высокий риск суицида у подростков с ранней манифестацией психоза, а у пациентов с шизофренией достоверным предиктором является предыдущая попытка самоубийства, увеличивающая суицидальный риск в 40 раз [7].

Следует отдельно уделить внимание аутоагрессивному поведению при формировании патологической структуры личности в подростково-юношеском возрасте. Психопатологические синдромы, возникающие у таких пациентов, сопряжены с высоким риском развития аутоагрессивных действий, в том числе несуицидального характера. Наличие рефлексии, психического инфантилизма парциального типа у больных с расстройством личности (РЛ) приводят к искажению мировоззренческих категорий и формированию низкой осознанности ценности жизни [1, 18], что обуславливает высокую опасность суицидальных действий [4]. В литературе показана взаимосвязь аутоагрессивного поведения и РЛ, при этом большая часть исследований посвящена пограничному РЛ (ПРЛ), так как лишь для этого типа в МКБ-10 и DSM V самоповреждающее поведение является одним из диагностических критериев. Отмечено, что 60–85% пациентов с ПРЛ совершают самоповреждения без суицидальных намерений [19].

Актуальной для исследования аутоагрессивного поведения остается проблема определения и взаимосвязи суицидального и несуицидального самоповреждающего поведения (НССП) в этой особой популяции. Многие исследователи подчеркивают их частую ассоциацию с суицидальным риском, а также опасность серьезных соматических повреждений [3]. Статистические данные о несуицидальных самоповреждениях среди юношей представлены в широком диапазоне — от 4,6 до 56,2% [6, 16]. По-видимому, это связано, с одной стороны, с тем, что подростки часто маскируют и скрывают нанесенные ими повреждения и попадают в поле зрения психиатров лишь частично или в случае резкого ухудшения психического состояния, с другой — с разницей в методологии исследований.

Таким образом, имеющиеся к настоящему времени данные исследований подтверждают значимость проблемы суицидального и НССП в молодежной популяции и диктуют необходимость более глубокого понимания основных психопатологических механизмов формирования аутоагрессии в период пубертатного криза.

Материал и методы. Исследование выполнено в ФГБНУ НЦПЗ в отделе юношеской психиатрии (руководитель — д.м.н., проф. В. Г. Каледа). Группы больных были сформированы на основании следующих критериев включения.

1. Юношеский возраст на момент первичного обследования (16–21 год).

2. Аутоагрессивные действия — несуицидальные самоповреждения и антивитальная активность (суицидальные мысли, намерения, попытки).

3. Диагнозы: аффективные расстройства (F31.X–F34.X), расстройства личности (F60.X–F61.X), расстройства шизофренического спектра (F20.X, F21.X, F23.X, F25.X) в соответствии с критериями адаптированной для РФ версии МКБ-10 (1998).

4. Информированное согласие пациента на участие в исследовании.

Критериями исключения явилось наличие сопутствующей соматической или неврологической патологии, затрудняющей исследование.

Цель: установление клинико-психопатологических особенностей аутоагрессивных действий при различных формах психической патологии в подростково-юношеском возрасте.

Всего обследовано 385 больных (270 мужского и 115 женского пола) с аутоагрессивными действиями при психических расстройствах в юношеском возрасте в клинике ФГБНУ НЦПЗ за период 2009–2019 гг. Исследование соответствовало положениям Хельсинской декларации по вопросам медицинской этики и проводилось с соблюдением прав, интересов и личного достоинства участников. План исследования одобрен локальным этическим комитетом ФГБНУ Научный центр психического здоровья. Все обследуемые дали письменное информированное согласие на участие в исследовании.

Применялись следующие методы: клинико-психопатологический, ретроспективный анализ и психометрический (HAM-D-17, PANSS).

Аутоагрессивное поведение было представлено сочетанием НССП и антивитальной активности — мыслей, намерений и действий, непосредственно направленных на лишение себя жизни. Нозологическое распределение в соответствии с критериями МКБ-10 (1998) было следующим: аффективные расстройства (F31.X–F34.X) — 101 больной (26,2%), расстройство личности (F60.X–F61.X) — 157 больных (40,8%), расстройства шизофренического спектра (F20.X, F21.X, F23.X, F25.X) — 127 больных (33%).

Социально-трудовой статус и уровень образования в изученной выборке на момент обследования показал, что среди обследованных больных преобладали учащиеся высших и средних учебных заведений (293 больных — 76,1%). Средний возраст обследованных больных к моменту первого стационарирования составил $18 \pm 3,2$ года, а средний возраст начала — $11 \pm 2,8$ года.

Результаты. На основании проведенного исследования было установлено, что у больных первые проявления аутоагрессии обнаруживались в детском возрасте в виде вербальной аутоагрессии, эпизодов нанесения себе физических повреждений, таких как выдергивание волос, щипание себя, удары, демонстративно-шантажные реакции и избегающее поведение. В дальнейшем, по мере взросления, к десяти годам отмечено появление первых суицидальных высказываний и намерений в виде демонстративного суицидального шантажа.

Манифестация НССП происходила раньше антивитальных поступков в период 13–15 лет, суицидальные попытки позднее, после 16 лет, и в нашем исследовании совершались на высоте манифестного психопатологического состояния, являясь поводом для госпитализации.

При анализе исследованного материала больные были разделены на две основные группы.

1. Несуицидальные самоповреждения в двух вариантах: «суициддезинтегрированные» с отсутствием мотивации к лишению себя жизни, но со стремлением причинить себе телесный ущерб, и «суицидинтегрированные», когда

у больных одновременно сосуществовали НССП с антивита-
льной активностью.

II. Суицидальное поведение — осознанные мысли, планы, намерения, действия, направленные на добровольное лишение себя жизни без НССП.

С использованием ранее созданной нами типологии НССП у больных юношеского возраста [2] выделены следующие основные типы аутоагрессивного поведения при различных формах психической патологии в юношеском возрасте (табл. 1).

Таблица 1. Распределение больных по типам аутоагрессивного поведения с антивита-
льной активностью

Показатель		Соотношение типов аутоагрессивного поведения															
		Импуль- сивные		Деперсо- нализаци- онные		Демонстра- тивные		Аддик- тивные		Самоистяз- ающие		Сверх- ценные		Психоти- ческие		Итого	
		п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Всего больных		89	100,0	67	100,0	47	100,0	49	100,0	37	100,0	34	100,0	62	100,0	385	100,0
I НССП	Всего	58	65,2	46	68,7	39	83,0	46	93,9	32	86,5	7	20,6	20	32,3	248	64,4
	Суицид-дизинтегриро- ванная	10	11,2	19	28,4	9	19,1	30	61,2	9	24,3	2	5,9	6	9,7	85	22,1
	Суицид-интегриро- ванная	48	53,9	27	40,3	30	63,8	16	32,7	23	62,2	5	14,7	14	22,6	163	42,3
II Суицидальное поведение без НССП		31	34,8	21	31,3	8	17,0	3	6,1	5	13,5	27	79,4	42	67,7	137	35,6

1. Импульсивный тип (89 больных — 23,1%) — аутоагрессивные действия возникали по типу «аффективной вспышки» в виде кратковременной тревожно-депрессивной реакции на высоте чрезвычайно выраженного по силе аффекта и совершались для облегчения состояния или как выход из «тупиковой ситуации».

2. Деперсонализационный тип (67 больных — 17,4%) — самоповреждающие действия были связаны с нарушениями в сфере самосознания и явлениями ангедонии. Нанесение болезненных ощущений или уход из жизни позволяло больным из этой группы «получить» эмоции и «вернуть ощущения», «почувствовать хоть что-нибудь».

3. Демонстративный тип (47 больных — 12,2%) — аутоагрессивные действия выполнялись при возникновении конфликтной ситуации с целью привлечь внимание кого-либо из окружающих, «доказать» силу своих страданий, а также уменьшения «внутреннего напряжения» и ослабления аффекта.

4. Аддиктивный тип (49 больных — 12,8%) — аутоагрессивные действия, соответствующие общепринятым критериям импульсивных влечений, с появлением стремления к осуществлению побуждения с последующим доминированием в сознании, нарастанием аффективной напряженности с чувством удовлетворения при реализации.

5. Самоистязующий тип (37 больных — 9,6%) — аутоагрессивные действия являлись результатом идей самообвинения, своеобразным актом самонаказания и были обусловлены ощущением «неполноты и незавершенности», идеями собственной несостоятельности с направленностью вектора вины на собственное «Я», приобретая при этом обсессивную окраску.

6. Сверхценный тип (34 больных — 8,8%) — характеризовался доминированием сверхценных экзистенциальных построений, больные полностью концентрировались на антивита-льных размышлениях и поступках, а суицидальное поведение не было связано с конфликтной ситуацией и не имело психологически понятного повода и носило рационалистический характер.

7. Психотический тип (62 больных — 16,1%) — аутоагрессивные действия возникали на высоте психотического

состояния, совершались под влиянием чаще галлюцинаторной симптоматики, острого чувственного бреда, психических автоматизмов и характеризовались высокой травматичностью и малой зависимостью от ситуационных влияний.

Как видно из представленной таблицы, у больных было выявлено, что «суициддизинтегрированные» НССП чаще встречались при импульсивном типе, тогда как «суициддизинтегрированные» с антивита-льной активностью при импульсивном демонстративном и самоистязующем типах. У больных с суицидальным поведением, у которых не было обнаружено НССП, преобладающими оказались сверхценный и психотические типы и в меньшей степени импульсивный.

Общая идеология организации помощи больным юношеского возраста с аутоагрессивным поведением направлена на создание для пациента условий безопасности, получение медицинской, психологической и социальной помощи. В приложении к пациентам юношеского возраста мы рекомендуем следующие принципы.

1. Госпитализация для обеспечения безопасности и исключения из привычной среды и устранения риска повторения аутоагрессивных поступков. Длительность госпитализации зависит от тяжести состояния, условий лечения, доступных пациенту вне стационара и адекватной поддержки членов семьи.

2. Участие врача-психиатра включает обязательную психопатологическую диагностику состояния пациента с учетом возрастных особенностей и синдромов психических расстройств на основе предложенной типологии.

3. Помощь пациентам с уже реализованным аутоагрессивным поведением базируется на психофармакотерапии, выбор и длительность которой определяется сопряженным с психопатологией типом этого поведения.

4. Присоединение психотерапевтической помощи по мере редукции основного психопатологического состояния с целью долгосрочной реабилитации и превенции повторных аутоагрессивных поступков.

5. Решение о последующих госпитализациях в случае повторения пациентом самоповреждающих поступков

принимается с учетом длительности и успеха стационарного лечения при предыдущих обращениях.

Таким образом, клинические проявления аутоагрессивного поведения в подростково-юношеском возрасте в структуре различных психических заболеваний отличаются значительным многообразием их психопатологической основы, обусловленной патопластическим действием возрастного фактора при участии определенной конституционально-личностной структуры. Проведенное

исследование показало высокую сопряженность НССП с суицидальной активностью в юношеском возрасте и, соответственно, подтвердило их суицидальный риск. Психопатологические характеристики в основе аутоагрессивного поведения неоднородны, что позволило создать типологическую модель для определения дифференциально-диагностических критериев и разработки методов организации специализированной медицинской помощи и реабилитации этого контингента больных.

Библиографический список

1. Вроно Е. М. Предотвращение самоубийства подростков. М.: Академический проект, 2001. 40 с.
2. Крылова Е. С., Бебуришвили А. А., Каледа В. Г. Несуицидальные самоповреждения при расстройстве личности в юношеском возрасте и оценка их взаимосвязи с суицидальным поведением // Суицидология. 2019. Т. 10. 1. С. 48–57.
3. Левковская О. Б., Шевченко Ю. С., Данилова Л. Ю., Грачев В. В. Феноменологический анализ несуицидальных самоповреждений у подростков // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2017. Т. 117. Вып. 7. С. 10–15.
4. Björkenstam C., Ekselius L., Berlin M., Gerdin B., Björkenstam E. Suicide risk and suicide method in patients with personality disorders // Journal of Psychiatric Research. 2016. Vol. 83. P. 29–36.
5. Bridge J. A., Goldstein T. R., Brent D. A. Adolescent suicide and suicidal behavior // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2006. Vol. 47 (3–4) P. 372–394.
6. Brown R. C., Witt A. Social factors associated with non-suicidal self-injury (NSSI) // Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. Vol. 23.
7. Caldwell C. B., Gottesman I. I. Schizophrenia - a high-risk factor for suicide: clues to risk reduction // Suicide Life Threat Behav. 1992. Vol. 4. P. 479–493.
8. Carballo J. J., Llorente C., Kehrmann L. et al. Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents // Europe Child Adolescence Psychiatry. January 2019. P. 1–18.
9. Covert D., Fraire M. G. The role of anxiety for youth experiencing suicide-related behaviors // Children's Health Care. 2019. Vol. 4. P. 351–371.
10. Doering S., Lichtenstein, P., Gillberg C. et al. Anxiety at age 15 predicts psychiatric diagnoses and suicidal ideation in late adolescence and young adulthood: results from two longitudinal studies // BMC Psychiatry 2019. Vol. 19. P. 363.
11. Dome P., Rihmer Z., Gonda X. Suicide Risk in Bipolar Disorder: A Brief Review // Medicina. 2019. Vol. 55(8). P. 403.
12. Dugand N., Thümmel S., Pradier C., Askenazy F. Suicidal attempts in child and adolescent and bipolar disorders // Encephale. 2018. Vol. 44 (3). P. 215–223.
13. Falcone T., Mishra L., Carlton E. et al. Suicidal behavior in adolescents with first-episode psychosis // Clinical Schizophrenia and Related Psychoses. 2010. Vol. 1. P. 34–40.
14. Holmstrand C., Bogren M., Mattisson C., Brådvik L. Long-term suicide risk in no, one or more mental disorders: the Lundby Study 1947–1997 // Acta Psychiatrica Scandinavica. 2015. Vol. 6. P. 459–469.
15. Jobs D. A., Vergara G. A., Lanzillo E. C., Ridge-Anderson A. The potential use of CAMS for suicidal youth: building on epidemiology and clinical interventions // Children's Health Care. 2019. Vol. 48. № 4. P. 444–446.
16. Naidoo S. The prevalence, nature, and functions of non-suicidal self-injury (NSSI) in a South African student sample. South African Journal of Education. 2019. Vol. 3. P. 10.
17. Rocha T. B. M., Zeni C. P., Caetano S. C., Kieling C. Mood disorders in childhood and adolescence // Brazilian Journal of Psychiatry. 2013. Vol. 1. P. 22–31.
18. Veras J. L., Ximenes R. C., Vasconcelos F. M., Sougey E. B. Prevalence of Suicide Risk Among Adolescents With Depressive Symptoms // Journal Article published Feb 2016 in Archives of Psychiatrist Nursing. 2016. Vol. 1. P. 2–6.
19. Winsper C., Hall J., Strauss V. Y., Wolke D. Aetiological pathways to Borderline Personality Disorder symptoms in early adolescence: childhood dysregulated behaviour, maladaptive parenting and bully victimization // Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation. 2017. Vol. 4.

ДЕТИ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ШИЗОФРЕНИИ: ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА, ТЕРАПИЯ, ПРОГНОЗ

Калинина М. А.,

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Современные эпидемиологические исследования показывают, что состояние психического здоровья населения многих стран мира неблагоприятно. Распространенность состояний риска достигает 30% в популяции, среди детского населения психические нарушения составляют 15–19% в мире, а долгосрочные прогнозы обещают увеличение заболеваемости в ближайшие годы. Статья посвящена обсуждению перспектив в выявлении, лечении и профилактики расстройств шизофренического спектра у детей из наследственно отягощенных семей. Представлены результаты многолетнего проспективного наблюдения детей группы высокого риска сотрудниками ФГБНУ НЦПЗ. За время наблюдения были установлены основные формы ранней клинической феноменологии (дизонтогенетические симптомы, также доклинические предикторы психических расстройств, депривационные нарушения, ранние депрессии, психозы). Предложены методы лечения и коррекции, разработаны принципы ранней профилактики.

Ключевые слова

Психическое здоровье, дети, высокий риск шизофрении, профилактика, катamnестическое исследование.

CHILDREN WITH A HIGH RISK OF SCHIZOPHRENIA: DIAGNOSIS, PREVENTION, THERAPY, PROGNOSIS

Kalinina M. A.,

Federal Mental Health Research Center,
Moscow, Russian Federation

Abstract

Modern epidemiological studies show poor mental health in populations of many countries. Mental illness conditions account for 30% in general population and for 15–19% in child population, and long-term forecasts promise an increase in the incidence in the coming years. The paper discusses the prospects for identifying, treating and preventing schizophrenic spectrum disorders in children having a family history of schizophrenia. The long-term study held by the Federal Mental Health Research Center, specified the major forms of the early clinical phenomenology. Methods of treatment and correction are suggested. Principles of early prevention are developed.

Key words

Mental health, children, high risk of schizophrenia, prevention, follow-up study.

Проблема психического здоровья приобретает перво-степенное значение для современного общества, поскольку имеет не только актуальное медицинское, но и социальное значение. По заключению ВОЗ, в позитивном смысле психическое здоровье является основой благополучия человека и эффективного функционирования всего человеческого сообщества.

В каждый момент времени уровень психического здоровья человека определяется многочисленными социальными, психологическими и биологическими факторами, включая показатели нищеты и уровня образования. С раннего детского возраста окружающая среда предъявляет все возрастающие требования к психическому здоровью человека, начиная с раннего возраста, а, как известно, истоки большинства психических заболеваний лежат в детском возрасте, когда закладываются основы личности и здоровья.

Многочисленные эпидемиологические исследования показывают, что в настоящее время состояние психического

здоровья населения многих стран мира неблагоприятно. По данным ВОЗ, на настоящий момент количество тяжело психически больных составляет 70–100 на 10 000 населения, а состояния риска психических нарушений (или предболезни) составляют 30% в популяции. Распространенность психической болезненности в детском возрасте не уступает таковой в населении старших возрастов, достигая 15–17% в мире, 19% в Европе. Долгосрочные прогнозы психической заболеваемости детей также показывают неблагоприятные тенденции — увеличение ее на 20% в ближайшие годы.

В Научном центре психического здоровья РАМН с 1983 г. (в настоящее время ФГБНУ НЦПЗ) по инициативе ведущих отечественных психиатров развивается новое направление по изучению психической патологии раннего детского возраста, в отечественной терминологии — микропсихиатрия [1, 3, 6]. Популярности данного научного направления способствовало внедрение в России с 2000-х годов адаптированной программы ВОЗ «Улучшение охраны здоровья (в том числе

психического) матери и ребенка в РФ», в рамках которой предусматривалось расширение амбулаторной помощи по улучшению и укреплению здоровья подрастающего поколения, консультирование и активное вовлечение родителей в процесс лечения и профилактики в амбулаторных условиях, начиная с первых лет жизни ребенка.

За прошедшие 30 лет в данном направлении возрастной психиатрии были достигнуты значительные успехи. Были созданы оригинальные диагностические шкалы, опросники (ГНОМ, Протокол клинического наблюдения и др.) [4]. На основе отечественных и зарубежных аналогов разработаны основные формы ранней клинической феноменологии (дизонтогенетические симптомы, также доклинические предикторы психических расстройств, депривационные нарушения, ранние депрессии, психозы). Разработаны принципы ранней психопрофилактики, лечения, коррекции и т.п. [2, 5 и др.].

При обследовании детской популяции на базах ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» из 10 000 обследованных были прослежены дети с высоким риском по шизофрении, имеющие функциональные расстройства эндогенного спектра в виде специфического симптомокомплекса нарушений. В составе собранной когорты оказались дети с различной степенью стигматизации и впоследствии заболевшие шизофренией и аутизмом.

Катамнестическое наблюдение детей этой группы показало, что спустя 20–25 лет наблюдения большинство пациентов исследуемой когорты по психическому состоянию укладывались в практическую норму или имели относительно легкие процессуальные нарушения в виде шизотипического расстройства. Среди пациентов с тяжелым течением

шизофрении оказались дети, имевшие на первом году жизни форпост-симптомы психоза в виде выраженных вегетативно-инстинктивных нарушений, дефицитарности эмоциональных реакций, мерцающих регрессивно-кататонических феноменов.

На протяжении периода наблюдения детям оказывалась лечебно-медикаментозная помощь в виде назначения ноотропов, нейропротекторов, седативных средств, психотропных препаратов по клиническим и возрастным показаниям.

В психотерапевтическую систему помощи также входила активная работа с семьей ребенка, что улучшало взаимодействие не только между матерью и больным ребенком, а также ближайшими родственниками, помогало адекватно воспринимать больного ребенка, его реальные и потенциальные возможности, более эффективно сотрудничать со специалистами — врачом, психологом, дефектологом — при выполнении рекомендаций по лечению и созданию оптимальной социальной среды.

Важную роль в коррекции психических нарушений у детей раннего и дошкольного возраста играла психопрофилактическая и коррекционная работа, проводившаяся с опорой на базовые психологические потребности ребенка, стимуляцию и развитие психической, речевой активности, эмоционального резонанса, привязанности, любознательности и коммуникабельности, поощрение успехов ребенка, привлечение различных методов игровой терапии.

Таким образом, для лиц, относящихся к группе высокого риска по шизофрении, большое значение имеет раннее выявление специфической эндогенной симптоматики, индивидуальный подход к проведению комплексных лечебных и коррекционных мероприятий.

Библиографический список

1. Ануфриев А. К., Козловская Г. В. Изучение шизотипического дизонтогенеза у детей раннего возраста группы высокого риска по эндогенным психозам // XI съезд невропатологов, психиатров и нейрохирургов Латвийской ССР. Латвия, Рига, 1985. Т. 1. С. 224–227.
2. Калинина М. А. Отдаленный катамнез детей из группы высокого риска развития шизофрении // Психиатрия. 2018. № 2. С. 41–47.
3. Козловская Г. В. Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология и вопросы абилитации): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1995. 48 с.
4. Козловская Г. В., Воскресенская С. А., Иванов М. В. и др. Диагностические тесты психологического и психоневрологического обследования детей первых лет жизни (нормативы, риск патологии, организация помощи) / под ред. д-ра мед. наук Г. В. Козловской. М., 2019. 192 с.
5. Козловская Г. В., Калинина М. А. Шизотипический диатез в раннем возрасте как предиктор шизофрении // Психиатрия. 2013. № 4. С. 27–31.
6. Козловская Г. В., Скобло Г. В., Горюнова А. В., Римашевская Н. В. Клинико-психопатологические аспекты пограничных психических расстройств в младенчестве // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1991. Т. 91. № 8. С. 62–66.

КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ ПРИ ХРОМОСОМНЫХ СИНДРОМАХ

Канивец И. В., к.м.н.^{1,2}, Романова И. И.^{1,3}, Пьянков Д. В.¹, Коростелев С. А., д.м.н.,
профессор¹, Дадали Е. Л., д.м.н., профессор⁴,
¹ ООО «Геномед»,

² ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального
образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации,

³ ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Казань,

⁴ ФГБНУ «Медико-генетический научный центр имени академика Н. П. Бочкова»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Хромосомный микроматричный анализ (ХМА) в настоящее время является рекомендованным во всем мире клиническим диагностическим тестом первой линии для пациентов с ЗР/УО неизвестной этиологии.

В данной статье мы представляем опыт применения SNP-матриц высокого разрешения для исследования 498 пациентов с ЗР/УО неизвестной этиологии.

Полученные нами результаты указывают на необходимость использования ХМА в качестве рутинного диагностического исследования при ЗР/УО неизвестной этиологии.

Ключевые слова

Задержка развития, умственная отсталость, хромосомный микроматричный анализ, хромосомные синдромы.

CLINICAL AND GENETIC CHARACTERISTICS OF MENTALLY RETARDED PATIENTS WITH CHROMOSOMAL SYNDROMES

Kanivets I. V., PhD (Medicine)^{1,2}, Romanova I. I.^{1,3}, Pyankov D. V.¹, Korostelev S. A., Doctor
of Medical Sciences, Professor¹, Dadali E. L., Doctor of Medical Sciences, Professor⁴,
¹Genomed Ltd,

²Russian Medical Academy of Continuous Professional Education,

³Kazan (Volga region) Federal University, Kazan,

⁴Federal State Research Centre for Medical Genetics,
Moscow, Russian Federation

Abstract

Chromosome microarray analysis (CMA) is the first-tier diagnostic assay for the evaluation of developmental delay (DD) and intellectual disability (ID) with unknown etiology. The paper presents clinical experience in implementing whole-genome high-resolution single nucleotide polymorphism (SNP) arrays to investigate 498 patients with unexplained DD/ID. The study findings suggest the necessity of CMA as a routine diagnostic test for unexplained DD/ID.

Key words

Developmental delay, intellectual disability, chromosome microarray analysis, chromosomal syndromes.

Введение. Задержка развития (ЗР) и умственная отсталость (УО) являются проявлениями дисфункции центральной нервной системы, и частота их встречаемости в общей популяции составляет приблизительно 3% [1]. Около 40% случаев ЗР и УО имеют генетические причины, включая хромосомные аномалии (например, трисомии, микроделеции и микродупликации) и моногенные заболевания (например, аутосомно-доминантная умственная отсталость,

тип 1, синдром ломкой X хромосомы) [2, 3, 4]. Хромосомные аномалии выявляются у 25% пациентов с ЗР и УО [4, 5]. В течение более чем 35 лет стандартное цитогенетическое исследование являлось тестом первой линии для выявления генетических нарушений у пациентов с ЗР/УО. Оно позволяет выявлять числовые и структурные аномалии хромосом в геноме, но имеет существенные ограничения в разрешающей способности, зачастую не превышающей

8–10 Mb. Флуоресцентная гибридизация insitu (FISH) позволяет выявлять специфические цитогенетические аномалии с более высокой чувствительностью, чем стандартный анализ кариотипа, однако его использование требует от врача достаточно четкой клинической гипотезы, позволяющей сузить круг поиска до определенной области на одной хромосоме. Использование же метода FISH для полногеномного анализа является достаточно трудоемким и экономически неэффективным и в итоге не позволяет добиться достаточно высокого разрешения для выявления всех клинически значимых хромосомных аномалий.

Хромосомный микроматричный анализ (ХМА) в настоящее время является рекомендованным во всем мире клиническим диагностическим тестом первой линии для пациентов с ЗР/УО неизвестной этиологии. ХМА определяет вариации числа копий ДНК (copy number variations – CNV) в геноме с более высоким разрешением, чем стандартное цитогенетическое исследование. В исследованиях, использующих SNP-микроматрицы для обследования цитогенетически нормальных пациентов с ЗР/УО, была показана потенциальная диагностическая эффективность 12–15%.

Материалы и методы. Для проведения исследования из базы данных лаборатории молекулярной патологии «Геномед» (Россия) были отобраны результаты SNP-ХМА пациентов, направительный диагноз которых содержал один из перечисленных признаков: умственная отсталость, задержка развития, дефицит интеллекта. Хромосомный микроматричный анализ был выполнен с использованием микроматриц высокой плотности (производитель – ThermoFisherScientific, США). Интерпретация результатов проводилась с использованием программы ChAS, версия 4.0 и собственной базы данных. В соответствии с рекомендациями ACMG обнаруженные CNVs классифицировались как патогенные, вероятно патогенные или варианты с неизвестной клинической значимостью.

Результаты исследования. В соответствии с критериями поиска были получены результаты ХМА 498 пациентов с ЗР/УО. В результате проведенного анализа причина заболевания была обнаружена у 98 пациентов, у 373 пациентов несбалансированные хромосомные аномалии отсутствовали, а 27 пациентов имели варианты, возможно имеющие отношение к причине заболевания, но требующие проведения дополнительного обследования (рис. 1). В группе пациентов, имеющих патогенные CNVs, был проведен анализ клинических проявлений, результаты которого представлены в табл. 1.

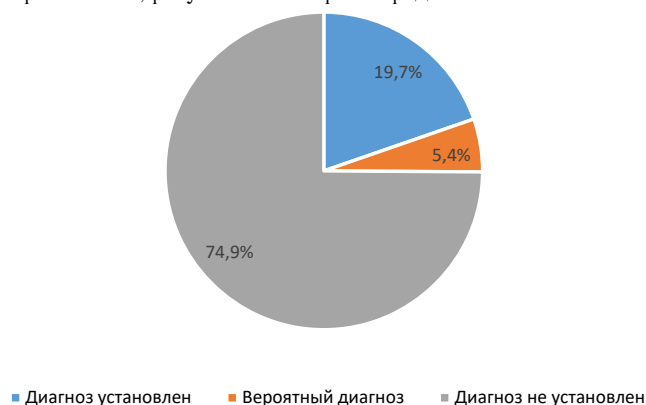


Рис. 1. Эффективность ХМА у пациентов с ЗР/УО

Таблица 1. Клинические проявления у пациентов с патогенными CNVs

№	Пол	Синдром	Клинические проявления помимо ЗР/УО
1	М	15q11.2-q13.3 tetrasomy	С
2	М	Charcot-Marie-Tooth syndrome type 1A	МАР
3	Ж	Chromosome 10q26 deletionsyndrome	Нанизм
4	М	Chromosome 10q26 deletionsyndrome	МАР
5	Ж	Chromosome 15q11-q13 duplication syndrome	РАС
6	М	Chromosome 15q13.3 microdeletionsyndrome	ВПР
7	М	Chromosome 15q26-qter deletion syndrome	ВПР
8	М	Chromosome 16p11.2 deletion syndrome, 220kb	С, МАР
9	М	Chromosome 16p11.2 deletion syndrome, 593kb	ВПР, МАР
10	М	Chromosome 16p11.2 duplicationsyndrome	С
11	М	Chromosome 16p12.2-p11.2 deletion syndrome	ВПР
12	М	Chromosome 16p13.11 microdeletionsyndrome	Гематологическая патология
13	М	Chromosome 16p13.11 microduplicationsyndrome	РАС
14	М	Chromosome 16p13.3 duplicationsyndrome	ВПР, С
15	Ж	Chromosome 17p13.3, centromeric, duplication syndrome	С
16	М	Chromosome 1p36 deletionsyndrome	н/д
17	М	Chromosome 1p36 deletionsyndrome	ВПР
18	Ж	Chromosome 22q11.2 deletionsyndrome	н/д
19	М	Chromosome 22q11.2 deletionsyndrome	ВПР
20	М	Chromosome 22q11.2 duplicationsyndrome	МАР
21	Ж	Chromosome 22q11.2 duplicationsyndrome	Остеопетроз
22	Ж	Chromosome 2q23.1 deletionsyndrome	С
23	Ж	Chromosome 2q37 deletionsyndrome	ДЦП
24	Ж	Chromosome 3q27.3 microdeletionsyndrome	н/д
25	М	Chromosome 5q14.3 deletionsyndrome	н/д
26	М	Chromosome Xq27.3-q28 duplication syndrome	н/д
27	М	Duchenne/Beckermusculardystrophy	РАС, НМЗ
28	М	GLUT1 deficienciesyndrome	С, ДЦП
29	М	Hypertrichosis terminalis, generalized, with or without gingival hyperplasia	С, ДЦП
30	М	Ichthyosis, X-linked	МАР, ихтиоз
31	М	Imbalance of more than one chromosome (unbalanced translocation included)	МАР
32	М	Imbalance of more than one chromosome (unbalanced translocation included)	РАС
33	Ж	Imbalance of more than one chromosome (unbalanced translocation included)	ВПР, С
34	Ж	Imbalance of more than one chromosome (unbalanced translocation included)	ВПР
35	Ж	Imbalance of more than one chromosome (unbalanced translocation included)	н/д

Продолжение

№	Пол	Синдром	Клинические проявления помимо ЗР/УО
36	М	Imbalance of more than one chromosome (unbalanced translocation included)	н/д
37	Ж	Imbalance of more than one chromosome (unbalanced translocation included)	ВПР
38	Ж	Imbalance of more than one chromosome (unbalanced translocation included)	МАР
39	М	Imbalance of more than one chromosome (unbalanced translocation included)	ВПР
40	М	Imbalance of more than one chromosome (unbalanced translocation included)	ДЦП
41	М	Imbalance of more than one chromosome (unbalanced translocation included)	МАР
42	М	Imbalance of more than one chromosome (unbalanced translocation included)	МАР
43	М	Imbalance of more than one chromosome (unbalanced translocation included)	МАР
44	М	Imbalance of more than one chromosome (unbalanced translocation included)	МАР, ДЦП
45	М	Imbalance of more than one chromosome (unbalanced translocation included)	МАР
46	М	Klinefeltersyndrome	н/д
47	М	Klinefeltersyndrome	н/д
48	М	Klinefeltersyndrome	МАР
49	М	Koolen-DeVriessyndrome	МАР, ДЦП
50	М	Koolen-DeVriessyndrome	н/д
51	М	Mentalretardation, autosomaldominant 1	С
52	М	Mentalretardation, autosomaldominant 1	С
53	М	Mentalretardation, autosomaldominant 1	н/д
54	Ж	Mentalretardation, autosomaldominant 2	н/д
55	М	Mentalretardation, autosomaldominant 22	МАР
56	М	Mowat-Wilsonsyndrome	МАР
57	М	Multiple imbalance of one chromosome	МАР
58	М	Multiple imbalance of one chromosome	МАР
59	Ж	Multiple imbalance of one chromosome	НМЗ
60	Ж	Multiple imbalance of one chromosome	ДЦП
61	Ж	Multiple imbalance of one chromosome	н/д
62	Ж	Multiple imbalance of one chromosome	МАР
63	Ж	Patau syndrome (Trisomy 13)	ВПР
64	М	Pathogenic deletion unclassified as a syndrome	н/д
65	Ж	Pathogenic deletion unclassified as a syndrome	ВПР
66	М	Pathogenic deletion unclassified as a syndrome	ВПР
67	Ж	Pathogenic deletion unclassified as a syndrome	С, РАС
68	М	Pathogenic deletion unclassified as a syndrome	МАР
69	Ж	Pathogenic deletion unclassified as a syndrome	МАР
70	Ж	Pathogenic deletion unclassified as a syndrome	МАР
71	Ж	Pathogenic deletion unclassified as a syndrome	н/д
72	М	Pathogenic deletion unclassified as a syndrome	С, МАР

Окончание

№	Пол	Синдром	Клинические проявления помимо ЗР/УО
73	М	Pathogenic deletion unclassified as a syndrome	н/д
74	М	Pathogenic deletion unclassified as a syndrome	С, ДЦП
75	Ж	Pathogenic deletion unclassified as a syndrome	н/д
76	Ж	Pathogenic deletion unclassified as a syndrome	н/д
77	М	Pathogenic deletion unclassified as a syndrome	н/д
78	М	Pathogenic deletion unclassified as a syndrome	н/д
79	М	Pathogenic duplication unclassified as a syndrome	н/д
80	Ж	Pathogenic duplication unclassified as a syndrome	н/д
81	М	Pathogenic triplication, unclassified as a syndrome	МАР
82	Ж	Phelan-McDermidsyndrome	МАР
83	М	Phelan-McDermidsyndrome	ДЦП
84	М	Phelan-McDermidsyndrome	РАС
85	М	Phelan-McDermidsyndrome	МАР
86	Ж	Pitt-Hopkinssyndrome	МАР
87	М	Potocki-Lupskisyndrome	ВПР
88	Ж	Prader-Willi/Angelmansyndrome	н/д
89	Ж	Prader-Willi/Angelmansyndrome	НМЗ
90	Ж	Prader-Willi/Angelmansyndrome	С, ДЦП
91	Ж	Prader-Willi/Angelmansyndrome	С, ДЦП
92	Ж	Prader-Willi/Angelmansyndrome	МАР
93	Ж	Sotosyndrome	МАР
94	Ж	STXBP1-associated syndrome	н/д
95	Ж	Tetrasomy X	ВПР
96	Ж	Williams syndrome (Chromosome 7q11.23 deletion syndrome)	МАР
97	М	Williams syndrome (Chromosome 7q11.23 deletion syndrome)	МАР
98	М	Wolf-Hirschhornsyndrome	С

Примечание: С – судороги, МАР – малые аномалии развития (лицевые дизморфии), ВПР – врожденные пороки развития, НМЗ – нервно-мышечные заболевания, РАС – расстройство аутистического спектра, ДЦП – детский церебральный паралич, н/д – нет данных о других симптомах, кроме ЗР/УО.

В группе пациентов с выявленными патогенными CNVs помимо ЗР/УО были описаны малые аномалии развития (32 пациента), врожденные пороки развития (16 пациентов), ДЦП (11 пациентов), судороги (8 пациентов) и РАС (6 пациентов). У 24 пациентов отсутствовала информация о других клинических проявлениях, кроме ЗР/УО.

Распределение клинически значимых результатов ХМА по типам представлено на рис. 2. У 59 пациентов были диагностированы делеционные и дупликационные синдромы, описанные в базе данных OMIM (<https://omim.org/>), а хромосомные аномалии, обнаруженные у 39 пациентов, классифицированы как патогенные CNVs, несмотря на то что отсутствовали в этой базе данных.



Рис. 2. Результаты ХМА в группе пациентов с ЗР/УО: ВНЗ — вариации числа копий с неизвестной клинической значимостью, АОН — протяженные участки отсутствия гетерозиготности

Обсуждение. В результате проведенного исследования причина ЗР/УО была установлена у 19,7% пациентов. Это превышает эффективность стандартного анализа кариотипа, которая в большинстве медико-генетических консультаций остается на уровне 3% преимущественно за счет грубых хромосомных аномалий у детей с ВПР. Выявление патогенных CNVs, являющихся причиной заболевания, позволяет установить окончательный диагноз, обсуждать прогноз для

пробанда и членов его семьи, в том числе риск повторного рождения ребенка с обнаруженной хромосомной аномалией.

Дополнительные клинические проявления помимо ЗР/УО у пациентов с патогенными CNVs представлены судорогами, малыми аномалиями развития (лицевыми дизморфиями), врожденными пороками развития, расстройством аутистического спектра, детским церебральным параличом. Наличие дополнительных клинических признаков может позволить сузить круг поиска, но чаще осложняет выбор теста первой линии. Например, у пациентов с судорогами и ЗР/УО вероятность выявления точечных мутаций методами высокопроизводительного секвенирования выше, чем при ХМА. Генетическое консультирование пациентов с ЗР/УО необходимо для оценки особенностей фенотипа и клинической картины пациента — критериев, лежащих в основе выбора диагностического алгоритма

При анализе распределения клинически значимых CNVs обращает внимание количество вариантов, не описанных как делеционные и дупликационные синдромы в базе данных OMIM, однако имеющие отношение к клиническим проявлениям и классифицированные как патогенные. Выявление таких CNVs подчеркивает важность использования полногеномного ХМА, поскольку зачастую они не имеют специфических клинических проявлений и фенотипических признаков.

Полученные нами результаты указывают на необходимость использования хромосомного микроматричного анализа в качестве рутинного диагностического исследования при ЗР/УО неизвестной этиологии.

Библиографический список

1. Beaudet A. L. The utility of chromosomal microarray analysis in developmental and behavioral pediatrics. *Child Dev.* 2013; 84: 121–132.
2. Chelly J., Khelfaoui M., Francis F., Chérif B. and Bienvenu T. Genetics and pathophysiology of mental retardation. *Eur J Hum Genet.* 2006; 14: 701–713.
3. Miclea D., Peca L., Cuzmici Z. and Pop I. V. Genetic testing in patients with global developmental delay/intellectual disabilities. A review. *Clujul Med.* 2015; 88: 288–292.
4. Moeschler J. B., Shevell M., and Committee on Genetics. Comprehensive evaluation of the child with an intellectual disability or global developmental delays. *Pediatrics.* 2014; 134: 903–918.
5. Weiss L. A., Shen Y., Korn J. M. et al. Association between microdeletion and microduplication at 16p11.2 and autism. *N Engl J Med.* 2008; 358: 667–675.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ СРЕДСТВАМИ САНОГЕННОЙ РЕФЛЕКСИИ

Киселева Т. Б., к.псих.н., доцент,
ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

В статье обсуждаются психологические проблемы родителей, имеющих детей с психическими расстройствами, рассматриваются способы оказания им психологической помощи в рамках саногенного подхода. Работа с такими эмоциями взрослых, как «вина», «гнев», «обида», развитие у родителей саногенного мышления и саногенной рефлексии позволит повысить качество их жизни, даст ресурс сохранения собственного психического и физического здоровья, положительно скажется на их взаимодействии с больным ребенком и на психологическом климате семьи в целом.

Ключевые слова

Защитная рефлексия, саногенная рефлексия, «бремя болезни», детско-родительские отношения.

PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF PARENTS OF CHILDREN WITH MENTAL DISORDERS BY MEANS OF SANOGENIC REFLECTION

Kiseleva T. B., PhD (Psychology), Associate Professor,
Moscow State Pedagogical University,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The paper discusses the psychological problems of parents who have children with mental disorders and the methods of psychological assistance with the sanogenic reflection approach. Work with adult emotions such as “guilt”, “anger”, “resentment” and development of sanogenic thinking and sanogenic reflection in parents will improve their psychological well-being and provide resources for preserving their mental and physical health that will positively influence on their relations with a child and the psychological wellbeing of the family.

Key words

Sanogenic reflection, protective reflection, socioeconomic burden, child-parent relationships.

Психическое заболевание ребенка оказывает огромное влияние на все сферы жизни семьи, затрагивает каждого из ее членов и их отношения друг с другом. Проявление у ребенка психического расстройства нарушает жизнедеятельность семьи во всех аспектах: меняются детско-родительские отношения с каждым из детей, ухудшаются отношения между супругами, страдает общая психологическая атмосфера семьи. Как показывают исследования, изменяется социально-эмоциональный фон семьи, повышается конфликтность, нарушается распорядок жизни и распределение обязанностей [1, 3, 7, 8, 12, 20]. Как пишут Н. В. Пережигина и Ю. Ю. Куксова, «раскручивается спираль накопления стресса, скрытого накопления интеллектуальных, аффективных и сенсорных раздражений в семье, завершающаяся эмоциональным истощением и эмоциональным обеднением личностей участников, без перспективы саморазрешения ситуации» [16, с. 174].

При этом семья психически больного ребенка рассматривается специалистами как наиболее значимый источник помощи ребенку в успешной социальной адаптации и преодоления последствий психического расстройства. Нельзя

переоценить роль родителей при реализации мероприятий, направленных на психологическую реабилитацию больного ребенка или подростка, на устранение социальной дезадаптации [11, 12].

Специалисты выделяют различные нарушения и искажения в детско-родительских отношениях в семьях, имеющих ребенка с отклонением в психическом развитии. Часть этих нарушений специфичны для определенного заболевания, какие-то отклонения являются общими для большинства семей, воспитывающих больного ребенка.

В семьях, имеющих ребенка с СДВГ, отношение родителей к ребенку складывается по принципу субъект/объект-объектных отношений [16].

В семьях, воспитывающих детей с ДЦП, тип воспитания часто можно характеризовать как гиперопеку, сопровождающуюся повышенной тревожностью и акцентированием внимания на беспомощности ребенка [3].

Родители ребенка с нарушенным развитием часто испытывают чувство растерянности и беспомощности, что приводит к его бессознательному «отвержению». Это проявляется в снижении интереса к ребенку, недостаточном взаимодей-

ствии с ним, повышении строгости наказания в попытке исправить «неправильное» поведение. Это отрицательно влияет на детскую самооценку и провоцирует социальную дезадаптацию [5].

Родители детей с ранним детским аутизмом испытывают высокую эмоциональную нагрузку, вызванную необходимостью поддерживать постоянный контакт с больным ребенком и оказывать ему помощь в удовлетворении элементарных бытовых потребностей. Неловкость, стыд за поведение ребенка с РАС провоцируют самоизоляцию родителей от социума, так как они стесняются своего ребенка, не принимают его таким, как он есть [15, 17].

Общими для родителей, воспитывающих детей с психическими отклонениями, является переживание чувства вины, бессилия. В настоящее время по отношению к членам семьи описан феномен «бремени болезни», который включают как материальные, так и эмоционально-психологические тяготы, переживаемые членами семьи. Отмечается, что помимо заботы по уходу за больным «бремя болезни» — это ответственность за будущее больного ребенка, утрата карьерных перспектив служебного роста, часто невозможность осуществления полноценного отдыха, а также переживание стигмы [2].

Анализ литературы позволяет утверждать, что те или иные нарушения в стиле воспитания присутствуют в большинстве семей, воспитывающих детей с психическими нарушениями [19]. Встречаются различные классификации нарушенных типов семейного воспитания (А. Е. Личко и Э. Г. Эйдемиллер, Д. Н. Исаев, Л. М. Шипицина, А. А. Коваленко).

Е. Ю. Бикметов, З. Л. Сизоненко, О. Н. Юлдашева выделили деструктивные типы поведения родителей, воспитывающих ребенка с нарушенным развитием [1].

1. Избегание прямых контактов с окружением.
2. Критика общественных норм и ценностей.
3. Принятие тех ценностей общества, которые соответствуют собственным представлениям.
4. Осознание необходимости принятия общественных норм и правил и формирование на их фоне собственных, адекватных повседневным ценностям и представлениям, под влиянием общественных.

Таким образом, родители, воспитывающие ребенка с психическими нарушениями, несут «бремя болезни» и длительно испытывают целый ряд негативных эмоциональных переживаний, таких как стыд, вина, гнев, беспомощность, обида, им часто свойственно переживания социальной стигмы и изоляции.

Для обеспечения необходимых условий для оптимального психического нормального развития детей и подростков, страдающих психическими расстройствами, необходим позитивный психологический климат в семье, высокий потенциал членов семьи, в первую очередь его родителей. Основной целью при групповой психосоциальной терапии с родителями должно выступать «семейное бремя», что будет способствовать повышению психореабилитационного ресурса родителей [11]. Актуальным, как отмечает Е. В. Корень с соавторами, является научное обоснование и методологическое обеспечение эффективных программ психосоциальной [7].

Психологическое благополучие родителей, воспитывающих ребенка с психическими нарушениями, является

одним из важнейших факторов, влияющих на его психосоциальную реабилитацию [6].

В настоящее время выделены разнообразные факторы — как объективные, так и субъективные, определяющие психологическое благополучие личности (М. Аргайл, Н. К. Бахарева, Ю. П. Дмитрук, А. В. Воронина, П. П. Фесенко).

Концепция саногенного мышления, формирующегося на основе саногенной рефлексии, созданная Ю. М. Орловым [14] и С. Н. Морозюк [13], дает практический инструмент для регуляции эмоциональных переживаний личности через осознание своих негативных социальных установок и поведенческих реакций и позволяет выбирать адекватные ответные реакции на стрессовую ситуацию. В процессе овладения саногенным мышлением и развития саногенной рефлексии происходит выработка новых саногенных умственных автоматизмов.

В рамках данной концепции проведены исследования, убедительно показывающие положительное влияние саногенной рефлексии матери на ее собственное психическое благополучие и на психическое благополучие здорового, психически сохранного ребенка.

В работах Т. О. Смолевой проанализированы психологические особенности взрослых членов семьи, запускающие патогенный процесс развития детско-родительских отношений. Т. О. Смолева выдвинула гипотезу о возможности изменения детско-родительских отношений путем формирования у взрослых саногенной рефлексии [18]. Автор устанавливает связь «благополучный взрослый — благополучный ребенок» и доказывает экспериментально положительное влияние матери, обладающей саногенным мышлением, основанным на саногенной рефлексии, на психическое благополучие ребенка. Т. О. Смолева установила, что «защитная рефлексия матери» является тем психологическим механизмом, который определяет негативные особенности детско-родительских отношений. Защитная рефлексия матери провоцируется переживанием чувств вины, стыда, обиды, гнева на себя (аутоагрессия и самоуничтожение), ощущением одиночества. Механизм защитной рефлексии способствует расширению родительских чувств, возникновению неустойчивого стиля воспитания, чрезмерности либо минимизации санкций наказания и запрета [18].

В работах Е. С. Кузнецовой, выполненных под руководством С. Н. Морозюк, экспериментально доказана связь стиля родительского отношения матери к ребенку и особенностей ее рефлексии, которая может быть как патогенной, несущей болезнь, так и саногенной, направленной на конструктивный подход к решению возникающих проблем [9, 10].

Таким образом, анализ литературных данных демонстрирует эффективность развития саногенного мышления и саногенной рефлексии для повышения психического благополучия в детско-родительской паре. Однако это показано для семей, воспитывающих психически здорового ребенка. Не менее актуальным, на наш взгляд, является использование саногенного подхода для работы с родителями, имеющими психически нездорового ребенка. Саногенная рефлексия матери (отца) может выступать эффективным когнитивно-личностным механизмом, который позволит родителям больных детей снизить «бремя болезни» и более гибко и осознанно взаимодействовать с больным ребенком, что будет способствовать его социальной адаптации.

Библиографический список

1. Бикметов Е. Ю., Сизоненко З. Л., Юлдашева О. Н. Социализация в семье детей с ограниченными физическими возможностями: условия и факторы. Уфа: Аркаим, 2012. 171 с.
2. Двенадцать лекций о психиатрии и психическом здоровье: в помощь семье / ред. В. С. Ястребов. 3-е изд., перераб. Москва: МБА, 2018.
3. Иванова В. С. Теоретико-методологические основания исследования особенностей отношения родителей к заболеванию ребенка с ДЦП в психологическом сопровождении семьи. Вестник ТГПУ. 2009. Вып. 11.
4. Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство. СПб.: Речь, 2007.
5. Кожанова Т. М. Роль семьи в социализации детей с ограниченными возможностями здоровья / Современные проблемы науки и образования. 2013. № 4. URL: www.science-education.ru
6. Корень Е. В. Проблемы реабилитации детей с психическими расстройствами в парадигме психического здоровья: перспективы мультидисциплинарного подхода // Актуальные проблемы подростково-юношеской психиатрии. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной памяти профессора М. Я. Цуцукловской / под ред. В. Г. Каледы, И. В. Олейчика. М., 2015. С. 124.
7. Корень Е. В., Куприянова Т. А., Коваленко Ю. Б. и др. Современные подходы к психосоциальной реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами // Актуальные проблемы подростково-юношеской психиатрии. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной памяти профессора М. Я. Цуцукловской / под ред. В. Г. Каледы, И. В. Олейчика. М., 2015. С. 120.
8. Кузнецова Е. С. Саногенная рефлексия матерей в структуре эмоционального благополучия детей дошкольного возраста // Международный научно-исследовательский журнал: Психологические науки. 2012. № 3 С. 12–15.
9. Кузнецова Е. С., Морозюк С. Н. Программа развития саногенной рефлексии значимого для ребенка взрослого как фактор его эмоционального благополучия // Образование и наука в России и за рубежом. 2018. № 9. С. 78–83.
10. Кузнецова Е. С., Морозюк С. Н. Рефлексия матери как механизм формирования эмоционального благополучия ребенка // Образование и наука в России и за рубежом. 2018. № 9. С. 141–146.
11. Куприянова Т. А., Корень Е. В. Влияние семейного бремени на динамику социального функционирования детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра // Актуальные проблемы подростково-юношеской психиатрии. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной памяти профессора М. Я. Цуцукловской / под ред. В. Г. Каледы, И. В. Олейчика. М., 2015. С. 134–135.
12. Лазуренко С. Б. Семейно-центрированный подход к оказанию комплексной медико-психолого-педагогической помощи ребенку с расстройствами психики // Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии. Сборник материалов Всероссийской юбилейной научно-практической конференции «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии (к 85-летию Ю. Ф. Полякова)». М., 2013. С. 168.
13. Морозюк С. Н. Десять шагов исцеления от обиды. Практикум по развитию саногенного мышления. М.: Прометей. 2013. 134 с.
14. Орлов Ю. М. Саногенное мышление / сост. А. В. Ребенок, О. Ю. Орлова. Серия: Управление поведением. Кн. 1. М.: Слай-динг, 2003. 96 с.
15. Панова К. А., Шайдукова Л. К. Особенности интерпретации родителями поведения детей, страдающих аутистическими расстройствами // Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии. Сборник материалов Всероссийской юбилейной научно-практической конференции «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии (к 85-летию Ю. Ф. Полякова)». М., 2013. С. 172.
16. Пережигина Н. В., Куксова Ю. Ю. К вопросу о роли эмоциональной родительской компетентности в закладке и формировании синдрома нарушения внимания с гиперактивностью // Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии. Сборник материалов Всероссийской юбилейной научно-практической конференции «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии (к 85-летию Ю. Ф. Полякова)». М., 2013. С. 174.
17. Сиголаева Л. М. Аутичный ребенок в подростковом возрасте // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. СПб., 2009. № 116. С. 264.
18. Смолева Т. О. Психологическое неблагополучие ребенка: генезис и преодоление монография. Иркутск. Изд-во ГОУ ВПО В. Сиб. ГАО, 2010. 250 с.
19. Султанова А. С., Иванова И. А. Особенности стилей воспитания в семьях с детьми, имеющими негрубое перинатальное поражение нервной систем // Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии. Сборник материалов Всероссийской юбилейной научно-практической конференции «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии (к 85-летию Ю. Ф. Полякова)». М., 2013. С. 176.
20. Тимченко Г. Н., Харитонов А. Н. Психологическая помощь семье: роль психоаналитической психодиагностики и психологического семейного диагноза // Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии. Сборник материалов Всероссийской юбилейной научно-практической конференции «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии (к 85-летию Ю. Ф. Полякова)». М., 2013. С. 20.

СОЦИАЛЬНАЯ ПЕРЦЕПЦИЯ В КОНТЕКСТЕ ВИДОВ КОГНИТИВНОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Коваль-Зайцев А. А., к.псх.н., ведущий научный сотрудник,
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»,
ГБОУ ВПО «Московский государственный психолого-педагогический университет»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Обсуждается современное состояние проблемы нарушений социальной перцепции в контексте видов когнитивного дизонтогенеза при расстройствах аутистического спектра (РАС) у детей. Представлены результаты патопсихологического дифференциально-диагностического обследования 147 больных в возрасте семи лет до десяти лет с психотическими формами РАС. Прослеживается взаимосвязь выделенных видов когнитивного дизонтогенеза у больных с РАС и нарушений социальной перцепции. Отмечены значительные различия в выделенных видах — профилях когнитивного дизонтогенеза.

Ключевые слова

Социальная перцепция, когнитивный дизонтогенез, диагностика, профили, расстройства аутистического спектра.

SOCIAL PERCEPTION IN THE CONTEXT OF TYPES OF COGNITIVE DIZONTOGENESIS IN CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

Koval-Zaitsev A. A., PhD (Psychology), Leading Research Officer,
Federal Mental Health Research Center,
Moscow State University of Psychology and Education,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The paper discusses the problem of impaired social perception in the context of types of cognitive dizontogenesis in children with ASD. The results of a pathopsychological differential diagnostic examination of 147 patients aged seven to ten years with psychotic forms of ASD are presented. The relationship between the selected types of cognitive dysontogenesis in patients with ASD and impaired social perception is traced. Significant differences in the selected species—profiles of cognitive dysontogenesis is noted.

Key words

Social perception, cognitive dizontogenesis, diagnostics, profiles, autism spectrum disorders.

Когнитивный дизонтогенез при эндогенной психической патологии интенсивно исследуется в последние десятилетия преимущественно на взрослых больных. В ряде таких работ прослеживается взаимосвязь нарушений социальной перцепции и когнитивного развития. Меньшее внимание уделяется этой проблеме в детской и подростковой клинике. Имеются отдельные работы, описывающие динамику когнитивного развития детей и подростков с эндогенной психической патологией и органической патологией ЦНС [2, 8]. Недостаточно изученным остается проблема нарушений социальной перцепции в контексте различных видов когнитивного дизонтогенеза у детей с РАС.

Актуальность исследования обусловлена и устойчивой частотой заболевания, при этом остаются вопросы дифференциальной диагностики видов нарушенного развития, определения специфики формирования нарушений социальной перцепции и проявлений когнитивного дизонтогенеза. Имеющиеся психологические классификации психического

дизонтогенеза [5] не охватывают в полной мере нарушений развития при рано начавшихся эндогенных психических заболеваниях. Мало изучены вопросы нарушенного развития с позиций соотношения стабильных и изменяющихся компонентов, формирования дефекта и квалификация его структуры, а также связь психологических параметров когнитивного дизонтогенеза с клиническими параметрами у детей с эндогенными психическими заболеваниями [4, 6, 7]. Количественная оценка и качественный анализ тяжести последствий раннего начала заболевания требуют современных средств для своевременной его диагностики, оценки эффективности лечения, прогноза, правильной организации обучения и проведения психологической коррекции.

В последние годы в отечественных исследованиях встречаются работы, где в методическом обеспечении применяются как классические, так и новые методики с превалированием качественного анализа структуры нарушений психического развития в сочетании с современными комплексными количе-

ственными стандартизированными процедурами [3]. Именно такой методикой является Психологообразовательный тест (английское название и аббревиатура: Psychoeducation Profile, далее — РЕР) [9]. Соотнесение диагностических возможностей РЕР с патопсихологическими методиками, направленными на исследование когнитивной и социально-перцептивной сфер, представляется важной и актуальной задачей для оценки выраженности когнитивного дизонтогенеза у детей с эндогенными психическими заболеваниями, протекающими с РАС, манифестирующими в раннем возрасте.

Обозначенный подход позволяет изучать особенности социальной перцепции в контексте когнитивного дизонтогенеза у детей с РАС при эндогенной психической патологии комплексно, параллельно используя методики с превалированием качественного и количественного анализа в контексте мультидисциплинарного клинико-психологического подхода.

Цель исследования. Диагностика социальной перцепции у детей с различными видами когнитивного дизонтогенеза при РАС.

Выборки испытуемых. Исследование проводилось на базе детского стационара ФГБНУ НЦПЗ и включало 147 детей (39 девочек и 108 мальчиков) в возрасте 7 лет до 10 лет (средний возраст 8,75 года), проходивших стационарное лечение в детской клинике ФГБНУ НЦПЗ. Критерии включения в экспериментальную группу: наличие психотических форм РАС, лечение в стационаре.

Дизайн исследования. Проводился анализ данных медицинской документации и историй болезни каждого больного. Учитывался возраст начала заболевания. Патопсихологическая диагностика когнитивного дизонтогенеза у больных оценивалась с помощью РЕР и ряда отечественных патопсихологических методик («Фигуры Липера», «Идентификация формы», «Конструирование объектов», «Малая предметная классификация», «Рисунок себя»)[1], которые были дополнены методиками, предназначенными для диагностики социальной перцепции («Распознавание эмоционально выразительных движений поз и жестов», «Смайлы», Theory of Mind Picture Stories Task англ. аббр. — ТОМ). Результаты выполнения всех методик после сравнения с нормативными данными (здоровые сверстники) были переведены в z-шкалы,

которые использовались в качестве показателей глубины и выраженности когнитивного дизонтогенеза. Значения z-шкал были получены как разность показателя больного с нормативным средним, отнесенным к нормативному стандартному отклонению. Z-шкалы вычислялись индивидуально для каждого больного с учетом его возраста с точностью до года: чем меньше полученное z-значение, тем больше выраженность когнитивного дизонтогенеза. Дефицитарным считался показатель $z < -1$. Такой подход позволил сравнивать испытуемых разного возраста между собой по уровню выраженности когнитивного дизонтогенеза и выстроить специфические профили, соответствующие каждому из видов когнитивного дизонтогенеза.

Результаты исследования. В зависимости от тяжести проявлений когнитивного дизонтогенеза были выделены три различных, качественно отличающихся друг от друга вида: искаженный, дефицитарный и регрессивно-дефектирующий.

Искаженный вид когнитивного дизонтогенеза проявляется в диссоциированном развитии по когнитивным шкалам Психологообразовательного теста. Наблюдается дезинтегративность когнитивных представлений и вербальной зоны при высоком уровне их развития, близость к норме по шкале «восприятие», отставание от нормы по шкале «мелкая моторика».

Дефицитарный вид когнитивного дизонтогенеза проявляется в выраженной диссоциации в развитии разных сфер психической деятельности, неоднородности отставания по когнитивным шкалам, небольшом отставании от нормы по шкале «восприятие», выраженном отставании от нормы по шкалам «мелкая моторика», «когнитивные представления» и «вербальная зона».

Регрессивно-дефектирующий вид когнитивного дизонтогенеза проявляется выраженной диссоциированной ретардацией в развитии разных сфер психической деятельности, грубом отставании от нормы по шкалам «восприятие», «мелкая моторика», «когнитивные представления» и «вербальная зона».

На рисунке 1 представлены все полученные профили, которые для удобства сравнения изображены единым блоком.

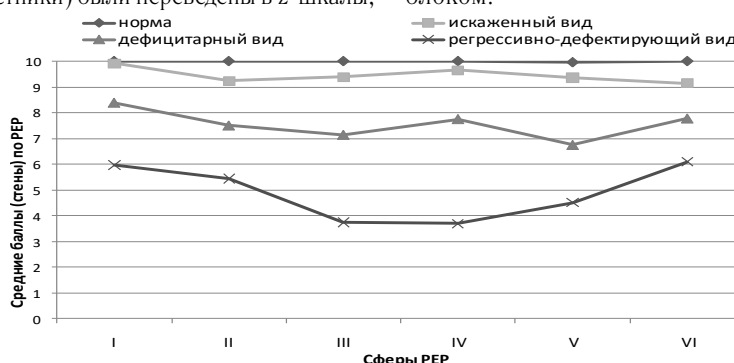


Рис. 1. Профили развития больных с различными видами когнитивного дизонтогенеза по РЕР в сравнении с нормой

Примечание: по оси абсцисс — сферы по РЕР: I — восприятие; II — мелкая моторика; III — когнитивные представления; IV — вербальная зона; V — общий балл когнитивных шкал; VI — общий балл аутистических шкал; по оси ординат — средние баллы в стенах (10-балльная шкала)

Применение патопсихологических методик показывает, что искаженный вид когнитивного дизонтогенеза, отставая от нормы по уровню развития мышления, показателям рисунка, мелкой моторики и социальной перцепции,

опережает норму по предметно-содержательному и операционному компонентам зрительного восприятия в отличие от дефицитарного и регрессивно-дефектирующего видов когнитивного дизонтогенеза, которые отстают от нормы

и искаженного вида по всем оцениваемым психическим функциям. Наибольшее грубое отставание наблюдается в группе с регрессивно-дефектирующим видом, дефицитарный вид когнитивного дизонтогенеза занимает

промежуточное положение между выделенными видами. Профили, полученные в результате интегративной оценки выполнения патопсихологических методик, представлены на рис. 2.

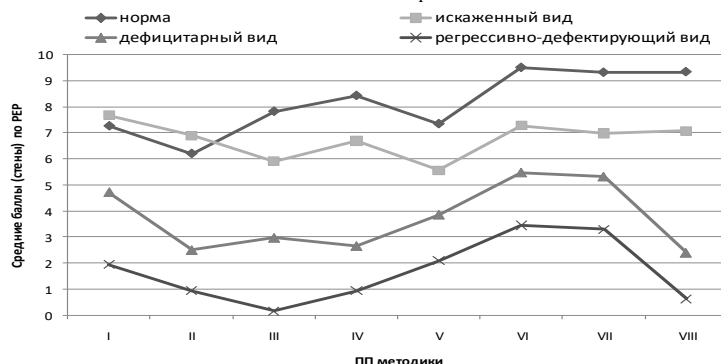


Рис. 2. Профили развития больных с различными видами когнитивного дизонтогенеза по патопсихологическим методикам в сравнении с нормой

Примечание: по оси абсцисс — патопсихологические методики: I — фигуры Липера; II — идентификация формы; III — классификация; IV — конструирование объекта; V — рисунок; VI — жесты; VII — смайлы; VIII — ТОМ; по оси ординат — полученные интегративные баллы.

Оказалось, что дети с искаженным видом когнитивного дизонтогенеза заболевают преимущественно после 36 месяцев. Дети с дефицитарным и регрессивно-дефектирующим видами когнитивного дизонтогенеза заболевают до 18 месяцев, причем возраст начала заболевания группы с регрессивно-дефектирующим видом когнитивного дизонтогенеза приходится зачастую именно на период 18 месяцев (анализ данных историй болезни каждого больного).

При анализе многообразия рисунков детей с различными видами когнитивного дизонтогенеза в них был отмечен и выделен ряд общих черт, отличающих данные рисунки от рисунков детей контрольной группы. Одной из таких особенностей выступало изображение верхних конечностей по типу «рук-крыльев». Данные особенности встречались преимущественно в рисунках детей с искаженным и дефицитарным видами когнитивного дизонтогенеза. В рисунках детей с регрессивно-дефектирующим видом когнитивного дизонтогенеза изображение рук было низко дифференцируемым, т.е. верхние конечности изображались чаще всего по типу «рук-палок».

Анализ особенностей социальной перцепции показывает сниженный уровень распознавания в методиках «жесты» и «смайлы», а также снижение всех показателей в методике «ТОМ». С углублением когнитивного дизонтогенеза (дефицитарный и регрессивно-дефектирующий) при распознавании увеличивалось количество разрозненных, не дифференцируемых ответов. В ответах прослеживалась опора на отдельные детали, без формирования целостного образа. В методике «смайлы» встречались инфантильные ответы — «колобок», «светофор» и т.п.

Таким образом, основными факторами, определяющими виды когнитивного дизонтогенеза, кроме специфики когнитивного развития являются глубина РАС (тяжесть заболевания) и возраст начала заболевания. Для диагностики видов когнитивного дизонтогенеза эффективно комплексное применение стандартизованных количественных (Психологообразовательный тест — РЕР) и нестандартизованных качественных (патопсихологические методики) средств психологической диагностики.

Вышесказанное позволяет выделить специфические профили видов когнитивного дизонтогенеза по РЕР и патопсихологическим методикам.

Выводы. Проанализировав полученные данные, можно сделать следующие выводы.

1. Мультидисциплинарный подход, реализованный в данном исследовании, позволил квалифицировать, выделить и описать три вида когнитивного дизонтогенеза у детей с РАС: искаженный, дефицитарный и регрессивно-дефектирующий виды.
2. Когнитивное развитие, включающее развитие социальной перцепции у детей с РАС, отличается от нормы, своеобразие каждого выделенного вида когнитивного дизонтогенеза проявляется в сочетании опережения, нормативного и задержанного уровня развития когнитивной и социально-перцептивной сфер.
3. Установлена высокая значимая корреляция между выполнением инструментальной стандартизированной методики РЕР и патопсихологических методик в сферах «восприятие», «мышление», «мелкая моторика».
4. Определен специфический профиль интеллектуального развития для каждого из выявленных видов когнитивного дизонтогенеза, в частности, искаженный вид когнитивного дизонтогенеза ближе к норме по уровню психического развития, чем дефицитарный и регрессивно-дефектирующий виды.
5. Выявлена связь вида когнитивного дизонтогенеза и возраста начала заболевания у детей с РАС:
 - регрессивно-дефектирующий вид когнитивного дизонтогенеза характеризуется началом заболевания преимущественно в 18 месяцев жизни;
 - дефицитарный вид когнитивного дизонтогенеза характеризуется началом заболевания преимущественно до 18 месяцев жизни;
 - искаженный вид когнитивного дизонтогенеза характеризуется началом заболевания преимущественно после 36 месяцев жизни.

Библиографический список

1. Зверева Н. В., Казьмина Н. В., Каримулина Е. Г. Патопсихология детского и юношеского возраста. М.: Юрайт, 2019. 223 с.
2. Ковалёв В. В. Психический дизонтогенез как клиничко-патогенетическая проблема психиатрии детского возраста // Невропатология и психиатрия. М., 1981, т. 81, 10. С. 1505–1509.
3. Коваль-Зайцев А. А. Виды когнитивного дизонтогенеза у детей, больных эндогенными психическими заболеваниями, протекающими с аутистическими расстройствами: автореф. дисс ... канд. психол. наук. Спб., 2010. 26 с.
4. Коваль-Зайцев А. А., Симашкова Н. В. Коррекция когнитивных нарушений у детей с аутистическими расстройствами процессуального генеза // Психиатрия и современное общество. Материалы III съезда психиатров и наркологов Республики Беларусь, 3–4 декабря 2009. С. 286–288.
5. Лебединский В. В. Аутизм как модель эмоционального дизонтогенез // Вестник Московского университета. 1996. № 2. С. 3–37.
6. Симашкова Н. В. Расстройства аутистического спектра у детей. М.: Авторская академия, 2013. 264 с.
7. Симашкова Н. В., Ключник Т. П., Якупова Л. П., Коваль-Зайцев А. А. Расстройства аутистического спектра (мультидисциплинарные клиничко-биологические подходы к диагностике и терапии) // Психиатрия. 2013. № 4. С. 5–10.
8. Хромов А. И. Зверева Н. В. Возрастная динамика состояния когнитивных функций у детей и подростков с эндогенными психическими расстройствами // Четвертая международная конференция по когнитивной науке: Тексты докладов: В 2 т. Томск, 2010. Т. 2.
9. Psychoeducational Profile: Third Edition (PEP-3) / Schopler E., Lansing M., Reichler R., Marcus L. // Austin: Texas, 2004.

БЕРЕМЕННЫЕ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ ЖЕНЩИНЫ: ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ ЗА ДЕСЯТИЛЕТИЕ

Кольцова О. В.^{1,2}, к.псх.н., заведующая отделом медицинской и социальной психологии,
доцент кафедры общей и клинической психологии

Ханевская А. Г.¹, медицинский психолог отдела медицинской и социальной психологии

¹СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»,

²ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Аннотация

На основе анализа анкетирования сравнивались характеристики 100 ВИЧ-инфицированных беременных женщин в 2010 г. и 72 — в 2019 г., участвовавших в «школах здоровья» на базе Центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

Ключевые слова

ВИЧ-инфекция, беременность, антиретровирусная терапия, «школа здоровья».

SIMILARITIES AND DIFFERENCES BETWEEN HIV-INFECTED WOMEN WHO BECAME PREGNANT IN 2010 WITH THOSE WHO BECAME PREGNANT IN 2019

Koltsova O. V.^{1,2}, PhD (Psychology), Head of the Department of Medical and Social Psychology,
Associate Professor of the Department of General and Clinical Psychology, **Khanevskaya A. G.**¹,
Medical Psychologist, Department of Medical and Social Psychology

¹St. Petersburg State Center for AIDS and Communicable Diseases Prevention

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

Abstract

The St.Petersburg State Center for AIDS and Communicable Diseases Prevention established Health Schools for HIV-infected pregnant women aimed at improving their knowledge about the antiretroviral therapy and psychological well-being assistance. A total of 100 HIV-infected pregnant women were enrolled for the study in 2010 and 72 - in 2019 accordingly. The paper reflects on how the social characteristics, ways of life and attitudes of women living with HIV have changed during this period.

Keyword

HIV infection, pregnancy, antiretroviral therapy, "school of health".

Отношение ВИЧ-инфицированных беременных женщин к планированию беременности и воспитанию ребенка со временем заметно меняется, что, по всей видимости, связано с развитием специализированной медицинской помощи и повышением осведомленности людей о ВИЧ-инфекции, доступной антиретровирусной терапии (АРВТ). Соблюдая принципы лечения ВИЧ-инфекции, можно жить долго. Прием АРВТ снижает вирусную нагрузку в крови до неопределяемой, и тогда ВИЧ-инфицированный человек не способен заразить своего полового партнера, а беременная женщина таким образом защищает от заражения ВИЧ своего ребенка.

Важно, чтобы ВИЧ-инфицированный человек был привержен лечению ВИЧ-инфекции. Это означает, что он

должен четко следовать назначенной схеме лечения и принимать препараты строго по часам.

Эффективность АРВТ (подавление вирусной нагрузки, восстановление иммунитета) может быть достигнута при соблюдении принципов добровольности, своевременности, адекватности и непрерывности. Это означает, во-первых, что пациент должен добровольно и осознанно принимать решение о начале лечения и его проведения, что закрепляется письменным информированным согласием. Во-вторых, лечение должно быть начато своевременно, и в настоящее время пациентам рекомендуют начинать терапию почти сразу после выявления ВИЧ-инфекции (после осмотра специалистами и получения результатов лабораторного обследования). В-третьих, лечение ВИЧ-инфекции является

комбинированным, сочетание лекарственных препаратов тщательно подбирается лечащим врачом, чтобы оно было адекватным, т.е., подходит конкретному больному с учетом особенностей, одной из которых является беременность. И, в-четвертых, лечение ВИЧ-инфекции должно быть непрерывным. Если АРВТ прерывается, вирус снова начинает размножаться и разрушать организм, кроме того, инфекция снова может передаваться парентеральным, половым путем и от матери ребенку. Соблюдение этих принципов означает, что ВИЧ-инфицированный пациент должен быть активным участником лечения, понимать смысл врачебных требований к соблюдению схемы лечения. Есть еще одно важное условие — нецелесообразно начинать терапию против ВИЧ в условиях стресса. Сама беременность и получение диагноза ВИЧ-инфекция во время беременности являются стрессом, поэтому могут мешать не только своевременному началу АРВТ, но и затрудняют приверженность лечению. Однако отложить начало лечения ВИЧ-инфекции беременной женщине практически невозможно, так как это необходимая профилактическая мера для будущего ребенка [1].

Каждой ВИЧ-инфицированной беременной женщине врачи акушеры-гинекологи предлагают получить консультацию психолога в Санкт-Петербургском центре по профилактике и борьбе со СПИД (Центр). А с 2010 г. в Центре еженедельно по средам с 14.00 до 16.00 проводятся групповые занятия «Школы здоровья» для беременных женщин, живущих с ВИЧ. Психологические вмешательства могут вызывать настороженность. Хотя гинекологи настоятельно рекомендуют посещение «Школы здоровья», только 25–27% беременных пациенток приходят на занятия школы, и этот показатель стабильный из года в год.

Цель проведения группового занятия — повысить компетентность участниц по вопросам АРВТ и оказать психологическую поддержку.

План занятий:

- 1) предварительное анкетирование и психологический скрининг (Ф.И.О. или № медицинской карты; семейный статус; раскрытие диагноза; трудности, связанные с ВИЧ; образ жизни и трудности, связанные с соблюдением схемы лечения; оценка психологической напряженности и другие вопросы);
- 2) информирование по вопросам приверженности пожизненной (непрерывной) АРВТ;
- 3) информирование о маршрутизации в родильные дома, специализированные для ВИЧ-инфицированных женщин и их новорожденных детей;
- 4) наблюдение ребенка с перинатальным контактом по ВИЧ в Центре СПИДа;
- 5) обсуждение полученной информации.

Обратная связь от пациенток по завершению занятий «Школы здоровья» позволяет сделать выводы об эффектах группового психологического консультирования. Женщины получают помощь в решении дилемм неопределенности. Многие пациентки начинают прием АРВТ, чтобы защитить ребенка от заражения ВИЧ, при этом испытывают сомнение и страх, что эти лекарства могут быть вредными для ребенка. Часто участницы признают, что получили новую важную информацию о заболевании и о лечении. Принятие аргументов в пользу безопасности и эффективности АРВТ (ВИЧ ослабляет

защиту организма, АРВТ подавляет вирус, создавая условия для восстановления иммунитета) способствует укреплению приверженности лечению и большему доверию системе помощи в целом. В группе снимается завеса отчуждения, уменьшается влияние стигмы, женщинам легче задавать вопросы, которые раньше они боялись озвучить, и, как выясняется, они в такой же степени волнуют других. Участие в групповом обсуждении запускает каскад психологической помощи для женщин и для их партнеров.

Психолог просит участниц заполнить анкету перед началом группового психологического консультирования, чтобы затем сделать запись в их медицинские карты. Данные анкетирования дают возможность сравнить некоторые характеристики беременных женщин, чтобы посмотреть, как они изменились с течением времени. Проанализировано 100 анкет 2010 г. и 72 анкеты 2019 г., заполненных участницами «Школы здоровья» для ВИЧ-инфицированных беременных женщин.

Таблица 1. Сравнение средних характеристик ВИЧ-инфицированных беременных женщин, участниц «Школы здоровья» в 2010 и 2019 г.

Характеристика		Беременные женщины 2010 г. (n = 100)	Беременные женщины 2019 г. (n = 72)
Возраст	До 20 лет	4%	0%
	От 20 до 29 лет	68%	12,5%
	Старше 30 лет	28%	87,5%
Образование	Среднее (средне специальное)	48%	46%
	Высшее (незаконченное высшее)	38%	47%
Занятость	Работают	60%	68%
Узнали о своем положительном ВИЧ-статусе	Во время беременности	18%	15%
	1–5 лет назад	31%	58%
	Более 5 лет назад	51%	27%
Начали АРВТ	До беременности	5%	61%
	Во время беременности	95%	39%
Наличие постоянного полового партнера		90%	71%
ВИЧ-статус полового партнера	Положительный	37%	40%
	Отрицательный	36%	57%
	Неизвестен	27%	3%
О своем ВИЧ-статусе сообщили	Близким людям	51%	35%
	Только половому партнеру	37%	64%
	Никому	6%	1%

За десятилетний период существенно возросла доля беременных женщин старше 30 лет и женщин с высшим и незаконченным высшим образованием. В 2010 году женщины начинали антиретровирусное лечение во время беременности, в основном «для ребенка», «ради ребенка», что зачастую заканчивалось срывом терапии после родов,

когда внимание к собственному здоровью ослабевало [2]. В настоящее время у 61% женщин беременность наступает на фоне АРВТ (при подавленной вирусной нагрузке), т.е. они заботятся о своем здоровье и более ответственно подходят к рождению ребенка. Женщины, беременность у которых наступила в 2019 г., чаще строят отношения с мужчинами, открывая своему партнеру свой ВИЧ-статус. Дискордантные по ВИЧ пары не боятся планировать семью и рождение детей. А 29% женщин решились на сохранение беременности без поддержки со стороны полового партнера.

Заключение. Анкетирование ВИЧ-инфицированных беременных женщин в формате «Школы здоровья» позволяет видеть, как с течением времени меняется отношение женщин

к АРВТ и к профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку. Однако четвертая часть всех беременных женщин из года в год приходят на занятия «Школы здоровья», выбирая формат группового психологического консультирования, чтобы обсудить свои страхи и опасения, получить информацию о новых достижениях медицины в борьбе с ВИЧ (СПИДом). Смешанный состав группы, участницы которой по-разному относятся к терапии, к половым партнерам, к раскрытию своего ВИЧ-статуса, к стигматизации, имеет свои преимущества, так как дает возможность обсуждения не только негативного, но и позитивного опыта жизни с ВИЧ. Задача психолога — правильно выстраивать обсуждение проблемных вопросов.

Библиографический список

1. ВИЧ медико-социальная помощь: руководство для специалистов / под ред. Н. А. Белякова, А. Г. Рахмановой. СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2011. 356 с.
2. Кольцова О. В., Сафонова П. В. Повышение приверженности к ВААРТ у ВИЧ-инфицированных женщин и детей с учетом социальных и психологических факторов. Новые подходы // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2012. Т. 4, № 1. С. 69–76.

АНАЛИЗ ЭПИЗОДА ПЕРЕЕДАНИЯ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Коржова С. О., Ширяев О. Ю., д.м.н., профессор, Махортова И. С., к.м.н.,
Чубаров Т. В., к.м.н.,
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко»
Минздрава России,
Воронеж, Российская Федерация

Аннотация

В исследовании были проанализированы тревожно-депрессивные проявления среди детей с эндогенно-конституциональным ожирением и их родителей. Для оценки тревоги и депрессии были использованы психометрические шкалы тревоги и депрессии Бека и адаптированная шкала личностной тревоги А. М. Прихожан. В данной статье приведены промежуточные результаты анализа эпизода переедания, рассматривающегося как один из возможных факторов, провоцирующих и усугубляющих клиническую картину ожирения. Для исследования эпизода переедания был использован специально разработанный опросник, отражающий динамику эпизода переедания. Вопросы опросника носят открытый характер, что дает возможность пациентам самостоятельно описать сам эпизод в отношении эмоций, мыслей и соответствующего поведения. Установлено, что у детей, страдающих ожирением, частота эпизодов переедания составляет несколько раз в неделю и ассоциируется с выраженными положительными эмоциями в период эпизода и после него, когда триггерами начала переедания являются выраженные отрицательные эмоции. В группе родителей эмоциональное состояние после переедания качественно различно и характеризуется выраженными негативными эмоциями по завершении эпизода переедания и наличием чувства вины. Полученные результаты неоднородны и требуют дальнейшего изучения феномена переедания среди детей с эндокринной патологией.

Ключевые слова

Эпизод переедания, тревога, депрессия, ожирение, дети.

ANALYSIS OF AN EPISODE OF OVEREATING, ANXIETY AND DEPRESSIVE MANIFESTATIONS IN OBESE CHILDREN AND THEIR PARENTS IN A HOSPITAL SETTING

Korzhova S. O., Shiriaev O. Yu., Doctor of Medical Sciences, Professor, Makhortova I. S., PhD (Medical Sciences), Chubarov T. V., PhD (Medical Sciences),
Burdenko Voronezh State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Voronezh, Russian Federation

Abstract

The study analyzed anxiety-depressive manifestations in children with endogenous-constitutional obesity and in their parents. The Beck Anxiety Inventory and the adapted Prikhozhan personal anxiety scale were used for measuring the severity of anxiety and depression in children and adults. The paper presents the intermediate results of the analysis of the overeating episode, which is considered as one of the factors that provoke and aggravate the clinical picture of obesity. Positive emotional states were found in obese children during and after the overeating episode and the negative ones — in their parents. The results obtained are heterogeneous and require further study of the phenomenon of overeating in children with endocrine pathology.

Key words

Overeating episode, anxiety, depression, obesity, children.

Актуальность. По мнению зарубежных и отечественных специалистов, ожирение относится к полиэтиологической группе заболеваний, в патогенезе которой лежат генетические, метаболические, средовые и психические факторы развития.

Эпидемия ожирения достигает масштабов глобальной эпидемии. На сегодняшний день 1,9 млрд людей на планете страдают избыточной массой тела [6]. Экономические потери, связанные с ожирением, превышают 2,0 трлн дол. [2].

Ожирение и избыточная масса тела значимо повышают риск развития многих соматических заболеваний: сахарный диабет 2-го типа, метаболический синдром, артериальная гипертензия, заболевания печени и желчного пузыря [8].

Согласно клиническим рекомендациям доминирующее место в терапии избыточной массы тела занимает соблюдение низкокалорийной диеты, фармакотерапия среди детей с ожирением крайне ограничена, а эффективность рекомендованной терапии противоречива [4].

Расстройство пищевого поведения играет ведущую роль в развитии и усугублении клинической картины ожирения. Расстройства пищевого поведения (РПП) — это кластер сложных психопатологических состояний, имеющих тенденцию к устойчивому росту в популяции. Получены данные о достоверной связи между высоким ИМТ и расстройствами пищевого поведения. К факторам, провоцирующим данную зависимость, относят чувство неудовлетворенности собой, весовую стигматизацию в обществе и пищевую рестрикцию. Исследования показывают, что девочки с избыточным весом больше заботятся о своем весе, больше недовольны своим телом и склонны соблюдать различные диеты, чем их сверстники с нормальным весом [5; 10].

Особенности личности и психоэмоциональные нарушения в анамнезе играют значимую роль в становлении и развитии РПП. В связи с устоявшейся стигматизацией в нашем обществе лиц с ожирением, у детей преобладают менее совершенные способы психологической защиты, что провоцирует развитие низкой самооценки, негативное отношение к образу собственного «Я» и последующей тревоги и депрессии [7; 1]. Риск развития депрессии у детей с ожирением значительно выше по сравнению с детьми нормальной массы тел, кроме того, наличие симптомов депрессивного спектра провоцирует дальнейший набор веса в течении пубертатного периода [9].

В связи с растущей тенденцией к излишнему набору веса у детей и подростков, которая ставит под угрозу их здоровье и благополучие, необходим поиск новых методов борьбы с ожирением.

Цель исследования. Изучить особенности эмоционального статуса в зависимости от фазы эпизода переедания (ЭП) в группе детей с ожирением и их родителей.

Задачи исследования. Определить частоту встречаемости эпизода переедания, а также оценить уровень тревоги и депрессии у детей с ожирением.

Материалы и методы. Проанкетированы 43 школьника в возрасте от 8 до 14 лет (средний возраст — $11,57 \pm 0,33$), страдающих экзогенно-конституциональным ожирением, с имеющимся хотя бы одним эпизодом переедания в течении последних двух недель, и их родители. Дети, страдающие ожирением, проходили обследование и лечение в эндокринологическом центре ВДКБ ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н. Н. Бурденко.

Критериями исключения из исследования были морбидное ожирение, наличие генетического заболевания и врожденная эндокринная патология.

Пациенты и их родители были обследованы с помощью специально разработанного опросника, отражающего динамику развития эмоций, физических ощущений и поведения в рамках конкретного эпизода переедания (И. С. Махортова и др., 2016). В группу положительных эмоций были включены

чувства удовлетворения, предвкушения, спокойствия, радости. Группа негативных эмоций была представлена чувством усталости, тревоги, тоски, грусти, одиночества и гнева. Оценка была проведена однократно и включала в себя диагностику одного ЭП.

Оценка психоэмоционального статуса была проведена с использованием психологических шкал. У детей и подростков была использована шкала личностной тревожности, разработанная А. М. Прихожан [3]. Наличие и выраженность тревоги и депрессии у родителей оценивали с помощью шкалы депрессии и тревоги Бэка.

Результаты. Далее на рис. 1, 2 представлена частота встречаемости позитивных и негативных эмоций в разные периоды эпизода переедания у родителей и детей.

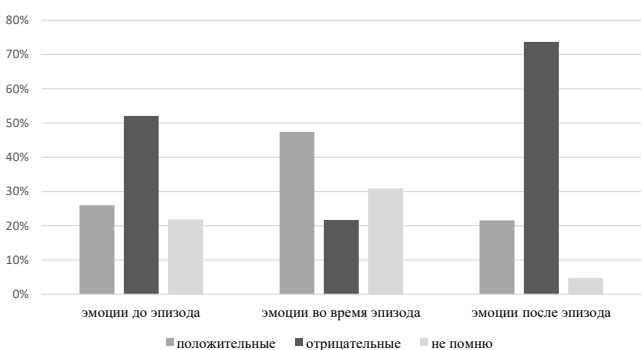


Рис. 1. Эмоции в зависимости от фазы эпизода переедания (у родителей)

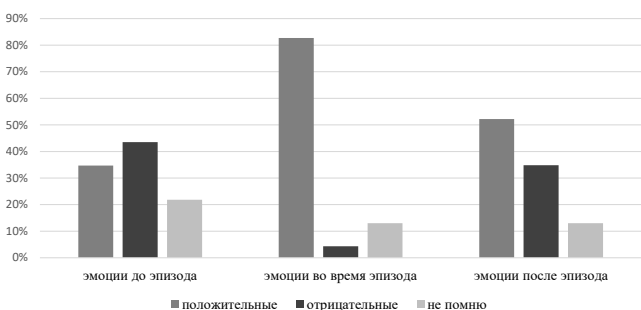


Рис. 2. Эмоции в зависимости от фазы эпизода переедания (у детей)

Как видно из представленных на рис. 1, 2 данных, в группе проанкетированных родителей наблюдается превалирование отрицательных эмоций до и после эпизода переедания. У детей, наоборот, преимущественно фиксировались положительные эмоции во время и после приема пищи и негативные эмоции до эпизода переедания.

На рисунке 3 приведены данные о наличии чувства вины в результате переедания у детей и их родителей.

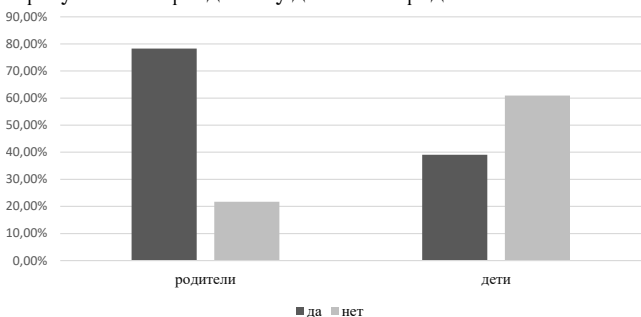


Рис. 3. Чувство вины после эпизода переедания

Как видно из представленных на рис. 3 данных, чувство вины, связанное с переживанием, не свойственно детям в отличие от взрослой группы опрошенных.

Далее на рис. 4 представлен анализ показателей различных типов тревоги в исследуемой группе согласно методике А. М. Прихожан.

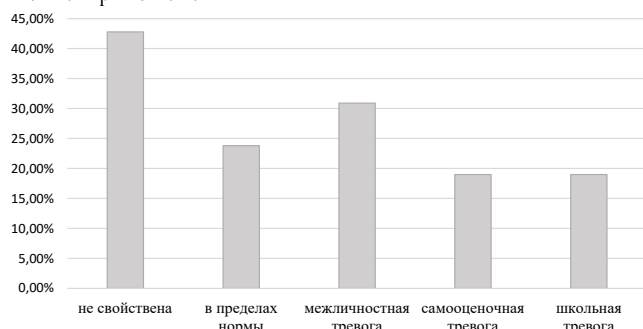


Рис. 4. Выраженность тревоги в группе детей с ожирением

Как видно из представленных на рис. 4 данных, у 30,9% больных был выявлен высокий уровень межличностной тревоги, 19% детей имеют высокий уровень школьной и самооценочной тревоги. Однако у 23,8% опрошенных уровень общей тревоги находится в пределах нормы. Состояние тревожности не свойственно 42,8% детей.

Далее на рис. 5 представлены данные о частоте встречаемости и выраженности депрессии на основании использования опросника Бека в исследуемой группе.

Как видно из представленных на рис. 5 данных, среди детей с ожирением доля пациентов с легкой степенью депрессии составила 37,2% ($n = 16$), без симптомов депрессии — 60,4% ($n = 26$) и только у 2,3% ($n = 1$) была депрессия умеренной степени тяжести.

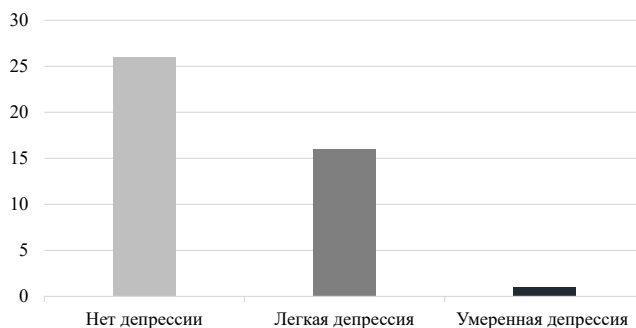


Рис. 5. Распространенность и выраженность депрессии в группе детей с ожирением

Выводы. Таким образом, отрицательные эмоции до и после эпизода были диагностированы в обеих группах. Выраженность негативных эмоций до переживания провоцировала сам эпизод среди взрослых и детей. На момент окончания эпизода у большинства взрослых респондентов были выявлены негативные эмоции и чувство вины, связанные с переживанием. При анализе эмоциональных проявлений у детей было выявлено, что выраженность положительных эмоций нарастала во время самого эпизода, предположительно, провоцируя его длительность.

При изучении аффективных нарушений было установлено, что в общей массе респондентов были как дети с минимальными аффективными проявлениями, так и дети с повышенным уровнем тревоги и наличием депрессии. Полученные данные обосновывают необходимость дальнейшего изучения особенностей взаимосвязи между показателями ЭП и тревожно-депрессивными проявлениями среди пациентов с ожирением.

Промежуточные данные анализа ЭП существенно дополняют представления врача о пищевом поведении детей с ожирением.

Представляется актуальным дальнейший анализ полученных данных благодаря использованию специального опросника с целью персонализированного подхода к лечению.

Библиографический список

1. Крылов В. И. Психопатология пищевого поведения: нервная анорексия и нервная булимия // Психиатрия и психофармакотерапия. 2007. № 2. С. 12–17.
2. Махортова И. С., Ширяев О. Ю. Динамика выраженности аффективных нарушений у больных депрессией с избыточной массой тела и расстройствами пищевого поведения в процессе фармакотерапии // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2017. № 117. С. 64–68.
3. Прихожан А. М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. Воронеж: Изд-во НПО МОДЭК, 2000.
4. Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. М.: Практика, 2014. С. 163–182.
5. Ширяев О. Ю., Махортова И. С., Цыганков Б. Д. Особенности динамики ИМТ у пациентов с избыточной массой тела и ожирением при различных вариантах коморбидности // Прикладные информационные аспекты медицины. 2016. № 1. С. 155–159.
6. Ng M., Fleming T., Robinson M., et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study // Lancet. 2014. № 384. P. 766–781.
7. Rankin J., Matthews L., Cobley S., et al. Psychological consequences of childhood obesity: psychiatric comorbidity and prevention // Adolescent Health, Medicine and Therapeutics. 2016. № 7. P. 125–146.
8. Roberto C. A., Swinburn B., Hawkes C., et al. Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking // Lancet. 2015. № 385. P. 2400–2409.
9. Stice E., Presnell K., Shaw H., et al. Psychological and Behavioral Risk Factors for Obesity Onset in Adolescent Girls. A Prospective Study // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2005. № 73. P. 195–202.
10. Tremmel M., Gerdtham Ulf.-G., Nilsson P., et al. Economic Burden of Obesity: A Systematic Literature Review // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2017. № 14. P. 435.

KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PERCEPTIONS OF AUTISM SPECTRUM DISORDER: A GENERAL POPULATION SURVEY IN GREECE

Raissa I. Kouznetsov, PhD candidate,

Department of Public Health, School of Medicine, University of Patras,
Greece,

Eleni Jelastopulu, Professor of Public Health,

Department of Public Health, School of Medicine, University of Patras,
Greece

Abstract

The aim of this study was to investigate knowledge and attitudes of the general population in relation to Autism Spectrum Disorder (ASD) as well as to raise awareness and to promote behaviors towards people with ASD. A cross-sectional study was conducted via online questionnaires, completed by 642 people, out of them 521 women (81.2%). Most participants had very good knowledge of autism, mainly respondents with high educational level. Moderate to positive attitudes towards autistic people were observed.

Key words

Knowledge on Autism Spectrum disorder, attitudes on ASD.

Introduction. Many studies have been conducted with an aim to show the attitudes of the general population towards people with mental illness, and there are few studies that focus on behaviors towards people with Autistic Spectrum Disorder. Helen Keller, the famous activist, wrote, “The heaviest burdens of disability arise from personal interaction and not from disability itself” (Gus, 2000, Gash & Coffey, 1995).

In the last decade, autism has become a major public health problem in Europe and in the United States (WHO, CDC). Although autism has been known for more than fifty years as one of the most serious neuropsychiatric disorders in childhood, it was considered to be quite rare (Newschaffer & Curran 2003). Today, however, it is recognized that autism encompasses a wide range of affected individuals, in addition to those with classic characteristics. It is speculated that the underlying risk of the disease, in all its forms, may increase with time (Mayada et al., 2012).

More and more people are seeking educational, medical and social services to address the enormous challenges of autism. This all comes at a time when, despite decades of searching for autism genes, the search for other factors that cause Autism Spectrum Disorder continues (Newschaffer & Curran 2003). Autistic Spectrum Disorder (ASD) is one of the most serious neurodevelopmental disorders, which financially burdens the family that supports autistic people.

The total annual cost associated with ASD in the United States is estimated to be close to \$250 billion (estimated in US dollars in 2012) (Lyll et al. 2017). Although ASD is considered a childhood condition, it is in fact relevant to the individual throughout his life (Lyll et al. 2017).

Purpose. The purpose of this study was to investigate the knowledge and behaviors of the general population towards people with autism. The starting point for this study came from a search for related literature, which noted the increasing prevalence of ASD. Almost every article mentioned the difficulties

that people with autism and their families face in Greece, and especially in the current economic situation (Kasidis D., 2015, Zoniou-Sideri A., 2011).

Research innovation. After relevant research that was conducted in Greece concerning the general population’s knowledge of autism, no corresponding work was found. A relevant tool for measuring behaviors for people with autism in the Greek language was searched, but also not found. The SATA scale was chosen as a validation tool for people with autism, which had been validated in English. In the present study, linguistic validation, content validity testing, and psychometric validation were performed to make this tool available for use in Greek.

Material and Method. Research questions were asked: – What does the general public know about ASD? What are the general population’s beliefs about ASD? What is the attitude of the general population towards people with ASD? A cross-sectional study was conducted via on line questionnaires, and was completed by 642 people. The survey questionnaire was communicated to groups of people with different characteristics, age, educational background and place of residence. The sample was of convenience and concerned only participants with access to computers. The survey questionnaires were anonymous and their completion was voluntary. The questionnaire consisted of eight demographic questions, thirteen questions of knowledge and sixteen questions, which measured the behavior of the general population towards people with ASD. In order to measure the knowledge of the general population in relation to the ASD, thirteen questions were raised, which were based on a study of relevant literature. The SATA (Societal Attitudes Towards Autism) scale was used to measure attitudes and behaviors towards people with ASD. Linguistic and cultural validation of the SATA scale was made in Greek based on the World Health Organization specifications. A psychometric analysis of the questionnaire and an analysis of factors were performed to evaluate its reliability and validity.

A systematic bibliographic review was carried out to search for all relevant articles related to finding out the knowledge of adults on autism and their behavior towards autistic individuals. The purpose of these articles was to analyze and synthesize them in order to examine the findings of each research on the similarities or differences in their results.

Articles were searched in the PubMed database and freely searched at <https://www.google.com/>. The Key words used for the search were: knowledge, perceptions of autism spectrum disorder, attitudes toward autistic persons. The AND keyword was used to better control the results. The criteria set were for the articles to be in English and to be used as a questionnaire tool in each research. The criterion for incorporating the studies into the synthesis of the articles was their relevance to the research question of our study so that the corresponding findings could be compared. Of the 1338 articles, the main criterion for excluding articles was the lack of relevance to the research being carried out. The final number of studies under analysis was thirteen.

Of the 1338 identified studies, the rejected studies at various stages eventually had no direct relevance to the research question, did not use a questionnaire tool, or test individuals' knowledge of autism following intervention programs.

The SATA scale (Flood et al. 2013), which was used to measure behaviors for people with ASD, was in English and validated in English. Translated into Greek language, linguistic and cultural validation according to World Health Organization specifications, based on international standards (forward, backward translation, etc.). The questionnaire was tested by ten people at first, who completed it and additionally provided commented questions they had about it. The only observation made was that this scale did not distinguish between ASD categories, so the seriousness of the autism cases described in the questions was not understood. This is a disadvantage of the SATA scale, but perhaps separating the severity of autism would not be possible in a questionnaire for the general population. However, it was possible for each respondent to interpret the individual with autism with the subjective sense the individual has. Subsequently, the content of the questionnaire was validated, giving it a second time for completion to the same individuals to check whether the same answers were given.

Respondents' answers on the SATA scale are summed up and an overall score is obtained. It yields a total score of 0 to 80 for each respondent, for which the greater score the highest the positivity of the participants to individuals with autism. Correspondingly, the lower the score, the more negative the participants are to individuals with autism.

Data analysis was performed using the SPSS statistical program.

The data analysis procedure was completed with the psychometric weighing of the questionnaire, assessing its reliability and validity. Reliability was calculated with Cronbach's alpha, and Factor analysis was used to examine the validity of the tool.

Results. 642 people participated in the survey, 521 women (81.2%) and 121 men (18.8%). Most participants had a very good knowledge of autism (with an average score of 9.07). Respondents had moderate to positive attitudes towards those with autism (with an average score of 57.89).

Although the respondents' knowledge score is very good, it was observed that women have higher scores than men ($p = 0.003 < 0.05$). The knowledge score is influenced by the level of education, the place of residence, the existence of a person with autism in the friendly or family environment of the respondents, the income of the respondents and the profession. Psychiatrists scored the highest score and immediately next in the rankings are teachers and other mental health professionals. It would be worthwhile to conduct the corresponding research on people of not so high educational level to compare the results.

Shaping the attitudes and behaviors of the general population towards people with autism seems to be of importance to having a person with autism in the friendly or family environment of the respondents. Similar findings have been reported in other studies.

It is noteworthy that although the sample is highly educated in the question of whether autism is caused by vaccination, 220 people gave the wrong answer. When asked if the psychologist diagnoses autism in a child, 324 people gave the wrong answer. Asked if autism is a contagious disease, 5 people answered incorrectly.

Discussion. The mean scores of attitudes and behaviors of participants with autism were 57.89 (with a high score of 80). This score shows a moderate to positive attitude of respondents towards autistic people.

Thirteen studies analyzed in this paper, regardless of their common or dissimilar findings, examine the knowledge of the general population or specific groups of people about people with ASD. Studies conducted in different countries, in populations with completely different characteristics, show a strong interest in raising awareness among citizens, educators, and health professionals about Autism Spectrum Disorder, as the prevalence of people with ASD appears to be increasing. The Dillenburg et al. 2013 study, which cites the prevalence of autism in Ireland, is one person in 88 (1:88).

The comparative surveys were cross-sectional, using questionnaires. They concluded that there was scope for improving autism knowledge in the groups under study.

The results of our study are aligned with the results of (Dillenburg et al. 2013) in Ireland, (Garg et al. 2014) in Australia and (Mavropoulou & Padelidu 2000) in Greece that have presented people with fairly good to very good knowledge of autism.

There are several limitations in this study that do not allow generalization of results. The sample was of convenience and the survey was online. Only people who had access to a computer and maintained a personal media account could participate. The questionnaire was communicated electronically and 642 responded. Maybe because these people (642) were interested in the subject under investigation. The sample of participants was highly educated and was already quite aware of autism issues, as 27.9% of the respondents had a relative or friend with autism. The mean knowledge of the sample is 0.97 (with the highest possible score being 13). Participants have very good knowledge of autism. This high score is explained by the high level of education of the participants, the presence in a friendly or family environment of a person with autism, but also by informative events about ASD that have already taken place in Greece. The results of the present study cannot be

generalized, as the sample of participants had specific characteristics. It would be advisable to repeat the research in more groups with different characteristics.

Conclusions. The figures above show that there is scope for improving knowledge in the general population. Particularly on the issue of causing autism from vaccination, interventions should be made in Greece to eliminate this belief.

Educational interventions should be organized in the general population in order to reject vaccination in children as a causative factor of autism.

The present study shows that the higher the score of a person's at the knowledge scale, he / she will achieve a higher score on the attitudes and behaviors scale by 62.9%.

Interventions in the general population are important in order to enhance their positive attitudes towards people with ASD.

This research needs to be repeated in groups of different characteristics from the sample in order to evaluate and compare its findings.

Bibliography

1. Arif, M.M. et al. (2013). Awareness of Autism in Primary School Teachers. *Autism Research and Treatment*, 5. Available at: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/961595> [Accessed January 15, 2018].
2. Bakare, M. O. et al. (2009). Knowledge about childhood autism and opinion among healthcare workers on availability of facilities and law caring for the needs and rights of children with childhood autism and other developmental disorders in Nigeria. *BMC Pediatrics*, 9 (1). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2650693/pdf/1471-2431-9-12.pdf> [Accessed January 15, 2018].
3. Binti, S. et al. (2014). A Preliminary Study: Awareness, Knowledge and attitude of people towards children with autism, pp. 9–10. Available at: https://worldconferences.net/proceedings/icssr2014/toc/papers_icssr2014/IC121_SuhailybintiMdShamsudin.pdf [Accessed January 15, 2018].
4. Centers for Disease Control and Prevention: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
5. Dillenburger, K. et al. (2013). Awareness and knowledge of autism and autism interventions: A general population survey. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(12), pp. 1558–1567.
6. Edyvean, C. (2008). Attitudes toward Autism: Reducing discrimination with contact., pp.1–22./available at: <http://cardinalsolar.bsu.edu>
7. Flood, L.N., Bulgrin, A. & Morgan, B.L. (2013). Piecing together the puzzle: development of the Societal Attitudes towards Autism (SATA) scale. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 13(2), pp. 121–128. Available at: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1471-3802.2011.01224.x> [Accessed January 15, 2018].
8. Garg, P. et al. (2014). An Exploratory Survey for Understanding Perceptions, Knowledge and Educational Needs of General Practitioners Regarding Autistic Disorders in New South Wales (NSW), Australia. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8 (7), pp. 1–9. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4149117/pdf/jcdr-8-PC01.pdf> [Accessed January 15, 2018].
9. Gash H. & Coffey D. (1995). Influences on Attitudes towards Children with Mental Handicap, *European Journal of Special Needs Education* 10(1):1–16.
10. Gus L. (2000). Autism: promoting peer understanding, *Educational Psychology in Practice*, 16 (3), 461–466.
11. Hagberg, K.W. & Jick, S.S. (2017). Validation of autism spectrum disorder diagnoses recorded in the clinical practice research datalink, 1990–2014. *Clinical Epidemiology*, 9, pp.475–482.
12. Hutton, N.K., Mitchell, C. & van der Riet, M. (2016). Assessing an isiZulu questionnaire with educators in primary schools in Pietermaritzburg to establish a baseline of knowledge of Autism Spectrum Disorder. *BMC Pediatrics*, 16(1). Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5109657/pdf/12887_2016_Article_721.pdf [Accessed January 15, 2018].
13. Khanna, R. & Jariwala, K. (2012) and knowledge of autism among pharmacists Awareness. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 8 (5), pp. 464–471.
14. Liu, Y. et al. (2016). Knowledge, attitudes, and perceptions of autism spectrum disorder in a stratified sampling of preschool teachers in China. *BMC Psychiatry*, 16. Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4865992/pdf/12888_2016_Article_845.pdf [Accessed January 15, 2018].
15. Lyall, K. et al. (2017). The Changing Epidemiology of Autism Spectrum Disorders. *Annu. Rev. Public Health*, 38, pp. 81–102. Available at: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044318> [Accessed January 15, 2018].
16. Mavropoulou, S. & Padeliadu, S. (2000). Greek Teachers' Perceptions of Autism and Implications for Educational Practice: A Preliminary Analysis. *Autism*, 4(2), pp.173–183. Available at: <http://aut.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1362361300004002005>.
17. Mayada et al. Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism Res.* 2012 Jun; 5 (3): 160–179.
18. Newschaffer, C. J. & Curran, L. K. (2003). Autism: an emerging public health problem. *Public health reports (Washington, D.C.: 1974)*, 118(5), pp. 393–9. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12941851%5Cnhttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1497571%5Cnhttps://www.researchgate.net/publication/270841627_Autism_An_Emerging_Public_Health_Problem%5Cnhttp://phr.oupjournals.org/cgi/doi/10.109 [Accessed January 15, 2018].
19. Nirit, K. & Shunit, R. (2012). Attitudes Towards Autism Among Israeli Arab Teachers β€™ College Students. Available at: <http://dx.doi.org/10.5772/54845> [Accessed January 15, 2018].
20. Nur Adli, M. K. et al. (2017). The Knowledge and Attitude of Autism among Community in Mukim Dengkil, Sepang, Selangor. *International Journal of Scientific and Research Publications*, 7(2). Available at: www.ijsrp.org [Accessed January 15, 2018].
21. Vaz, S. et al. (2015). Factors associated with primary school teachers' attitudes towards the inclusion of students with disabilities. *PLoS ONE*, 10(8). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4552744/pdf/pone.0137002.pdf> [Accessed January 15, 2018].
22. World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders/>

ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ КОМОРБИДНОСТИ АУТИЗМА И ЭПИЛЕПСИИ: СУБКЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИЛЕПТИФОРМНАЯ АКТИВНОСТЬ

Кузьмич Г. В., к.м.н., старший научный сотрудник,
ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой
Департамента здравоохранения г. Москвы»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Наиболее значимым коморбидным заболеванием при аутизме является эпилепсия, с которой связано большое количество дискуссионных до настоящего времени вопросов.

Авторы представляют обзор данных литературы по следующим наиболее дискуссионным и спорным вопросам коморбидности аутизма и эпилепсии: клиническое значение эпилептиформной активности на электроэнцефалограмме при отсутствии эпилепсии.

Ключевые слова

Аутизм, эпилепсия, субклиническая эпилептиформная активность.

DEBATABLE ISSUES OF AUTISM- EPILEPSY COMORBIDITY: SUBCLINICAL EPILEPTIFORM ACTIVITY

Kuzmich G. V., PhD (Medical Sciences), Senior Research Officer,
Sukhareva Research and Practical Center for Child and Adolescent Mental Health of the Moscow
Health Care Department,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The most significant comorbidity in patients with autism is epilepsy, which is still associated with a variety of controversies.

The present article covers the most controversial aspects of comorbidity between autism and epilepsy, clinical significance of epileptiform activity on the electroencephalogram in patients without epilepsy.

Key words

Autism, subclinical epileptiform activity.

Большое внимание к субклинической эпилептиформной активности (СЭА) у пациентов с аутизмом было привлечено с учетом известного факта коморбидности эпилептиформной активности и нарушений развития, поведения, а также отдельных нейropsychологических проблем (СДВГ, когнитивные нарушения, снижения школьной успеваемости) при отсутствии эпилепсии [7; 27; 30].

Известно, что у детей с аутизмом выявление СЭА увеличивается при проведении повторных ЭЭГ-исследований и длительных исследований с включением сна [17]. При проведении магнитоэнцефалографии (МЭГ) выявляемость СЭА возрастает до 82% [25]. Особенно впечатляет разница в выявлении эпилептиформной активности при проведении рутинной ЭЭГ — 2,6% и МЭГ — 86% [28]. На основании указанных данных многие исследователи делают вывод, что вероятен большой процент ложноотрицательных результатов. То есть отсутствие эпилептиформной активности на проведенном обследовании не означает ее отсутствие у пациента [11; 18]. Авторы, исследовавшие частоту выявления СЭА на МЭГ, подчеркивают и низкую клиническую значимость полученных результатов, так как нет данных

по регистрации субклинической эпилептиформной активности на МЭГ у здоровых людей [28]. Данные по локализации СЭА, которые были собраны без учета этиологии РАС и возраста пациентов, также разнятся. В большинстве исследований указывается на преобладание СЭА в одной из областей (лобная, височная или центрально-височная), но во всех случаях без достоверного уровня [13; 21; 26]. При проведении МЭГ у большинства пациентов регистрировались мультирегиональные разряды, при этом у 85% пациентов регистрировались фокусы в центрально-височных областях, а у 75% — вне данных отделов [25].

Отдельные авторы указывают, что часть СЭА при аутизме по морфологии соответствует доброкачественным эпилептиформным паттернам детства (ДЭПД) — ЭЭГ-паттерну, характерному для врожденной незрелости мозга, идиопатических фокальных эпилепсий и ассоциированных с ними эпилептических энцефалопатий, таких как синдром Ландау — Клеффнера, и эпилепсия с электрическим эпилептическим статусом во время медленного сна [5; 15]. В работах R. F. Tuchman и R. Nass отмечается, что у детей с РАС большая часть регистрируемой эпилептиформной

активности была аналогична таковой при синдроме Ландау — Клеффнера [29; 34].

Влияние эпилептиформной активности на симптоматику аутизма также очень дискуссионно. В отдельных исследованиях указывается, что тяжесть аутистической симптоматики была достоверно выше у пациентов с фокальными эпилептиформными разрядами, чем при наличии диффузных разрядов [16]. Однако в данной работе отсутствовали сведения об индексе эпилептиформной активности и наличии эпилепсии, что снижает достоверность результатов. В исследовании А. Muñoz-Yunta в небольшой группе пациентов с синдромом Аспергера при проведении МЭГ эпилептиформная активность регистрировалась исключительно в правом полушарии [28]. В крупных и достоверных исследованиях при подробном анализе симптоматики РАС на основании существующих шкал отрицается наличие достоверного влияния СЭА на выраженность симптомов аутизма [20; 23]. При проведении комплексного исследования функции головного мозга, включающем ЭЭГ, МЭГ и однофотонную эмиссионную томографию (SPECT) 15 пациентам с РАС и СЭА, выявленные на ЭЭГ изменения оказались полностью сопоставимы с МЭГ и SPECT, при этом авторы не нашли связи между выраженностью изменений на SPECT с тяжестью симптомов аутизма. Авторы предполагают, что регистрируемая СЭА не являлась причиной РАС, несмотря на то, что эпилептиформная активность часто регистрируется в областях мозга, которые функционально вовлечены в РАС [12]. В отдельных исследованиях указывается, что у большей части пациентов с аутизмом и эпилептиформной активностью (46%) индекс СЭА во сне достаточно низкий — менее одного разряда за 2 мин [9]. Результаты данного исследования могут объяснить отсутствие достоверного влияния эпилептиформной активности на клиническую картину аутизма.

Несмотря на противоречивые данные в последних обзорах литературы и на международных конференциях, посвященных проблеме РАС, подчеркивается значение субклинической эпилептиформной активности и отдельных специфических неэпилептиформных паттернов для поиска патогенеза эпилепсии при аутизме и его клинических вариантов [11; 22]. По данным современных исследований при варианте аутизма, связанном с дупликацией 15q11.2—13.1, на ЭЭГ выявляется высокоспецифический паттерн в виде низкоамплитудной диффузной бета-активности в бодрствовании и во сне [8].

Сведения о клинической эффективности назначения АЭП при СЭА у детей с аутизмом противоречивы. В единичных случаях описывается положительная клиническая динамика [2; 35]. В исследовании К. В. Воронковой достоверного уменьшения аутистической симптоматики не выявлено [1]. В исследовании Е. В. Малининой у 30% пациентов с СЭА по типу доброкачественных эпилептиформных паттернов детства (ДЭПД) была положительная динамика данных ЭЭГ и клинических симптомов, однако у других 30% отмечено улучшение клинических симптомов при сохранении выраженности СЭА на ЭЭГ [4]. В работе R. E. Frye оценивалась эффективность АЭП у 18 пациентов с СЭА и нарушениями развития.

Важными критериями для назначения антиэпилептических препаратов были мультирегиональные эпилептиформные разряды на ЭЭГ, а также отсутствие или недостаточная эффективность проводимых коррекционных занятий. Автор не уточняет индекс эпилептиформной активности и ни в одном случае не упоминает про паттерн ПЭМС. В результате у 81% детей достигнуто существенное улучшение психических функций. Улучшение выявлено по произвольной шкале от 1 до 3 (1 — без эффекта, 2 — незначительное улучшение, 3 — значительное улучшение) на основании коллегиального решения врача, психолога, воспитателя и родителя. Подобный учет клинического эффекта не обладает достаточной доказательностью, но исследование указывает на возможность существования узкой клинической группы детей с нарушением развития и СЭА, в которой применение антиэпилептической терапии эффективно. Однако и в данной группе улучшение чаще отмечалось у детей с нарушениями речи, когнитивных функций и СДВГ (семь из девяти пациентов), чем у детей с симптомами РАС (6 из 11 пациентов) [31]. Действительно, у детей с субклинической эпилептиформной активностью при нарушениях поведения и когнитивных функций, не связанных с РАС, часто отмечается улучшение при назначении АЭП [3].

Данные плацебо-контролируемых исследований [31] и результаты крупного опроса [19] не подтверждают клиническую эффективность АЭП при СЭА у детей с аутизмом, но указывают на возможное ухудшение аутистической симптоматики в результате побочных действий АЭП. По мнению R. E. Frye, данные результаты свидетельствуют, что терапевтическое окно для назначения АЭП при СЭА у детей с аутизмом значительно уже, чем у детей с эпилепсией или других вариантах КЭД, и что этот вопрос требует дальнейшего пристального изучения [18].

За последние 20 лет интерес к вопросу остается повышенным. Были проведены более 20 исследований, посвященных различным аспектам СЭА у детей с аутизмом, но вопрос влияния эпилептиформной активности на аутистическую симптоматику и аутистический регресс остается открытым [11]. Имеются сомнения в отношении симптоматического аутизма, но при идиопатических РАС ни эпилепсия, ни СЭА не являются причиной регресса, что признает и сам автор концепции аутистического эпилептиформного регресса [14; 33].

Все вышеперечисленное является причиной для мнения отдельных специалистов, что проведение длительных ЭЭГ-мониторингов с включением сна как скринингового метода всем детям с аутизмом клинически нецелесообразно [32]. До настоящего времени не было ни одного проспективного исследования группы пациентов с выявлением СЭА непосредственно перед аутистическим регрессом или во время него [10; 24]. Тем не менее единичные случаи положительного эффекта от проводимой антиэпилептической терапии и возможность развития синдрома Ландау — Клеффнера у детей с аутистической симптоматикой [6; 25] не позволяют полностью исключить связь между эпилептиформной активностью и регрессом речи с аутистическими нарушениями.

Библиографический список

1. Воронкова К. В., Пылаева О. А., Холин А. А. Эпилепсия и аутизм // Данные собственного исследования. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013. № S1. С. 19—23.

2. Глухова Л. Ю. Аутистический эпилептиформный регресс // Вестник эпилептологии. 2012 № 1. С. 3–11.
3. Глухова Л. Ю. Клиническое значение эпилептиформной активности на электроэнцефалограмме // Русский журнал детской неврологии. 2016. № 4. С. 8–19.
4. Малинина Е. В., Забозлаева И. В., Саблина Т. Н. Аутизм, эпилепсия и эпилептиформная активность // Психиатрия. 2013. № 4. С. 11–15.
5. Ноговицын В. Ю. Клинико-электроэнцефалографический полиморфизм доброкачественных эпилептиформных нарушений детства: дис. ... канд. мед. наук. М., 2006.
6. Akshoomoff N., Farid N., Courchesne E., Haas R. Abnormalities on the Neurological Examination and EEG in Young Children with Pervasive Developmental Disorders // Journal of autism and developmental disorders. 2007. № 37. P. 887–893.
7. Aldenkamp A. P., Overweg-Plandsoen W. C., Arends J. An open, nonrandomized clinical comparative study evaluating the effect of epilepsy on learning // J Child Neurol. 1999. № 14. P. 795–800.
8. Arkilo D., Devinsky O., Mudigoudar B., et al. Electroencephalographic patterns during sleep in children with chromosome 15q11.2–13.1 duplications (Dup15q) // Epilepsy Behav. 2016. № 57. P. 133–136.
9. Baird G., Robinson R. O., Boyd S., Charman T. Sleep electroencephalograms in young children with autism with and without regression // Dev Med Child Neurol. 2006. № 48. P. 604–608.
10. Besag F. M. C. Epilepsy in patients with autism links, risks and treatment challenges // Neuropsychiatr Dis Treat. 2018. № 14. P. 1–10.
11. Boutros N. N., Lajiness-O'Neill R., Zillgitt A. EEG changes associated with autistic spectrum disorders // Neuropsychiatric Electrophysiology. 2015. № 1. P. 3.
12. Braeutigam S. Magnetoencephalography: Fundamentals and Established and Emerging Clinical Applications in Radiology // ISRN Radiology. 2013. 18 p.
13. Chez M. G., Chang M., Krasne V. Frequency of epileptiform EEG abnormalities in a sequential screening of autistic patients with no known clinical epilepsy from 1996 to 2005 // Epilepsy Behav. 2006. № 8. P. 267–271.
14. Deonna T., Roulet-Perez E. Epilepsy and autistic disorders // In: The neuropsychiatry of epilepsy/Trimble M., Schmitz B. (eds). 2nd ed. Cambridge University Press, 2011. P. 24–38.
15. Doose H. EEG in Childhood Epilepsy. L.: John Libbey Eurotext, 2003. P. 72–80.
16. Elsayed R. M., Sayyah H. E. Subclinical Epileptiform Dysfunction in Children with Idiopathic Autism. J Am Sci. 2012. № 8. P. 398–401.
17. Frye R. E., Butler I., Strickland D. Electroencephalogram discharges in atypical cognitive development. J Child Neurol. 2010. № 25. P. 556–566.
18. Frye R. E. Prevalence, Significance and Clinical Characteristics of Seizures, Epilepsy and Subclinical Electrical Activity in Autism // N A J Med Sci. 2015. № 8. P. 113–122.
19. Frye R. E., Sreenivasula S., Adams J. B. Traditional and non-traditional treatments for autism spectrum disorder with seizures: an on-line survey // BMC Pediatrics. 2011. № 11. P. 37.
20. Hartley-McAndrew M., Weinstock A. Autism Spectrum Disorder: Correlation between aberrant behaviors, EEG abnormalities and seizures. Neurology International. 2010. № 2. P. e10.
21. Hashimoto T., Sasaki M., Sugai K. Paroxysmal discharges on EEG in young autistic patients are frequent in frontal regions // J Med Invest. 2001. № 48 (3–4). P. 175–180.
22. Hrdlicka M. EEG Abnormalities in Autism: What is the Significance? // Autism. 2012. № 2. P. e111.
23. Hrdlicka M., Komarek V., Propper L. Not EEG abnormalities but epilepsy is associated with autistic regression and mental functioning in childhood autism // Eur Child Adolesc Psychiatry. 2004. № 13. P. 209–213.
24. Jeste S. S., Tuchman R. Autism Spectrum Disorder and Epilepsy: Two Sides of the Same Coin? // Journal of child neurology. 2015. № 30 (14). P. 1963–1971.
25. Lewine J. D., Andrews R., Chez M. Magnetoencephalographic patterns of epileptiform activity in children with regressive autism spectrum disorders. Pediatrics. 1999 № 104 (3). P. 405–418.
26. Matsuo M., Maeda T., Sasaki K. Frequent association of autism spectrum disorder in patients with childhood onset epilepsy. Brain Dev. 2010. № 32. P. 759–763.
27. Millichap J. J., Stack C. V., Millichap J. G. Frequency of epileptiform discharges in the sleep-deprived electroencephalogram in children evaluated for attention-deficit disorders // J Child Neurol. 2011. № 26. P. 6–11.
28. Muñoz-Yunta A., Ortiz T., Palau-Baduell M. Magnetoencephalographic pattern of epileptiform activity in children with early-onset autism spectrum disorders // Clinical Neurophysiology. 2008. № 119 (3). P. 626–634.
29. Nass R., Gross A., Devinsky O. Autism and autistic epileptiform regression with occipital spikes // Dev Med Child Neurol. 1998. № 40 (7). P. 453–458.
30. Politi K., Kivity S., Goldberg-Stern H. Selective Mutism and Abnormal Electroencephalography (EEG) Tracings // J Child Neurol. 2011. № 26. P. 1377–1382.
31. Ronen G. M., Richards J. E., Cunningham C. Can sodium valproate improve learning in children with epileptiform bursts but without clinical seizures? // Dev Med Child Neurol. 2000. № 42. P. 751–755.
32. Scheffer I. E., Parry-Fielder B., Mullen S. A. Epileptiform EEG abnormalities in children with language regression // Neurology. 2006. № 67. P. 1527.
33. Tuchman R. F. CSWS-related autistic regression versus autistic regression without CSWS. Epilepsia. 2009 № 50 (Suppl 7). P. 18–20.
34. Tuchman R. F., Rapin I. Regression in pervasive developmental disorders: seizures and epileptiform electroencephalogram correlates. Pediatrics. 1997. № 99 (4). P. 560–566.
35. Yasuhara A. Correlation between EEG abnormalities and symptoms of autism spectrum disorder (ASD). Brain Dev. 2010. № 32 (10). P. 791–798.

КАТАТОНИЧЕСКИЕ И КАТАТОНО-РЕГРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ПСИХОТИЧЕСКИХ ФОРМАХ РАС И ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Куликов А. В., к.м.н.,
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Выявлена полиморфность кататонических и кататоно-регрессивных расстройств (КиКРР) при психотических формах расстройств аутистического спектра (РАС) и детской шизофрении (ДШ), что позволило разделить их по уровням поражения на семь групп. Определено, что в двух третях случаев они сочетаются с психопатоподобными расстройствами и с когнитивным дизонтогенезом в виде задержки и неравномерного формирования психоречевых функций, а в трети случаев с когнитивным дефицитом с грубым недоразвитием психо-речевой сферы.

Ключевые слова

Аутизм, шизофрения, кататония, кататонические расстройства, кататоно-регрессивные расстройства, лечение.

CATATONIC AND CATATONIC-REGRESSIVE DISORDERS IN PSYCHOTIC ASD FORMS AND CHILDHOOD SCHIZOPHRENIA

Kulikov A. V., PhD (Medical Sciences),
Federal Mental Health Research Center,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The polymorphism of catatonic and catatonic-regressive disorders (CaCRD) in psychotic ASD forms and childhood schizophrenia was revealed, which allowed to divide them by levels of lesion into seven groups. It was determined that in two-thirds of cases they are combined with psychopathic-like disorders and cognitive dysontogenesis in the form of delay and uneven formation of psycho-speech functions, and in a third of cases with cognitive deficit with gross underdevelopment of psycho-speech sphere.

Key words

Autism, schizophrenia, catatonia, catatonic disorders, catatonic-regressive disorders, autism treatment.

Актуальность изучения кататонических и кататоно-регрессивных расстройств (КиКРР) при психотических формах расстройств аутистического спектра (РАС) и детской шизофрении (ДШ) определяется, во-первых, тем, что они являются показателем большей тяжести состояния [3]. При этом нарушается речевое развитие — речь либо останавливается в развитии, либо происходит регресс, когда по мере утяжеления состояния дети все меньше пользуются речью, пока некоторые вовсе не замолкают, утрачивается коммуникативная функция речи [2] — дети не пользуются речью в целях общения, не обращаются с просьбами, не отвечают на вопросы [1]. Во-вторых, знание феноменологии КиКРР позволяет проводить дифференциальную диагностику гиперкинезии наблюдающейся при РАС и ДШ от гиперкинетических проявлений в структуре синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. И, в-третьих, двигательные стереотипии кататоно-регрессивного генеза, появляясь у пациентов на фоне задержки развития (нередко во время стимулирования ноотропными средствами, аппаратной стимуляции), обращают на себя внимание родителей и специалистов, впервые позволяя заподозрить РАС или ДШ.

Поэтому знание феноменологии, навык видеть и определять КиКРР играют большую роль в проведении дифференциальной диагностики задержек развития резидуально-органического,

соматогенного, психогенного, конституционального генеза от задержек развития при РАС и ДШ, а гиперкинетического синдрома в рамках СДВГ от гиперкинезии в структуре КиКРР при РАС, ДШ, что имеет большое значение, так как своевременная диагностика РАС и ДШ, начало лечебной, коррекционно-педагогической работы снижает риски формирования тяжелых нарушений психического развития и инвалидизации пациентов.

Целью нашего исследования было изучение феноменологии КиКРР, их связи с иными продуктивными и негативными нарушениями.

Материал и методы. В исследование включены 60 больных раннего и дошкольного возраста 2–6 лет 11 месяцев с наличием в клинической картине психотических форм РАС и детской шизофрении кататонических и кататоно-регрессивных проявлений, проходивших амбулаторное или стационарное лечение в ФГБНУ НЦПЗ. Из 60 обследованных больных мальчиков было 50 (83%), девочек — 10 (17%). Методы: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический.

Результаты. В 2/3 случаев (70%, N = 42) в анамнезе пациентов отмечалось сочетание патологии беременности и родов, в 17% (N = 10) случаев патология родов, в 13% (N = 8) — патология беременности. Моторное развитие в более чем половине (63%) случаев было нарушено

и у 47% (N = 28) пациентов протекало с задержкой, у 17% (N = 10) было искаженным. Задержка речевого развития, которая в ряде случаев формировалась в результате остановки развития речи на раннем этапе онтогенеза, была определена у 68% (N = 41) пациентов. Отчетливый регресс с утратой приобретенных речевых навыков был выявлен у 43% (N = 26) пациентов, при этом речь до регресса также могла развиваться с задержкой. У двух (3%) пациентов регресс речи сочетался с регрессом навыков опрятности.

Клиника. Кататоническая симптоматика присутствовала у всех пациентов. У 63% (N = 38) больных выявлялось сочетание кататонических и психопатоподобных расстройств. В 18% (N = 11) случаев выявлялись аффективные нарушения, чаще гипоманиакальные (12%, N = 7), реже смешанные, депрессивные и субдепрессивные. В 12% (N = 7) случаев клиническую картину можно было расценить как полиморфную, при этом чаще сочетались кататонические, психопатоподобные и аффективные (гипоманиакальные, смешанные, депрессивные и субдепрессивные) нарушения. В отдельных случаях определялись тревожно-фобический, кататоно-гебефренный и обсессивный синдромы.

У 67% (N = 40) пациентов был определен когнитивный дизонтогенез с задержкой формирования психических функций и речи, в 33% (N = 20) случаях отмечался когнитивный дефицит с грубым недоразвитием речи, мышления, внимания, памяти, познавательной активности. Негативные расстройства проявлялись также в мотивационно-волевых нарушениях, психическом инфантилизме, искажении формирования и недоразвитии эмоциональной и коммуникативной сфер. Симптомы искажения развития проявлялись в сохранении протопатических форм познания окружающего: более чем у трети (37%, N = 22) пациентов сохранялись облизывания, у 13% (N = 8) — обнюхивания. У двух (3%) больных наблюдалось заглатывание пищи кусками с поперхиваниями. У шестой части пациентов (17%, N = 10) отмечалось запаздывание формирования туалетных навыков опрятности, энкопрез отмечался в 10% (N = 6) случаев, а энурез — в 7% (N = 4).

В данной работе уделено внимание наиболее часто встречающимся и информативным симптомам КиКРР, характерным для детей, страдающих психотическими формами РАС и детской шизофренией. При проведении феноменологического изучения КиКРР для упорядочивания наблюдений в связи с полиморфностью симптоматики группы симптомов были разделены по уровням поражения на семь групп: «общие», «негативизм / контакт — визуальный, вербальный, тактильный», «мимика», «тело / голова», «верхние конечности», «нижние конечности», «речь».

«Общие». Практически у всех (88%, N = 53) пациентов отмечалась избыточная однообразная двигательная активность (гиперкинезия). Кружения выявлялись в 55% (N = 33), бег (ходьба) взад-вперед (по кругу) в 53% (N = 32) случаях. Выраженная импульсивность присутствовала у 37% (N = 22) пациентов, в 12% случаев (N = 7) отмечались импульсивные пробежки, в 3% (N = 2) внеситуативная импульсивная агрессия. Эпизоды мышечного напряжения с повышением тонуса мышц верхних конечностей, жевательных мышц отмечались в трети (30%, N = 18) случаев. С одинаковой частотой встречались стремление забираться повыше («лазание по верхам») и бруксизм по 18% (по 11

случаев) пациентов. Отчетливая манерность выявлялась у десятой части больных, как и заметное увеличение двигательной активности в вечерние часы (по 10%, по шесть случаев). Редко (2%, N = 1) отмечалось принятие вычурных поз. Эхопраксия, недержание (сбрасывание) одежды (обуви), постоянное грызение несъедобного выявлялись одинаково часто — по 5% (по три случая). В 3% (N = 2) случаях фиксировались отчетливые периодические замирания (застывания).

«Негативизм / контакт — визуальный, вербальный, тактильный». Негативизм в разной степени выраженности выявлялся у всех больных, при этом лишь в 7% случаев (N = 4) был выражен незначительно. Визуальный контакт в большинстве (52%, N = 31) случаев определялся как сниженный, непродолжительный, реже как мимолетный (20%, N = 12), почти каждый пятый (18%, N = 11) больной избегал смотреть в глаза. У 5% (N = 3) пациентов глазной контакт отсутствовал, в 3% (N = 2) случаев был в целом достаточным, у одного (2%) пациента отмечался немигающий пристальный взгляд. Реакция на обращение в большинстве (65%, N = 39) случаев была сниженной, выборочной. Отсутствовала почти у четверти (28%, N = 17) пациентов и с одинаковой частотой (по два случая, по 3%) была негативной либо отсроченной. Тактильный контакт у половины (50%, N = 30) больных был непродолжительным (при этом сначала пациенты могли его активно избегать, но, освоившись, допускали на некоторое время), достаточным — у каждого шестого (17%, N = 10). В 15% (N = 9) случаев больные активно избегали тактильный контакт, избыточным с нарушением «чувства дистанции» он был в 12% (N = 7) случаев, реже отмечалось пассивное уклонение от тактильного контакта (7%, N = 4).

«Мимика». Более чем в 2/3 случаев (73%, N = 44) выявлялась гипомимия, более чем в половине случаев (55%, N = 33) отмечались гримасы, почти у каждого шестого (15%, N = 9) тики в лицевой мускулатуре. Реже, в 5% (N = 3) случаев, имела место хоботковая мимика, повышенная подвижность губ и языка (2%, N = 1), амимия (2%, N = 1).

«Тело / голова». Яктации отмечались у 8% (N = 5), а мотание головой у 7% (N = 4) пациентов. Одинаково редко (по 2%, по одному случаю) выявлялись однообразные повороты головы и тела, биения туловищем и головой.

«Верхние конечности». Атетоз отмечался более чем в половине (58%, N = 35) случаев, несколько реже выявлялись взмахи руками (47%, N = 28) и потряхивания руками, предметами (42%, N = 25). Кручения кистями присутствовали у 18% (N = 11) пациентов, постукивание по поверхностям у 15% (N = 9), а похлопывание у 8% (N = 5) больных. Реже отмечались закладывание, скрещивание пальцев — у 7% (N = 4) больных, перебирание пальцев (5%, N = 3), похлопывание кистями друг о друга (5%, N = 3). Единичными были случаи щипания губ, выгибания пальцев, кручения ушей (по 2%).

«Нижние конечности». Периодическое привставание на цыпочки выявлялось более чем в половине случаев — у 57% (N = 34) больных. В половине случаев (52%, N = 31) отмечались стереотипные прыжки. Перетапывания выявлены у 15% (N = 9), частая цыпочковая ходьба у 8% (N = 5), подъем на «высокие» цыпочки у 7% (N = 4), опора при ходьбе на переднюю часть стопы — у 5% (N = 3) пациентов.

«Речь». Помимо разного уровня выраженности недоразвития речи, присущей ей в ряде случаев манерности, скандированности, вербигераций, в половине случаев отмечалось редкое пользование речью (50%, N = 30), а эхолалии более чем у четверти (28%, N = 17) пациентов. «Птичья» эгоцентрическая речь выявлена в 23% (N = 14), выкрики отдельных звуков в 22% (N = 13) случаях. У 18% (N = 11) отмечался периодический беспричинный смех, только в одном (2%) случае плач.

Лечение и ре(а)билитация. В ФГБНУ НЦПЗ создан и десятилетиями используется политаргетный подход в лечении и ре(а)билитации детей с психотическими формами РАС и детской шизофренией. Помимо персонализированной синдромальной психофармакотерапии, влияющей на разнообразные продуктивные (преимущественно на кататонические, психопатоподобные, неврозоподобные, аффективные) и когнитивные (когнитивный дизонтогенез, когнитивный дефицит, когнитивный дефект) нарушения, проводилась коррекционная психолого-педагогическая работа, направленная на преодоление недоразвития и искажений в различных сферах — когнитивной, коммуникативной, эмоциональной, мотивационно-волевой. В зависимости от имеющихся симптомов, использовались препараты (их сочетания) разных групп: нейролептики, антиконвульсанты, антидепрессанты, транквилизаторы и ноотропы. Особо следует отметить, что для купирования КиКРР необходимо использование нейролептических средств, часто в сочетании с антиконвульсантами, а введение в схему терапии ноотропных препаратов возможно обычно только на фоне снижения выраженности продуктивной симптоматики, а также при отсутствии эпилептической активности на ЭЭГ. На фоне психофармакотерапии по мере редуцирования выраженности КиКРР за счет снижения проявлений негативизма, гиперкинезии со стереотипностью, импульсивности, улучшения когнитивных функций (внимание, мышление, память, восприятие), активизации речи (появление слогов, слов, фраз, возрастание коммуникативности речи, урежение «птичьей» эгоцентрической речи) больные становились более доступными контакту и, соответственно,

коррекционной психолого-педагогической работе, которая проводилась в зависимости от тяжести состояния, дефектологом, психологом, логопедом. Использовались и другие методы (в том числе музыкальные занятия, речевой массаж). У 2/3 пациентов отмечалась значительная положительная динамика в развитии психоречевых и коммуникативных функций, сглаживались проявления инфантилизма и мотивационно-волевые расстройства.

Заключение. Таким образом, в обследованной группе больных кататонические и кататоно-регрессивные проявления, имеющие значительный полиморфный характер, в 2/3 случаев сочетаются с психопатоподобными расстройствами, а также с когнитивным дизонтогенезом в виде задержки и неравномерного формирования психоречевых функций, а в трети случаев с когнитивным дефицитом с грубым недоразвитием психоречевой сферы. Среди кататонических и кататоно-регрессивных расстройств наиболее часто (более чем в половине случаев) выявляются негативизм, преимущественно в виде дефицита вербального и визуального контакта, речевые расстройства (в том числе редкое пользование речью, в четверти случаев эхолалии, эгоцентрическая «птичья» речь), гиперкинезия, кружения, бег (ходьба) взад-вперед (по кругу), гипомимия, гримасы, привставание на цыпочки, стереотипные прыжки, стереотипные движения как в нижних, так и в верхних конечностях, при этом последние — самые разнообразные из всех стереотипных психомоторных расстройств кататонического генеза. Речевое развитие, являющееся в норме средством коммуникации и основой интеллектуального развития, страдало у всех пациентов, что обуславливало тяжесть состояния пациентов, выраженные трудности обучаемости.

Важными факторами, способствующими недопущению формирования тяжелых нарушений психического развития и инвалидизации пациентов, являются своевременные диагностика психотических форм расстройств аутистического спектра, детской шизофрении и начало политаргетных психофармакотерапии и коррекционной психолого-педагогической работы, что не менее чем в 2/3 случаев ведет к значительной положительной динамике в развитии пациентов.

Библиографический список

1. *Башина В. М.* Аутизм в детстве. М.: Медицина, 1999. 240 с.
2. *Башина В. М., Симашкова Н. В.* Кататонические симптомокомплексы и синдромы // Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / под ред. С. Ю. Циркина. 2-е изд., перераб. и доп. СПб.: Питер, 2004. С. 390–395.
3. *Руководство по психиатрии: В 2 т. Т. 1* / под ред. А. С. Тиганова. М.: Медицина, 1999. 712 с.

ШИЗОФРЕНИЧЕСКИЕ (ШИЗОТИПИЧЕСКИЕ) ТВОРЧЕСКИЕ МИРЫ. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ПОДРОСТКОВ

Левковская О. Б.^{1,2}, младший научный сотрудник, ассистент кафедры детской и подростковой психиатрии и психотерапии,

Шевченко Ю.С.², д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детской и подростковой психиатрии и психотерапии,

¹ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы»,

²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Актуальность психологической реабилитации юных пациентов с расстройствами шизофренического спектра обусловлена ее прогностическим значением для всей их будущей жизни, для уровня социального функционирования и социальной адаптации. Статья посвящена некоторым аспектам творчества подростков, имеющих расстройства шизофренического спектра. На конкретных примерах показываются особенности творчества, построения психотерапевтического контакта и трудности психотерапевтической работы. Нарушения психической сферы, связанные с болезнью, отрицательно сказываются на социальной адаптации подростков, и в то же время, могут обогащать творчество, привнося в него сложное, многоплановое, загадочное и философское направление.

Ключевые слова

Психотерапия подростков, расстройства шизофренического спектра.

SCHIZOPHRENIC/SCHIZOTYPAL CREATIVE WORLDS. FEATURES OF ADOLESCENT PSYCHOTHERAPY

Levkovskaya O. B.^{1,2}, Research Assistant, Lecturer of the Department of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy,

Shevchenko Y. S.², Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy,

¹ Sukhareva Research and Practical Center for Child and Adolescent Mental Health of the Moscow Health Care Department

²Russian Medical Academy of Continuous Professional Education of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow,
Russian Federation

Abstract

Psychological rehabilitation has shown evidence to improve social competence and social adaptation in young individuals with schizophrenia. The paper reports some aspects of creativity in adolescents with schizophrenic spectrum disorders. The process of building relationship between a young person and his/her therapist is presented. Specific features of creativity in adolescents with schizophrenic spectrum disorders are described.

Key words

Adolescent psychotherapy, schizophrenic spectrum disorders.

Общество должно знать, что душевнобольные представляют собой большую ценность, так как некоторые из них в периоды заболевания творят, обогащая науку, искусство и технику новыми ценностями.

Карпов П. И. «Творчество душевнобольных и его влияние на развитие науки, искусства и техники» [4]

Введение. Больные с психическими недугами издавна стремились изобразить проблематику своих душевных переживаний, разнообразные страхи, тревогу, болезненные фантазии, галлюцинаторные видения, используя художественно-изобразительные средства. Широко известны шедевры такого рода И. Босха, так называемые черные картины Ф. Гойи, «демониада» М. Врубеля и др. Вопросы творчества душевнобольных интересовали врачей-психиатров многие десятилетия, собиравших, коллекционировавших и подробно изучавших разнообразные стороны творческого процесса своих пациентов. Этот процесс продолжается и поныне, например, в рамках многолетнего проекта «Иные» В. В. Гаврилова [3]. Кроме этого, глубоко содержательные работы ведутся психиатрами в области патографических исследований, в которых биографии выдающихся лиц составляются с точки зрения характерологических и психопатологических данных. Например, А. В. Шувалов и О. Ж. Бузик пишут о том, что психическое заболевание может быть в редких случаях следствием напряженной творческой деятельности, следствием жизненных трудностей и непризнания, но также может стать причиной, мотивом или поводом такой деятельности [10]. В XX столетии появились специальные термины, обозначающие искусство, рожденное людьми с психиатрическим опытом: ар-брют (франкоязычный термин) и аутсайдер-арт (англоязычный термин). В отечественных клинических исследованиях наиболее значительное место в разработке методологии и практических инструментов помощи взрослым душевнобольным пациентам через творческий процесс принадлежит доктору медицинских наук М. Е. Бурно и созданному им в течение пяти десятилетий методу терапии творческим самовыражением [1; 2]. Арт-терапия в ее клинической части представленная в первую очередь работами доктора медицинских наук А. И. Копытина, также стремительно развивается и предлагает свой подход и техники для работы с людьми, страдающими душевными болезнями [5].

Однако остается по-прежнему недостаточно исследованной область лечебного воздействия творческого процесса на юных пациентов с психическими болезнями. А ведь именно ранняя, поэтапная психосоциальная реабилитация, начатая практически одновременно с манифестацией болезненного процесса, обеспечивает в будущем включенность пациентов в социальную жизнь и снижает риски развития тяжелых дефектных состояний. При работе с пациентами-подростками, страдающими расстройствами шизофренического спектра (шизофрения, шизотипическое расстройство, шизоаффективное расстройство), именно это должно приниматься во внимание при разработке эффективных комплексных лечебных подходов, включающих в себя не только психиатрическую помощь, но и образовательный маршрут и методы психотерапии (индивидуальной, групповой, семейной) [6; 7].

Целью настоящей работы является основанное на многолетнем психопатологическом и клинко-психологическом

изучении подростков, страдающих расстройствами шизофренического спектра (шизофрения, шизотипическое расстройство, шизоаффективное расстройство), описание задач психотерапии, значимых особенностей творчества, построения психотерапевтического контакта и трудностей психотерапевтической работы с данной группой пациентов.

Материал и методы. Исследовали 30 подростков, 23 девочки и 7 мальчиков в возрасте 12–17 лет, госпитализированных или наблюдавшихся амбулаторно в Научно-практическом центре психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухарева г. Москвы (бывшая ГКБ № 6) с расстройствами шизофренического спектра (шизофрения, шизотипическое расстройство, шизоаффективное расстройство), с которыми на разных этапах помощи проводилась групповая и (или) индивидуальная психотерапевтическая работа по методу терапии творческого самовыражения М. Е. Бурно с элементами арт-терапии.

Результаты и обсуждение. В исследовании всех пациентов удалось разделить на две группы, опираясь на клинически значимые особенности нарушений мышления, которые обуславливали функциональный диагноз и выбор психотерапевтической стратегии. В первую группу (N = 8) вошли пациенты в стадии манифестации и обострения основного заболевания с выраженными нарушениями мышления, непоследовательностью, доходящей до разорванности (диссолюционно-психотический синкретизм), массивными соскальзываниями, резонерством, бреподобным фантазированием, рудиментарными бредовыми образованиями. Вторую группу (N = 22) составили пациенты с негрубыми нарушениями мышления, характерными для большинства пациентов с расстройствами шизофренического спектра и выявляемыми в ходе клинической беседы, а также в процессе психотерапевтических занятий и представленными формальностью мышления, единичными соскальзываниями, способностью связывать все со всем (диссоциативный регрессивно-компенсаторный синкретизм), высказываниями и суждениями с опорой на второстепенные признаки и на малозначимые, странные связи, с амбивалентностью и многоплановостью.

Таблица 1. Направленность и «подводные камни» психотерапии творческим самовыражением (М. Е. Бурно) двух клинических подгрупп пациентов-подростков с расстройствами шизофренического спектра в зависимости от тяжести нарушений мышления

	Шизофрения (F20) и шизоаффективное расстройство (F25) в остром периоде. N = 8	Шизофрения (F20) и шизоаффективное расстройство (F25) в межприступном периоде; шизотипическое расстройство (F21). N = 22
Задачи психотерапии с использованием целебных механизмов творческого процесса	Помощь: 1) в решении психодиагностических задач путем объективации психопатологических симптомов и переживаний психотического и субпсихотического регистра в художественно-экспрессивной деятельности;	Помощь: 1) в повышении адаптации к условиям психиатрического лечебно-реабилитационного учреждения и комплаентности к психофармакотерапии; 2) преодолении чувства собственного бессилия, беспомощности перед жизнью, ненужности, никчемности,

Продолжение

	Шизофрения (F20) и шизоаффективное расстройство (F25) в остром периоде. N = 8	Шизофрения (F20) и шизоаффективное расстройство (F25) в межприступном периоде; шизотипическое расстройство (F21). N = 22
	2) поэтапном отслеживании динамики психопатологических и личностных изменений; 3) облегчении пребывания в профильном подростковом психиатрическом отделении; 4) реактивно-психотерапевтической аккумуляции патологической активности пациента и канализации ее в безопасное русло; 5) создании временной иллюзорно-мантральной картины мира, интеграции «Я», восстановлении границ «Я», трансовом успокоении. Решение всех перечисленных выше задач в каждом конкретном клиническом случае зависит от степени и выраженности сохраняющейся возможности продуктивного контакта пациента и психотерапевта.	отчаяния, патологической душевной напряженности через творческое самовыражение и психологически защитное общение с окружающим миром и людьми посредством своего творчества; 3) смягчении аутизма и восстановлении витального контакта с реальностью (по Э. Миньковски) с опорой на эмоционально-стрессовое воздействие творческого процесса (по В. Е. Рожнову, М. Е. Бурно) [1; 2; 9] и активизирующую психотерапию (по С. И. Консторуму); 4) смягчении аффективных расстройств через творческую сублимацию и поиск творческого вдохновения через элвирующее «внеситуационно-познавательное» и «внеситуационно-личностное» (по М. И. Лисиной) общение [8] и нахождение созвучных творцов, художников, писателей, произведений искусства, общение с природой и т.д. (по М. Е. Бурно); 5) спонтанном, искреннем самовыражении в творчестве; 6) развитии самосознания (самоидентичности) через осознание сильных и слабых сторон своего характера, в том числе болезненных особенностей своей личности; 7) обретении стойкого творческого жизненного стиля и, при возможности, ауторегулятивного пути профессионального самоопределения сообразно своему природному душевному устройству; 8) развитию морального сознания и в построении иерархии жизненных ценностей; 9) общей гармонизации душевной жизни и поиске своих индивидуальных жизненных смыслов в творческом процессе.
Особенности творчества	Творчество может отражать продуктивно-психотические расстройства пациентов, а также дефицитарные расстройства, особенно	Творчество несет в себе черты многозначности, загадочности, сюрреалистичности. Излюбленными темами являются темы, проникнутые мистикой,

Продолжение

	Шизофрения (F20) и шизоаффективное расстройство (F25) в остром периоде. N = 8	Шизофрения (F20) и шизоаффективное расстройство (F25) в межприступном периоде; шизотипическое расстройство (F21). N = 22
	переживание собственной обезличенности, аморфности и (или) расщепления, утраты своего «Я». В творческой продукции присутствуют хаотические дезинтегрированные, нагроможденные друг на друга образы. Встречаются экспансивные, деструктивно-агонистические и стереотипно повторяющиеся формы и символы	философией, архаическими и сказочно неземными сюжетами [1]. Эти темы в подростковом возрасте являются аутистической альтернативой нормативному онтогенетическому уровню эмоциональной регуляции в форме базальной аффективной коммуникации через налаживание аффективного взаимодействия с другим человеком (по В. В. Лебединскому). Некоторые образы можно отнести к гротескным со своеобразным зловеющим оттенком. Аффективный фон пациентов, актуализирующий «полевой» уровень инстинктивной саморегуляции, отражается на эмоциональном содержании создаваемых произведений: а) напряженно-депрессивный фон проявляется в стремлении изображать героев или ситуации с негативным, пронзительно тревожным, деструктивным содержанием, оставляющим шемящее чувство, вплоть до трагической гибели главных персонажей; б) смешанный аффективный фон (например, сочетание постоянного веселья и приподнятости как проявлений гипомании и одновременно с ними тревоги и страха) выражается в рисунках и в созданных по ним историях, рассказах, содержащих элементы черного юмора, трагикомических, абсурдных, амбивалентных сюжетов, с противоречивым сочетанием цветов; в) повышенный аффективный фон с идеями собственной исключительности, грандиозности, всемогущества имеет чаще у подростков непостоянный, фрагментарный характер и выражается в создании грандиозных сюжетов, часто заимствованных из компьютерных игр, анимэ-сериалов, из фильмов с фантастическим сюжетом,

Продолжение

Окончание

	Шизофрения (F20) и шизоаффективное расстройство (F25) в остром периоде. N = 8	Шизофрения (F20) и шизоаффективное расстройство (F25) в межприступном периоде; шизотипическое расстройство (F21). N = 22		Шизофрения (F20) и шизоаффективное расстройство (F25) в остром периоде. N = 8	Шизофрения (F20) и шизоаффективное расстройство (F25) в межприступном периоде; шизотипическое расстройство (F21). N = 22
Трудности построения психотерапевтического контакта	Трудности построения психотерапевтического контакта в данной подгруппе определяются в первую очередь степенью доступности пациента, выраженностью и особенностями продуктивной психопатологической симптоматики, отрешенностью и аутизмом. Пребывая большую часть времени в мире своих болезненных фантазий, некоторые пациенты расценивают психотерапию как вторжение в их внутреннюю реальность, в их мир. В ответ на психотерапевтические воздействия, вопросы, пожелания возникают негативизм с мутизмом, склонностью к импульсивным реакциям. Психотерапия основывается на особом «подстраивающемся», «ситуационно-деловом» (по М. И. Лисиной) [8] контакте психотерапевта и пациента при наличии у пациента хорошего интеллекта, эмоциональной тонкости, одаренности и субъективного ощущения страдания и ожидания помощи	Трудности построения психотерапевтического контакта в данной подгруппе обусловлены объективными и субъективными факторами. К объективным факторам относятся: предшествующий негативный опыт общения с психологом и (или) психотерапевтом, нежелательные эффекты психофармакотерапии, приводящие к заторможенности, чувству общей усталости и незаинтересованности происходящим вокруг, к усилению деперсонализационных расстройств. К субъективным факторам относятся факторы болезненного процесса: а) нестабильность состояния с аффективными колебаниями обуславливает низкую фрустрационную устойчивость таких пациентов и ограничивает выбор психотерапевтических воздействий, которые не должны приводить к прямой конфронтации, по крайней мере, в случаях краткосрочной психотерапии; б) психотерапевтические методики, инструменты должны быть направлены на сохранение стороны личности, а также наработку и осознание собственных внутренних ресурсов, связанных с творческим процессом;			в) разнообразная личностно-характерологическая мозаичность, расщепленность чувственной, мыслительной и волевой сфер лежит в основе амбивалентного отношения пациентов к психотерапевту (например, сочетание немотивированного упрямства, негативизма, истерических и протестных реакций и глубокого чувства привязанности и признательности психотерапевту, с которым удается найти понимание и поддержку или в других случаях — обесценивание достижений, достигнутых с помощью психотерапии, в беседах с психотерапевтом и грандиозное приукрашивание этих достижений перед другими людьми). Клиническая психотерапия должна строиться с учетом онтогенеза (дизонтогенеза) каждого конкретного пациента-подростка через позитивно-регрессивное построение «ситуационно-личностного» (по М. И. Лисиной) контакта с врачом, а также посредством создания «эмоционального островка» (по Макс Мюллеру), способствующих эмоциональной реституции больного шизофренией [1]

Таким образом исследование позволяет говорить о перспективности интеграции принципов эмоционально-стрессовой (по В. Е. Рожнову) и онтогенетически-ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии (по Ю. С. Шевченко) в контексте терапии творческим самовыражением (по Бурно М. Е.) подростков с расстройствами шизофренического спектра.

Библиографический список

1. Бурно М. Е. Краткосрочная Терапия творческим самовыражением (метод Бурно М. Е.) в психиатрии: колл. монография / под ред. М. Е. Бурно. И.: Институт консультирования и системных решений. Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2015. 240 с.
2. Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением (отечественный клинический психотерапевтический метод). 4-е изд., испр. и доп. М.: Академический проект: Альма Матер, 2012. 487 с.
3. Гаврилов В. В. Аутсайдер арт и своеобразие визуальных документов «психиатрического опыта» // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012 № 2 [Электронный ресурс]. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 09.12.2019).
4. Карнов П. И. Творчество душевнобольных и его влияние на развитие искусства, науки, техники. Л.: Государственное издательство, 1926.

5. Копытин А. И. Современная клиническая арт-терапия: учеб. пособие. М.: Когито-Центр, 2015. 256 с.
6. Клиническая психотерапия (инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели) / под ред. С. Ю. Шевченко. М.: Медицинское информационное агентство, 2018. 504 с.
7. Левковская О. Б., Шевченко Ю. С. Спасительное творчество? Использование метода «Терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно» для психотерапии подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2016. № 2. С. 46–53.
8. Лисина М. И. Формирование личности ребенка в общении. СПб.: Питер, 2009. 320 с.
9. Руководство по психотерапии / под ред. В. Е. Рожнова. 3-е изд., доп. и перераб. Т.: Медицина, 1985. 719 с.
10. Шувалов А. В., Бузик О. Ж. Вечные спутники: творчество и шизофрения. М.: Институт консультирования и системных решений: Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига. 2016. 320 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМЫХ ПОДРОСТКОВ И ПОДРОСТКОВ, ЗАВИСИМЫХ ОТ КАННАБИНОИДОВ

Малыгин В. Л., д.м.н., профессор, **Меркурьева Ю. А.**, преподаватель, **Малыгин Я. В.**, д.м.н., ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

Аннотация

Исследование психологических свойств подростков, зависимых от каннабиноидов, и подростков с интернет-зависимостью выявило определенные сходства психологических характеристик зависимых подростков: повышенная моторная импульсивность, а также низкий самоконтроль, отсутствие ясных жизненных целей, что в целом отражает их инфантильность. Также выявлены и различия психологических свойств интернет-зависимых подростков и подростков, зависимых от каннабиноидов.

Ключевые слова

Подростки, зависимость от каннабиноидов, интернет-зависимость подростков, психологические факторы риска, психологические механизмы формирования аддикций.

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF INTERNET-ADDICTED ADOLESCENTS AND ADOLESCENTS WITH CANNABINOID ADDICTION

Malygin V. L., Doctor of Medical Sciences, Professor, **Merkurieva J. A.**, Lecturer, **Malygin Y. V.**, Doctor of Medical Sciences, Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

Abstract

Adolescents with Internet addiction and adolescents with cannabinoid addiction have certain similarities in psychological characteristics. They include the more pronounced motor impulsiveness, the low self-control and the lack of clear life goals which reveal infantilism of adolescents. Differences in psychological characteristics in adolescents with Internet addiction and adolescents with cannabinoid addiction were also identified.

Key words

Adolescents, cannabinoid addiction, Internet addiction, psychological risk factors.

Одной из наиболее актуальных проблем современной аддиктологии является исследование различных факторов риска формирования зависимости и в первую очередь особенностей личностно-характерологических свойств индивида. Так, В. Д. Менделевичем разработана концепция аддиктивной личности, согласно которой существуют «общие для всех форм зависимостей базовые характеристики зависимой личности» [5]. А. А. О. Бухановский [1] описывает структурно-динамические закономерности, позволяющие объединить различные нарушения влечений в единую нозологическую единицу. С появлением новых форм аддикций, в частности интернет-зависимости, патологического гемблинга и др., вопрос об особенностях различных психологических свойств индивида как факторов риска формирования той или иной зависимости становится наиболее актуальным. В частности, серьезной проблемой является распространенность среди подростков

употребление курительных смесей, в том числе каннабиса, и различные варианты интернет-зависимого поведения. В ряде исследований отмечается определенная схожесть характерных для этих групп зависимых подростков психологических свойств и состояний, которые могут являться факторами риска формирования зависимости: тревожные черты характера, склонность к депрессии, эмоциональная неустойчивость, повышенная возбудимость [6; 10; 11; 12; 13; 16], синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) [17], другие нейропсихологические нарушения ЦНС [1; 14; 15], а также схожие особенности эмоционального интеллекта [7]. В то же время отмечаются психологические особенности более свойственные подросткам, зависимым от каннабиноидов, чем интернет-зависимым, в частности рискованное поведение, связанное с фактором поиска новизны, которое возможно детерминировано генетическим полиморфизмом локусов генов дофаминовой системы [8].

Цель исследования — изучение особенностей характерологических свойств, эмоционального интеллекта, социально-психологической адаптации интернет-зависимых подростков и зависимых от наркотиков.

Материал и методы исследования. Выборку составили 60 подростков-юношей 14–17 лет (средний возраст $15,5 \pm 2,32$).

Группа 1: 20 интернет-зависимых подростков.

Группа 2: 20 подростков, зависимых от каннабиноидов.

Группа 3: 20 — контрольная группа.

В исследовании были использованы следующие методики: шкала импульсивности Барратта (BIS-11), 1987 г., опросник темперамента и характера Клонинджера (TCI-125), 1991 г., методика диагностики эмоционального интеллекта MSCEITV2.0, 2002 г., методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда, 1954 г., шкала интернет-зависимости Чен (CIAS), 2003 г.

Для сравнительного анализа порядковых данных в независимых выборках применялся критерий Манна — Уитни. Изучение связей между выявленными психологическими характеристиками обследованных проводилось при помощи коэффициента корреляции Спирмена.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенное исследование выявило, что по данным теста Клонинджера в группе подростков, зависимых от каннабиноидов, отмечаются наиболее высокие показатели по шкале «Поиск новизны» ($p = 0,003$). Поиск новизны является одним из наследуемых факторов темперамента и трактуется как готовность к активизации исследовательского поведения в ответ на новизну стимулов. В группе интернет-зависимых подростков и в группе зависимых от каннабиноидов отмечаются значимо более высокие показатели по шкале «Избегание вреда» по сравнению с подростками контрольной группы ($9,2 \pm 4,51$ и $6,35 \pm 3,91$, $p = 0,04$; $7,5 \pm 3,56$ и $6,35 \pm 3,91$, $p = 0,03$ соответственно), что говорит об их повышенной тревожности. Показатели по шкале «Трансцендентность» достоверно выше у подростков, зависимых от каннабиноидов, как по сравнению интернет-зависимыми подростками ($9,65 \pm 3,23$ и $8,25 \pm 2,53$ соответственно, $p = 0,03$), так и подростками из контрольной группы ($9,65 \pm 3,23$ и $6,35 \pm 3,82$ соответственно, $p = 0,01$). При этом в группе интернет-зависимых подростков показатели по этой шкале также значимо выше по сравнению с контрольной группой. Трансцендентность описывается как опыт самозабвения, трансперсональная идентификация, единение с миром. У подростков, зависимых от каннабиноидов, «Трансцендентность» сочетается с высокими показателями по шкале «Поиск новизны», в то время как у подростков с интернет-зависимостью выявлена сочетанность данного показателя с более высоким уровнем шкалы «Избегание вреда». Показатели по шкале «Самонаправленность» в группе 1 (интернет-зависимые подростки) и в группе 2 (подростки, зависимые от каннабиноидов) близки друг к другу и ниже, чем у подростков контрольной группы. Низкие показатели шкалы «Самонаправленность» свидетельствуют о неуверенности в своей идентичности, противоречивости и зависимости от других людей и обстоятельств. Изучение уровня импульсивности тестом Баррата у подростков исследуемых групп выявило следующее: в обеих группах подростков по сравнению с контрольной группой показатели по фактору 1-го порядка «моторный компонент» выше, чем в контрольной

группе ($p = 0,001$). При этом среди интернет-зависимых подростков данный показатель выше, чем у подростков, зависимых от каннабиноидов. Повышенные показатели по шкале «Моторный компонент» свидетельствует о наличии импульсивных действий без размышлений (покупки, решения, трата денег), беспечности, действиях под влиянием момента. По шкале 1-го «Усидчивость (настойчивость)» показатели в группах 1 и 2 сравнимы друг с другом и значимо выше по сравнению с контрольной группой, что отражает сравнительно большую склонность к сиюминутности принятия решений. Подростки с интернет-зависимым поведением по сравнению с подростками, зависимыми от каннабиноидов, и подростками контрольной группы обнаруживают более высокие показатели по фактору 1-го порядка «Когнитивная сложность», что свидетельствует о том, что они не любят их обдумывать и решать сложные проблемы, ориентируясь на сиюминутную оценку ситуации. Суммарный балл импульсивности значимо выше среди интернет-зависимых подростков по сравнению как с подростками, зависимыми от каннабиноидов, так и с подростками контрольной группы.

Анализ показателей эмоционального интеллекта в исследуемых группах выявил, что суммарный показатель эмоционального интеллекта подростков, зависимых от каннабиноидов, не отличается от контрольной группы. В группе интернет-зависимых подростков он значимо ниже по сравнению с контрольной группой.

Исследование социально-психологической адаптации выявило, что интернет-зависимые подростки наименее адаптивны по сравнению с подростками, зависимыми от каннабиноидов, и подростками контрольной группы. При этом уровень адаптивности подростков, зависимых от каннабиноидов, сопоставим с контрольной группой.

Анализ корреляционных связей показателей выявил, что показатель адаптивности интернет-зависимых подростков отрицательно связан с показателем моторной импульсивности: чем более выражена моторная импульсивность, тем ниже адаптивность. Показатель дезадаптивности интернет-зависимых подростков положительно связан с выраженностью импульсивности (фактор 2-го «Способность к планированию и самоконтроль»). Адаптивность подростков, зависимых от каннабиноидов, имеет положительные связи с принятием себя (самоценностью) и лживостью, которая, вероятно, способствует адаптации в сложных социальных ситуациях, а показатель дезадаптивности положительно связан с шкалой «Поиск новизны» теста Клонинджера, отражающей склонность к рискованному поведению.

Заключение. Подростки с интернет-зависимостью и подростки с зависимостью от каннабиноидов имеют определенное сходство по ряду характерологических черт. Они отличаются более выраженной моторной импульсивностью, низким самоконтролем, низкой самооценкой, зависимостью от других людей, отсутствием ясных жизненных целей. По сравнению с условно-здоровыми подростками они предстают как инфантильные, социально дезадаптированные личности. Несмотря на сходство отдельных характеристик, интернет-зависимые подростки имеют и существенные отличия, они характеризуются меньшим уровнем трансцендентности — меньшей склонностью к духовным практикам и трансперсональному опыту. У них более низкий уровень поиска новизны, что

характеризует их как более консервативных. В то же время они более импульсивны, избегают решения сложных задач, у них низкая способность к планированию и самоконтролю. Эмоциональный интеллект интернет-зависимых подростков значительно ниже по сравнению с подростками, зависимыми от наркотиков, что затрудняет социальную адаптацию. Психологические механизмы формирования зависимости у подростков с интернет-зависимостью и подростков, зависимых от каннабиноидов, имеют значимые различия. Высокий уровень импульсивности, двигательного беспокойства,

эмоциональный дискомфорт в сочетании с пассивностью, избегание решения сложных задач, а также менее развитый эмоциональный интеллект и способности к коммуникациям способствуют бегству подростка от социума в виртуальную среду как способу патологической адаптации. Стремление к новым впечатлениям в сочетании с более высоким уровнем трансцендентности определяет выбор вещества, дающего новый опыт познания и расширения границ собственного «Я». Высокий уровень коммуникативных навыков повышает возможности доступа к запрещенному веществу.

Библиографический список

1. Бухановский А. О. Зависимое поведение: клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика. Ростов н/Д: Изд-во ЛРНЦ Феникс, 2002. 360 с.
2. Вайнштейн А. Интернет-зависимость: диагностика, коморбидность и лечение // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2015. № 4. С. 3 [Электронный ресурс]. URL: <http://mpj.ru>
3. Малыгин В. Л., Меркурьева Ю. А., Краснов И. О. Нейропсихологические особенности как факторы риска формирования интернет-зависимого поведения у подростков // Медпсихология в России. 2015. № 4. С. 6.
4. Малыгин В. Л., Хомерики Н. С., Антоненко А. А. Индивидуально-психологические свойства подростков как факторы риска формирования интернет-зависимого поведения // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2015. № 7. С. 7 [Электронный ресурс]. URL: <http://mpj.ru>
5. Руководство по аддиктологии / под ред. В. Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007. С. 45–69.
6. Синевич А. А., Копытова А. В. Анализ мотивов потребления курительных смесей у лиц мужского пола из республики Беларусь. XVI Съезд психиатров России. «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы». Казань, 23–26 сентября 2015 г. С. 428–429.
7. Ткаченко Г. А., Яковлев В. А. Влияние эмоционального интеллекта на формирование зависимости от психоактивных веществ // Журнал гуманитарных наук. Московский институт государственного управления и права. 2015. № 11. С. 110–112.
8. Яковлев А. Н., Коростин М. И., Пажитных Д. В. и др. Риск употребления наркотиков подростками с проблемным поведением: анализ влияния генетических факторов и «поиска новизны». XVI Съезд психиатров России. «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы. Тезисы докладов». Казань, 23–26 сентября 2015 г. С. 428–429, 446.
9. Crippa J. A., Zuardi A. W., Martini Santos R., et al. Cannabis and anxiety: a critical review of the evidence // Hum Psychopharmacol. 2009. № 24. P. 515–523.
10. Degenhardt L., Hall W., Lynskey M. The relationship between cannabis use, depression and anxiety among Australian adults: findings from the National Survey of Mental Health and Well Being // Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol. 2001. № 36. P. 219.
11. Feingold D., Weiser M., Rehm J., et al. The association between cannabis use and anxiety disorders: results from a population based representative sample // EurNeuropsychopharmacol. 2016. № 26. P. 493–505.
12. Feingold D., Weiser M., Rehm J. et al. The association between cannabis use and mood disorders: a longitudinal study // J. AffectDisord. 2015. № 172. P. 211–218.
13. Fisoun V., Floros G., Siomos K. et al. Internet addiction as an important predictor in early detection of adolescent drug use experience-implications for research and practice // Journal of Addiction Medicine. 2012. Vol. 6 (1). P. 77–84.
14. Kedzior K. K., Laeber L. T. A positive association between anxiety disorders and cannabis use or cannabis use disorders in the general population a meta analysis of 31 studies // BMC Psychiatry. 2014. № 14. P. 1–22.
15. Korkeila J., Kaarlas S., Jaaskelainen M., et al. Attached to the web harmful use of the Internet and its correlates // European Psychiatry. 2009. Vol. 25. P. 236–241.
16. Nathan D., Shukla L., Kandasamy A., Benegal V. Facebook Role Play Addiction A Comorbidity with Multiple Compulsive-Impulsive Spectrum Disorders // J. Behav Addict. May 2016. № 9. P. 1–5.
17. Nie J., Zhang W., Chen J., Li W. Impaired inhibition and working memory in response to internet-related words among adolescents with internet addiction: A comparison with attention-deficit/hyperactivity disorder // Psychiatry Res. Feb. 2016. № 28. P. 236. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.01.004.

NEUROPSYCHOLOGICAL EVALUATION OF CHILDREN WITH COMPLEX MEDICAL CONCERNS*

Traci W. Olivier, PSY.D.

Our Lady of the Lake Children's Health;
Neuropsychology center of Louisiana, LLC.

Abstract

Children with medically and neurologically complex need often present with significant neurocognitive concerns. These include, but are not limited to, children who have sustained a traumatic or acquired brain injury; or those with diagnoses such as seizure disorders, spina bifida, cerebral palsy, complications from prematurity or low birth weight, cancer impacting the central nervous system, cerebrovascular incidents, or neurodevelopmental concerns. Neurocognitive sequelae are common among these patients, though they can present as more "typical" childhood concerns involving behavioral and/or emotional dysregulation (e.g., attention deficit hyperactivity disorder – ADHD).

This chapter examines the utility of neuropsychological evaluations for children who present with cognitive concerns secondary to complex medical and/or neurological disorders. Special considerations for clinicians to contemplate during evaluations are discussed. Treatment recommendations and the use of neuropsychological findings to promote resilience in children and their families are highlighted. This chapter also addresses the neuropsychologist's role as a part of interdisciplinary teams.

Key words

Neuropsychological evaluations, pediatrics, medical complexity, neurological concerns, interdisciplinary care.

Introduction. Children and adolescents with complex medical conditions are at risk for being "overlooked" by parents and professionals regarding neurocognitive functioning. These patients often present with concerns which, on the surface, look like more "typical" disorders (e.g., attention deficit hyperactivity disorder [ADHD], intellectual disability, disruptive behavior disorders, etc.). Oftentimes, however, these surface-level concerns are due to an underlying neurocognitive disorder. Though a review of all complex pediatric medical conditions is beyond the scope of this presentation, particular emphasis is given to three areas: complications associated with prematurity and/or low birth weight; pediatric cancer; and acquired and traumatic brain injuries. Prematurity and low birth weight are selected due to early history often being compromised in medically fragile children. Pediatric cancer, which may be initially treated at specialty hospitals, has lifelong implications and is therefore also included. Lastly, acquired and traumatic brain injuries provide important information regarding recovery and treatment trajectories, which are significant across the spectrum of pediatric injuries.

Complications Associated with Prematurity and/or Low Birth Weight. Similar to pediatric cancer survival rates, rates of survival for neonates who are born early or of low birth weight have increased rapidly since the 1960s, due to medical advances and the implementation of neonatal intensive care units (NICU; Taylor, 2010). These children are often at higher risk for neurocognitive/neurodevelopmental, behavioral, and educational difficulties (Taylor, 2010; Baron & Rey-Casserly, 2010). As the number of infants who survive increases, so does the need for comprehensive neuropsychological care across critical points of development. Accurate early histories are an essential component of a pediatric neuropsychological evaluation. Directly requesting birth records ensures accuracy

of details and provides more information than the parent may be able to provide.

Gestational age and birth weight are two of the most significant risk factors for neurocognitive/neurodevelopmental concerns. Risk increases as gestational age at delivery and birthweight decrease. Full-term gestational age is 37 to 40 weeks post-conception, and average birthweight is around 3.5 kilograms (or 7.5 pounds), though anything between about 2.5 kilograms (5.5 pounds) and 4.5 kilograms (10 pounds) is considered within normal limits, according to the (University of Michigan, n.d.). As summarized by Cole et al. (1997, p.1), previous studies are "consistent in demonstrating that risk of [cerebral palsy], major neurosensory and/or neurological disability is inversely proportional to the degree of immaturity measured by gestational age or birth weight." Apgar scores can provide an indication of risk. Few studies examine the continuum of Apgar scores as related to neurocognitive and/or developmental risk, but literature generally purports that "low" five-minute scores are associated with greater risk. Recent research suggests that "the risk of developmental vulnerability at 5 years of age [is] inversely associated with the [5-minute] Apgar score and... [extends] across the entire range of scores" (Razaz et al., 2016, p. F119). Even scores of 9 represent "an increased risk of vulnerability on the physical and emotional domains" (p. F117), as compared to children with Apgar scores of 10. Literature debates the usefulness of developmental milestones in predicting functional outcomes, though, as Ropper and colleagues summarize, the "developmental scale in early life is a useful source of information, but it must be combined with a full clinical assessment" (Ropper et al., 2019, p. 604).

Pediatric Cancer. Cures for pediatric catastrophic diseases, such as pediatric cancer, have advanced tremendously within the past decades (Rogers, Withycombe & Hockenberry, 2016; Mulhern, Merchant, Gajjar, Reddick & Kun, 2004), primarily due to vast amounts of research within the areas of hematology

* References are available upon request.

and oncology. Pediatric survival rates have increased dramatically. While many researchers and clinicians have continued to work to find more cures, others' efforts have turned toward precision medicine and increasing functional outcomes at home, at school, and within the community (Conklin et al., 2012; Mulhern et al., 2004; Rogers, Withycombe & Hockenberry, 2016).

Cancer and cancer-directed treatment often result in a host of physical and psychosocial impacts. Additionally, neurocognitive late effects are common in pediatric cancer patients, particularly those who have been diagnosed with cancer that effects the central nervous system (CNS; Ullrich, 2009); Mulhern et al., 2004). Childhood brain tumor survivors are at a significantly higher risk for neurocognitive declines. Though immediate neurocognitive changes can present following diagnosis and/or treatment, those who have undergone CNS-directed treatment (e.g., chemotherapy, radiation therapy) may experience neurocognitive changes that can emerge between two and five years post-treatment and sometimes persist into adulthood (Ellenberg et al., 2009). Declines in primary neurocognitive processes, such as reasoning skills, attention, executive functioning, and processing speed are among the most common neurocognitive late effects, which contribute to declines in both academic and functional skills (Conklin et al., 2012; Mabbott et al., 2008; Moxon-Emre et al., 2016; Mulhern et al., 2004; Palmer et al., 2013; Reeves et al., 2005). Further, physical impairments post-disease and treatment may exacerbate late effects (e.g., sensorimotor impairments such as decreased vision and hearing and impaired fine and gross motor skills). Recent research (Olivier et al., 2019) suggests that declines in reading skills post-treatment may be due, at least in part, to hearing loss, which is common following certain types of cancer-directed treatment (e.g., platinum-based chemotherapy agents [cisplatin] and radiation therapy disrupting the cochlea and vestibulocochlear [eighth] cranial nerve).

Acquired and Traumatic Brain Injuries. When adults acquire or sustain traumatic brain injuries, neuropsychological evaluations aid in quantifying existing functioning as compared to pre-morbid levels of function. When a child sustains a brain injury, however, special attention must be given to established skills versus skills that have yet to be developed. For established skills, a trajectory similar to that seen with adults is expected. That is, brain-injured children will show the greatest deviations from age-typical performance immediately following injury. Though complete recovery is not always possible, as time progresses,

the "gap" between their skills and those of same-age peers is expected to narrow. The opposite is hypothesized, however, for skills that the child has not yet developed. For these skills, functioning often appears age-typical immediately following injury; yet, over time, the gap between these children's performance and those of same-age peers becomes more discrepant (Taylor & Alden, 1997).

The Role of the Pediatric Neuropsychologist in Interdisciplinary Care. Interdisciplinary care is becoming the standard in most healthcare settings. Practitioners are encouraged to consult and collaborate. Though important across the lifetime spectrum of care, interdisciplinary care is particularly relevant in pediatric settings. Pediatric neuropsychologists are tasked with the role of integrating all aspects of a child's functioning into a coherent whole, including developmental, medical, emotional, and behavioral functioning. Neuropsychologists should utilize their unique skill set as experts in brain-behavior relationships to establish themselves as a viable part of patients' interdisciplinary treatment teams. Giving feedback directly to patients and referring practitioners and following up with families as necessary are essential. More neuropsychologists (especially in America) are obtaining prescriptive privileges, which expands their scope of practice. As this trend continues, it is important that the non-pharmacological expertise of neuropsychologists (e.g., evaluations, cognitive rehabilitation, and psychotherapy) continues to be valued and utilized.

Concluding Comments. Pediatric neuropsychologists endeavor to help families benefit from yesterday by building upon skills that have already been developed. They help children reach their potential so that they can imagine themselves thriving in tomorrow. Continued growth and skills acquisition must be encouraged, while also addressing compensatory strategies to find "work arounds" for areas that may not be amendable to improvement. This often requires a reconceptualization of that which was previously considered "normal." By helping families grieve and process the losses of yesterday and build strength to deal with the challenges of today, they can look forward with new hope to the future. In essence, pediatric neuropsychologists facilitate the development of a *new normal*. This should be the end goal of all work that is done. Development is ongoing, and each new day brings an opportunity for change. Though expectations must be balanced with reality, new growth is always possible.

Bibliography

1. Baron, I. S. & Rey-Casserly, C. (2010). Extremely preterm birth outcome: A review of four decades of cognitive research. *Neuropsychology Review*, 20, 430–52. doi:10.1007/s11065-010-O.
2. Cole, C., Binney, G., Casey, P., Fiascone, J., Hagadorn, J., Kim, C., ... & Miller, K. (2002).
3. Conklin, H. M., Ashford, J. M., Howarth, R. A., Merchant, T. E., Ogg, R. J., Santana, V. M., ... & Xiong, X. (2012). Working memory performance among childhood brain tumor survivors. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 18(6), 996–1005.
4. Criteria for determining disability in infants and children: low birth weight. Evidence report/technology assessment (Summary), (70), Agency for Healthcare Research and Quality (US), Rockville, MD. Retrieved September 8, 2019 from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK36797/>
5. Ellenberg, L., Liu, Q., Gioia, G., Yasui, Y., Packer, R. J., Mertens, A., ... & Robison, L. L. (2009). Neurocognitive status in long-term survivors of childhood CNS malignancies: A report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Neuropsychology*, 23, 705. DOI:10.1037/a0016674
6. Mabbott, D. J., Penkman, L., Witol, A., Strother, D., & Bouffet, E. (2008). Core neurocognitive functions in children treated for posterior fossa tumors.

7. Moxon-Emre, I., Taylor, M. D., Bouffet, E., Hardy, K., Campen, C. J., Malkin, D., ... & Scantlebury, N. (2016). Intellectual outcome in molecular subgroups of medulloblastoma. *Journal of Clinical Oncology*, 34, 4161–4170.
8. Mulhern, R. K., Merchant, T. E., Gajjar, A., Reddick, W. E., & Kun, L. E. (2004). Late neurocognitive sequelae in survivors of brain tumors in childhood. *The Lancet Oncology*, 5, 399–408. doi:10.1016/S1470-2045(04)01507-4.
9. *Neuropsychology*, 22, 159. doi:10.1037/0894-4105.22.2.159.
10. Olivier, T. W., Bass, J. K., Ashford, J. M., Beaulieu, R., Scott, S. M., Schreiber, J. E., ... & Boyle, R. (2019). Cognitive Implications of Ototoxicity in Pediatric Patients with Embryonal Brain Tumors. *Journal of Clinical Oncology*.
11. Palmer, S. L., Armstrong, C., Onar-Thomas, A., Wu, S., Wallace, D., Bonner, M. J., ... & Knight, S. (2013). Processing speed, attention, and working memory after treatment for medulloblastoma: an international, prospective, and longitudinal study. *Journal of Clinical Oncology*, 31, 3494. doi:10.1200/JCO.2012.47.4775.
12. Razaz, N., Boyce, W. T., Brownell, M., Jutte, D., Tremlett, H., Marrie, R. A., & Joseph, K. S. (2016). Five-minute Apgar score as a marker for developmental vulnerability at 5 years of age. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 101, 114–120. Doi:10.1136/archdischild-2015-308458.
13. Reeves, C. B., Palmer, S. L., Reddick, W. E., Merchant, T. E., Buchanan, G. M., Gajjar, A., & Mulhern, R. K. (2005). Attention and memory functioning among pediatric patients with medulloblastoma. *Journal of Pediatric Psychology*, 31, 272–280. doi:10.1093/jpepsy/jsj019
14. Rodgers C., Withycombe J., & Hockenberry M. (2016). Physical impact of pediatric cancer and its treatment. In: A. Abrams, A. Muriel, & L. Wiener (Eds.) *Pediatric Psychosocial oncology: Textbook for multidisciplinary care*, pp. 25–50. Springer International Publishing.
15. Ropper, A.H., Samuels, M. A., Klein, J. P., & Prasad, S. (2019). *Adams and Victor's principles of neurology*, eleventh edition. McGraw-Hill Education. New York, NY.
16. Taylor, H. G. (2010). Children with very low birthweight or very preterm birth. In K. O. Yeates, M. D. Ris, H. G. Taylor & B. F. Pennington (Eds.) *Pediatric neuropsychology: Research, theory, and practice* (2nd ed.), pp. 26–70. The Guilford Press, New York, NY.
17. Taylor, H. G. & Alden, J. (1997). Age-related differences in outcomes following childhood brain insults: An introduction and overview. *Journal of the International Neuropsychological Society* 3, 555–567.
18. Ullrich, N. J. (2009). Neurologic sequelae of brain tumors in children. *Journal of Child Neurology*, 24, 1446–1454. doi:10.1177/0883073809342491
19. University of Michigan (n.d.). Physical growth in newborns. Retrieved August 24, 2019 from <https://www.uofmhealth.org/health-library/te6295>.

ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕГО РАСПОЗНАВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Омельченко М. А., к.м.н., ведущий научный сотрудник отдела юношеской психиатрии,
Мигалина В. В., младший научный сотрудник отдела юношеской психиатрии,
Каледа В. Г., д.м.н., профессор, руководитель отдела юношеской психиатрии,
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

В половине случаев начало заболеваний шизофренического спектра приходится на подростково-юношеский возраст. Манифестации предшествует инициальный этап, представленный неспецифической симптоматикой, в первую очередь депрессивными расстройствами. В исследовании отобрана группа пациентов с высоким психотическим риском, впервые госпитализированных с депрессивным эпизодом, проанализирована его психопатологическая структура, фармакологические классы и дозы препаратов для эффективного лечения.

Ключевые слова

Группа психотического риска, подростково-юношеские депрессии, раннее вмешательство.

EARLY DETECTION AND INTERVENTION OF SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS

Omelchenko M. A., PhD (Medical Sciences), Leading Research Officer
of the Department of Youth Psychiatry,
Migalina V. V., Research Assistant of the Department of Youth Psychiatry,
Kaleda V. G., Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Youth Psychiatry,
Federal Mental Health Research Centre,
Moscow, Russian Federation

Abstract

50% of schizophrenia spectrum disorders occur before the end of adolescence and early adulthood. Manifestation is preceded by an initial stage, represented by non-specific symptoms, primarily depressive disorders. A group of patients with high psychotic risk who were hospitalized for the first time with a depressive episode were enrolled for the study. The psychopathological structure of depressions, pharmacological classes and drug doses for effective treatment were analyzed.

Key words

Clinical high risk, adolescent depression, early intervention.

Актуальность. Выделение группы психотического риска среди впервые обратившихся за психиатрической помощью пациентов подростково-юношеского возраста становится первым шагом к влиянию на дальнейшее течение и исход заболеваний шизофренического спектра [5], в том числе снижению частоты их манифестации как минимум в течение одного-двух лет после начала терапии [7]. Известно, что шизофрении обычно предшествует инициальный этап длительностью от одного до трех лет [6], представленный полиморфными психопатологическими симптомами преимущественно аффективного регистра в сочетании с аттенуированными психотическими и негативными расстройствами [4]. При первичном обращении к психиатру на этом этапе болезненное состояние может диагностироваться в рамках других, отличных от шизофрении нозологий: депрессивный эпизод (10–66,7%), биполярное аффективное расстройство (0–8,7%), тревожное расстройство (2,8–50,9%), в том

числе социальная фобия (5,0–19,4%) и пр. [3]. Таким образом, тщательное изучение инициального этапа с выявлением специфических «ключевых» симптомов позволит своевременно установить риск развития шизофрении [1; 9].

В настоящее время не существует единого стандарта терапии больных из группы психотического риска. Исследователями лишь подчеркивается высокая гетерогенность этой группы, чем и объясняется неустоенная эффективность как психофармакотерапии, так и психотерапии пациентов, имеющих риск развития шизофрении. Однако получены доказательства того, что раннее вмешательство способно не только отсрочить манифестацию заболевания, но и существенно улучшить его отдаленные исходы [8], что определяет особую актуальность исследований раннего этапа заболеваний шизофренического спектра.

Цель и задачи. Определение основных подходов к психофармакотерапии пациентов подростково-юношеского

возраста с признаками высокого риска развития заболеваний шизофренического спектра с уточнением фармакологических групп и доз терапии в зависимости от особенностей психопатологической картины состояния.

Материалы и методы. Клинико-психопатологически обследованы 66 пациентов подростково-юношеского возраста 16–25 лет, впервые госпитализированных в клинику ФГБНУ НЦПЗ с 2016 по 2019 г. по поводу депрессивного эпизода (диагностические рубрики F32.1, F32.2, F32.3 по МКБ-10). По особенностям психопатологической структуры подростково-юношеских депрессий были выделены три группы: группа 1 с депрессией с аттенуированными психотическими симптомами (АПС) (27 человек — 40,9%); группа 2 с депрессией с симптомами негативной аффективности (НА), напоминающие негативные изменения при шизофрении (21 человек — 31,8%); группа 3, близкая к «классическим» депрессиям с симптомами позитивной аффективности (18 больных — 27,3%). С клинической точки зрения психопатологическая структура первых двух группы рассматривалась как эквивалент патогномичной для шизофрении позитивной и негативной симптоматики и рассценивалась как фактор риска развития шизофрении, в то время как третья группа (группа сравнения) характеризовалась преимущественно аффективными расстройствами с включением отдельных неврозоподобных и психопатоподобных симптомов, свойственных подростково-юношескому возрасту [2]. Критериями включения также были отсутствие сопутствующей клинически значимой психической, неврологической и соматической патологии. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании и проведение терапии.

Пациенты обследовались клинико-психопатологически и психометрически дважды — при поступлении в стационар на этапе развернутой психопатологической симптоматики и при выписке из него на этапе становления ремиссии. Выраженность депрессивных расстройств оценивалась по шкале HDRS (Hamilton Depression Rating Scale), аттенуированных позитивных — по шкале SOPS (Scale of Prodromal Symptoms), негативных — по шкале SANS (Scale for Assessment of Negative Symptoms).

Результаты и обсуждение. Общие подходы к терапии определялись тем обстоятельством, что большинство обследованных больных впервые в жизни начинали принимать психофармакотерапию, лечение начиналось с низких доз, темпы наращивания устанавливались индивидуально в зависимости от переносимости и эффективности. Проводимое динамическое наблюдение за состоянием пациентов и контроль лабораторных показателей осуществлялись с учетом спектра побочных явлений и осложнений, присущих назначаемым препаратам, а также анамнестических данных о перенесенных заболеваниях. Всем пациентам была оказана психотерапевтическая помощь, которая способствовала своевременному заложению основ приспособительного поведения, во многом определяющего уровень последующей социальной адаптации. Для лиц подростково-юношеского возраста это представлялось особенно значимым в связи с их особой уязвимостью к самостигматизации, низкому уровню комплаентности и формированию трудностей социального взаимодействия. Краткосрочный курс психотерапии, проведенный в стационаре, имел целью социальную адаптацию, смягчение

реакции на болезненные ситуации, предотвращение изоляции в обществе, формирование критического отношения к болезни. Также применялась семейная терапия, направленная на изменение межличностных отношений и имеющая своей целью устранение эмоциональных нарушений в семье.

Ведущей фармакологической группой при проведении купирующей терапии подростково-юношеских депрессий во всех случаях были антидепрессанты. При анализе лечения было выявлено предпочтение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), преимущественно флувоксамина и сертралина, достаточно широко применялись трициклические антидепрессанты (ТЦА) амитриптилин и кломипрамин, особенно их парентеральные формы. В ряде случаев, при тяжелой степени выраженности депрессивных расстройств (по шкале HDRS), применялось сочетание антидепрессантов из различных фармакологических групп для более полного и комплексного действия.

Однако в большинстве случаев (96,9%, $n = 64$) монотерапия антидепрессантами оказалась недостаточно эффективной, и к схеме лечения присоединялись нейролептики. У 16,7% больных ($n = 11$) назначение нейролептиков носило вспомогательный характер и оправдывалось необходимостью достижения клинического эффекта терапии в кратчайшие сроки для формирования достаточной комплаентности больных в отношении продолжения терапии. Это было обусловлено особенностями подростково-юношеского возраста, представленными недостаточной критикой к своему состоянию, легкостью развития реакций оппозиции, протеста, ипохондрической фиксации на побочных явлениях терапии с усилением тревоги, депрессивных проявлений. В этих случаях предпочтение отдавалось атипичным антипсихотикам с седативным действием, доза которых в пересчете на хлорпромазиновый эквивалент (ХЭ) не превышала 100 мг/сутки. Назначение более высоких доз антипсихотиков (ХЭ 100–300 мг/сутки) определялось особенностями психопатологической структуры депрессии с включением неврозоподобных и психопатоподобных симптомов и имело место у 37,9% больных ($n = 25$). Антипсихотики в дозе более 300 мг/сутки в ХЭ (25,7% больных, $n = 28$) применялись при формировании резистентности к терапии, а также при наличии стойких АПС и НС в структуре депрессии.

Помимо общих подходов к терапии подростково-юношеских депрессий также имелись особенности лечения больных каждой из выделенных групп.

При анализе терапии больных с атипичными депрессиями из группы 1 (с АПС) было выявлено, что в 62,9% случаев применялись СИОЗС, у 21,2% пациентов терапевтический ответ наблюдался при приеме ТЦА, остальные больные получали комбинацию ТЦА с СИОЗС и антидепрессантами из других фармакологических групп: венлафаксин, мirtазапин, агомелатин. А 85,2% больным назначались атипичные антипсихотики, преимущественно кветиапин (40,8% случаев), рисперидон (22,2% больных), оланзапин (22,2% пациентов); 14,8% больных получали лечение типичными нейролептиками (галоперидол, трифлуоперазин, аминазин). При подсчете хлорпромазинового эквивалента (ХЭ) среднее его значение в этой группе составило 310,8 мг/сутки. У 48,1% пациентов суточная доза нейролептиков при пересчете на ХЭ оказалась высокой и составила более 300 мг/сутки.

Пациенты с атипичной депрессией из группы 2 в 80,9% случаев получали СИОЗС (сертралин, флувоксамин, пароксетин), остальным больным потребовалась комбинация антидепрессантов с сочетанием с ТЦА и дулоксетином. Монотерапия антидепрессантами не обладала достаточной эффективностью для купирования симптомов, близких к дефицитарным, в 57,1% случаев к терапии присоединялись атипичные антипсихотики (оланзапин, арипипразол, кветиапин, палиперидон). В 19,0% случаев пациентам назначались малые дозы типичных антипсихотиков с активизирующим действием (флюанксол и трифлуоперазин). Хлорпромазиновый эквивалент в этой группе был сопоставим с показателем у больных из группы 1 и составил 303,8 мг/сутки, причем в 38,1% случаев его значения находились в диапазоне от 100 до 300 мг/сутки, а у 47,6% больных — выше 300 мг/сутки. Так, 19,0% больных нуждались в сопутствующей терапии стабилизаторами настроения. С этой целью у них применялась вальпроевая кислота.

В группе сравнения 3 72,2% больных получали СИОЗС (44,4% — сертралин и 27,8% — флувоксамин), остальные нуждались в терапии парентеральными формами ТЦА либо в сочетании с антидепрессантами с другими механизмами действия. А 44,4% больных получали стабилизаторы настроения по причине высокого риска инверсии аффекта на маниакальный. На начальных этапах терапии для достижения лучшего клинического эффекта по купированию тревожных расстройств, витальной тоски и нарушений сна больным назначались антипсихотики, в большинстве случаев с седирующим действием (кветиапин и хлорпротиксен), которые показали большую эффективность, чем транквилизаторы. Хлорпромазиновый эквивалент у этих больных был существенно ниже, чем в группах 1 и 2 и составил 257,4 мг/сутки. Также в этой группе у 72,2% больных значения ХЭ составляли менее 300 мг/сутки.

При оценке степени редукции выраженности психопатологических расстройств по шкалам HDRS и SOPS у всех больных отмечалось статистически значимое ($p < 0,001$) снижение суммарного балла по обоим шкалам за период стационарного лечения. При обследовании при выписке, так же как и при первичной оценке, не было выявлено различий между группами по степени выраженности депрессивных расстройств (по шкале HDRS). Что касается аттенуированных психотических и негативных симптомов, то в группе 1 суммарный балл по шкале SOPS был наибольшим, кроме того, у больных этой группы не было установлено значимых изменений суммарного бала по шкале SANS, т.е. выраженность негативных симптомов достоверно не изменилась за время лечения. Больные группы 2 продемонстрировали отчетливое улучшение по всем трем шкалам, однако суммарный балл по шкалам SOPS и SANS оставался значимо более высоким по сравнению с пациентами с «классической» депрессией группы сравнения 3 ($p = 0,002$ и $p = 0,003$ соответственно).

Выводы. Установлено, что 72,7% подростково-юношеских депрессий являются «атипичными» и включают помимо расстройств собственно аффективного спектра также иные психопатологические симптомы, в том числе аттенуированные психотические симптомы и симптомы негативной аффективности, которые следует дифференцировать с негативными при шизофрении, что позволяет отнести их к группе риска развития заболеваний шизофренического спектра. Такие особенности структуры требуют изменения стандартных подходов к терапии подростково-юношеских депрессий с формированием настороженности в отношении психотического риска и присоединением к антидепрессантам препаратов других фармакологических классов для повышения эффективности терапии.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.

Библиографический список

1. Каледа В. Г., Омельченко М. А., Румянцев А. О. Психотический риск в юношеском возрасте // Психиатрия и психофармакотерапия. 2017. № 19. С. 27–33.
2. Олейчик И. В. Психопатология, типология и нозологическая оценка юношеских эндогенных депрессий (клинико-катамнестическое исследование) // Журнал неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. 2011. № 2. С. 10–18.
3. Albert N., Madsen T., Nordentoft M. Early Intervention Service for Young People With Psychosis: Saving Young Lives // JAMA Psychiatry. 2018. № 75. P. 427–428.
4. Corcoran C. M., Smith C., McLaughlin D., et al. HPA axis function and symptoms in adolescents at clinical high risk for schizophrenia // Schizophrenia Research. 2012. № 135. P. 170–174.
5. Fusar-Poli P., McGorry P. D., Kane J. M. Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview // World Psychiatry. 2017. № 16. P. 251–265.
6. McGlashan T. H. Commentary: Progress, issues, and implications of prodromal research: an inside view // Schizophr Bull. 2003. № 29. P. 851–858.
7. Nelson B., Amminger G., McGorry P. Recent Meta-Analyses in the Clinical High Risk for Psychosis Population // Clinical Interpretation of Findings and Suggestions for Future Research Front Psychiatry. 2018. № 9. P. 502.
8. Woodberry K. A., Shapiro D. I., Bryant C., Seidman L. J. Progress and Future Direction in Research on the Psychosis Prodrome // A Review for Clinicians Harvard Review of Psychiatry. 2016. № 24. P. 87–103.
9. Yung A., Nelson B., McGorry P., et al. Persistent negative symptoms in individuals at Ultra High Risk for psychosis // Schizophr Res. 2019. № 206. P. 355–361.

ОСНОВНЫЕ ПРОТИВОРЕЧИЯ И ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ НЕЙРОЛЕПТИКОВ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХИАТРИИ

Панкова О. Ф.¹, к.м.н., доцент, профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии, **Данилова М. Ю.²**, врач, **Иванова С. М.¹**, ординатор кафедры психиатрии и медицинской психологии, **Языкова Т. М.²**, врач,

¹ФГАБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России,

²ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Российская Федерация

Аннотация

Применение современных нейролептиков было изучено на примере двух групп пациентов, сформированных методом случайной выборки, — больных с РАС и шизотипическим расстройством. Показаны наиболее значимые проблемы психофармакотерапии с использованием современных нейролептиков у детей и подростков. Рассмотрены возможные подходы к их решению.

Ключевые слова

Детская психиатрия, нейролептики, проблемы терапии, возможности решения.

APPLICATION OF NEUROLEPTICS IN CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY: MAIN ISSUES AND CONFLICTS

Pankova O. F.¹, PhD (Medical Sciences), Professor at Psychiatry and Medical Psychology Department, **Danilova M. Yu.²**, **Ivanova S. M.¹**, **Yazykova T. M.²**

¹Pirogov Russian National Research Medical University, Russian Federation, Moscow,

²Sukhareva Research and Practical Center for Child and Adolescent Mental Health of the Moscow Health Care Department, Moscow, Russian Federation

Abstract

Application of modern neuroleptics was studied on two groups of patients, formed by random sampled technique. Patients with ASD and schizotypal disorder were included. Most important issues of modern neuroleptics psychopharmacotherapy and potential solution approaches are described.

Key words

Child and adolescent psychiatry, neuroleptics, therapy issues, solubility.

В последнее время отмечается значительное увеличение количества применяемых психотропных лекарственных средств, в том числе в детской и подростковой популяции. В России медикаментозную терапию получают от 40 до 60% детей и подростков, обращающихся за помощью к психиатру [2]. Наиболее значимые проблемы психофармакотерапии с использованием современных нейролептиков у детей и подростков нами были изучены на примере использования нейролептиков в лечении двух значимых расстройств, которые в последние годы диагностируются все чаще и в терапии которых существующие проблемы наиболее заметны. Речь идет о расстройствах аутистического спектра (РАС) и шизотипическом расстройстве (ШТР).

Споры о целесообразности и показаниях использования психофармакотерапии у детей с РАС ведутся на протяжении

последних десятилетий. В большом обзоре Л. Г. Бородиной [1], посвященном зарубежному опыту психофармакотерапии РАС, показана высокая исследовательская активность ученых и преобладание в данной области вопросов над ответами. И если возможность воздействовать на базовые симптомы аутизма (нарушения коммуникации и социального взаимодействия, а также речевые расстройства) вызывает сомнения, и для их преодоления больше показаны поведенческие и образовательными методы абилитации, то возможность повлиять на сопутствующие симптомы РАС (агрессивность, гиперактивность, стереотипии, раздражительность), которые могут быть причиной серьезной дезадаптации, вполне реальна.

В проекте отечественных клинических рекомендаций [5] больным с психотическими формами РАС (инфантильным психозом, атипичным детским психозом эндогенным, ати-

пичным психозом при умственной отсталости) нейролептики рекомендуются в качестве базисной психофармакотерапии. Выбор нейролептика зависит не только от спектра его действия, но и от существующего в государстве законодательства. Так, в США основными нейролептиками, применяемыми у детей с РАС, являются атипичные нейролептики рisperидон и аripипразол [7]. В России, как известно, у детей с РАС разрешено использование с пятилетнего возраста лишь рisperидона. Аripипразол разрешено использовать с 18 лет. Из побочных эффектов рisperидона, являющегося, по мнению большинства исследователей, «золотым стандартом» в терапии РАС, указывается высокая частота прибавки в весе и повышение уровня пролактина, отсутствующие у аripипразола.

Нами был проведен анализ применения нейролептиков у пациентов с РАС (рубрики F84.01, F84.02, F84.11, F84.12), находившихся на лечении в стационаре НПЦ ПЗДП имени Г. Е. Сухаревой в 2018–2019 гг. На основе данных медицинской документации была изучена группа из 79 пациентов в возрасте от трех до семи лет, сформированная методом случайной выборки. Нейролептики использовались в 73% наблюдений. Среди традиционных нейролептиков применялись алимазин, галоперидол, тиоридазин, перфеназин, перициазин, хлорпромазин, хлорпротиксен, трифлуоперазин, клозапин. Официально разрешенный у детей атипичный нейролептик рisperидон использовался в 59% наблюдений (средняя доза — 1,07 мг). Побочные эффекты в виде повышения концентрации пролактина в плазме крови наблюдались в 10,6% случаев. В 14,8% случаев имела место отмена терапии рisperидоном. Причиной отмены в 6,4% случаев послужило самостоятельное решение родителей пациентов без объективных показаний. В оставшихся 8,4% случаев отмена была выполнена лечащим врачом в связи с побочными эффектами от лечения (энурез, сыпь и повышение уровня пролактина в плазме крови).

В случаях повышения пролактина оптимальным препаратом, как показал анализ динамики состояния изученных пациентов, являлся аripипразол. По данным литературы, аripипразол оказался эффективным, преимущественно безопасным и хорошо переносимым препаратом для лечения возбудимости у детей и подростков с РАС [7]. Ввиду отсутствия официального разрешения на его применение у детей приходилось использовать принцип off-label — «в обход инструкции». Разрешение на использование аripипразола давала ЛКП после консультации научного сотрудника. Следует отметить, что не только в детской психиатрии, но и в других областях педиатрии проблема off-label является актуальной как в нашей стране, так и за рубежом. По некоторым литературным данным [11], у 74% детей в США используются новые, не одобренные FDA препараты и средства.

Основанием для назначения психофармакотерапии у больных ШТР является наличие позитивных и негативных расстройств. К позитивным проявлениям шизотипии относятся идеи отношения, нелогическое (магическое и аутистическое) мышление, патологическое фантазирование, перцепторные расстройства, деперсонализация, аффективные расстройства, страхи, квазипсихотические расстройства. Негативные проявления включают притупленный аффект, ангедонию, дезорганизованное (чуждающееся) поведение

типа «фершробен», нарушения социального функционирования. Противоречивы данные, касающиеся выраженности когнитивного дефицита у больных ШТР. В ряде работ [6; 9] когнитивные расстройства у пациентов ШТР выделяются в качестве ведущих. Основным методом лечения рассматривается применение антипсихотиков с антинегативным действием (оланзапин, кветиапин, клозапин, сульпирид, флулентиксол, галоперидол). В то же время полученные данные других исследователей [3] свидетельствуют, что когнитивное функционирование у лиц с ШТР по большинству показателей не отличается от нормативного.

Со времени выделения шизотипического расстройства в работах зарубежных и отечественных исследователей не прекращаются дискуссии о его нозологической самостоятельности и роли в возникновении расстройств психотического регистра с возможностью трансформации в шизофрению. В целом ряде работ, как зарубежных, так и отечественных [4; 12; 13], обосновывается необходимость длительного наблюдения таких пациентов и решения вопроса о назначении им адекватной превентивной терапии для профилактики развития психотического приступа.

Фармакологический анамнез нами был изучен у 34 пациентов подросткового возраста (29 мальчиков и 5 девочек) с диагнозом F21.8 «Шизотипическое расстройство личности», которые также были выбраны методом случайной выборки среди пациентов НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой. Нейролептики получали 32 пациента (94%), при этом отдавалось предпочтение типичным (у 97% пациентов); атипичные нейролептики (сульпирид, рisperидон) получали 15 пациентов (47%). У двух пациентов был отказ от терапии нейролептиками. Лечение обычно начиналось с типичных нейролептиков (87,5% пациентов). Терапия с самого начала атипичными нейролептиками была лишь у четырех пациентов (12,5%). Самыми назначаемыми препаратами оказались перфеназин (у 50% пациентов) и тиоридазин (у 43,8% пациентов). Затем по частоте применения идут галоперидол и хлорпротиксен (у 34,4% пациентов). Атипичный нейролептик рisperидон использовался в лечении девяти пациентов (28%), в одном случае он использовался в качестве монотерапии. Чаще всего интенсивную терапию начинали в возрасте 11–15 лет. Постоянную поддерживающую терапию получали 11 (32,4%) пациентов. Положительная динамика отмечена в восьми (23,5%) случаях. В 21 (61,8%) случаях динамика была незначительной. В пяти (14,7%) случаях состояние оставалось без изменений, включая два случая, когда лечение проводилось исключительно ноотропами с отказом от нейролептиков. Побочные соматические и неврологические действия нейролептиков были зафиксированы у десяти человек (31%): нарушения функции печени — 5 (50%), ЭПС-3 (30%), гипергликемия — 3 (30%), увеличение массы тела — 2 (20%), гипотензия — 1 (10%). Несколько побочных действий одновременно были выявлены у пяти (50%) пациентов. Корректоры нейролептической терапии получали 28 (87,5%) пациентов. У 16 (57,1%) пациентов тригексифенидил назначался в самом начале терапии нейролептиками, в 12 (42,9%) наблюдениях он назначался позже (при добавлении в схему лечения второго нейролептика, или при замене на высокопотентные нейролептики-антипсихотики галоперидол или перфеназин). Лишь в двух (6,25%) случаях

в схемах лечения у пациентов, получающих нейролептики, корректор отсутствовал.

Следует отметить, что атипичные нейролептики второго и следующего поколений, обладающие лучшей способностью положительно влиять на негативную симптоматику и улучшать когнитивное функционирование, разрешены к использованию в России лишь с 18 лет, за исключением амисульприда (с 15 лет) и палиперидона (с 12 лет). Эти препараты, по данным многочисленных публикаций, способные оказывать позитивный эффект на дефицитарную симптоматику, вызывая менее выраженное влияние на неврологическую и соматическую сферы, к сожалению, отсутствуют в стационаре ввиду их дороговизны.

Заключение. Главная сложность при назначении психотропных препаратов в детской практике заключается в том, что их выбор крайне ограничен из-за того, что не были проведены необходимые исследования, соответствующие международному протоколу как у нас в стране, так и за рубежом. Проведенный нами тщательный анализ всех официальных инструкций, касающихся использования нейролептиков

в детском и подростковом возрасте, позволил выделить лишь 18 нейролептиков, включая атипичные, на которые имеются разрешения. Подавляющее большинство нейролептиков последних поколений не входят в список разрешенных к применению в детском возрасте.

Оказанию максимально эффективной и безопасной помощи детям и подросткам, страдающим психическими расстройствами, препятствуют отсутствие четких и регулярно обновляющихся рекомендаций по лекарственной терапии у детей и подростков и неопределенная этически и юридически ситуация с назначением психофармакотерапии в детско-подростковом возрасте, а также организационные и экономические факторы.

Учитывая реальное положение с назначением лекарственных препаратов у детей и подростков, неопределенные перспективы изменения ситуации в сторону улучшения, необходимо добиваться разрешения более широкого использования в детской психиатрической практике принципов off-label, в основу которых положены критерии в соответствии с консенсусом, предложенным в 2007 г. FDA [13].

Библиографический список

1. Бородин Л. Г. Лекарственная терапия расстройств аутистического спектра у детей: опыт зарубежных психофармакологов // Аутизм и нарушения развития. 2012. № 4. С. 1–18.
2. Бурдаков А. Н., Макаров И. В., Фесенко Ю. А., Бурдакова Е. В. Психофармакотерапия в детской психиатрии. Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 303 с.
3. Кобзова М. П., Зверева Н. В., Горюнов А. В. и др. Когнитивные функции, особенности социального функционирования и самооценка у юношей с шизотипическим расстройством, заболевших в подростковом возрасте // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2013. № 113. С. 11, 17–21.
4. Омельченко М. А., Голубев С. А., Никифорова И. Ю., Каледа В. Г. Риск манифестации эндогенных психозов у больных с непсихотическими психическими расстройствами юношеского возраста // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2014. Т. 6. С. 14–20.
5. Симашкова Н. В., Макушкин Е. В. Расстройства аутистического спектра: диагностика, лечение, наблюдение // Клинические рекомендации (протокол лечения). 2015 [Электронный ресурс]. URL: <http://www.psychiatr.ru>
6. Смулевич А. Б., Мухоморова А. К., Воронова Е. И., Романов Д. В. Современные концепции негативных расстройств при шизофрении и заболеваниях шизофренического спектра // Психиатрия. 2016. Т. 74, № 4. С. 5–19.
7. Ghanizadeh A., Sahraeizadeh A., Berk M. A Head-to-Head Comparison of Aripiprazole and Risperidone for Safety and Treating Autistic Disorders, a Randomized Double Blind Clinical Trial, Child psychiatry and human development, published online, June 2013. DOI: 10.1007/s10578-013-0390-X.
8. Hironobu I., Katsunaka M., Takashi O., et al. Aripiprazole in the Treatment of Irritability in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder in Japan: A Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Study // Child Psychiatry Hum Dev. 2017. № 48. P. 796–806.
9. Lenzenweger M. F. Шизотипия, шизотипическая патология и шизофрения // Всемирная психиатрия. 2018. № 1. С. 25–26.
10. Robb A. S. Managing irritability and aggression in autism spectrum disorders in children and adolescents // Dev Disabil Res Rev. 2010. № 16. P. 258–264.
11. Rosen J. L., Woods S. W., Miller T. J., et al. Prospective observations of emerging psychosis // Journal of Nervous and Mental Disease. 2002. № 190. P. 133–141.
12. Ruhrmann S., Schlitz-Lutter F., Salokangas R. K., et al. Prediction of psychosis in adolescents and young adults at high risk: results from the prospective prediction of psychosis study // Arch. Gen. Psychiatry. 2010. Vol. 67. P. 241–251.
13. <http://www.via.de/de/presse/positionen/offlabeluse.html>

LAYING THE FRAMEWORK FOR DEVELOPING EXECUTIVE FUNCTIONS IN TWEENS WITH LEARNING DISABILITIES

Fernando Pastrana, Ph D., Patricia A. McElroy, Ed.S., NCED, Scott Johnson, M. Ed.,

Abstract

A summer program was created to help develop/improve executive/frontal functions, emotional and social skills, and mathematics abilities for tween boys (ages 10–14) who displayed deficits in these areas. It was developed with consideration of qualitative and quantitative data, modeling by facilitators, behavioral observation, family support, and performance feedback in mind. This presentation describes the history and motivations behind this “Build-A-Brain” initiative, provides an intervention outline, reviews outcomes, and suggests possibilities for future research.

Key words

Tweens, Executive Functions, Summer Build-A-Brain Initiative, Modeling, Math, Family Involvement.

Introduction. Tween boys, ages 10–14, tend to be behaviorally impulsive and emotionally reactive (Shroeder & Kuriansky, 2009). At this age, their Executive/Frontal Functions (Shroeder & Kuriansky, 2009) and multi-tasking abilities (Harasty, Binder, Frost, Hammeke, Bellgowan, Rao, & Cox, (2000) are less developed than girls’ Executive/Frontal Functions. Like some of their college counterparts, these boys tend to act without thinking rationally (Birnbaum, 2013) and make significant mistakes. This is especially the case in mathematics, where rational thinking is required (Young, Wu, & Menon, 2012) and emotional thinking leads to mistakes. The more errors these tweens make, the more anxious they become (Young, et al., 2012). As boys develop language skills more slowly than girls (Macintyre, 2009), they are often driven by emotions that they cannot label and do not understand as well as social pressures with which they are ill prepared to cope.

Therefore, the Neuropsychology Center of Louisiana (NCLA) created a program for tweens (ages 10–14) to improve their executive/frontal functions, emotional and social skills, and mathematics abilities. After three years and two summer trials, the program gelled. The purpose of this chapter is to outline and analyze the efficiency and efficacy of the program for the four tween boys and the group. During this 8-week/14-session program, these students were taught to create, communicate, and compete effectively. This Build-A-Brain program was designed to teach logical thinking and assuage emotional reactivity, thus allowing participants to perform better in the academic environment. One study of executive function in kindergarteners by Morgan, Farkas, Wang, Hillemeier, Oh, & Maczuga (2019) suggests deficits in working memory, cognitive flexibility, and inhibitory control increase the risk for repeated academic difficulties.

In explaining this intervention to the students and their parents/parental figures/loved ones, NCLA’s “Build-A-Brain” program was compared to building a house. The information on the program was given to all. “No confidentiality” agreements were explained and signed. Hold Harmless and Technology Agreements were also explained and signed. All students received a white 3-ringed binder with weekly lessons and assignments, which served as the bases of the experiential learning techniques used in this program.

Integrating the Luria and Reitan Models of Intervention.

NCLA’s Build-A-Brain program for tweens focuses on the integration of executive/frontal functions. As Glozman (2013) points out, Luria’s concept of the Third Unit of Brain Functions, which provides the voluntary regulation of mental activities, usually continues to develop up to 12 to 15 years of age (2013, p. 41). This voluntary regulation, which appears to be underdeveloped in some tween boys, typically includes:

- 1) “an objective setting, in accordance with motivation and purpose of actual or planned activity”;
- 2) “planning of a program and best ways to achieve the goal”;
- 3) “monitoring of the implementation of the program and the timely correction of inadequate action and associations”;
- 4) “comparison of objective with intermediate and final results” (Glozman, 2013, p. 41).

Luria’s Unit III, which involves Programming, Regulation, and Control, focuses on frontal/prefrontal activities that form stable plans and interventions capable of controlling behavior and inhibition. Since Luria’s Unit III (Glozman, 2013) was the focus of intervention, Reitan’s Tracks B, D, and C of the REHABIT System provided the specifics for intervention. Track B focused on the verbal integration of reasoning skills; Track D focused on the nonverbal integration of reasoning skills; and Track C combined both (Reitan & Wolfson, 1992, p. 151).

Program Description. The summer Build-A-Brain program took place on Tuesdays and Thursdays of each week. Tuesday’s session focused on providing explanation and psycho education for that week’s activities (setting the stage). Thursday’s session focused on discussion, modeling, practice, and review. During times of review, the facilitators would often compare approaching a task/activity/discussion/interaction using the strategies being discussed vs. without. This was used to concretely demonstrate their advantages and highlight their benefits. For example, “Was the task easier/more successful with a predetermined plan or without?” (benefits of planning ahead), “Would the conversation with your loved one have gone better using this tone of voice or that one?” (monitoring one’s own nonverbal communication), “If a loved one is displaying the nonverbal cues of being angry or irritated, would it be a good time to ask them to take you somewhere or should you wait a little while?” (being observant of nonverbal cues

of others). Cooperative and competitive play was embedded throughout the program.

It should be noted: loved ones did not directly participate in Tuesday sessions, but were encouraged to “participate” in Thursday sessions. Participation involved being able to hear (via intercom) and see (via one-way mirror) the entirety of the interactions between the participants and the facilitators (the participants were fully aware of this). With this approach, loved ones were able to hear and see the discussions “live” and the activities being utilized in such a way that would facilitate out of session practice (modeling was being done for the children and loved ones simultaneously). A review of interventions by Chavez-Arana, Catroppa, Carranza-Escárcega, Godfrey, Yáñez-Téllez, Prieto-Corona, & Anderson (2018) for executive functions in children and adolescents with acquired brain injury suggests that “education for parents may be an important component of intervention” and caregiver involvement may improve effectiveness. Additionally, Weisberg, Hirsh-Pasek, Golinkoff, Kittredge, & Klahr (2016) suggest that getting a group of children together with some adult guidance setting examples of how to act socially will, in time, imprint on all participants the proper way to interact with each other in any situation. As such, loved ones were encouraged to review, discuss, and practice the topics introduced and materials covered after each session. A program facilitator was also present with the loved ones to answer any questions that may have come up.

As Glzman stated earlier, making behavioral observations can reveal essential data and can help to inform treatment/intervention. To that end, behavioral observations were collected by two observers throughout the intervention portion of the program.

Measures Utilized

• Brown Attention-Deficit Disorder Scales (Brown)	• The Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS-Update)
• Behavior Rating Inventory of Executive Function, Second Edition (BRIEF-2)	• Halstead Category Test (HCT) of the Halstead-Reitan Neuropsychological Battery for Older Children (HRNB-OC; 9–14-year-olds)
• The Behavior Assessment System for Children (3 rd Edition) (BASC-3)	• Test of Variables of Attention (T.O.V.A.) (Visual)
• Wide Range Achievement Test (4 th Edition) (WRAT-4)	

Behavioral Observations

• Off task	• Impulsive responding
• Restless	• Uncooperative play
• Verbal interrupting	• Nonverbal aggression
• Easily distracted	

Vygotsky defined the zone of proximal development as “the distance between the actual developmental level as determined by independent problem solving and the level of potential development as determined through problem solving under adult guidance or in collaboration with more capable peers” (1978, p. 86). This “Build-A-Brain” program aimed to capitalize on closing this distance.

Summary. One cannot rehabilitate what has not been learned. Executive functioning skills must be learned/created and are best facilitated via play, parental involvement, warmth, and a welcoming environment. The spirit behind the summer “Build-A-Brain” program was to combine the quantitative (brain-behavior) approach suggested by Reitan with the qualitative (prognostic and corrective) approach suggested by Luria, while utilizing the strengths of play and the construct of zone of proximal development.

After 14 sessions over the span of 8 weeks, using playful, interactive experiential learning techniques, changes were noticeable. These executive/frontal functions that seemed to be lacking at first began to emerge. After two months of cooperative play, competitive interactions were elicited. The boys began thinking before acting; and impulsivity and anxiety were reduced. The boys completed the summer program knowing how to relate, to think logically, and to cope effectively; the interventions provided necessary scaffolding to expand their zone of proximal development. As a result, they were ready to return to school with the tools needed for success at the next level. Lastly, individualized feedback was provided to the loved ones of each participant to help them maximize the potential for continued growth.

The results of behavioral observations suggest a shift toward improvements in all seven areas: off task, restless, verbal interrupting, easily distracted, impulsive responding, uncooperative play, and nonverbal aggressive behaviors.

The program goal was to reduce off task behaviors and increase the functional qualities needed for improved academic outcomes. Using the WRAT-4, along with the prevalence of trend data, there is evidence of both positive outcomes having occurred. Further data analysis will, however, be conducted.

Bibliography

1. *Birnbaum, R.* (2013). Ready, fire, aim: The college campus gun fight. *Change: The Magazine of Learning*, pp. 6–14. DOI: 10.1080/00091383.2013.812462.

2. *Branstetter, R.* (2014). The everything parents guide to children with executive functioning disorder: strategies to help your child achieve the time management skills, focus, and organization needed to succeed in school and life. Avon, MA: Adams Media.

3. *Brain-Ade Games.* (2007). Pyramid Power [Board game]. Danvers, MA: Winning Moves Inc.

4. *Brown, T. E.* (2001). Brown attention-deficit disorder scales for children and adolescents. New York, NY: The Psychological Association, a Harcourt Assessment Company.

5. *Chavez-Arana, C., Catroppa, C., Carranza-Escárcega, E., Godfrey, C., Yáñez-Téllez, G., Prieto-Corona, Anderson, V.* (2018). A Systematic Review of Interventions for Hot and Cold Executive Functions in Children and Adolescents with Acquired Brain Injury. *Journal of Pediatric Psychology*, 43(8), 928–942. doi: 10.1093/jpepsy/psy013.

6. *Doolittle, P. E.* (1995, June 2–4). Understanding cooperative learning through Vygotsky’s zone of proximal development. Paper presented at the Lilly National Conference on Excellence in College Teaching, Columbia, SC.

7. *Emery, G.* (1989). Overcoming anxiety program for self-management. [Audio Cassette]. Guilford Pr. Cassettes.

8. Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C., & Kenworthy, L. (2015). Brief-2: Behavior rating inventory of executive function, second edition: Professional manual. (2nd Ed.) Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
9. Glzman, J. (2013). Developmental Neuropsychology. New York: Routledge.
10. Harasty, J., Binder, J. R., Frost, J. A., Hammeke, T. A., Bellgowan, P. S. F., Rao, S. M., & Cox, R. W. (2000). Language processing in both sexes: Evidence from brain studies. *Brain*, 123(2), 404–406.
11. Learch, R. A., Greenburg, L. M., Kindschi, C. L., Dupuy, T. R., & Hughes, S. J. (2007). T.O.V.A. professional manual. Los Alamitos, CA: The TOVA Company.
12. Leisure Learning Products, Inc. (2008). Mighty Mind Makes Kids Smarter (ages 3–8). [Board game]. Stamford, CT: Leisure Learning Products, Inc.
13. Lite, L. (2004). Indigo Dreams. [CD]. Lite Books.
14. Macintyre, C. (2009). Dyspraxia 5–14. Identifying and supporting young people with movement difficulties (2nd ed.). London, New York: Routledge/Nasen.
15. Moby Max: Fix learning gaps. (n.d.). Retrieved from <https://www.mobymax.com/curriculum/math>
16. Morgan, P. L., Farkas, G., Wang, Y., Hillemeier, M. M., Oh, Y., & Maczuga, S. (2019). Executive function deficits in kindergarten predict repeated academic difficulties across elementary school. *Early Childhood Research Quarterly*, 46, 20–32. doi: 10.1016/j.ecresq.2018.06.009.
17. Nemeth, D.G., Ray, K.P., & Schexnayder, M.M. (2003) Helping your angry child. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
18. Randolph, C. (2012). Repeatable battery for the assessment of neuropsychological status: Manual. Bloomington, MN: PsychCorp.
19. Reitan, R. & Wolfson, D. (1992). Neuropsychological evaluation of older children. South Tucson, AZ: Neuropsychology Press.
20. Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2015). Behavior assessment system for children: Manual (3rd Ed.) Bloomington, MN: NCS Pearson, Inc.
21. Schroeder, E., & Kuriansky, J. (2009). Sexuality education: past, present, and future. Westport, CT: Praeger.
22. Vygotsky, L. S. (1978). Mind in society: The development of higher psychological processes. Massachusetts: Harvard University Press.
23. Wechsler, D. (1991). Wechsler Intelligence Scale for Children Third Edition. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
24. Weisberg, D. S., Hirsh-Pasek K., Golinkoff R. M., Kittredge A. K., & Klahr D.. (2016). “Guided Play: Principles and Practices.” *Current Directions in Psychological Science* 25 (3): 177–82.
25. Western Publishing Company, Inc. (1981). Checkers & Chinese Checkers. [Board game]. Racine, WI: Western Publishing Company, Inc.
26. Wilkinson, G. S., Robertson, G. J. (2006). Wide range achievement test: Professional manual (4th Ed.) Lutz, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
27. Young, C. B., Wu, S. S., & Menon, V. (2012). The Neurodevelopmental Basis of Math Anxiety. *Psychological Science*, 23 (5), 492–501.

ЛЕЧЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПЕРСОНАЛЬНОГО КОМПЬЮТЕРА, ИНТЕРНЕТА И МОБИЛЬНЫХ УСТРОЙСТВ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ ДОСТУП В СЕТЬ

Пережогин Л. О., д.м.н., ведущий научный сотрудник отдела социальных и судебно-психиатрических проблем несовершеннолетних

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

Аннотация

В работе рассмотрены теоретические и практические аспекты психотерапии зависимости от персонального компьютера, Интернета и мобильных устройств, обеспечивающих удаленный сетевой доступ, у детей и подростков. Разработаны оригинальные инструменты скрининговой диагностики зависимости (тест и компьютерная программа). Описаны подходы к психофармакологическому и психотерапевтическому лечению.

Ключевые слова

Дети, подростки, зависимость, персональный компьютер, Интернет, сетевые игры, социальные сети, клиническая картина, лечение, психотерапия, профилактика.

TREATMENT FOR THE PERSONAL COMPUTER, THE INTERNET, AND MOBILE DEVICES ADDICTIONS

Perezhogin L. O., Doctor of Medical Science, Senior Researcher,

Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

Abstract

The paper discusses the theoretical and practical aspects of psychotherapy of dependence on a personal computer, the Internet and mobile devices that provide remote network access in children and adolescents. Original tools for screening diagnostics of addiction (test and computer program) were developed. Approaches to psychopharmacological and psychotherapeutic treatment are described.

Key words

Children, adolescents, dependence, personal computer, Internet, network games, social networks, treatment, therapy, prevention.

Зависимость от персонального компьютера (ПК), Интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему, стала в последние годы одной из актуальнейших проблем современной аддиктологии. За рубежом с конца 1990-х гг., а в России с начала 2000-х гг. ведутся исследования по верификации клинических критериев этого психического расстройства, изучению патогенетических механизмов, индивидуально-личностных характеристик зависимых лиц, а также методов фармакологической терапии и психотерапии. В то же время многие исследователи ограничиваются осмыслением данного феномена с сугубо теоретических позиций, а число наблюдений за зависимыми лицами в процессе терапии (по объективным причинам) оказывается небольшим. Проведение исследований в значительной степени осложняется по той причине, что большинство лиц, обращающихся за психиатрической и психотерапевтической помощью по поводу зависимости от ПК и мобильных устройств, обнаруживают преморбидную

психическую патологию, включая эндогенные психические расстройства, расстройства личности и поведения, органическую церебральную патологию и другие формы зависимого поведения. Это во многих аспектах трансформирует общую картину поведения и меняет подходы к терапии. Цель настоящей работы — дать представление о технике терапевтического вмешательства и показать предварительные результаты психотерапевтического воздействия на преморбидно психически здоровых несовершеннолетних.

Работа опирается на результаты исследования, проведенного в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России на клинической базе неврологического отделения КДЦ Морозовской детской городской клинической больницы ДЗМ. В исследование были включены 220 несовершеннолетних в возрасте от 9 до 17 лет (133 юноши и 97 девушек), обратившихся в 2013–2019 гг. за психотерапевтической помощью,

обнаруживающих признаки зависимого от Интернета поведения. Основными методами исследования были клинко-феноменологический и клинко-психопатологический, в ряде случаев для верификации психического состояния использовался экспериментально-психологический метод.

Ни в отечественной, ни в зарубежной клинической практике нет единых взглядов на принципы терапии интернет-зависимости. В большинстве клинических описаний акцент делается на симптоматической фармакологической терапии либо на лечении ведущего психического расстройства, на фоне которого сформировалась зависимость. В то же время непосредственно для купирования острого влечения к ПК и мобильным устройствам доказан эффект группы СИОЗС, а среди нее — флувоксамина в дозах до 200 мг в сутки и сертралина до 150—200 мг в сутки. Взрослым и подросткам с симптомами гиперактивного поведения за рубежом, наряду с СИОЗС, также назначается метилфенидат (запрещен в России), клиническую альтернативу которому могут составить препараты ноотропного ряда с выраженным стимулирующим эффектом (пирацетам) или нейрорептики (эглонил) в индивидуально подобранных дозах. Взрослым пациентам для купирования влечения часто назначают антагонисты опиатных рецепторов (налтрексон до 200 мг в сутки). Иногда эффективными оказываются атипичные нейрорептики (клоназепам, рисперидон, оланзапин) в невысоких и средних дозах. Также для купирования острого влечения доказан эффект карбамазепина и вальпроатов в средних дозах.

В целом отмечается устойчивая тенденция использовать сочетанную терапию, используя на раннем этапе фармакологические средства в высоких и средних дозах, а по миновании острых состояний — психотерапию в сочетании со средними и низкими дозами тех же препаратов. Из методов психотерапии лидером в лечебной практике является когнитивно-поведенческая терапия в индивидуальной (чаще) или групповой форме. Типичная программа включает от 8 до 28 терапевтических сессий продолжительностью от одного до трех-четырех часов. Программа психотерапии, как правило, включает несколько этапов:

- выявление типов устройств и программ, вызывающих особенно острое влечение;
- изучение личности зависимого, его быта, досуга, окружения, выявление терапевтических ресурсов;
- установление принципов терапии, принципов здорового поведения;
- поиск замены аддиктивному поведению (в том числе и в процессе работы с компьютером);
- прекращение аддиктивного поведения;
- развитие личности.

Весьма популярным направлением психотерапии является работа с семейными группами в различных вариантах: традиционная семейная терапия, работа с семьей в составе группы поддержки, смешанные группы в составе членов семьи и эмоционально значимых лиц. В случае терапии подростков в состав группы желательно включать педагогов. Особое внимание уделяется коммуникативной практике. Основными звеньями психотерапевтической программы являются семья с интернет-зависимым, взаимодействие со старшими членами семьи, коммуникация в контексте

проблемы, навыки обучения правильному поведению, чувство удовлетворенности жизнью, реализация себя в семейных отношениях, совместное ожидание здорового поведения от члена семьи. Сессии продолжаются на протяжении 1,5—2 лет. Зарубежные специалисты-реабилитологи отдают предпочтение комбинированной терапии, как правило, в форме сочетания медикаментозной терапии с психокоррекцией, психотерапией, биологической терапией (массаж, акупунктура, электропунктура, БОС-терапия). Есть основания полагать, что комбинированная терапия значительно улучшает прогноз.

Наш клинический опыт проведения психотерапии детям и подросткам, обнаруживающим зависимость от Интернета и мобильных устройств, показал, что психотерапевтическую работу целесообразнее проводить в два этапа.

На первом этапе (шесть индивидуальных встреч) проводится обучение несовершеннолетних аутогенной тренировке 1-й степени (АТ-1). Хорошо зарекомендовала себя модификация АТ-1 по М. С. Лебединскому и Т. Л. Бортник с некоторыми изменениями. Занятия продолжаются в течение одного часа, 1 раз в неделю. Во время каждого занятия совместно с врачом проговаривается вся формула АТ-1. Между встречами с врачом дети ежедневно занимаются самостоятельно. Для усиления эффекта АТ перед занятием проводится дыхательная гимнастика «Океан» по В. В. Макарову. На первой встрече основное время уделяется обучению консолидации внимания и осознанию чувства тепла и тяжести в конечностях и во всем теле. В качестве усиливающего компонента применяется техника прогрессивной мышечной релаксации. Вторая и третья встреча посвящены регуляции вегетативных проявлений (темпа дыхания, сердечный ритм). На четвертой и пятой встрече большинство подростков достигают состояния аутогенного погружения с высоким уровнем внутреннего контроля, активной концентрацией внимания, целенаправленным, сфокусированным на аспектах своего состояния мышлением, выраженной, глубокой релаксацией. В данном состоянии становилось возможным проведение эффективной аутосуггестии с использованием структурных элементов формулы АТ-1 нейтрализующего (направленного на влечение к ПК и мобильным устройствам) и поддерживающего (направленного на сознательно выбранный ребенком тип активности) характера. На шестой встрече используются элементы АТ-2, в первую очередь визуализация образов, связанных с позитивным мировосприятием, вопросы этим образам. В заключение первого этапа терапии врачом совместно с ребенком (возможно с привлечением родителей) анализируются дневниковые записи, составляется терапевтический договор (обязанности ребенка, желаемые результаты терапии). В случае успешного выполнения программы первого этапа дети включаются в терапевтическую группу.

Состояние детей, подошедших ко второму этапу терапии и включенных в терапевтическую группу, к этому моменту уже претерпевает существенную положительную динамику. Во-первых, у них существенно сокращается время, проведенное в работе с ПК. На протяжении полутора месяцев индивидуальной терапии реализуется задача по переводу сетевой активности с мобильного устройства на ПК. В этот же период усилиями родителей и третьих лиц (в том числе педагогов) у ребенка формируются навыки альтернативного

взаимодействия с компьютером (дети, за редким исключением, не владеют программами, позволяющими заниматься творчеством, хобби, не знают простых алгоритмов для пользования поисковыми системами и т.д.). В среднем к концу индивидуального периода психотерапии ребенок проводит за экраном 1,5–2 часа ежедневно (это время превышает допустимое по гигиеническим нормам), вместо шести — восьми часов в начале терапии, причем на игры, социальные сети приходится не более половины этого времени. Сетевая активность контролируется взрослыми членами семьи, внутрисемейный договор регламентирует систему положительных и отрицательных подкреплений. Во-вторых, у детей, в силу освободившегося времени, появляются другие, не связанные с ПК занятия, в том числе творчество и спорт. В ходе живого общения со сверстниками происходит структуризация личностных запросов, своего рода «ревизия» точек аутоидентификации. Ко второй стадии терапии дети подходят со сформированным запросом, они сознательно нацеливаются на определенный характер изменений.

По ходу терапевтической работы родители получают подробные инструкции, некоторые (по собственной инициативе) сами обучаются АТ и ведут дневники. Заинтересованное и неравнодушное отношение родителей приносит свои плоды — поведение детей быстрее стабилизируется, абстинентные реакции протекают мягче и быстрее.

На втором этапе (восемь групповых встреч) в начале каждой встречи проводится групповой сеанс АТ. Затем проводится групповая встреча, в рамках которой участники обсуждают свое нынешнее состояние, проговаривают свои переживания, сообщают об успехах и неудачах лечебного процесса, отчитываются о выполнении домашних заданий.

В ходе терапии формируется диссоциация в структуре аддиктивной личности двух «Я»: одно «Я» — слабое, зависимое от ПК, от игры, не знающее альтернативных форм работы с компьютером; другое «Я» — сильное, знающее цену своему слову, принявшее на себя ответственность, соблюдающее договор.

Основная задача этого этапа, по сути, сводится к диссоциации «Я», в основе которой лежит трансформация «Эго-синтонической позиции» по отношению к зависимости в «Эго-дистоническую позицию», когда индивид может самостоятельно контролировать свое влечение, сознательно управлять своим состоянием и бороться с абстинентной симптоматикой. Особенно важным терапевтическим приемом являлась заимствованная из практики поведенческой терапии

техника десенсибилизации *in sensu*, мишенью работы по десенсибилизации были ситуации «разлучения» с персональным компьютером или мобильным устройством. После достижения состояния расслабления (подростки, освоившие АТ-1, легко достигают его за 1–2 мин) пациенты вызывают (визуализируют) образы ПК, мобильного устройства, сцены игр, детали интерфейса сетевых сервисов. Главная задача на данном этапе — научиться наблюдать их без напряжения, без тревоги, без возбуждения — нейтрально и отстраненно. В случае возникновения тревоги, ажитации пациент открывает глаза, снова достигает полного расслабления, снова визуализирует образ. В ряде случаев десенсибилизации необходимо подвергать целый ряд значимых образов, например «компьютер — включенный компьютер — запуск игры — типичные сцены игры (их может быть несколько) — победа в игре». Используются техники «пресыщения» *in sensu*. Как правило, в план работы группы включаются один-два поведенческих тренинга, направленных на отработку навыков установления межличностных отношений. После окончания групповой встречи для подростков и родителей проводятся краткие индивидуальные консультации в свободном режиме.

После окончания терапии в группах все без исключения подростки и их родители отмечают существенные позитивные изменения в состоянии. Во-первых, время, проводимое ежедневно за компьютером, составляет теперь в среднем около одного часа. Во-вторых, работа за компьютером носит характер необходимой и достаточной: выполняются в основном те действия, в которых компьютер и его ПО выполняют инструментальную роль. В-третьих, взаимодействие со сверстниками происходит теперь в режиме реального общения. Кроме школы большинство детей посещают спортивные секции, клубы по интересам, многие часто ходят с друзьями в кино, на прогулки, катаются на велосипеде и т.д. В-четвертых, повышается академическая успеваемость, появляются хобби, со слов педагогов, улучшается поведение на уроках. По данным катамнеза, через полгода стойкая ремиссия формируется у подростков, обнаруживавших первую стадию зависимости, в 89,5% случаев, у обнаруживавших вторую стадию зависимости — в 76,5% случаев. Причины рецидивов — стрессовые ситуации, ссоры с друзьями и партнерами, конфликты в школе и дома, значительно реже — длительная соматическая болезнь (вынужденная изоляция).

Частота случаев достижения полугодовой ремиссии (более чем в 80% случаев) свидетельствует о высокой эффективности разработанных методов психотерапевтической помощи.

Библиографический список

1. Пережогин Л. О. Программа психотерапевтической помощи несовершеннолетним, обнаруживающим признаки зависимости от интернета и мобильных устройств // Практическая медицина. 2019. Т. 17. № 3. С. 96–99.
2. Пережогин Л. О. Комплексное лечение интернет-зависимости: синтез фармакологии и психотерапии // Психическое здоровье. 2019. № 5. С. 64–70.

VIEWING COMPROMISED CHILDREN FROM A NEUROPSYCHOLOGICAL PERSPECTIVE SYNOPSIS

Antonio E. Puente Ph.D.

2017 President American Psychological Association, Professor of Psychology
University of North Carolina,
Wilmington, USA

Abstract

The spirit of the early pioneers in psychology places the origins of psychology inside of neuropsychology. This presentation focuses on the merging of Russian and western neuropsychology to make a unified neuropsychology. Thus, a new neuropsychology, focusing on the future of the person and by focusing on its early development, brings promise and hope that psychology will again find its way back to the fundamental and critical understanding from a socio-cultural and consciousness perspective.

Key words

Compromised children, neuropsychology.

The specialty of clinical neuropsychology has proven to be the fastest growing and most exciting branch of psychology. The promises of understanding behavior, cognition and emotion from a fundamental interfacing of underlying neurological processes were first realized by three prominent scientists in two continents over 125 years ago. These pioneers were William James in Cambridge, Massachusetts (Harvard University), Wilhelm Wundt (Leipzig University) and Ivan Pavlov (Military Medical Academy, St. Petersburg). Via the interfacing of the emerging science of physiology with the age-old questions of philosophy, the promising science of psychology began. The strong presence of physiology with the demanding questions of philosophy resulted in the anchoring of this physiological approach to brain processes. These questions were so powerful that the only organ that seemed reasonably poised to help answer these uncertainties was the brain.

This initial trajectory was lost in psychology during most of the twentieth century to the focus on behaviorism as a means to solidify the science of psychology. Whereas behaviorism provided the necessary foundation and support for the creation of psychology as a scientific enterprise, the cofounding of experimental psychology with behaviorism resulted in a clouding of the historical roots of psychology, especially the role of brain processes in the explanation of the human mind.

The emergence of the ideas of Alexander R. Luria in Russia and Roger W. Sperry in the United States provided glimmers of hope that the critical foundations of psychology and the importance of the brain in psychology would indeed not be lost to behaviorism. In the east, Luria provided an understanding of behavior inside what he called a “romantic” science that placed the mind inside a complex socio-historical context. Without understanding the gestalt of the individual, brain processes would exist in a vacuum. And, indeed, the whole, namely the person, could only be understood as much more than the sum of the parts, including the corresponding behavioral and neural concomitants. Sperry, in contrast, won the Nobel Prize in 1981 in Medicine and Physiology for his pioneering work on understanding the role of the cerebral hemispheres. Much like Luria, the brain, according to Sperry, could only be understood within the context of a much larger consciousness. Using the idea of downward and upward causation, the brain exerted its force to produce behavior, cognition and emotion; whereas those, in turn, produced consciousness.

It is that consciousness that should be understood and focused upon, but not until the underlying brain processes that produce that consciousness are considered. In essence, both emphasized the role and critical importance of the brain. But both similarly emphasized the unwavering need to place brain processes in much larger contexts. Subsequent to these experimental efforts, Ralph M. Reitan provided the first viable psychometric approach, with the Halstead-Reitan Neuropsychological Battery, for clinically measuring brain impairments across cerebral domains.

Unfortunately, the works of Luria, Sperry, and Reitan have resided in two geographically and intellectually disconnected cultures for too many years. Whereas these ideas have been acknowledged in both Russia and the United States for many years, the merging of the east and west has much left to be desired. As Sperry discovered, with his riveting work on the disconnection syndrome of the cerebral hemispheres, one hemisphere alone is insufficient to give rise to a complete consciousness. Similarly, the ideas of Russian and American neuropsychology alone are insufficient to give rise to a much-needed comprehensive neuropsychology.

The interface of Russian and American neuropsychology holds much promise to a more robust and powerful neuropsychology. The hard science of the west, as illustrated by Sperry and Reitan, with the romantic cultural-historical science of the east, as best espoused by Luria, is the only viable solution that psychology has to loosen the century long grip of behaviorism on psychology. The birth of a unified neuropsychology opens up endless possibilities for the future.

This volume is one of the most promising illustrations of how eastern neuropsychology can merge with western neuropsychology to make a unified and universal neuropsychology. The spirit of the early pioneers in psychology is found in each and every one of the chapters. With its focus on the development of the mind, this book, much like the emergence of a new neuropsychology, focuses on the future. The future of the person, by focusing on its early development, brings promise and hope that psychology will again find its way back to the fundamental and critical understanding that the behavior, cognition and emotion should only and can only be understood within the context of the brain and its place in a greater socio-cultural and consciousness perspective.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ: КРИТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ГЛОБАЛЬНОЙ ДИНАМИКИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ДЕСЯТИЛЕТИЯ И ГИПОТЕЗЫ, ЕЕ ОБЪЯСНЯЮЩИЕ

Розанов В. А., д.м.н., профессор,
ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет»,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Аннотация

Различные линии доказательств свидетельствуют о том, что рост нарушений психического здоровья подростков реален и не может быть списан на изменившиеся критерии оценок и готовность ставить диагнозы. Приведены гипотезы, объясняющие это явление с позиций стрессового влияния быстро изменяющейся социальной среды при участии психосоциальных и биологических (эпигенетических) механизмов.

Ключевые слова

Психическое здоровье, дети и подростки, психосоциальный стресс, социальные факторы, эпигенетические феномены.

CHILD MENTAL HEALTH: A CRITICAL ASSESSMENT OF GLOBAL DYNAMICS OVER THE PAST DECADES AND HYPOTHESES EXPLAINING IT

Rozanov V. A., Doctor of Medical Sciences, Professor,
Saint-Petersburg State University,
St.-Petersburg, Russian Federation

Abstract

Different lines of evidence testify that adolescents' mental health problems growth is real and cannot be attributed merely to developed diagnostic criteria and readiness to put diagnoses. Hypotheses are formulated that try to explain this phenomenon from the perspective of stress caused by quickly changing social environment with the involvement of psychosocial and biological (epigenetic) mechanisms.

Kew words

Mental health, children and adolescents, psycho-social stress, social factors, epigenetic phenomena.

Современная психиатрическая и клиничко-психологическая литература полна сообщений об ухудшении психического здоровья подростков и молодежи за последние десятилетия. Так, в ряде западноевропейских стран и в США проблемы начали накапливаться во второй половине XX в., к концу 1990-х гг. депрессии, тревожность, поведенческие расстройства с преобладанием антисоциальных проявлений, аддикции (алкоголь и наркотики), нарушения пищевого поведения и суицидальность уже демонстрировали заметный рост [1; 2]. Использование такого стандартизованного инструмента как ММРІ в эти же годы выявило рост у молодых людей значений клинических шкал (депрессия, тревога, психопатия, гипомания, паранойя) [3]. Последовательные стандартизованные обследования больших контингентов молодежи за период с 1974 по 1999 г. в Великобритании показали рост психопатологий как среди юношей, так и среди девушек примерно в 1,5 раза, причем у представителей всех социальных классов и типов семей [4].

Ближе к нашему времени, уже за период с 1986 по 2006 г., в Великобритании число подростков (16–17 лет), испытывающих тревогу и симптомы депрессии, выросло примерно в 2 раза, сильнее всего нарастали беспокойство, раздражитель-

ность и чувство усталости [5]. Популяционное исследование в Канаде (более 30 тыс. подростков в возрасте 10–15 лет), оценивающее поведенческие нарушения, гиперактивность, непрямую агрессию, депрессию, тревогу и суицидальное поведение показало, что в течение 15-летнего периода наблюдений (1994–2009) имело место в основном нарастание признаков гиперактивности у самых молодых (10–13 лет), в то время как остальные симптомы оставались стабильными [6]. Данные из США за период 2001–2014 гг. свидетельствуют о том, что среди подростков в возрасте 12–17 лет достоверно выросла частота депрессивных эпизодов с 8,7 до 11,3% [7].

Нужно отметить, что исследования в динамике, охватывающие значительные исторические периоды, в основном касаются экономически развитых стран западного мира. В то же время и в Китае [8], и в Индии [9] детские психиатры также отмечают высокий уровень депрессивных симптомов и других нарушений психологического благополучия. В Бангладеш, Хорватии, Индии, Непале, Турции, Сербии, Вьетнаме и ОАР патологическое использование Интернета (тесно ассоциированное с депрессивными и тревожными симптомами) выявляется в среднем у 8,4% студентов университетов. При этом в странах Азии выраженность проблем была выше, чем

в европейских странах [10]. К сожалению, данных в динамике из этих стран нет.

В Российской Федерации приводятся данные о росте распространенности психических болезней (в основном по данным медицинской статистики) среди детей и подростков на некоторых территориях России с 1970 по 1990 г. примерно в 1,5 раза [11]. В Москве за период с 2000 по 2009 г., по данным обращаемости среди подросткового контингента, произошло значительное увеличение аффективных и неврастенических неспихотических психических расстройств [12].

Эти сведения, а также оценки, основанные на обращаемости в систему педиатрической помощи и подростковой психиатрии, данные об объемах назначений психотропных препаратов, статистика смертности от самоубийств и данные полиции относительно подростковых правонарушений сходятся в общую картину, которая свидетельствует о реальном нарастании проблем среди детей, подростков и молодежи в последние десятилетия [13; 14]. По всей видимости, эти тенденции приобрели глобальный характер и затронули все страны и континенты, по крайней мере, те, где проводятся такие исследования. Различные факторы, которые могли бы повлиять на результаты когортных исследований и их сопоставимость (готовность подростков отвечать на вопросы, готовность врачей разного уровня ставить диагнозы, «медиализация» симптомов, осознание проблемы врачами и обществом), очевидно, не могут объяснить наблюдаемую динамику, поскольку существует слишком много независимых линий доказательств, подтверждающих рост проблем.

Естественно, возникает вопрос о причинах такой динамики. Они могут быть связаны с социальными, психологическими и, не исключено, биологическими факторами. Если говорить о психосоциальных факторах, то на первом месте стоит такая макропроблема, как социальное (имущественное, финансовое) неравенство. Действительно, средняя продолжительность жизни, детская смертность, уровень криминогенности, доверия в обществе, ожирение и психические расстройства у подростков, включая алкоголизм и наркоманию, мало зависят от ВВП на душу населения, но прямо коррелируют с показателем социального расслоения (индексом Джини). Главной причиной этого, по-видимому, является психосоциальный стресс, порождаемый неравенством и борьбой за статус [15]. Чем более выражено социальное неравенство, тем выше риск депрессии, что объясняется сравнением своего положения с другими и возникающим ощущением «социального поражения» [16]. Дети из семей с более низким уровнем социоэкономического благополучия в 2–3 раза чаще имеют то или иное расстройство или проблему [17]. Бедность, социальная изоляция, стрессовые семейные обстоятельства, негативный стиль родительского воспитания сами по себе могут оказывать негативное влияние. На этом фоне давление СМИ и социальных сетей усиливают соперничество, консьюмеризм, страхи, тревогу, социальную маргинализацию и нереалистичные ожидания от будущего у молодых людей, что порождает неминуемые фрустрации. И в странах Запада, и в странах бывшего СССР это сочетается с эволюцией ценностей у молодежи — повышением роли индивидуализма и личного успеха в противовес ценностям коллективизма и взаимопомощи, ростом гедонизма, прагматизма и морального релятивизма [2; 18].

На уровне мезо- и микросоциума можно рассматривать факторы культурно обусловленного характера, семейные факторы и индивидуальную уязвимость. Во многих развитых странах наблюдается рост числа разводов, неполных семей и гражданских браков, различных экспериментов в сфере семьи. Все это может сказываться на психологическом благополучии и тревожности детей [19; 20]. Одной из возможных причин нарушений психического здоровья среди молодежи может быть также увеличивающийся разрыв между поколениями, рост конфликтности во взаимоотношениях отцов и детей [21]. Из внесемейных факторов основное внимание привлекает школьная среда, превращающаяся в источник хронического стресса из-за высокой академической нагрузки, буллинга и кибербуллинга [22; 23]. Нельзя также не упомянуть роль социальных сетей и современных гаджетов как источника депрессии, тревоги и фрустраций [24]. С момента широкого внедрения смартфонов у американских подростков изменилось поведение — снизился интерес к самостоятельному вождению автомобиля и к сексуальным отношениям [25]. Движение больших масс населения, миграция, отмечаемая в последнее время в глобальном масштабе, также может вносить вклад в регистрируемое увеличение проблем психического здоровья молодежи [14].

Такие резкие изменения социальной среды и все усиливающаяся стимулирующая (и часто фрустрирующая) нагрузка на детей и подростков, без сомнения, становится для них фактором постоянного стресса, который приобретает характер хронического психосоциального (субъективно ощущаемого, переживаемого) стресса. Жалобы на стресс и сопряженные с ним негативные эмоции, психосоматические и депрессивные симптомы, нарушения сна и чувство усталости по утрам в той или иной мере высказывают при опросах до 40% школьников [23; 26]. Психосоциальный стресс реализуется через консервативные биологические механизмы, связанные с нейроэндокринной регуляцией функций и их генетическим контролем [7; 8]. Стрессовые сигналы социальной среды через гормоны стресса способны оказывать влияние на созревание мозга, его клеточный состав, межнейронные контакты и активность различных функциональных структур [27]. При хронизации стресса наступает состояние аллостаза — напряженного системно-антисистемного баланса и износа биологических систем, в результате чего социальные факторы становятся драйверами повреждений критических мозговых структур, непосредственно связанных с психическим здоровьем — миндалины мозга, гиппокампа и префронтальной коры [28].

Если организм подвергается воздействию стресса с раннего детства, происходит программирование долговременной активности генома за счет эпигенетических механизмов, к которым относятся химические модификации ДНК, гистонных белков и синтез некодирующих микро-РНК [29]. Эпигенетические механизмы в данном контексте выглядят как наиболее приемлемое объяснение наблюдаемых относительно быстрых нарушений в сфере психического здоровья подростков, особенно с учетом возможной трансгенерационной передачи некоторых паттернов генной активности [27; 29]. Поскольку

эти же механизмы вовлечены в эволюционно-адаптационный процесс, то многие симптомы (идентифицируемые как расстройства в системе психиатрической диагностики) на самом деле могут быть адаптациями — оптимизациями мозговых функций для приспособления к слишком быстро меняющейся среде [30]. Например, рост СДВГ может быть результатом приспособления современных детей к информационным перегрузкам, постоянному телевизионному контенту, игровым приставкам, требующих мгновенного реагирования и, возможно, итог технологий раннего развития, направленных на освоение современных информационных потоков [31]. Аналогично, увеличение числа депрессивных симптомов у наиболее чувствительных лиц может быть сигналом для всей популяции о том, что многое вокруг движется в непра-

вильном направлении, а увеличение числа высокотревожных индивидуумов может быть эволюционно значимой реакцией на растущую конкуренцию и неопределенность. И если человечество в целом выиграло при переходе от аграрной эпохи к промышленной, то переход к информационной, похоже, повлек за собой нарастание дифференциации в популяционном распределении психического здоровья. Это коснулось прежде всего молодежи и обозначило вероятное увеличение разрыва между теми, кто приспособится и получит ускоренное развитие, и теми, кто не справится и пополнит ряды пациентов психотерапевтов и психиатров. В силу этого нужны дополнительные усилия медицины, психологии и общества в целом, чтобы повысить эффективность мер укрепления психического здоровья молодежи.

Библиографический список

1. *Fombonne E.* Increased rates of psychosocial disorders in youth // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 1998. Vol. 248. P. 14–21.
2. *Twenge J. M.* Generational differences in mental health: are children and adolescents suffering more, or less? // *Am. J. Orthopsychiatry.* 2011. Vol. 81. P. 469–472.
3. *Twenge J. M., Gentile B., DeWall C. N., et al.* Birth cohort increase in psychopathology among young Americans. 1938–2007: a cross temporal meta-analysis of the MMPI // *Clin. Psychol. Rev.* 2010. Vol. 30. P. 145–154.
4. *Collishaw S., Maughan B., Goodman R., Pickles A.* Time trends in adolescent mental health // *J. Child. Psychol. Psychiatry.* 2004. Vol. 45. P. 1350–1362.
5. *Collishaw S., Maughan B., Natarajan L., et al.* Trends in adolescent emotional problems in England: a comparison of two national cohorts twenty years apart // *J. Child. Psychol. Psychiatry.* 2010. Vol. 51. P. 885–894.
6. *Merikangas K. R., Nakamura E. F., Kessler R. C.* Epidemiology of mental disorders in children and adolescents // *Dialogues Clin. Neurosci.* 2009. Vol. 11. P. 7–20.
7. *Mojtabai R., Jorm A. F.* Trends in psychological distress, depressive episodes and mental health treatment-seeking in the United States: 2001–2012 // *J. Affect. Disord.* 2015. Vol. 174. P. 556–561.
8. *Tang X., Tang S., Ren Z., Wong D. F. K.* Prevalence of depressive symptoms among adolescents in secondary school in mainland China: A systematic review and meta-analysis // *J. Affect. Disord.* 2019. № 245. P. 498–507. DOI: 10.1016/j.jad.2018.11.043.
9. *Sharma E., Seshadri S. P.* Adolescence: Contemporary issues in the clinic and beyond. *Asian J. Psychiatr.* 2019. № 47. DOI: 10.1016/j.ajp.2019.09.021.
10. *Pal Singh Balhara Y., Doric A., Stevanovic D., et al.* Correlates of Problematic Internet Use among college and university students in eight countries: An international cross-sectional study // *Asian J. Psychiatr.* 2019. № 45. P. 113–120. DOI: 10.1016/j.ajp.2019.09.004
11. *Пронина Л. А.* Эпидемиология психических расстройств у детей [Электронный ресурс]. URL: <http://www.otrok.ru/medbook/listmed/epid.htm>
12. *Чуркин А. А., Ходырева Е. А.* Динамика показателей распространенности непсихотических психических расстройств среди детей и подростков г. Москвы в 2000–2009 // *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии.* 2011. № 11. С. 3–9.
13. *Розанов В. А.* Самоубийства среди детей и подростков что происходит и в чем причина? // *Суицидология.* 2014. № 5. С. 16–31.
14. *Розанов В. А.* Психическое здоровье детей и подростков попытка объективной оценки динамики с учетом различных подходов // *Социальная и клиническая психиатрия.* 2018. № 28. С. 62–73.
15. *Wilkinson R., Pickett K.* The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better. London: Allen Lane, 2009.
16. *Patel V., Burns J. K., Dhingra M.* et al. Income inequality and depression: a systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms // *World Psychiatry.* 2018. Vol. 17. P. 76–89.
17. *Reiss F.* Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review // *Soc. Sci. Med.* 2013. Vol. 90. P. 24–31.
18. *Черкасова А. А.* Жизненные ценности студенческой молодежи в России и США: социологический анализ: автореф. дис. ... канд. соц. наук. Екатеринбург, 2012. 26 с.
19. *Norstrom L., Lindberg L., Mansdotter A.* Could gender equality in parental leave harm offsprings' mental health? A registry study of the Swedish parental/child cohort of 1988/1989 // *Int. J. Equity Health.* 2012. V. 11. P. 19.
20. *Fond G., Franc N., Purper-Ouakil D.* Homosexual parenthood and child development: present data // *Encephale.* 2012. Vol. 38. P. 10–15.
21. *Sweeting H., West P., Young R., et al.* Can we explain increases in young people's psychological distress over time? // *Soc. Sci. Med.* 2010. Vol. 71. P. 1819–1830.
22. *West P., Sweeting H.* Fifteen, female and stressed: Changing patterns of psychological distress overtime // *J. Child Psychol. Psychiatry.* 2003. Vol. 44. P. 399–411.
23. *Розанов В. А., Уханова А. И., Волканова А. С. и др.* Стресс и суицидальные мысли у подростков // *Суицидология.* 2016. Т. 7, № 3. С. 20–32.
24. *Primack B. A., Swanier B., Georgiopoulos A. M., et al.* Association between media use in adolescence and depression in young adulthood. A longitudinal study // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2009. Vol. 66. P. 181–188.
25. *Twenge J. M., Sherman R. A., Wells B. E.* Sexual inactivity during young adulthood is more common among U.S. millennials and iGen: age, period, and cohort effects on having no sexual partners after age 18 // *Arch. Sex. Behav.* 2017. № 46. P. 433–440.

26. *Wasserman D.* Review of health and risk-behaviours, mental health problems and suicidal behaviours in young Europeans on the basis of the results from the EU-funded Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) study // *Psychiatr. Pol.* 2016. Vol. 50. P. 1093–1107.
27. *Stankiewicz A. M., Swiergiel A. H., Lisowski P.* Epigenetics of stress adaptation of the brain // *Brain Res. Bull.* 2013. Vol. 98. P. 76–92.
28. *McEwen B. S.* Brain on stress: How the social environment gets under the skin // *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.* 2012. № 109 (Suppl 2). P. 17180–17185.
29. *Jawahar M. C., Murgatroid C., Harrison E. L., et al.* Epigenetic alterations following early postnatal stress: a review of novel aetiological mechanisms of common psychiatric disorders // *Clin. Epigenetics.* 2015. Vol. 7. P. 122.
30. *Jensen P. S., Mrazek D., Penelope M. D., et al.* Evolution and revolution of child psychiatry: ADHD as a disorder of adaptation // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 1997. Vol. 36. P. 1672–1679.
31. *Varga S.* Evolutionary psychiatry and depression: testing two hypotheses // *Med. Health Care Philos.* 2012. Vol. 15. P. 41–52.

СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ, ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ И АБИЛИТАЦИОННО- РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Симашкова Н. В.¹, д.м.н., профессор, **Клюшник Т. П.**¹, д.м.н., профессор,
Якупова Л. П.¹, к.б.н., **Иванов М. В.**¹, к.псих.н., **Бокша И. С.**¹, д.б.н.,
Мукаетова-Ладинска Е. Б.², д.м.н., профессор

¹ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация,
²Университет Лестера,
Лестер, Великобритания

Аннотация

Описаны новые отечественные рекомендации и адаптированные методики клинического сопровождения и социальной адаптации детей и взрослых с расстройствами аутистического спектра (РАС). Представлены данные эпидемиологических исследований распространенности РАС в Российской Федерации и в мире. Подчеркнута необходимость трансляции достижений фундаментальных наук в клиническую практику для совершенствования диагностики и терапии аутистических расстройств с целью создания доказательного инструментария персонализированной медицины, моделей профилактики инвалидности, абилитации и реабилитации пациентов. Авторы статьи показывают необходимость активизации международного сотрудничества экспертов по проблеме РАС, нацеленных на разработку дифференцированных маршрутов ведения пациентов в течение всей их жизни.

Ключевые слова

Расстройства аутистического спектра, аутизм, клинико-биологические маркеры, персонализированная медицина, абилитация, реабилитация.

CONTEMPORARY CLINICAL, BIOLOGICAL, PREVENTIVE AND HABILITATION / REHABILITATION ASPECTS OF AUTISM SPECTRUM DISORDERS IN THE RUSSIAN FEDERATION

Simashkova N. V.¹, Doctor of Medical Sciences, Professor,
Klyushnik T. P.¹, Doctor of Medical Sciences, Professor,
Iakupova L. P.¹, PhD (Biological Sciences),
Ivanov M. V.¹, PhD (Psychology),

Boksha I. S.¹, Doctor of Biological Sciences,
Mukaetova-Ladinska E. B.², Doctor of Medical Sciences, Professor,

¹Federal Mental Health Research Center
Moscow, Russian Federation,

²Department of Neuroscience, Psychology and Behavior, University of Leicester,
Leicester, LE1 7RH, UK

Abstract

Novel Russian recommendations and special methods of clinical diagnosis, support, and social adaptation for children and adults with autism spectrum disorders (ASD) are described. The data of epidemiological studies on the ASD prevalence in the Russian Federation and in the world are presented. Necessity of translating the achievements of basic sciences into clinical practice to improve the diagnosis and treatment of autistic disorders with the aim of developing evidence-based tools for personalized medicine, models for the prevention of disability, habilitation and rehabilitation of patients is emphasized. The authors demonstrate the need of enhancing the international cooperation between experts on ASD problems, aimed at developing differentiated routes for the management of patients throughout their lives.

Key words

Autism spectrum disorders, autism, clinical-biological markers, personalized medicine, habilitation, rehabilitation.

Современное состояние эпидемиологии РАС в России и других странах. Расстройства аутистического спектра (РАС) охватывают гетерогенную группу нарушений нейроразвития, включающих различные нозологические дефиниции (синдромы Каннера и Аспергера, высокофункциональный аутизм, инфантильный психоз, атипичный детский психоз, детское дезинтегративное расстройство, а также множество хромосомных и генетических синдромов), характеризующихся диадой нарушения социального взаимодействия, ограниченными и повторяющимися паттернами поведения и (или) интересов (DSM-5).

Хотя число людей, у которых обнаружен аутизм, во всем мире растет отчасти из-за изменившихся подходов к диагностике; пока не ясно, повысилась ли реальная распространенность расстройства. По данным CDC, в 2016 г. распространенность РАС в США составила 146: 10 000 (среди детей восьми лет) [8]. По данным Национальной базы данных Великобритании, распространенность РАС составила 24: 10 000 (среди детей восьми лет) [14]. По данным ВОЗ (2014), число больных с РАС составило 62: 10 000 детского населения [2]. В настоящее время в России, по данным эпидемиологического скрининга (2017), распространенность РАС составила 18: 10 000 среди детей до четырех лет [12]. По данным Росстат (2016), с диагнозом РАС было зарегистрировано 18 224 детей в возрасте до 18 лет (0,08 % всех

детей России или 8: 10 000) и 96 взрослых (менее 0,001 % всей популяции взрослых России).

Цель настоящей работы — привлечь внимание к необходимости ранней диагностики РАС и других нарушений психического развития для предоставления пациентам адекватной персонализированной программы терапии, маршрутизации, профилактики инвалидности, а также подойти с клинико-биологических позиций к происхождению различных форм РАС.

Принципы диагностики РАС

I. Клиническая диагностика. В России, как и во всем мире, диагнозы «Детская шизофрения» и «Аутизм» подвергались изменениям в течение времени, и это отражено в международных классификациях болезней. Ранее в СССР диагноз «Детский тип шизофрении» (299.9 по МКБ-9) ставили детям, начиная с двух лет [1]. В Европе и США диагноз «Шизофрения с ранним началом» (Early Onset Schizophrenia) на основе продолжительного лонгитюдного наблюдения ставили с 12—15 лет [9]. В ФГБНУ НЦПЗ в 2016 г. было разработано представление о континууме спектра РАС, отчасти затрагивающее и детскую шизофрению [7] (табл. 1). Этот континуум включает разные типы РАС (в том числе РАС с коморбидными психическими расстройствами) и пересекается с шизофренией лишь в 8—12 % случаев.

Таблица 1. Континуум расстройств аутистического спектра и детской шизофрении

МКБ-10	Синдром Аспергера F84.5	Детский аутизм F84		Атипичный аутизм F84.1		Шизофрения F20.8xx3
Континуум РАС	Синдром Аспергера F84.5	Синдром Каннера F84.01	Детский психоз F84.02	Атипичная симптоматика (в том числе умственная отсталость с аутистическими чертами) F84.11	Атипичный детский психоз F84.12	Шизофрения, детский тип F20.8xx3

Определение континуума РАС основано на обследовании более чем 4000 детей в возрасте 2—17 лет (из них ~80 % в возрасте 2—6 лет и ~20 % в возрасте 7—17 лет) с применением критериев МКБ-10 для РАС, с запотолированными симптомами и результатами процедур обследований в связи с оказанной клинической помощью. Понятие континуума введено с целью выработки оптимальных маршрутов ведения пациентов с РАС и прогноза исходов заболевания.

II. Клинико-биологическая диагностика РАС. В НЦПЗ введен новый протокол диагностики РАС [7; 10], согласно которому диагностические и лечебные мероприятия основаны на оценке активности патологического процесса РАС с применением набора биомаркеров, включая ЭЭГ и анализы крови пациента; клинические оценки базируются на психометрических шкалах: CARS (Schopler E., 2010) и BFCRS (Bush G., 1996) для оценки тяжести аутизма и кататонии, как описано ранее [3] (табл. 2).

Так, А. А. Митрофановым с коллегами (НЦПЗ) разработана и валидирована компьютерная программа BrainSys, предназначенная для оценки ЭЭГ. Запись ЭЭГ каждого пациента сопоставляется с ЭЭГ группы контроля (детей соответствующего возраста, $n = 40-45$) и оцениваются достоверные различия, как суммировано в табл. 2.

Нейроиммунологические маркеры сертифицированы и запатентованы [4]. Анализы крови, включенные в про-

токол: определение активностей лейкоцитарной эластазы (LE, локализованной в нейтрофилах) и альфа1-протеиназного ингибитора (альфа1-PI), а также уровня аутоантител к белкам S-100бета и основному миелиновому белку (МВР) [4; 10]. Биологическая роль LE и ее вклад в патологию мозга описана в обзоре [11]. Альфа1-PI контролирует протеолитическую активность LE и других протеиназ, а также ограничивает очаг воспаления и деструкции [13]. Уровни аутоантител к белковым антигенам S-100 и МВР, происходящим из нервной ткани, и их соотношение в сыворотке крови характерны для каждого возрастного диапазона, они могут изменяться при различных расстройствах и свидетельствуют об активации приобретенного иммунитета [6].

Биомаркеры, относящиеся к иммунной системе, определяются посредством рутинных анализов с использованием сертифицированных стандартных наборов, производимых ООО «Биофарм-тест», Россия (<http://www.biopharmtest.ru>). Будучи неспецифическими нейроиммунными маркерами, биомаркеры, характеризующие воспаление (LE и альфа1-PI), связаны с тяжестью деструктивного процесса в мозге больных с РАС косвенно, что создает ограничение применения технологии, поскольку они отражают неспецифический патофизиологический процесс, вовлеченный не только в психическую патологию, но и в острые инфекционные процессы, аллергические реакции.

Таблица 2. Клинико-биологические подходы к назначению персонализированной терапии

Типа РАС по МКБ-10	Уровни тяжести аутизма по CARS (в баллах)	Тяжесть кататонии по BFCRS (в баллах)	Показатели иммунитета		Показатели ЭЭГ (спектральная мощность)			Рекомендуемое лечение
			врожденного	приобретенного	альфа-ритм	бета-ритм	тета-ритм	
F84.5 Синдром Аспергера	Наименее тяжелые (мягкие / умеренные) 32–36	N	N	N	N	N	N	Психотерапия не показана. Психосоциальная поддержка
F84.0 Детский аутизм, синдром Каннера	Тяжелый аутизм 45	Мягкие (умеренные) кататонические симптомы 25	N	N	↓, ↓↓	N	N	Нейролептики не назначаются. Ноотропы – редко. Мультидисциплинарная коррекция. Психосоциальная поддержка на протяжении всей жизни
F84.02 Детский аутизм, детский психоз	Тяжелый аутизм 46	Тяжелая кататония 36 (гиперкинетическая форма)	↑, ↑↑	N	N	↑, ↑↑	N	Назначаются нейролептики только в активном (остром) периоде. Психосоциальная поддержка различной степени
F84.11 Атипичная симптоматика (в том числе умственная отсталость с аутистическими чертами)	Тяжелый аутизм 40	Мягкие (умеренные) кататонические симптомы 25	N	N	↓↓, ↓↓, ↓	N	↑↑↑	Ноотропы, антиконвульсанты, психокоррекция, психосоциальное сопровождение
F84.12 Атипичный аутизм (атипичный детский психоз)	Тяжелый аутизм 60	Тяжелая кататония 38 (гипер- и гипокинетические формы)	↑↑, ↑↑↑	↑↑	↓↓	↑↑	↑↑	Нейролептики в течение жизни. Социальная поддержка на протяжении жизни

Результаты применения в клинической практике.

1. В случае диагноза F84.5 (синдром Аспергера) клинические и биологические маркеры не выходят за рамки контрольных значений, что позволяет относить его к непсихотическим расстройствам. Психотерапия не требуется, но психосоциальная поддержка проводится в течение жизни пациентов.

2. При F84.01 (синдром Каннера) иммунологические показатели не выходят за рамки контрольных значений, альфа-ритм снижен. Пациенты не нуждаются в психотерапии нейролептиками, назначают ноотропы и психосоциальную коррекцию в течение жизни.

3. При F84.02 (детский аутизм, инфантильный психоз) клинические и биологические маркеры (врожденный иммунитет и бета-активность на ЭЭГ) выходят за рамки контрольных значений. Больные нуждаются в психотерапевтической коррекции только в активном (остром) периоде болезни, затем в психосоциальной коррекции.

4. В случае аутизма с атипичной симптоматикой, включая умственную отсталость с аутистическими чертами (F84.11), выраженность аутистических симптомов и кататонии умеренная. Иммунологические показатели в диапазоне возрастной нормы; на ЭЭГ – снижение альфа-ритма, преобладание тета-ритма. Пациенты не нуждаются в терапии нейролептиками, им необходима терапия ноотропами и антиконвульсантами.

5. В случае атипичного детского психоза (F84.12) наблюдается выраженный клинический фенотип «тяжелого аутизма» и «тяжелой кататонии», биологические маркеры выходят за рамки возрастных контрольных значений здоровых детей. Больным этой группы назначают психотропные препараты (нейролептики) на протяжении всей жизни, как и психосоциальную поддержку.

Клинико-катамнестический аспект. В результате клинико-катамнестических рандомизированных исследований, прове-

денных в России, у пациентов с различными подтипами РАС описано течение заболевания и его исходы [5; 7] (табл. 3).

Таблица 3. Подтипы расстройств аутистического спектра у детей и взрослых (постоянство диагноза в лонгитудинальном аспекте)

Диагноз по МКБ-10	Пациенты			
	дети	%	взрослые	%
F84.5 Синдром Аспергера	F84.5 Синдром Аспергера	100	F84.5 Синдром Аспергера	40
F84.0 Детский аутизм	F84.02 Детский аутизм, детский психоз	92	F60.1 Шизоидное расстройство личности	60
	F84.01 Детский аутизм, синдром Каннера	8	Клиническое выздоровление	10
F84.1 Атипичный аутизм	F84.11 Атипичная симптоматика (в том числе умственная отсталость с аутистическими чертами)	20	F84.0 Детский аутизм	90
	F84.12 Атипичный детский психоз	80	F84.1 Атипичный аутизм	88–92
			F20 Шизофрения	8–12

Примечание. Изменение диагноза было зарегистрировано в лонгитудинальных исследованиях пациентов с РАС в детстве и в ходе вторичных посещений врача во взрослом возрасте.

Оказалось, что клинический диагноз «синдром Аспергера» (F84.5) у подростков с нормальным или высоким уровнем интеллекта (IQ) в ~60% случаев трансформируется в «шизо-типическое расстройство личности» (F60.1) (по МКБ-10

этот диагноз выставляется по достижении 15 лет), тогда как у остальных 40% детей диагноз остается неизменным — F84.5. Диагноз «Детский аутизм» (F84.0) с наибольшей вероятностью останется неизменным (~90% случаев), в ~10% случаев наблюдается клиническое выздоровление пациентов. Напротив, «атипичный аутизм» (F84.1), который также остается неизменным на протяжении жизни, может «трансформироваться» в шизофрению у 8–12% пациентов.

Прогноз для пациентов с РАС. Как отмечено в работах М. Ребера (2018) и Н. В. Симашковой (2013), еще 15–20 лет назад считалось, что для ~92% пациентов с РАС прогноз неблагоприятен. Современные данные показывают, что при правильной маршрутизации, своевременной диагностике, персонализированной психофармакотерапии, проведении абилитации (реабилитации) прогноз кардинально меняется. В 10% случаев пациенты полностью восстанавливаются, у 70% детей с РАС наблюдается стабильное посттерапевтическое улучшение. И только 20% больных с атипичным аутизмом и синдромом Каннера имеют неблагоприятный прогноз, когнитивный дефицит и, соответственно, они нуждаются в большем объеме помощи в зрелом возрасте [2; 5; 7].

Заключение. В соответствии с приоритетными направлениями проекта «Десятилетие детства в России» (указ

Президента РФ от 29.05.2017 № 240), национальными проектами (указ Президента России от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 г.») в ФГБНУ НЦПЗ особая важность придается научным исследованиям по разработке моделей ранней диагностики, ранней помощи с целью создания доказательного инструментария персонализированной медицины, профилактики инвалидности, абилитации (реабилитации) у больных с расстройствами аутистического спектра (РАС). Эпидемиологические исследования, проводимые в России в настоящее время, не поддерживают панические предположения об «эпидемии аутизма». Введение принципов доказательной медицины с использованием биомаркеров (иммунологических, нейрофизиологических), с целью клинической диагностики РАС, будут содействовать повышению долгосрочных результатов проведенной абилитации (реабилитации) и социализации пациентов с РАС и их семей. Результаты лонгитюдных долгосрочных исследований, проводимых в России, с применением биомаркеров могут быть интересны психиатрам во многих странах мира и будут способствовать более широкому принятию результатов доказательной медицины в соответствии с международной практикой.

Библиографический список

1. Башина В. М., Симашкова Н. В. Систематика форм течения детской шизофрении в свете отдаленного катамнеза // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1989. Т. 89, Вып. 8. С. 69–75.
2. ВОЗ. 67 сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения А67/17. Пункт 13.4 предварительной повестки дня 21 марта 2014 г. Комплексные и согласованные усилия по ведению расстройств аутистического спектра [Электронный ресурс]. URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_17-ru.pdf (дата обращения: 15.12.2019).
3. Ключник Т. П., Андросова Л. В., Симашкова Н. В. и др. Иммунологический кластер при диагностике расстройств аутистического спектра (технология «аутизм-иммунотест»). Технология диагностики, методические рекомендации. М., 2017. 24 с.
4. Ключник Т. П., Симашкова Н. В., Якупова Л. П. Патент № 218.016.2са6. Способ определения необходимости использования психофармакотерапии у пациентов с расстройствами аутистического спектра на момент их обследования. 2017 [Электронный ресурс]. URL: <https://edrid.ru/rid/218.016.2са6.html> (дата доступа: 15.12.2019).
5. Мукаетова-Ладинска Е. Б., Симашкова Н. В., Мукаетова М. С. и др. Расстройства аутистического спектра у детей и взрослых: подходы к проблеме в разных странах // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2018. Т. 118. № 12. С. 92–99. DOI: 10.17116/jnevro201811812192.
6. Полетаев А. Б. Иммунологический гомункулус (Иммукулус) в норме и патологии // Биохимия. 2002. Т. 67. № 5. С. 721–731.
7. Симашкова Н. В. Типология расстройств аутистического спектра // Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра / под ред. Н. В. Симашковой, Т. П. Ключник. М., 2016. С. 44–96.
8. Christensen D. L., Baio J., Van Naarden Braun K., et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2012 // MMWR Surveillance Summaries. 2016. № 65 (3). P. 1–23. DOI: 10.15585/mmwr.ss6503a1.
9. Clemmensen L., Vernal D. L., Steinhausen H. C. A systematic review of the long-term outcome of early onset schizophrenia // BMC Psychiatry. 2012. № 12. 150. DOI: 10.1186/1471-244X-12-150.
10. Klyushnik T. P., Androsova L. V., Simashkova N. V., et al. The State of Innate and Acquired Immunity in Children with Psychotic Forms of Autistic Spectrum Disorders // Neuroscience and Behavioral Physiology. 2013. № 43 (1). P. 84–88.
11. Shimakura A., Kamanaka Y., Ikeda Y., et al. Neutrophil elastase inhibition reduces cerebral ischemic damage in the middle cerebral artery occlusion // Brain Res. 2000. № 858. P. 55–60. DOI: 10.1016/S0006-8993(99)02431-2.
12. Simashkova N., Ivanov M., Kozlovskaya G., Makushkin E. Total Screening of The Risk of Developing Mental Illness of Young Children in Primary Health Care in Russia (data 2017) // European Psychiatry. 2019. Vol. 56 (Supl.). P. 54.
13. Stockley R. A. Alpha1-antitrypsin review // Clin Chest Med. 2014. № 35. P. 39–50. DOI: 10.1016/j.ccm.2013.10.001.
14. Taylor B., Jick H., Maclaughlin D. Prevalence and incidence rates of autism in the UK: time trend from 2004–2010 in children aged 8 years // BMJ Open. 2013. № 16, 3 (10). P. e003219. DOI: 10.1136/bmjopen-2013-003219.

ИГРА В ПРОФИЛАКТИКЕ ОТКЛОНЕНИЙ В РАЗВИТИИ РЕБЕНКА

Соболева А. Е., к.псих.н.,

Научно-исследовательский центр детской нейропсихологии им. А. Р. Лурия,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Автор статьи теоретически обосновывает необходимость применения игры в коррекционной работе с детьми дошкольного возраста. Также изложен опыт практической работы Научно-исследовательского центра детской нейропсихологии им. А. Р. Лурия по комплексному применению нейропсихологических и игровых диагностических коррекционных методов для преодоления и профилактики отклонений в развитии ребенка. Проведен анализ нейропсихологических паттернов детей до и после коррекционной работы.

Ключевые слова

Профилактика, игровая коррекция, нейропсихологическая коррекция, нейропсихологический альбом.

USE OF GAMES IN PREVENTION OF CHILD DEVELOPMENTAL DISORDERS

Soboleva A. E., PhD (Psychology),

Luria Research Center of Developmental Neuropsychology,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The author theoretically justifies the need to use games in remediation with preschoolers. The article draws on the experience of Luria Research Center of Developmental Neuropsychology in applying neuropsychological games in diagnostic and remediation methods for overcoming and prevention of deviations in child development. The analysis of neuropsychological pattern of children before and after remediation work is provided.

Key words

Prevention, use of games in remediation, neuropsychological remediation, neuropsychological album.

Проблема поиска механизмов профилактики и нормализации психического статуса детей, развитие которых по нейропсихологическим показателям не соответствует возрастным нормативам, является чрезвычайно актуальной и значимой для решения фундаментальных задач практической психологии. В силу неблагоприятных психолого-педагогических, социальных, соматических или неврологических предпосылок процент детей с отклоняющимся развитием и трудностями социализации и адаптации в дошкольных учреждениях и в дальнейшем в школе составляет от 20 до 60%.

Анализ психологической литературы и наш собственный опыт работы с детьми с задержками психического развития различного генеза приводит к мысли о влиянии дефицита игровой деятельности в дошкольном возрасте на характер общего психического развития и будущей успешной учебной деятельности этих детей в последующий период их развития.

Как известно, недостаточность в развитии какого-либо вида ведущей деятельности приводит к трудностям в формировании последующих видов. Сюжетно-ролевая игра является ведущей деятельностью дошкольного этапа развития ребенка [14]. Из развития самой игры можно понять те психические особенности, которые появляются и формируются у ребенка в этот период [5]. Анализ игровой деятельности ребенка может служить важным диагностическим средством для определения уровня развития ребенка [14], поскольку в игре «происходят главнейшие изменения в психике ребенка и ...

развиваются психические процессы, подготавливающие переход ребенка к новой ступени его развития» [9, с. 123].

В тех случаях, когда ведущая деятельность не сформирована, она не может способствовать становлению психических свойств и качеств ребенка, приобретению знаний, умений и навыков. Дети, у которых игровая деятельность не сформирована, обычно не испытывают потребности в переходе к новой ведущей деятельности — учебной. Однако согласно многочисленным исследованиям и к возрасту, когда сюжетно-ролевая игра становится ведущей деятельностью, ребенок с задержкой психического развития подходит с недостаточностью формирования психических процессов, не создающей благоприятной основы для полноценного игрового развития.

Согласно исследованиям А. Н. Леонтьева [5] внутри игры возникают и дифференцируются все виды деятельности. Как и в ведущей деятельности любого периода психологического развития, в игре сконцентрированы наиболее существенные для данного периода проявления психической активности. Именно поэтому особенности игры детей с задержкой психического развития дают важный материал для характеристики этого состояния.

Игровое и функциональное развитие детей с задержкой психического развития взаимосвязаны и взаимозависимы. У детей с задержкой психического развития отмечаются недостатки развития моторики, проявляющиеся в недо-

статочной координации, двигательной неловкости. Наряду с плохой координацией у них наблюдается чрезмерная неадекватная двигательная активность. Дети испытывают трудности при выполнении двигательных произвольных проб во время обследований. Недостатки моторики впоследствии отражаются на изобразительной и игровой деятельности и, впоследствии, на овладении письмом [7; 8].

Речевое развитие детей с задержкой психического развития также характеризуется общим отставанием: поздним возникновением словотворчества, речевой инактивностью, несформированностью экспрессивного и импрессивного компонентов, рассогласованностью речевой и предметной деятельности, трудностями в понимании логико-грамматических конструкций, бедностью словаря, недостаточностью словообразовательных процессов. Одним из характерных признаков речи детей с задержкой психического развития является недостаточность речевой регуляции и вербализации действий, дефицитарность планирующей функции речи [6; 7].

У детей с задержкой психического развития существенно отстает произвольная форма организации деятельности: им трудно самостоятельно сосредоточиться на выполнении задания, составить план выполнения, проконтролировать свои ошибки и, соответственно, оценить результат выполнения, т.е. регуляторные функции, по сравнению с нормальными детьми, у них недостаточны. Для всех детей с задержкой психического развития характерны такие проявления, как инертность, пониженная работоспособность, недостаток произвольного внимания, замедленная переключаемость, двигательная расторможенность и одновременно с этим отмечается неравномерность формирования всех психических функций, что приводит к недоразвитию отдельных психических процессов.

Перечисленные выше особенности качественно влияют на характер игры ребенка с задержкой психического развития, поэтому игра детей с ЗПР либо не соответствует возрастному уровню, либо приобретает своеобразный характер. Игры детей с задержкой психического развития однообразны и лишены творчества, правила в них просты. Также для детей с задержкой психического развития характерны трудности в принятии и смене ролей. Игровое поведение у детей с ЗПР часто недостаточно эмоционально, дети испытывают трудности в построении межличностного взаимодействия в процессе игровых действий, чаще избегая взаимодействия со сверстниками.

Несформированность игровой деятельности детей с ЗПР чаще обнаруживается при поступлении в школу и выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, малой интеллектуальной целенаправленности, преобладании игровых интересов, быстрой пресыщаемости в интеллектуальной деятельности. В дальнейшем это может привести к возникновению проблем в учебной деятельности, что, в свою очередь, ведет к углублению ЗПР и социальной депривации. Недостаточность высших психических функций может успешнее преодолевать не только за счет непосредственной коррекции ВПФ, но и с помощью средств, соответствующих этапу развития ребенка дошкольного возраста. Необходимые для формирования способности к обучению функции (произвольность, контроль, речь, навыки общения и другие) формируются

в игре, поэтому игра, дополняющая нейропсихологические методы коррекции дефицитарных звеньев развития, поможет в дальнейшем преодолеть сложности овладения программой школьного обучения и помочь адаптации в социальной среде.

Игровые технологии, разработанные в Научно-исследовательском центре детской нейропсихологии им. А. Р. Лурия, базируются на уникальности возрастных особенностей ребенка. В их основе лежит принцип нормативности, реализуется принцип учета системности развития и определения в коррекционной практике зоны ближайшего развития ребенка с учетом сложившейся формы психологической деятельности на определенном возрастном этапе.

Из более чем 11 000 детей, обратившихся в Центр на протяжении его 20-летнего существования с жалобами на неадекватное поведение, задержку речевого развития, трудности социализации в кругу сверстников, у большинства нейропсихологическое обследование выявило снижение активности мозговой коры, сочетающееся, как правило, с дефектами моторики, речевого внимания, пространственной ориентировки, зрительного восприятия, логического мышления. Анализ данных показывает, что у большинства детей не сформированы психические функции, которые в норме формируются в процессе полноценной игровой деятельности, подготавливающей ребенка к новообразованиям школьного возраста. Поэтому коррекционные методы должны проводить связь между дошкольным детством и школьной жизнью ребенка, восполняя пробелы в его развитии.

Для профилактики отклонений ребенка важно до начала этапа обучения создавать условия, органично сочетающие игровой и нейропсихологический подход. Необходимо организовывать своеобразную деятельность, по форме являющуюся игровой, т.е. знакомой и привлекательной для ребенка, но по своей направленности развивающей звенья психического функционирования ребенка, необходимые для занятия им позиции субъекта по присвоению нового (учебного по содержанию) игрового опыта.

Проведенное в Центре экспериментально-психологическое изучение игровой деятельности младших школьников с проявлениями школьной дизадаптации позволило сделать вывод, что несформированность ВПФ детей, кроме других причин, также обусловлена недостаточностью игрового этапа в их развитии. Следовательно, комплексная программа игровой коррекции, соответствующая уровню актуального развития ребенка, должна эффективно способствовать преодолению слабых звеньев его развития.

Поэтому коррекционная работа в Центре проводится с учетом исследований актуального состояния ребенка; программа направлена на формирование ВПФ с помощью коррекционных игровых методов. На начальном этапе коррекционная работа предусматривает только индивидуальный подход к ребенку. Это обосновано, во-первых, тем, что нейропсихологические особенности детей достаточно сильно разнятся; во-вторых, имеется выраженное различие воспитания и развития внутри семей; в-третьих, большую роль играет наличие у многих детей с проблемами обучения в начальной школе психоневрологических проблем (невротические и астенические реакции, фобии). Диалог со сверстником и мини-группы из трех-четырех человек вводятся позднее

для создания атмосферы соперничества и сотрудничества, стимулирующей когнитивную активность ребенка.

Формирование базовых основ ВПФ включает:

- развитие произвольности поведения (умение действовать по правилу, овладение программирующей функцией речи, разными видами контрольно-оценочных действий: планирующим, промежуточным и итоговым видами самоконтроля);
- развитие пространственной ориентировки ребенка в плане реальных отношений и во внутреннем плане (умение определять пространственные признаки объекта, направление действий, владение пространственной лексикой);
- повышение продуктивности запоминания;
- повышение умственной работоспособности;
- развитие речевого опосредствования мышления и логического мышления
- формирование позиции ребенка как субъекта присвоения нового опыта.

С целью развития произвольности в ходе занятий особое внимание уделяется обучению ребенка, самостоятельному программированию деятельности на ориентировочном, исполнительском и оценочно-контрольном этапах деятельности [3].

Для повышения точности диагностики и эффективности применяемых коррекционных программ сотрудниками Центра был разработан нейропсихологический альбом для дошкольников с методическим описанием [4], в котором подробно

исследованы и изложены нормативы развития указанной группы детей [2], а также специальные пособия и игры [10; 11; 12] для детей от двух до шести лет. После проведенной коррекционной работы проводится объективное исследование игрового и функционального развития ребенка с помощью нейропсихологической диагностики, проективных методик [1], специально разработанных опросников для родителей [13]. Анализ результатов показывает, что нейропсихологические паттерны у группы детей улучшаются после того, как они перестают испытывать дефицит игровой деятельности. Положительная динамика формирования ВПФ отмечена у 85,9% детей; динамика в эмоционально-личностной сфере — у 91% детей; улучшение психологических факторов — у 65,4% детей.

Особенно улучшаются показатели устойчивости, функции программирования, регуляции и контроля (появляется умение контролировать собственное поведение, желание следовать в правилам, выставляемыми социумом составлять программу решения поставленных задач).

Таким образом, опыт исследований и практической работы Центра позволяет заключить, что комплексная программа игровой коррекции в сочетании с нейропсихологическими методами, соответствующая уровню актуального развития ребенка с несформированностью ВПФ и отвечающая современным требованиям к организации занятий, может способствовать профилактике и преодолению отклонений в развитии детей.

Библиографический список

1. Венгер Л. А. Психологические рисуночные тесты. М.: Владос-пресс, 2002. 160 с.
2. Глоzman Ж. М. Количественная оценка данных нейропсихологического обследования. М.: Центр лечебной педагогики, 1999. 223 с.
3. Глоzman Ж. М. Нейропсихология детского возраста. М.: Академия, 2009. 270 с.
4. Глоzman Ж. М., Соболева А. Е., Титова Ю. О. Нейропсихологическая диагностика детей дошкольного возраста. М.: Айрис-пресс, 2019.
5. Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики. М.: Изд-во Мос. гос. ун-та, 1965. 570 с.
6. Лубовский В. И. Особенности высшей нервной деятельности детей с нарушением темпа развития // Дети с отклонениями в развитии. М.: Просвещение, 1966. С. 76—111.
7. Лубовский В. И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. М.: Педагогика, 1989. 104 с.
8. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. М.: Изд-во Мос. гос. ун-та, 1973. 374 с.
9. Психологический словарь / под ред. В. П. Зинченко, Б. Г. Мещеряковой. М.: Педагогика-Пресс, 1996. 440 с.
10. Соболева А. Е. Развитие пространственных представлений и моторики. М.: Эксмо, 2019. 48 с.
11. Соболева А. Е. Развитие мышления и речи. М.: Эксмо, 2019. 48 с.
12. Соболева А. Е. Развитие внимания и памяти. М.: Эксмо, 2019. 48 с.
13. Соболева А. Е. Коррекция высших психических функций младших школьников с задержкой психического развития средствами игровой деятельности. Материалы канд. дисс. Нижний Новгород, 2009.
14. Эльконин Д. Б. Психология игры. М.: Педагогика, 1978. 304 с.

ORGANIZATION OF LIFESTYLE AND CORRECTION OF CHILDREN WITH AUTISM AS A WAY FOR STRENGTHENING MENTAL HEALTH

Solovieva Yulia, Ph D. [1], **Morales Alejandra**, M.C. [2] and **Quintanar Luis**, Ph D. [1]

(1) Master Program in Neuropsychological Diagnosis and Rehabilitation

Faculty of Sciences for Human Development, Autonomous University of Tlaxcala, Mexico

(2) Ph.D. Fellow. Program in Interdisciplinary Educational Sciences,

Iberoamericana University,

Puebla, Mexico

Abstract

The study presents an example of neuropsychological assessment and correction of a girl with diagnosis of autism. Neuropsychological and psychological analysis allowed determining strong and weak development aspects with strategies for intervention. The result showed qualitative improvement in the girl's activity and social communication. Neuropsychological intervention helps to overcome developmental difficulties and improves conditions of life and mental health of children with autism.

Key words

Autism, qualitative assessment, organization of activity, developmental disorders, neuropsychological correction.

Introduction. Neuropsychology is a science, in which one of main objectives is early detection of brain functional causes of development difficulties. Child neuropsychology studies relation between psychological processes and their functional representation in brain. Child's neuropsychology offers specific approach for solving the problem of mental health of children with developmental difficulties. Neuropsychology, based on historical and cultural paradigm and activity theory, may offer interesting ideas not only for assessment, but also for treatment of children with severe development disorders.

Recently, not only children with learning disabilities are learning in school, but also with developmental pathologies, which might be detected at young ages. Such approach was not a typical one decade ago and atypical development was assessed predominantly by representatives of Special Education and child psychiatrists [Slepovich & Poliakova, 2012; Zvereva & Roschina, 2016]. Recently, it's possible to find more publications dedicated to neuropsychological and psychological assessment of children with atypical development [Delgado, Quintanar, Solovieva & Machinskaya, 2011; Glozman & Potianina, 2004; Morales, Solovieva, Lázaro, Quintanar, 2012; González & Solovieva, 2016]. In order to achieve the goals of assessment and correction, which leads to psychological development of children, neuropsychology uses the methods of qualitative and quantitative assessment [Glozman, 2002].

Quantitative methods might be useful for the goals of comparison of normal children with children with learning disabilities or pathologies of central nervous system. Qualitative methods are more appropriate for establishment of functional brain causes of each particular child's difficulties and to identify possible involvement of mechanisms of cortical and subcortical origin. In the case of creation and implementation of the program of correction and development, qualitative methods of assessment are essential. In our mind, no kind of content for neuropsychological correction, which leads to psychological development, might be proposed without the data of qualitative

analysis of brain mechanisms and psychological age in developmental disorders [Solovieva & Quintanar, 2016a].

Psychological approach for neuropsychological correction.

The principals of creation and implementation of the program for neuropsychological correction were described in previous publications [Akhutina & Pilayeva, 2012; Solovieva & Quintanar, 2014, 2016 b]. Such principles are:

- 1) Development of weak functional element on the basis of strong functional elements;
- 2) Consideration of rector activity of the child;
- 3) Gradual interiorization of actions, which include weak mechanism;
- 4) Zone of the proximate development.

Our publication stresses the necessity of special consideration of psychological aspects of organization and modification of child's activity as the main principle of correction of severe developmental disorders. We propose to call as "severe" such cases of developmental disorders, which can't be limited to cognitive difficulties with isolated functions such as attention, memory or thinking. Severe disorders of development imply problems with general communication and practical activity of the children starting with pre-school age. As specific criterion of such problems we propose assessment and observation of concrete indicators, which might be detected during establishment of interaction and communication directly with the child.

The tasks of qualitative psychological assessment may help to identify these indicators [Solovieva & Quintanar, 2014; 2016 a]:

- 1) absence of verbal communication of the child with adults and children;
- 2) absence of any kind of symbolic non-verbal communication of the child with the adults and children;
- 3) absence of practical actions with the objects;
- 4) absence of usage of objects and toys with playing games.

The results of neuropsychological and psychological assessment should culminate with creation of proposals for child's correction and development. The success of correction depends not only

on the results of neuropsychological and psychological initial assessment, but also on several methodological principles. These principles are deduced from usage of main concepts and theoretical guidelines of activity theory applied to the study of psychological development [Elkonin, 1995; Oboukhova, 2006; Lisina, 1986; Solovieva & Quintanar, 2016 c] and teaching process [Talizina, 2009]:

- 1) Determination of rector activity of the child's psychological age;
- 2) Determination of the level of accessible actions of the child;
- 3) Determination of actions, which might lead to the zone of proximate development of the child;
- 4) Organization and modification of the whole situation of development, including important changes in the content of rector activity of psychological age;
- 5) Gradual involvement of adults [parents] into the understanding of the necessity of positive communication and changes in the organization of the child's activity.

Method. One of the variants of developmental disorders, denominated as autism spectrum according to the Manual of American Psychiatric Association [2014], in one of concrete examples of severe developmental disorder with the mentioned above indicators, is presented. We don't mean that such indicators might be presented only in cases in autism, but the coincidence of them in children who receive this diagnosis is high.

As an example, we present a case of a girl with diagnosis of autism established by local psychiatrist and psychologist according to DSM-V.

Initial neuropsychological and psychological assessment, at the age of nearly five years old, established the absence of all indicators mentioned above. The girl assisted a small private kinder garden, sessions with speech therapist and sessions of correction promoted by local association for treatment of autism with no apparent results. Local psychiatrist recommended the parents to "do nothing, as nothing might help in such severe disorders".

The program for neuropsychological correction was designed and applied to the girl for the period of six years. The program included individual sessions with neuropsychologist three or two times per week; inclusion of the girl into experimental teaching program created on the basis of Activity Theory [Solovieva, 2014] and recommendation for reorganization of social situation of development in family.

The stages of the program of neuropsychological correction applied in individual sessions were as follows:

- 1) Gradual introduction of practical actions with concrete objects and toys directed to the goals, established by an adult;
- 2) Introduction of simple substitution of on object by another within concrete actions and play with toys;
- 3) Introduction of material and materialized symbolic means into the content of the plays and games;
- 4) Work with preparation to school, including voluntary activity, graphic actions and understanding of fairy tales;
- 5) Work with special method for introduction of reading and writing;
- 6) Work with understanding and production of texts.

Starting from the second grade of primary school, the girl became a pupil of experimental school with alternative

teaching methods [College Kepler www.colegiokepler.edu.mx], which implied:

- 1) Inclusion of the girl into the group of pre-school children in order to take part in activity of topic plays with social roles.
- 2) Participation in the special methods for introduction of reading, writing, mathematics and formation of theoretical concepts in groups of children, starting with the first grade of primary school up to sixth grade of primary school;
- 3) Participation in groups for sports, music, English and table games with roles five days per week for six years.

Constant recommendations and explanations were provided to the parents for six years in order to change social situation of development. It was especially difficult to convince the parents at the beginning, but when they saw positive changes and understood that their role was essential, the difficulties were overcome.

The main aspects of recommendations for modification and re-organization of girl's activity were:

- 1) Inclusion of the girl into fulfilment of actions directed to clear objective goals together with meaningful explanation by parents;
- 2) Changing of the diet of the girl by gradual inclusion of all kinds of food;
- 3) Constant eating outdoors in family and with friends;
- 4) Organization of walks and outdoor activities every week, in company with other adults and children;
- 5) Organization of trips and excursion to other towns and even countries;
- 6) Invitation of other children [later, they became close friends] from school and complementary classes to home;
- 7) Visits to other children homes;
- 8) Diversity of accessible kinds of outdoor activities with different participants;
- 9) Positive attitude to different cultural activities and to girl's participation in them;
- 10) Pleasant general attitude and communication in family.

Results and conclusions. After the period of the participation of the girl in individual sessions of correction, experimental teaching program and re-organization of activity in family, the girl was able to enter regular secondary school. She showed preference for arts and music and these activities were recommended as central activity for future studies. The girl has a lot of friends in her new school and she likes to visit her previous teachers and psychologist. She stays in touch with her friends from College Kepler.

Final assessment pointed out significant positive changes in all tasks. Verbal communication was normal. Reading and writing production of texts presented good level in Spanish and English. The girl only showed some difficulties for finding of her own complex grammar mistakes and she need external help for these actions. There were no perseverations, pathological inertia or loss of goals in her intellectual actions. She was able to start communication by her own initiative with different adults and children. The girl showed only hesitation by starting communication with completely unknown adults and children.

The authors are convinced that the used principles of activity theory are solid essential methodological basis for organization of neuropsychological correction and development. The zone of proximate development is also offered by adults, who must be prepared for interaction directed to specific goals. The

parents of the girl, by themselves, were not able to provide such communication.

Traditional way of thinking and representation of correction as passive process of constant repetition and adaptation of the child to her own difficulties don't lead to development at all [Tuchman, 2001; Artigas-Pallarés, Gabau-Vila, Guitart-Feliubadaló, 2005; Hill, 2004; Koyama, 2009]. Positive modification of family life and relations with other children and cultural society were strong means, which conducted to overcoming of developmental disorder.

We would like to finish the chapter with this question: do we properly understand the concept of "health of mind" according to traditional representation of developmental disorder? Is the diagnosis of autism a useful term for overcoming difficulties?

We invite specialists and the parents of children with development disorders to reconsider the whole social situation of development and the rector activity of their children according to the concept of the zone of proximate development [Vigotsky, 1984].

Bibliography

1. American Psychiatric Association. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5. American Psychiatric Pub.
2. Akhutina, T., & Pilayeva, N. (2012). Overcoming learning disabilities. A Vigotskian-Lurian neuropsychological approach. Cambridge, UK: Cambridge University.
3. Artigas-Pallarés, J., Gabau-Vila, E., Guitart-Feliubadaló, M. (2005). El autismo síndrómico: I. Aspectos generales. *Rev Neurol*, 40 [Supl 1]: S143–S149.
4. Delgado, A., Quintanar, L., Solovieva, Y. & Machinskaya, R. (2011). Análisis neuropsicológico y electrofisiológico de niños con TCE. *Revista Chilena de Neuropsicología*. 6 [2], 99–107.
5. Elkonin, D. (1995). Desarrollo psicológico de las edades infantiles. Moscú: Academia de Ciencias Pedagógicas y Sociales.
6. Glozman, J. M. (2002). La valoración cuantitativa de los datos de la evaluación neuropsicológica de Luria. *Revista Española de Neuropsicología*, 4 [2–3], 179–196.
7. Glozman, J. M., & Potanina, A. Y. (2004). La concepción de A. R. Luria acerca de los tres bloques cerebrales para la corrección de la disgrafía y la dislexia. En: *Materiales de VII Conferencia Internacional de Psicología, Pedagogía y Sociología de lectura*. Parte I.: 13–17. Moscú: Ciencia.
8. Hill, E. L. (2004). Executive dysfunction in autism. *Trends in Cognitive Sciences*, 8 [1] 26–32.
9. Koyama, A. (2009). A review on the cognitive neuroscience of autism. *Activitas Nervosa Superior*; 51[4], 125–139.
10. Lisina, M. (1986). La comunicación con los adultos en los niños hasta los siete años de vida. En: Iliasov, I. I. y Liadus V. Ya. *Antología de la psicología pedagógica y de las edades*. La Habana: Pueblo y educación, pp. 125–131.
11. Obukhova, L. (2006). Psicología del desarrollo por edades. Moscú: Educación Superior.
12. Slepovich, E. S. & Poliakova, A. M. (2012). Psicología especial. Minsk: Escuela Superior.
13. Solovieva Yu. (2014). La actividad intelectual en el paradigma histórico-cultural. México: CEIDE.
14. Solovieva, Yu. & Quintanar, L. (2014). "Principios y objetivos para la corrección y el desarrollo en la neuropsicología infantil". En: Patiño, H y López, A. [Eds.] *Prevención y evaluación en psicología. Aspectos teóricos y metodológicos*, 61–74. México: Manual Moderno.
15. Solovieva, Yu. y Quintanar, L. (2016 a). "Análisis síndrómico en casos de problemas en el desarrollo y aprendizaje: siguiendo a A. R. Luria". En: da Silva Marques, D.F. y Ávila-Toscano, J. H. [Comps.]. *De las neurociencias a la neuropsicología. El estudio del cerebro humano*. Tomo 1, 471–502. Colombia: Editores Corporación Universitaria Reformada.
16. Solovieva, Yu. & Quintanar, L. (2016 b). Educación neuropsicológica infantil. Métodos prácticos de solución de problemas de aprendizaje en la lectura. México: Trillas.
17. Solovieva, Yu. & Quintanar, L. (2016 c). Actividad de juego en la edad preescolar. México: Trillas.
18. Talizina, N. F. (2009). La teoría de la actividad aplicada a la enseñanza. México, Universidad Autónoma de Puebla.
19. Tuchman, R. (2001). Como construir un cerebro social: lo que nos enseña el autismo. *Rev. Neurol*; 33 [3]: 292–299.
20. Vigotsky, L. S. (1984). Obras Escogidas. Tomo IV. Moscú: Pedagogía.
21. Zvereva, N. V. & Roschina, I. F. (2016). Diagnóstico en la psicología médica [clínica]: tradiciones y perspectivas [para 105 Aniversario de S. Ya. Rubinstein]. Universidad Estatal de Psicología y Pedagogía de Moscú, Moscú.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И ОЦЕНКА ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ В СИСТЕМЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И НКО: ДЕТИ, ПОДРОСТКИ, ВЗРОСЛЫЕ (НА ПРИМЕРЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРИВОЛЖСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ)

Солохина Т. А., д.м.н., **Лиманкин О. В.**, д.м.н., **Митихин В. Г.**, к.ф.-м.н.,

Тюменкова Г. В., к.м.н., **Ястребова В. В.**, к.м.н.,

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»,

Москва, Российская Федерация,

Санкт-Петербургское ГБУЗ «Психиатрическая больница № 1 им. П. П. Кашенко»,

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации,

Санкт-Петербург, Российская Федерация

Аннотация

Представлен анализ кадровой обеспеченности, общей и первичной заболеваемости психическими заболеваниями детей, подростков и взрослого населения Приволжского федерального округа. Показаны результаты социологического исследования в Приволжском федеральном округе по состоянию психосоциальной реабилитации и оценке ее эффективности в психиатрических учреждениях и некоммерческих организациях. Предложены меры по дальнейшему развитию психосоциальной реабилитации и оценке ее эффективности.

Ключевые слова

Психическое здоровье, дети, подростки, взрослое население, психосоциальная реабилитация, психосоциальные вмешательства, психотерапия, эффективность.

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION AND EVALUATION OF ITS EFFICIENCY IN THE SYSTEM OF PSYCHIATRIC CARE AND COMMUNITY-BASED CARE DELIVERED BY NGOS: CHILDREN, ADOLESCENTS AND ADULTS (BASED ON THE RESEARCH IN THE VOLGA FEDERAL DISTRICT OF THE RUSSIAN FEDERATION)

Solokhina T. A., Doctor of Medical Sciences, **Limankin O. V.**, Doctor of Medical Sciences,

Mitikhin V. G., PhD (Physical and Mathematical Sciences), **Tiumenkova G. V.**, PhD (Medical

Sciences), **Yastrebova V. V.**, PhD (Medical Sciences),

Federal Mental Health Research Centre, Moscow, Russian Federation, St. Petersburg Kaschenko

State Psychiatric Hospital № 1, St. Petersburg, Russian Federation,

Mechnikov North-Western State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation,

St. Petersburg, Russian Federation

Abstract

Assessment of the existing supply of mental health staffing and the rate of mental disorders prevalence in children, adolescents and adults in the Volga Federal District of the Russian Federation was carried out. Psychosocial rehabilitation programs in hospital and community-based service settings were analyzed, with the emphasis on evaluation of their effectiveness. Strategies for further development of psychosocial rehabilitation in this region were suggested.

Key words

Mental health, children, adolescents, adults, psychosocial rehabilitation, psychosocial interventions, psychotherapy, effectiveness.

Проблема ухудшения психического здоровья детей и подростков в России в последние годы приобрела чрезвычайно важное значение в связи с ростом психических

заболеваний и расстройств психологического развития [4]. Особенно тревожным является рост инвалидизации этой группы населения [1]. В связи с этим необходим комплекс

мер, направленный на улучшение медико-социальной, в том числе психиатрической и психотерапевтической помощи детям и подросткам с нарушениями психического здоровья и особенностями психологического развития. Особенно важной при этом становится роль психосоциальной реабилитации, получившей в нашей стране в последние два десятилетия признание в качестве неотъемлемой составляющей современного подхода к лечению психически больных. Во многих региональных психиатрических службах созданы уникальные программы психосоциальной реабилитации, расширяется участие общественного сектора (НКО) в общей системе психиатрической помощи, в частности в оказании психологических, социальных, психотерапевтических, образовательных и иных услуг целевым группам населения [3].

С развитием реабилитационных форм помощи и видов психосоциальных вмешательств происходит накопление все большего числа данных об их эффективности. Однако единых подходов к оценке эффективности не существует [2]. С нашей точки зрения, динамическая оценка эффективности психосоциальной реабилитации должна стать обязательной составляющей при ее проведении [5]. Для этой цели необходимо разработать четкие критерии и надежный методический инструментарий, отвечающий современному уровню развития методологии исследований.

Учитывая актуальность проблемы оценки эффективности психосоциальной реабилитации, в настоящее время начато выполнение проекта «Разработка методического инструментария и критериев для оценки эффективности психосоциальной реабилитации»¹, исполнителями которого являются ФГБНУ НЦПЗ, Санкт-Петербургская городская психиатрическая больница № 1 им. П. П. Кашенко, РБОО «Семья и психическое здоровье».

Одной из задач проекта являлось социологическое исследование в региональных психиатрических службах и НКО об особенностях проводимой психосоциальной реабилитации (психосоциальном лечении), принципах оценки эффективности психосоциального лечения, используемых оценочных критериях, целях и мишенях реабилитационной работы, факторах, затрудняющих осуществление такой работы, мерах необходимых для налаживания процесса оценки. Исследование проводилось в ряде федеральных округов (Приволжском, Северо-западном, Центральном), а также в Москве и Санкт-Петербурге.

Уже на этом этапе исследования, на примере психиатрических учреждений и НКО Приволжского федерального округа² выявлен ряд системных и частных проблем, возникающих при проведении психосоциального лечения и психосоциальной реабилитации, осуществлен их подробный анализ, что позволило сформулировать предложения по совершенствованию реабилитационной работы, а также созданию системы оценки ее эффективности. Краткие результаты этой работы в Приволжском федеральном округе (ПФО) представлены ниже.

По данным официальной статистики, в ПФО в 2018 г. обратилось за помощью 824,7 тыс. человек с психическими расстройствами. Более 40,0% больных, имеющих хронически

протекающие психические заболевания, находилось под диспансерным наблюдением, среди них число детей и подростков с психическими расстройствами и расстройствами поведения, состоящих под диспансерным наблюдением, составило 52,0 тыс. человек (дети 37,8 тыс. и подростки 14,2 тыс.), что от общероссийского показателя составляло 21,0%.

Около 800 организаций ПФО, относящихся к различным ведомствам, оказывают помощь людям с психическими особенностями. Среди этих организаций 179 относятся к общественному, некоммерческому сектору. Все эти ресурсы позволяют обеспечивать систему социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и иных мероприятий, составляющих сущность психиатрической реабилитации на государственном или региональном уровне.

При анализе полученной в ПФО информации прежде всего следует отметить неблагоприятную ситуацию с обеспеченностью кадрами специалистов. Так, отмечается более низкая (на 8–10%) по сравнению с Россией в целом обеспеченность кадрами врачей-психиатров. Зафиксирована низкая (как и в России в целом) обеспеченность кадрами врачей-психотерапевтов (в 2018 г. в России — 0,16 на 10 тыс. населения, в ПФО — 0,17 на 10 тыс. населения с колебаниями от 0,03 до 0,3 на 10 тыс. населения в зависимости от территории федерального округа), а также низкая обеспеченность кадрами специалистов с немедицинским образованием — психологами (в 2018 г. в России — 0,28 на 10 тыс. населения, в ПФО — 0,26 на 10 тыс. населения с колебаниями от 0,11 до 0,37 на 10 тыс. населения в зависимости от территории округа), специалистами по социальной работе (в 2018 г. в России — 0,06 на 10 тыс. населения, в ПФО — 0,06 на 10 тыс. населения с колебаниями от 0,02 до 0,21 на 10 тыс. населения), социальными работниками (в 2018 г. в России — 0,11 на 10 тыс. населения, в ПФО — 0,09 на 10 тыс. населения с колебаниями от 0,02 до 0,2 на 10 тыс. населения). Коэффициент совместительства у врачей-психиатров достигает 1,6, у психотерапевтов 2,0 и более. Дефицит указанных специалистов не позволяет в полном объеме использовать бригадные методы ведения пациентов.

Анализ данных, полученных в результате социологического опроса, показал, что структура должностей в психиатрических учреждениях и НКО отличается. Если в структуре учреждений психиатры составляли 16,1%, психотерапевты — 2,4%, психологи — 7,3%, социальные работники — 1,9%, то в НКО эти же должности составляли 2,2, 0,9, 2,6, 0,9% соответственно. В то же время в структуре должностей НКО больший удельный вес по сравнению с психиатрическими учреждениями составляли логопеды (6,5%), инструкторы ЛФК (3,0%), юристы-консультанты (30%), волонтеры (почти 72% против 0,6% в структуре учреждений).

Все респонденты НКО отметили, что их штаты составляют до десяти человек. Это согласуется с данными по России в целом: значительную часть некоммерческого сектора составляют небольшие НКО (пять — десять человек в штате), которые часто работают на безвозмездной основе.

Общая и первичная заболеваемость психическими расстройствами в ПФО также выше аналогичных показателей

¹ Проект проводится при поддержке Союза охраны психического здоровья.

² В социологическом исследовании в ПФО приняли участие 48 учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, и 19 НКО.

по Российской Федерации: в 2018 г. общая заболеваемость была выше Российского показателя на 9,8%, первичная заболеваемость — на 18,1%. Показатели инвалидности в расчете на 100 тыс. населения в ПФО также выше Российского показателя: в 2017 г. на 15,9%, в 2018 г. на 14,5%. Анализ показывает, что в целом контингент пациентов с психическими расстройствами в ПФО остается тяжелым, что может быть обусловлено в том числе недостаточной успешностью лечебно-реабилитационных мероприятий, особенно в отношении пациентов с хроническим течением психических заболеваний. Это ставит перед специализированной службой задачи по повышению качества и эффективности лечебно-реабилитационной помощи.

В результате социологического опроса было установлено, что структура контингентов, с которыми работают НКО и психиатрические учреждения, отличается. В НКО значительно больший удельный вес составляют расстройства психологического развития, эмоциональные расстройства и расстройства поведения, детский церебральный паралич, синдром Дауна. Деятельность более 80% НКО направлена на оказание помощи детям и подросткам.

Основные направления реабилитационной работы и в психиатрических учреждениях, и НКО разнообразны и включают психосоциальное лечение, социотерапию, психотерапию, психокоррекционную работу, информационно-образовательную работу, семейную терапию, социальную поддержку, комплексную абилитацию, реабилитацию посредством культуры и искусства, физической культуры и спорта, психолого-педагогическую помощь, юридическую помощь и поддержку, правозащитную и благотворительную деятельность, досуговые программы.

При определении весомости (значимости) видов психотерапевтического и психосоциального лечения использовались результаты ранжирования из опросников, частота использования соответствующих видов и методов, соотношение числа подразделений, отметивших определенный ранг. Затем совокупная числовая информация обрабатывалась на основе алгоритмов метода анализа иерархий и только после этого были получены оценки весомости (значимости) видов и методов вмешательств (в %). По ответам респондентов психиатрических учреждений установлено, что психотерапия по значимости занимает наибольший удельный вес (26,1%), следующими по весомости представлены досуговые программы (15,1%) и терапия занятостью (13,9%), составляющие суммарно почти 30%. Тренинги навыков по значимости заняли четвертое место (13,4%), затем по значимости идут психообразование пациентов и родственников (9,8%), трудотерапия и спортивные мероприятия по 5%, другие методы и виды воздействий (4,4%), группы поддержки пациентов (4,3%), семейная терапия (2,7%).

Распределение психосоциальных методов в НКО несколько отличалось от ответов респондентов психиатрических учреждений. Наиболее весомыми респонденты НКО считали психообразование и тренинги навыков — по 13,8%; весомость спортивно-оздоровительных программ, досуговых программ, терапии занятостью и группы других методов и видов вмешательств составила по 12,3%; значимость психотерапии — 8,5%, групп поддержки — 6,0%, значимость трудотерапии и семейной терапии — по 4,3%.

Досуговые мероприятия и терапия занятостью безусловно важны и должны проводиться в психиатрических учреждениях и НКО, но актуальным является внедрение методов воздействия, направленных на восстановление нарушенных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности, на развитие навыков, знаний, умений. Психосоциальная реабилитация должна быть комплексной, основанной на данных доказательной медицины и включать поддерживающую психофармакотерапию, когнитивно-поведенческую психотерапию, семейную психотерапию, включая психообразование, группы поддержки, тренинги социальных и когнитивных навыков, сопровождаемые (поддерживаемые) трудоустройством и проживание, сопровождение в юридических и экономических вопросах. В структуру реабилитационных мероприятий должны входить методы творческой направленности: музыкотерапия, арт-терапия, терапия творческим самовыражением, мультимодальная терапия, танцевально-двигательная терапия, для которых в настоящее время накапливаются данные по их эффективности.

Постановка целей реабилитационной работы, определение мишеней психосоциальной реабилитации, выбор опросников и шкал для оценки эффективности психосоциальной реабилитации, критериев для оценки полученных результатов — важная составляющая оценки эффективности.

По ответам респондентов установлено, что в 2/3 психиатрических учреждений и в почти половине НКО оценка эффективности проводится. Однако унифицированной системы оценки эффективности результатов психосоциальной реабилитации с едиными подходами не выявлено. Это относится к выбору конкретных вмешательств, критериев, мишеней, опросников, что связано в том числе с различной трактовкой основных понятий и определений.

Причины, затрудняющие оценку эффективности психосоциальной реабилитации (психосоциального лечения (психотерапии), с точки зрения респондентов, следующие: отсутствие четких критериев и надежных инструментов оценки (37,0% респондентов в учреждениях и 26% респондентов НКО), отсутствие специалистов, которые бы проводили указанную работу (30,0% респондентов в учреждениях и 26% респондентов НКО), отсутствие времени на эту работу (12,0% респондентов в учреждениях и 16% респондентов НКО), не налажена система оценки эффективности психосоциального лечения (психосоциальной реабилитации) (28,0% респондентов в учреждениях и 37% респондентов НКО), материально-технические сложности (9,0% респондентов в учреждениях и 5% респондентов НКО).

Анализ наиболее острых проблем психосоциальной реабилитации в России, а также результатов социологического опроса в Приволжском федеральном округе позволяет наметить ряд мер по дальнейшему развитию психосоциальной реабилитации и оценке ее эффективности, которые должны быть направлены:

- на развитие общественно ориентированной психиатрии с опорой на сообщество;
- всемерную поддержку НКО профессионалами службы, властными структурами;
- улучшение кадрового обеспечения психиатрических учреждений, особенно психотерапевтами, психологами,

- специалистами по социальной работе, социальными работниками;
 - внедрение методов и видов психосоциального лечения с доказанной эффективностью или имеющих научное обоснование авторами их развивающими;
 - формирование системы постдипломной подготовки специалистов в области психиатрии, медицинской психологии и смежных специальностей по вопросам психосоциальной реабилитации в соответствии с современными отечественными и зарубежными стандартами;
 - развитие и внедрение в психиатрических организациях, НКО унифицированной системы оценки качества и эффективности психосоциального лечения (психосоциальной реабилитации);
 - обучение специалистов психиатрических учреждений, других организаций, представителей НКО по вопросам оценки качества и эффективности психосоциального лечения (психосоциальной реабилитации).
- Результаты социологического исследования подтвердили, что разработка методического инструментария для оценки эффективности психосоциальной реабилитации является актуальным и востребованным направлением научно-прикладных исследований, направленных на повышение качества и эффективности психосоциального лечения (реабилитации) в государственных исследованиях и НКО.

Библиографический список

1. Демчева Н. К., Макушкин Е. В. Проблемы инвалидности детей с психическими расстройствами // Психическое здоровье детей страны будущее здоровье нации: сборник материалов Всероссийской конференции по детской психиатрии и наркологии. 2016. С. 128–129.
2. Лиманкин О. В. Актуальные проблемы внедрения реабилитационных технологий в практику психиатрических учреждений // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. № 22. С. 99–106.
3. Солохина Т. А., Ястребова В. В., Алиева Л. М. Инновационно-реформаторский потенциал общественной организации «Семья и психическое здоровье» // Психиатрия. 2018. № 79. С. 13–22.
4. Чубаровский В. В. Динамика «предболезненных» пограничных психических расстройств у лиц подросткового и юношеского возраста по данным обсервационного исследования // Детская психиатрия: современные вопросы диагностики, терапии, профилактики и реабилитации: сборник материалов Всерос. науч.-практ. конф. с международным участием / под ред. Н. Г. Незнанова, И. В. Макарова. Санкт-Петербург, 2014. С. 79.
5. Ястребов В. С., Митихин В. Г., Солохина Т. А., Михайлова И. И. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2008. № 108. С. 4–10.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ЖИЛЯ ДЕ ЛЯ ТУРЕТТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Софронов А. Г.¹, чл.-к. РАН, д.м.н, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии, **Зайцев Д. Е.²**, к.м.н., **Зайцев И. Д.¹**, аспирант кафедры психиатрии и наркологии, **Титов Н. А.²**, врач высшей квалификационной категории.

¹ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова»,

²ООО «Психоневрологический центр Д. Е. Зайцева»,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Аннотация

Обследованы 58 детей (44 мальчика, 14 девочек) в возрасте $11,07 \pm 0,52$ лет (4–18 лет) с периодом наблюдения от 1 года до 10 лет с установленным диагнозом «синдром Жили де ля Туретта» (СТ). В ходе исследования определены основные коморбидные расстройства при СТ, а также их представленность, распространенность и связь с тикоидным расстройством. По данным исследования, ряд специфических проявлений СТ имеет тенденцию к увеличению представленности по мере развития основного тикоидного расстройства. Такие специфические нарушения, как членовредительство, непристойные, социально неприемлемые формы поведения, копрофеномены, эхофеномены, палифеномены, предложено называть сложными симптомами тикоидного круга. Результаты исследования позволяют дифференцировать отдельно коморбидные расстройства и сложные симптомы тикоидного круга.

Ключевые слова

Синдром Туретта, тики, вокализмы, копролалия, копропаксия, коморбидные расстройства, синдром дефицита внимания и гиперактивности, обсессивно-компульсивное расстройство, сложные симптомы тикоидного круга.

FEATURES OF THE COURSE OF GILLES DE LA TOURETTE SYNDROME IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Sofronov A. G.¹, Corresponding Member of Russian Academy of Sciences, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry and Narcology, **Zaytsev D. E.²**, PhD (Medical Sciences), **Zaytsev I. D.¹**, **Titov N. A.²**

¹ Mechnikov North-Western State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation,

²Zaytsev's Psychoneurological Center Ltd,
St.-Petersburg, Russian Federation

Abstract

A total of 58 children (44 boys and 14 girls) with Gilles de la Tourette syndrome (TS) were examined during the follow-up period from 1 to 10 years. Present age ranged from $11,07 \pm 0,52$ years old. The study identified the main comorbid disorders of TS, as well as their representation, prevalence and relationship with tic disorders. According to the study, a number of specific manifestations of TS tend to increase representation during the course of development of the main tic disorder. Such behavioral conditions as self-injurious and socially inappropriate behaviors, coprophobia, echophenomenon, and paliphobia are suggested to be called complex tic-like symptoms. The results of the study allow to conceptualize separately comorbid disorders and complex tic-like symptoms.

Key words

Tourette syndrome, tics, vocal tics, coprolalia, copropaxia, comorbidities, attention deficit and hyperactive disorder, obsessive-compulsive disorder, complex tic-like symptoms.

Введение. Синдром Жили де ля Туретта (СТ) — нейрорепсихическое расстройство, характеризующееся множественными (более двух) моторными тиками (МТ) и хотя бы одним вокальным тиком (ВТ), которые начинаются в возрасте от 2 до 18 лет и сохраняются в течение как минимум одного года до того, как диагноз может быть установлен.

Представленность среди детей 5–18 лет варьирует между 0,4 и 3,8% [14]. Синдром Туретта обычно сопровождается многими, в основном нейрорепсихическими симптомами и такими синдромами, как синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), расстройства настроения, вспышки ярости,

депрессия и нарушения сна [11]. Так, СДВГ характеризуется трудностями в способности фокусировать внимание, гиперактивностью, импульсивностью. В общей популяции 9,2% (5,8–13,6%) мужского пола имеют поведение в соответствии с СДВГ и женского — 2,9% (1,9–4,5%) [1]. В клинической популяции СТ распространенность СДВГ варьирует от 21 до 90% [10; 12]. ОКР характеризуется наличием тревожных и навязчивых мыслей (обсессии) и без конца повторяющимися (компульсии) поведенческими нарушениями, осуществляемыми для уменьшения стресса [17]. Среди детей и подростков распространенность составляет 0,5–3,6% [4; 15]. ОКР регистрируется примерно в 11–80% случаев СТ [10; 20]. Вспышки ярости у пациентов с СТ, как правило, имеют внезапный характер и сходство с преходящим эксплозивным расстройством в соответствии с DSM–V. В клинической популяции СТ 25–70% лиц имеют эпизодические проблемы контроля вспышек ярости [2]. Нарушения сна были описаны у 12–62% пациентов с СТ, варьируя от страшных снов, ночных кошмаров, сомнамбулизма до проблем с засыпанием, сноговорения, раннего пробуждения [7]. Депрессия и депрессивные симптомы встречаются у 13–76% людей с СТ [13]. В одном исследовании распространенность депрессии была отмечена у 39,2% детей с СТ [3]. Выделяют сложные симптомы тикоидного круга: членовредительство, непристойные, социально неприемлемые формы поведения, копрофеномены, эхофеномены, палифеномены. Хотя прогноз тиков благоприятный с взрослением индивида, многие элементы психопатологии могут сохраняться в дальнейшей жизни [6]. Сопутствующие психопатологические состояния более значимо влияют на качество жизни, чем тики [6]. Представленность коморбидных СДВГ и (или) ОКР связана с более тяжелыми тиками [5; 8; 18]. Ввиду широкого спектра проявлений СТ возникает вопрос о представленности и распространенности коморбидных расстройств, а также об их взаимосвязи с течением основных проявлений СТ [16].

Цель исследования — изучить представленность, распространенность коморбидных расстройств, их взаимосвязь с представленностью и выраженностью клинической картины СТ (максимальное количество тиков в сутки, максимальная частота тиков в сутки, сила вмешательства тиков, выраженность тиков, сила выраженности тиков, интенсивность тиков, сложность тиков), возрастом начала моторных и вокальных тиков.

Материалы и методы. В исследование были включены 58 детей (44 мальчика, 14 девочек), страдающих СТ и сопутствующими нейropsychическими нарушениями (СДВГ, ОКР, тревожное расстройство, суицидальное поведение, высказывания, импульсивная ауто- и гетероагрессия, гипертимия, оппозиционное, контрастное поведение, контрастные переживания, нарушения сна) с дебютом заболевания в возрасте от 2 до 11 лет. Средний возраст на момент обследования 11,07±0,517 лет (4–18 лет). Длительность динамического наблюдения составила от 1 года до 10 лет. Все пациенты были разделены на две группы по возрасту начала моторных тиков (МТ) и отдельно на две группы по возрасту начала вокальных тиков (ВТ). В первую группу по возрасту начала МТ были включены пациенты с возрастом начала 2–4 года, во вторую — 5–11 лет. В первую группу по возрасту начала ВТ были включены пациенты с возрастом начала 2–6 лет, во вторую — 7–13 лет. Все пациенты прошли обследование

у детского психиатра, невролога, детского психолога для уточнения диагноза и сопутствующего психопатологического расстройства. Сопутствующие расстройства были определены посредством стандартизированных шкал: «шкала оценки СДВГ — критерии МКБ-10», шкала «явной тревожности для детей» (CMAS), детская версия «стандартной клинической шкалы для обсессивно-компульсивных расстройств Йельского и Брауновского университетов» (CY — BOCS); уровень представленности клинической картины СТ был определен с помощью «Йельской общей шкалы оценки тяжести тиков» (YGTSS), а также клинического наблюдения. Исползовались методы статистической обработки: Пирсона, Спирмена, Вилкоксона Манна — Уитни.

Результаты и обсуждение.

1. Связь возрастных показателей с проявлениями СТ и коморбидными состояниями. Средний возраст начала моторных тиков составил 5,1±0,256 года, без различия по гендерному признаку. В общей группе без различия по гендерному признаку средний возраст начала вокальных тиков (ВТ) составил 6,31±0,29 года. В общей группе без различия по гендерному признаку у 8,62% сначала начинались ВТ, у 63,79% — моторные; у 27,59% вокальные и моторные тики (МТ) начинались с разницей во времени возникновения менее года.

Возраст начала МТ связан с меньшей вероятностью наличия кашля (шмыганья) (0,043); с большей вероятностью наличия СДВГ до тиков (0,008) — самостоятельное течение коморбидного расстройства вне зависимости от течения тиков; тем больше вероятность снижения волевого усилия (0,044). Возраст начала МТ положительно коррелирует со степенью выраженности тиков (0,011) и тенденцией к увеличению степени дезадаптации (0,061). Полученные данные также могут свидетельствовать об отсутствии влияния возрастных характеристик тикоидного расстройства на коморбидные состояния при СТ. Не выявлено никаких статистически значимых связей между возрастом начала МТ и коморбидными состояниями (табл. 1).

Среди пациентов второй возрастной группы по возрасту начала ВТ статистически значимо чаще встречались относительно первой возрастной группы по возрасту начала ВТ: ОКР до тиков — 32% против 9,1% ($p = 0,031$); контрастное поведение до тиков — 48% против 18,2% ($p = 0,016$); снижение волевого усилия — 88% против 51,5% ($p = 0,003$); копрофеномены — 32% против 9,1% ($p = 0,031$); эхолалия — 36% против 12,1% ($p = 0,033$); палилалия — 64% ($p = 0,000$) против 18,2%. Среди пациентов второй возрастной группы по возрасту начала ВТ статистически значимо реже встречались кашель (шмыганье) (84%) реже, чем в первой возрастной группе по возрасту начала ВТ, где частота встречаемости составляла 100% ($p = 0,030$). Возраст начала ВТ положительно (однонаправленная связь) коррелировал со сложностью тиков ($p = 0,007$), т.е. с увеличением возраста начала вокальных тиков увеличивался показатель сложности тиков.

Чем больше возраст начала ВТ, тем больше вероятность наличия копрофеноменов (0,026), эхолалии (0,032), палилалии (0,001), снижения волевого усилия (0,031) и тем меньше вероятность наличия кашля (шмыганья) (0,005). Чем больше возраст начала ВТ, тем сложнее тики вообще (0,007).

Длительность заболевания коррелировала с наличием тиков плечевого пояса ($p = 0,039$), рук ($p = 0,035$), всего тела и (или) таза ($p = 0,019$), а также с копролалией ($p = 0,014$) и с силой вмешательства тиков ($p = 0,036$).

2. Взаимосвязь тиков с коморбидными расстройствами и течением СТ. В группе детей с тиками ног статистически значимо чаще встречались: тики глаз — 90,2% ($p = 0,003$), тики головы — 95,1% ($p = 0,002$), тики плечевого пояса — 95,1% ($p = 0,000$), тики руками — 87,8% ($p = 0,002$), тики живота — 63,4% ($p = 0,019$), тики тазом и всем телом — 51,2% ($p = 0,017$), сложные МТ — 92,7% ($p = 0,040$), свист и звуки животных — 31,7% ($p = 0,033$), оппозиционные формы поведения после появления тиков — 68,3% ($p = 0,007$), контрастное поведение после появления тиков 73,2% ($p = 0,003$), контрастные переживания до появления тиков — 31,7% ($p = 0,033$), контрастные переживания после тиков — 70,7% ($p = 0,036$), гетероагрессия — 61% ($p = 0,003$), чем в группе пациентов без тиков ног.

Тенденция нарастания представленности тиков в группе пациентов с тиками ног заставляет задуматься о тиках ног как об апофеозе развития как простых, так и сложных МТ. Об этом свидетельствует наличие сложных симптомов тикоидного круга, присущих пациентам с тиками ног. Высокая представленность сложных симптомов тикоидного круга может говорить об одновременном их развитии с одновременным прогрессированием основных проявлений СТ в виде тиков, что отрицает их отдельное независимое развитие и существование, в то время как однозначного влияния коморбидных состояний на течение тиков при СТ не выявлено.

В группе детей со сложными МТ статистически значимо чаще встречались контрастное поведение после появления тиков — 68% ($p = 0,005$), контрастные переживания после появления тиков — 68% ($p = 0,0028$), тики ног — 76% ($p = 0,040$), чем в группе пациентов без сложных МТ.

В группе детей с копрофеноменами статистически значимо чаще встречались тики руками — 100% ($p = 0,034$), тики всем телом и тазом — 81,8% ($p = 0,004$), копролалия — 81,8% ($p = 0,000$), палилалия — 72,7% ($p = 0,012$), оппозиционное поведение после появления тиков — 90,9% ($p = 0,011$), гетероагрессия — 81,8% ($p = 0,015$), дезадаптация — 54,5% ($p = 0,025$), чем в группе детей без копрофеноменов.

В группе детей с эхолалиями статистически значимо чаще встречалась гипертимия — 76,9% ($p = 0,014$), чем в группе детей без эхолалий.

В группе детей с копролалией статистически значимо чаще встречались палилалия — 64,3% ($p = 0,023$), обучение на дому — 35,7% ($p = 0,011$), оппозиционные формы поведения до появления тиков — 57,1% ($p = 0,008$), оппозиционные формы поведения после появления тиков — 92,9% ($p = 0,001$), контрастное поведение до появления тиков — 57,1% ($p = 0,020$), гетероагрессия до появления тиков — 35,7% ($p = 0,050$), гетероагрессия после появления тиков — 85,7% ($p = 0,001$), дезадаптация — 57,1% ($p = 0,004$), копрофеномены — 64,3% ($p = 0,000$), чем в группе детей без копролалии. Копролалия — единственное проявление из числа сложных симптомов

тикоидного круга, имеющее выраженную преморбидную клиническую картину и высокую степень причины дезадаптации наряду с тиками.

Выводы и обсуждение. Степень дезадаптации имеет положительную однонаправленную связь ($p = 0,000$) с выраженностью тиков, что позволяет говорить о выраженности как о признаке, достоверно характеризующем адаптационные способности. В ходе исследования не было определено видимых статистически значимых различий среди пациентов двух возрастных групп по возрасту начала ВТ относительно представленности мышечных групп, задействованных тиками, что свидетельствует о независимом развитии моторных и вокальных тиков. Выявлена связь возраста начала ВТ с некоторыми сложными симптомами тикоидного круга и сложностью тикоидного расстройства — чем позже появлялись вокальные тики, тем сложнее были тики вообще. Это обстоятельство затрудняет диагностику еще и ввиду наличия сложных симптомов тикоидного круга, которые могут быть расценены как изолированное нарушение поведения. Длительность заболевания положительно (однонаправленная связь) коррелировала ($p = 0,036$) с силой вмешательства тиков, т.е. чем больше была длительность заболевания, тем больше была степень вмешательства тиков — свидетельство непрерывного прогрессивного течения, хотя иногда и волнообразного характера с периодами частичной редукции тиков. Описание спектра клинической представленности СТ выражено расширилось за последнее десятилетие, однако обсуждаемым остается вопрос о неотъемлемости коморбидных состояний при СТ, а также их генетической связи [19]. На наш взгляд, следует дифференцировать и отдельно классифицировать специфические расстройства тикоидного круга от коморбидных нейropsychиатрических расстройств, имеющих свое собственное развитие безотносительно тикоидного расстройства [9].

Таблица 1. Представленность коморбидных расстройств у детей и подростков без различия по гендерному признаку

Коморбидное состояние	Частота встречаемости (n = 58)	Доверительный интервал
Тревожное расстройство	81%	68,6–90,1%
Импульсивность	77,6%	64,7–87,5%
Нарушения внимания и гиперактивность	70,7%	57,3–81,9%
Снижение волевого усилия	67,2%	53,7–79,0%
Контрастные переживания	62,1%	48,4–74,5%
Оппозиционные формы поведения	56,9%	43,2–69,8%
Эпизоды сниженного настроения	50,0%	36,6–63,4%
Внешняя агрессия	48,3%	35,0–61,8%
Гипертимия	46,6%	33,3–60,1%
Обсессивно-компульсивная симптоматика	43,1%	30,2–56,8%
Аутоагрессия	41,4%	28,6–55,1%
Нарушения сна	32,8%	21,0–46,3%
Суицидальное поведение и (или) высказывания	20,7%	11,2–33,4%

Библиографический список

1. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention deficit/hyperactivity disorder // Pediatrics. 2000. № 105. P. 1158–1170.

2. *Budman C. L., Rockmore L., Stokes J., Sossin M.* Clinical phenomenology of episodic rage in children with Tourette syndrome // *Journal Psychosomatic research*. 2003. № 55. P. 59–65.
3. *Debes M. M., Hjalgrim H., Skov L.* Validation of the presence of comorbidities in a Danish clinical cohort of children with Tourette syndrome // *Journal of childhood neurology*. 2008. № 23. P. 1017–27.
4. *Flamet M. F., Whitaker A., Rapoport J. L.* et al. Obsessive compulsive disorder in adolescence: An epidemiological study // *Journal of American Academy childhood and adolescence psychiatry*. 1988. № 27. P. 764–71.
5. *Groth C.* Course of Tourette syndrome and comorbidities in a large prospective clinical study // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2017. V. 56. № 4. P. 304–312. DOI: 10.1016/j.jaac.2017.01.010.
6. *Kompoliti K.* Sources of disability in Tourette syndrome: children vs. adults // *Tremor and other Hyperkinetic Movements*. 2015. P. 5. DOI: 10.7916/D8Z60NQ2.
7. *Kostanecka-Endress T., Banaschewski T., Kinkelbur J.*, et al. Disturbed sleep in children with Tourette syndrome. A polysomnographic study // *Journal Psychosomatic research*, 2003. № 55. P. 23–29.
8. *Lowe T. L., Capriotti M. R., McBurnett K.* Long-term follow-up of Patients with Tourette's syndrome // *Movement disorders clinical practice*. 2018. V. 6. № 1. P. 40–45. DOI: 10.1002/mdc3.12696.
9. *Ludolph A. G., Roessner V., Munchau A., Muller-Vahl K.* Tourette syndrome and other tic disorders in childhood, adolescence and adulthood // *Deutsches Arzteblatt International*, 2012. V. 109. № 48. P. 821–828. DOI:10.3238/arztebl.2012.0821.
10. *Matthew E. Hirschtritt*, Lifetime Prevalence, Age of Risk, and etiology of Comorbid Psychiatric Disorders in Tourette syndrome // *Jama Psychiatry*. 2015 V. 72. № 4. P. 325–333. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2650.
11. *Nanette M. M. Mol Debes*, Co-morbid disorders in Tourette syndrome // *Behavioral Neurology*. 2003. № 27. P. 7–14. DOI:10.3233/BEN-120275.
12. *Robertson M. M., Eapen V.* Pharmacologic controversy of CNS stimulants in Gilles de la Tourette's syndrome // *Clinical Neuropsychology*. 1992. № 15. P. 408–425.
13. *Robertson M. M.* Mood disorder and Gilles de la Tourette's syndrome: An update on prevalence, etiology; comorbidity, clinical associations, and implications // *Journal psychosomatic research*. 2006. № 61. P. 349–358.
14. *Robertson M. M.* The Gilles de la Tourette syndrome: The current status // *Arch Dis Child educ PrCT Ed*. 2012. V. 97. P. 166–175 [Электронный ресурс]. URL: <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2011-300585>.
15. *Robertson M. M.* Tourette syndrome, associated conditions and the complexities of treatment // *Brain*. 2000. V. 123. № 3. P. 425–462.
16. *Cohen S., Leckman J. F.* Clinical Assessment of Tourette Syndrome and Tic Disorders // *Neurosci Biobehav Rev*. 2013. V. 37. № 6. P. 997–1007. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2012.11.013.
17. *Sukhodolsky D. G., do Rosario-Campos M. C., Lombroso P. J.*, et al. Adaptive, emotional, and family functioning of children with obsessive-compulsive disorder and comorbid attention deficit hyperactivity disorder // *American journal of Psychiatry*. 2005. № 162. P. 1125–1132.
18. *Tanvi S., Jacubowski E., Muller-Vahl K. R.* New Insights into Clinical Characteristics of Gilles de la Tourette Syndrome: Findings in 1032 Patients from a Single German Center // *Frontiers in Neuroscience*. 2016. № 10. P. 415. DOI: 10.3389/fnins.2016.00415.
19. *Yu D., Mathews C. A., Scharf J. M.* et al. Cross disorder genome-wide analyses suggest a complex genetic relationship between Tourette's syndrome and OCD // *American Journal of Psychiatry*. 2014. № 172. P. 82–93 [Электронный ресурс]. URL: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13101306>
20. *Zohar A. H., Ratzoni G., Pauls D. L.* et al. *Weizman A., Cohen D. J.* An epidemiological study of obsessive-compulsive disorder and related disorders in Israeli adolescents // *Journal of American academy childhood and adolescence Psychiatry*. 1992. № 31. P. 1057–1061.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ С РОЖДЕНИЯ ДО 12 ЛЕТ: ПРИЧИНЫ ОТКЛОНЕНИЙ, КАК ИХ ИЗБЕЖАТЬ И УСТРАНИТЬ. КОМПЛЕКС D-ТИПА

Тойч Т. М., специалист по сознанию, поведению и наследственности,
автор и ведущая образовательных программ,
учредитель, директор ООО «Институт ИДЕАЛ-метода Тойчей»,
учредитель и президент благотворительного фонда «Свет милости и любви»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Рассмотрен подход, включающий анализ ментальности родителей детей с психическими заболеваниями. Представлена концепция комплекса D-типа, которая устанавливает новую перспективу для эффективного диагноза и лечения болезней, связанных с психическими заболеваниями (стрессом), а также физических болезней. Данный подход заслуживает большого внимания и распространения среди специалистов по причине его высокой эффективности в ряде подтвержденных случаев.

Ключевые слова

Психическое здоровье детей, генетика, поведение детей.

MENTAL HEALTH OF CHILDREN FROM BIRTH TO 12 YEARS: CAUSES OF DEVIATIONS, HOW TO AVOID AND ELIMINATE THEM. THE COMPLEX OF D-TYPE

Toich T. M., Specialist in Consciousness, Behavior and Heredity,
Author and Presenter of Educational Programs,
Founder, Director of the Institute of Teutsch's Ideal Method LLC,
Founder and President of the "Light of Mercy and Love" Charity Fund,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The approach including the analysis of the mentality of parents of children with mental illnesses is considered. The concept of a D-type complex is presented, which establishes a new perspective for the effective diagnosis and treatment of diseases related to mental illness (stress), as well as physical diseases. This approach proved its effectiveness and can be tested by specialists.

Key words

Mental health of children, genetics, behavior of children.

Проблематика. Как приведено в материалах, подготовленных к III Международному конгрессу «Психическое здоровье», в соответствии с данными Фонда психического здоровья (Великобритания), каждый четвертый человек ежегодно испытывает какие-либо проблемы с психическим здоровьем¹. Большая часть населения мира — примерно четверть — это дети и подростки моложе 15 лет². Желая прогресса нашему обществу и будущим поколениям, желая развития технологий и внедрения инноваций в разные сферы человеческой активности, мы должны уделять внимание в первую очередь здоровью детей и, главное, их психическому, ментальному здоровью, которое, по сути, является залогом и здоровья физического.

¹ Fundamental Facts About Mental Health 2015 / Mental Health Foundation, October 2015. P. 5 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/fundamental-facts-15.pdf>

² Javed A. Vision for the future // World Child and Adolescent Psychiatry, World Psychiatric Association, Child and Adolescent Psychiatry Section's Official Journal. 2018. Issue 15. P. 3.

Анализ текущих тенденций. Так, М. А. Бебчук в статье «Семья и психическое здоровье ребенка»³ пишет об ответственности родителей при выявлении первых симптомов болезни, выборе специалиста и «маршрута» всего последующего лечения, представляя то, как максимально содействовать родителям в понимании состояния ребенка и адаптировать, приспособить их при психических нарушениях у детей. Аналогично Н. В. Бабкина в статье «Психологическое сопровождение образования детей с задержкой психического развития как неотъемлемое условие укрепления их психического здоровья»⁴ предлагает наиболее эффективные, по ее мнению, меры со стороны специалистов, организаций и родителей для оказания психологической поддержки, психологического сопровождения процессов коррекционно-развивающего

³ Mental Health and Education: Collection of Scientific Papers of the II Congress on Mental Health: Meeting the Needs of the XXI Century. Moscow: PH "Gorodets", 2018. P. 241.

⁴ Там же. P. 234.

воспитания, обучения, социальной адаптации и социализации обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), в частности детей с задержкой психического развития (ЗПР). В этих примерах, как и во многих других случаях, при заболеваниях детей не рассматривается ментальное состояние одного или обоих родителей и непосредственное влияние этого состояния на самочувствие и здоровье ребенка.

Практический опыт. В нашей практике для решения задач, связанных с психическим здоровьем детей, мы используем концепцию комплекса D-типа, разработанную и впервые представленную ее авторами Дж. М. Тойч и Ч. К. Тойчем на Втором международном симпозиуме по контролю над стрессом (Монте-Карло, 20 ноября 1979 г.). Детей в этом случае можно рассматривать как продолжение их родителей, поскольку дети реагируют и испытывают опыт в соответствии с сознанием последних. Во всех практических случаях, которые были нами изучены, а их количество исчисляется тысячами, и в которых мы достигли полного исцеления детей в возрасте до 12 лет, причина состояния ребенка была выявлена и устранена в ментальности их родителей. Невыраженные и поэтому часто глубоко скрытые и не устраненные из системы данного индивидуума эмоции, среди которых страх, гнев, вина, негодование и соответствующие факторы стресса, ставшие подсознательными, были косвенно выражены и являлись причиной психических расстройств в потомках. В данной работе мы представляем суть используемого подхода⁵, он заслуживает большого внимания и распространения среди специалистов по причине его высокой эффективности в ряде подтвержденных разными специалистами случаев.

Подсознательное поведение. Эта форма поведения — результат сознательно или бессознательно приобретенного обучения и отражения. Хотя она определяет почти автоматическую демонстрацию человеком таких желательных навыков как разговор, вождение автомобиля или мастерство в некой профессии или спорте, она также часто содержит сильное ожидание отвержения, прерывания, затруднения или неудачи. Существуют доказательства того, что можно сознательно модифицировать или изменить приобретенные навыки, запасенные в подсознании [5].

Комплекс D-типа. Такие состояния, как страх, сомнение, разочарование, негодование, болезнь или горе, могут иметь межличностное приложение. Причина часто принадлежит подсознательному человеку, которого мы рассматриваем как подавителя. Результирующий эффект может проявляться и, согласно нашему исследованию, очень часто проявляется у другого человека, которого мы называем выразителем. Эти две стороны — подавитель и выразитель — являются компонентными компонентами одного и того же функционального целого. Они совершенным образом сотрудничают, производя специфический результат. Комплекс D-типа относится к двустороннему целому, состоящему из подстрекателя D-1 и выразителя D-2. Поскольку подтип D-1 внешне спокоен, он может иногда приниматься за тип В. Его можно считать возбудителем стресса, потому что он несет в себе стресс, скрывает и распространяет его. В отсутствии D-1 подтип D-2 может быть совершенно свободен от стресса без лечения.

При отсутствии D-2 подтип D-1 проявит свой собственный стресс. Авторы определили ментальный четырехтактный цикл, который совершенным образом соответствует цикличности биологических явлений, описанный Селье [3].

Фактор стресса может, таким образом, создавать стресс тремя специфическими способами. Первый — внутриличностный. У индивидуума проявится соответствующий симптом или симптомы в уникальной и генетически предсказуемой для него форме. Второй — межличностный. Супруг или супруга, близкий друг, коллега могут бессознательно воспринимать и сознательно выражать стресс, который был принят от спокойного и невозмутимого с виду подавителя и записан в подсознательном. Третья и наиболее важная форма стресса — генетическая. Она выражается тем индивидуумом, которого мы называем подтипом D-3, наследником или наследниками подтипа D-1 (дети). D-1 — предок или группа предков, подвергнутых ранее данному фактору стресса или комплексу таких факторов. Это, по сути, делает комплекс D-типа трехсторонней единицей выражения современного и наследственного стресса (рис. 1). При отсутствии D-3 (или D-2) D-1 выразит свой собственный стресс.



Рис. 1. Комплекс D-типа

Интенсивность стресса или дистресса, непреодоленных предками, увеличится, поскольку они передаются из поколения в поколение и усиливаются соответствующим современным опытом. Этот главным образом бессознательный процесс может быть остановлен только с помощью проницательности и направления, а также с помощью медицинских методов.

Практические примеры из консультативной практики [2].

Пример 1. Булаева Наталья Александровна, г. Москва, Россия.

Вопреки всем неутешительным прогнозам врачей мой ребенок исцелен от детского церебрального паралича. В течение многих лет я не могла забеременеть, а когда, наконец, родила долгожданного ребенка, у него были выявлены серьезные нарушения в развитии. С самого рождения наш сын находился под наблюдением врачей. Малыш развивался очень медленно: только в год и месяц он впервые начал ползать. В полтора года врачи поставили ребенку диагнозы «атонически-астатическая форма ДЦП», «сходящееся косоглазие». К этому времени

⁵ Teutsch J. M., Teutsch C. K. Stress, Genetics and Interpersonal Relationships // Journal of Chronic Diseases and Therapeutics Research. 1980. V. 4. № 14.

мой сын с трудом мог стоять у опоры, а без нее самостоятельно не держался на ногах и не ходил. Его глаза смотрели в разные стороны. Мы с мужем не могли понять, почему это произошло с нашим мальчиком, так как подобных заболеваний не было ни у кого в роду. Мы очень боялись за сына и за его будущее. Некоторые врачи сообщали, что ребенок не будет ходить самостоятельно, и предлагали смириться с тем, что он инвалид. Мы делали все возможное: физиопроцедуры, массаж, но особо заметного прогресса не наблюдалось. К тому времени я была уже знакома с ИДЕАЛ-методом Тойча и решила получить консультацию. Улучшения стали заметны в первый же месяц после консультативного сеанса: сын смог оторваться от опоры и некоторое время стоять самостоятельно. Спустя пять месяцев мой малыш начал ходить от опоры к опоре и стоять без поддержки, немного покачиваясь. Развитие ребенка ускорялось от консультации к консультации. Еще через полгода он стал активно физически развиваться: нормально ходить, затем бегать и, наконец, самостоятельно подниматься и спускаться по лестнице. Глаза сына постепенно сфокусировались, он стал смотреть ровно. За полтора года наш ребенок достиг уровня физического развития своих сверстников! Сегодня нашему любимому сыну четыре года, мальчик очень активен: занимается в тренажерном зале, плавает и ныряет, катается на велосипеде. Он полностью здоров, бодр и динамичен. Теперь я спокойна за будущее сына и верю в его успех.

Пример 2. Васильева Ирина Николаевна, г. Екатеринбург, Россия.

У нашей дочери Евгении практически с рождения появилась задержка в физическом развитии, а потом и в умственном. До года она не могла самостоятельно садиться, до пяти лет не разговаривала, была неконтактным ребенком. Мы постоянно лечили дочку в стационарах: ставили капельницы, делали уколы, массажи, давали ей выписанные врачами таблетки. Мы обращались к специалистам по нетрадиционной медицине, целителям, для умственного развития Евгении нанимали репетиторов. Я находилась в постоянной борьбе с людьми и учреждениями за право дочери сначала посещать детский сад, затем школу, доказывая всем, что она нормальный человек. Нам было предложено, признав инвалидность девочки, воспользоваться лечебно-школьным учреждением вместо общеобразовательного. Мы не согласились с этим и записали дочь в обычную школу. Нам повезло, что, когда в 2003 г. пришлось сдавать последний анализ на «ген ума», на нашем пути встретился прекрасный врач-эндокринолог, практикующий тойчевский подход. Доктор сообщила нам, что Женя — здоровая девочка, и есть ИДЕАЛ-метод Тойчей, гарантирующий полное исцеление. Мы поверили. После консультаций по ИДЕАЛ-методу мы стали спокойны и уверены. И вот уже 2015 г., наша дочь — выпускница общеобразова-

тельной школы. Основные оценки в аттестате — четверки и пятёрки, всего лишь две тройки. Женя успешно сдала ЕГЭ и поступила в Уральский государственный экономический университет. Показывая превосходные результаты в обучении, она входит в команду лидеров университета, занимается общественной деятельностью. Мы счастливы и благодарны за эту встречу с ИДЕАЛ-методом.

Пример 3. Дроздов Алексей Алексеевич, г. Челябинск, Россия.

После появления на свет нашего сына Романа врачи, принимавшие роды, заподозрили у него тяжелые хромосомные патологии и множественные патологии внутренних органов. Нам сообщили, что ребенок не доживет даже до года. В результате многочисленных медицинских осмотров у сына были зафиксированы внешние отклонения и задержка в развитии. Ему назначили операцию, которую необходимо было ждать полгода. С 2012 года, на протяжении шести месяцев, мы обращались к различным врачам, но в итоге не получали ничего, кроме новых подозрений и направлений на дополнительные анализы. В течение года, после консультации по ИДЕАЛ-методу Тойча, ситуация изменилась к лучшему. Технически сложная операция прошла успешно и точно в назначенный срок. Риск возникновения рецидива по результатам послеоперационного осмотра равен нулю. Показатели, которые считались критическими, пришли в норму. Роману уже исполнилось полтора года. Наш сын развивается в своем темпе, становится активнее, учится говорить и почти не болеет. А самое главное, мы видим, как счастлив ребенок, когда мы ему улыбаемся, наклоняемся над его кроваткой, разговариваем с ним и берем на руки.

Вывод и заключение. Мы живем во время новаций и возможности расширить взгляд на устоявшиеся вещи. Концепция D-типа устанавливает новую перспективу для эффективного диагноза и лечения детских психических нарушений и исцеления болезней, которые в практике зачастую считаются фатальными. В перечисленных случаях были выявлены и устранены подавленные неосознанные факторы стресса родителя. Соответственно, ребенок как генетический выразитель прекратил демонстрировать нежелательное поведение.

Наш обширный опыт в отношении нас самих, наших друзей-коллег и нашей обширной клиентуры показал, что можно применить данную концепцию в медицине, психиатрии, а также образовании и других сферах. Мы уверены, что представленные в работе факты стимулируют читателей к дальнейшим размышлениям и исследованиям. Мы готовы предложить нашу квалификацию и сотрудничать с исследователями, медиками и любого рода практиками, чтобы расширить охват наших результатов на глобальном основании.

Библиографический список

1. Тойч Дж. М., Тойч Ч. К. Ментальная генетика. Классические труды Тойчей: пер. с англ. Б. В. Сорин. М.: Б. В. Сорин, 2017. 256 с.
2. Энциклопедия фактов успеха / сост. Т. М. Сорина, Б. В. Сорин. М.: Изд. Борис и Татьяна Сорины, 2016. 656 с.
3. Selye H. Stress without Distress. Philadelphia, New York: J. B. Lippincott Co, 1974.
4. Teutsch J. M., Teutsch C. K. From Here to Greater Happiness. Los Angeles: Price / Stern / Sloan, 1959, 1975.
5. Teutsch J. M., Teutsch C. K. Victimology: An Effect of Consciousness, Interpersonal Dynamics and Human Physics // International Journal of Criminology and Penology. 1974. V. 2. Aug. P. 249–274.

WHEN MEDICATION MAY BE HELPFUL*

John A. Flatt, M.D.

Chief Medical Officer, The Jason Foundation, INC.;
Louisiana child neurology, LLC.

Abstract

A collaborating relationship between a pediatric neurologist and a pediatric neuropsychologist creates a “best practice scenario”, which benefits children and their parents alike. Besides being able to address a child’s medical status, this collaboration also allows the child’s brain-behavior status to be quantified. Medications to improve a child’s functioning can then be implemented as neurological conditions can serve as barriers to improvement for children needing neuropsychological intervention. Oftentimes, treatment with medication must be constructed for efficacy both at school and at home. Neurologists have neurodiagnostic testing to help guide them; whereas neuropsychologists have measurement strategies to assess and redirect a child’s behavior. Nothing, however, works without parental education and involvement. A “magic pill” is nowhere to be found to help neurologically compromised children.

This presentation will review the medications currently used for neurologically compromised children. The use of psychiatrically-based medications will be reviewed, and alternative medications will be discussed.

Key words

Neurologically-compromised children, medication management, behavior management, neuroimaging studies, neuropsychological evaluations, parental involvement.

Introduction. A collaborating relationship between a pediatric neurologist and a pediatric neuropsychologist creates a “best practice scenario,” which benefits children and their parents alike. Neurological evaluation through careful history taking and physical examination can help create a full and robust picture of the child with neurodevelopmental concerns encompassing comorbid conditions and confounding behaviors in addition to what may be discerned in a neuropsychological evaluation as the approach to diagnosis is different in the two specialties. When done appropriately the neurological evaluation and neuropsychological evaluations are very complimentary and synergistic.

The neurological examination can lead to additional areas of investigation through use of screening tools for development of behavior or may proceed through the use of neurodiagnostic modalities. Common modalities include neuroimaging, neurophysiology, and sleep studies. Neuroimaging will utilize the modalities of Magnetic Resonance Imaging (MRI) or Computed Tomography (CT) most often. Based on the clinical concern, MRI or CT scanning may be chosen as the more beneficial tool to acquire the information the neurologist is seeking to find. In infants, ultrasound is an additional neuroimaging modality that is available and very useful due to its portability, safety and accessibility.

Beyond neuroimaging, the use of neurophysiology testing can give a look into the functions of the nervous system via electrical measurement. Electroencephalograms (EEG) are commonly performed in neurologically compromised children as seizures are a common concern for the cause of delays or alterations in behavior. EEG can show more than just the presence or absence of seizure activity as it can identify focal or global encephalopathies which could dictate further evaluations.

If a child presents to the pediatric neurologist initially with symptoms of neurodevelopmental dysfunction, following the initial phase of neurological assessment and evaluation, the neurologist may request neurodiagnostic testing and evaluation through a neuropsychologist. The testing begins again with a thorough history including checklists with a wide scope of potentially related symptoms in the family or patient. The neuropsychologist will undergo an initial review of the history and referral to help decide if further information is needed or which list of tests or specific battery to include in each child’s additional neuropsychological evaluation. Common batteries and tests are included in the text.

In some children, the result of the neurological and neuropsychological evaluations may indicate a potential role for medication to help address symptoms or complicating comorbid conditions. Often, the decision to utilize medications in the therapeutic intervention plan of the child is aimed to remove a symptomatic barrier that is preventing full benefit from a cognitive, academic, psychological, and/or physical therapy programs. If not prescribed to remove a barrier, medications may be utilized to help with daily care of the child or can be used to help create a safer environment by diminishing certain behaviors.

In this presentation, we discuss medication interventions through a symptom-based approach directed at common symptoms that would present to a pediatric neurologist.

We begin with an approach to Attention-Deficit and Hyperactivity Disorders covering children less than four years of age, those four to six years of age, and those six year of age and up. Significant off-label discussion of therapeutic options is the principal goal of the youngest group of patients whereas once children reach four years of age; more on-label treatment options begin to become the primary medication choices. For the older children, both stimulant and non-stimulant choices are presented.

* References are available upon request.

The second symptom covered is that of Sleep Disorders. Sleep is an area that tends to be overlooked or minimized in clinical practice due to a high prevalence of the problem and the need to understand how normal sleep is defined for different developmental ages. For children who have sleep problems not amenable or responsive to sleep hygiene interventions and behavioral therapies, there are some off-label medications that can be useful to help with sleep onset, sleep maintenance, or both. Also discussed in this section is the problem of obstructive sleep apnea.

Seizures and Epilepsy follow the section of sleep as another very worrisome symptom in neurologically compromised children as well as being very frightening for the family. The key to treating seizures effectively is confirming that seizures are present through history, examination and diagnostic testing and you are not dealing with a non-epileptic event or a benign seizure process like febrile seizures. Once a child has been confirmed to have epilepsy, treatments are targeted for the type of epilepsy and are generally chosen based on safety, tolerability, and route of administration. The presence of comorbid conditions can also affect anticonvulsant choice as well as the clinical response to the medication once administered.

Headaches are a common problem in school-aged children and can occur infrequently, intermittently, or even daily. The headaches may occur without clear external cause, but looking for potential triggers can help alleviate a number of headaches for some children. Headache treatment is divided into abortive therapies and prevention therapies. Both interventions may include medication treatment but are also comprised of non-pharmacological interventions such as sleep, hydration, eating, and use of cold/hot packs.

Tic disorders will often present in the neurology clinic as a concern for possible seizures given the stereotypical nature of the movements; however, most children can leave the clinic the same day with a confirmed diagnosis of tics and often without medical intervention. In some cases, the tics will cause enough of a social or physical disruption in the child's life that pharmacologic therapy can be beneficial to decrease the social burden of the tics or prevent physical pain secondary to the tic movement. Tic treatments tend to fall within a first-line group, a second-line group, and an alternative or complimentary group.

Choice of agent is also influenced by the common comorbidities of ADHD and anxiety or obsessive-compulsiveness.

Obsessive-compulsive disorders are often present as behavioral problems in the neurology clinic as these children will appear to families and teachers as being oppositional and difficult when the root of the behavior is an obsessive-compulsive etiology. The key to appropriate medication choice is based on appropriate diagnosis and differentiation of the obsessive-compulsive symptoms from other more superficial behavioral complaints.

Aggressive behavior is one of the most difficult symptoms to treat in the neurologically compromised child. Significant efforts must be made to see if the aggression is reactive to social or educational struggles or if the clinical presentation is one of proactive aggression. Treatments range from antipsychotic medications, stimulants, antidepressants, mood stabilizers, and other agents such as adrenergics. There are a myriad of additional options and combinations to attempt to decrease aggressive behaviors; however, aggression tends to be not only difficult to control but in some cases even more difficult to maintain control over time due to developmental changes in the child.

Drooling and Constipation are the final two sections of symptoms. These two symptoms initially seem to skew from our prior symptom list needing treatment; however, the presence of constipation or excessive salivation/saliva pooling can cause tremendous negative impacts on behavior and become a severe impairment to therapeutic interventions. Options for addressing both symptoms are discussed individually and based on the severity of the drooling or constipation. Unfortunately, some interventions for drooling can cause or worsen constipation.

Conclusion. At times when we are challenged with initiation of a pharmacologic intervention, there can be some additional guidance from pharmacogenomic testing to give you as the provider information on the child's specific metabolic systems and how they may or may not respond to certain medications based on the metabolic degradation pathway they are processed. Even when initiation of medications is undertaken, the medication is often being used to control symptoms and not to eliminate the underlying disorder. The complimentary and necessary process of psychological or physical therapies must be utilized and trying to help the family understand what the normal baseline of each child may be crucial in long-term outcomes.

Bibliography

1. *Angriman, M., Caravale, B., Novelli, L., Ferri, R., & Bruni, O.* (2015). Sleep in children with neurodevelopmental disabilities. *Neuropediatrics*, 46, 199–210. DOI: 10.1055/s-0035-1550151.
2. *Tagwerker Gloor F, Walitza S.* Tic Disorders and Tourette Syndrome: Current Concepts of Etiology and Treatment in Children and Adolescents. *Neuropediatrics*. 2016 Apr; 47(2):84–96. doi: 10.1055/s-0035-1570492. Epub 2016 Feb 1. PMID: 26829367.

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ НА БАЗЕ ПОДХОДА, ОРИЕНТИРОВАННОГО НА ЭФФЕКТИВНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ С ПАЦИЕНТОМ И ЧЛЕНАМИ ЕГО СЕМЬИ

Хайретдинов О. З., к.м.н.,

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

Аннотация

В статье раскрыты некоторые факторы, влияющие на продуктивность работы специалистов в оказании медицинской, образовательной и социальной помощи больному ребенку и членам его семьи. Приводится обоснование и описание программы дополнительного профессионального образования для повышения навыков эффективности взаимодействия на основе принципов партнерства с членами семьи ребенка с психическими расстройствами, а также профилактики и коррекции последствий профессионального стресса.

Ключевые слова

Больной ребенок, психические расстройства, дезадаптивные реакции родителей, эффективность медицинской помощи, взаимодействие со специалистами, коммуникативные навыки, дополнительная профессиональная образовательная программа.

CONTINUING EDUCATION FOR DEVELOPING COOPERATION BETWEEN MENTAL HEALTH PROFESSIONALS, PATIENTS AND FAMILY MEMBERS

Khairtdinov O. Z., PhD (Medical Sciences),

Sukhareva Research and Practical Center for Child and Adolescent Mental Health of the Moscow
Health Care Department,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The article discusses factors that affect the quality of medical, educational and social services to children with mental disorders and their family members. Mental health continuous education program for mental health professionals aimed at improving their competencies in building relationship with family members of children with mental disabilities and stress management interventions is described.

Key words

Sick child, mental disorders, maladaptive reactions of parents, effectiveness of medical care, interaction with specialists, communication skills, additional professional educational program.

Необходимым условием оказания эффективной медицинской помощи, образовательных и социальных услуг ребенку с психическими и поведенческими расстройствами является наличие продуктивного контакта с пациентом и его родителями. Успешность решения различных вопросов в процессе указанной деятельности зависит от слаженности взаимодействия специалистов и членов семьи больного ребенка.

Врачи нередко сталкиваются с неконструктивным отношением некоторых родителей и опекунов больных детей к их лечению. В таких случаях действия законных представителей пациента могут препятствовать своевременному оказанию медицинской помощи ребенку, приводить к искажению или отказу от выполнения врачебных рекомендаций, сопровождаться сопротивлением, обвинениями и конфликтами.

Психические расстройства ребенка, угрожающие жизни, жизни, здоровью и благополучию, возникшие как остро, так и длящиеся в течение большого времени, способны продуцировать кризисные состояния, «эмоциональное выгорание» и другие психопатологические реакции у близких. Указанные состояния могут лежать в основе их неконструктивного поведения по отношению к оказанию медицинской помощи. В частности, проявления растерянности, дереализации в рамках аффективно-шоковых реакций могут временно снижать когнитивную продуктивность родителей и способность принять информацию о диагнозе, необходимости экстренных мер медицинской помощи; нарастание уровня тревоги со стремлением к чрезмерной непродуктивной активности может значительно дезорганизовывать процесс оказания помощи. В случае недостаточного понимания

и учета специалистами механизмов подобного поведения, отсутствия у родителей возможности реализовать в действиях нарастающие тревогу и напряжение они могут смещаться в плоскость жалоб и неконструктивной борьбы с медицинскими работниками. Переживания депрессивного характера с идеями самообвинения могут замещаться по механизмам проекции обвинением сотрудников клиники за якобы допущенные ошибки и халатность.

Важно подчеркнуть, что взаимодействие специалистов с членами семьи пациента имеет не односторонний характер, а системно-циркулярный, в котором установкам, состоянию, реакциям и переживаниям специалистов принадлежит не менее важная роль. Позиция и действия специалистов могут оказаться как протективными, так и усугубляющими по отношению к расстройствам адаптации у родителей. Особенности эмоционального реагирования и поведения родителей, создавая трудности в работе врача и медперсонала, повышают вероятность их ответных неконструктивных реакций, что в итоге препятствует своевременному полноценному оказанию медицинской помощи и становится фактором риска профессиональных деформаций личности специалиста. Трудности или дефицит коммуникаций между родителями и специалистами могут существенно снижать качество диагностики, лечения и реабилитации.

За редким исключением инициировать изменение «порочного круга» неконструктивного взаимодействия способны только специалисты при условии понимания и учета механизмов формирования эмоциональных и поведенческих реакций пациента, его родственников и лиц, оказывающих помощь.

Традиции врачебного патернализма ограничивают понимание заболеваний в системе координат «симптом — синдром — болезнь», в то время как пациентоцентрированный подход и модель «медицинской помощи, ориентированной на взаимоотношения» [1, 5], учитывает опыт переживания болезни пациентом и его родителями для повышения эффективности помощи.

Навыки эффективной коммуникации, согласно данным ряда исследований, являются не столько «сервисной составляющей» и «правилами хорошего тона» при оказании медицинской помощи, сколько фактором повышения качества диагностики и терапии, а также снижения уровня стресса и повышения удовлетворенности работой для специалистов [2–4].

Так, ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ» разработана дополнительная профессиональная образовательная программа повышения квалификации «Эффективное взаимодействие специалистов с семьей больного ребенка», целью которой является формирование необходимых представлений, знаний и навыков специалистов разных ведомств для успешного сотрудничества и взаимодействия с членами семьи больного ребенка на основе принципов партнерства. В задачи программы входит углубление знаний, формирующих профессиональные компетенции в области психологии взаимоотношений специалистов с членами семьи ребенка с психическими заболеваниями; усовершенствование навыков формирования системы эффективного сотрудничества и взаимодействия с членами семьи больного ребенка на основе

принципов партнерства; углубление познаний специалистов в вопросах психологии переживаний родственников ребенка с психическими заболеваниями для повышения успешности оказания медицинской, образовательной и социальной помощи; усовершенствование навыков повышения личной профессиональной эффективности и удовлетворенности, профилактики негативных последствий профессионального стресса и профессиональных личностных деформаций.

Целевые группы, на которые направлена программа дополнительного профессионального образования, включают детских и подростковых врачей разных специальностей (педиатры, неврологи, психиатры, психотерапевты и др.), психологов, медицинских сестер, педагогических работников организаций дошкольного, общеобразовательного, профессионального, высшего и дополнительного образования, социальных педагогов, коррекционных педагогов, логопедов, дефектологов, специалистов по социальной работе, специалистов органов опеки и попечительства, специалистов комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав, других специалистов, участвующих в оказании образовательных, социальных услуг, медицинской помощи детям с соматическими и психическими расстройствами и членам их семей.

Программа построена по модульному принципу, объем каждого модуля составляет 18 часов. В программе предусмотрены два типа модулей: базовый (универсальный) модуль, предназначенный для всех категорий обучающихся, и дополнительные (специальные) модули, включаемые в программу по выбору обучающихся для специалистов определенного профиля. Выбор модулей и их количество, итоговый объем программы (от одного до четырех модулей трудоемкостью от 18 до 72 часов) варьируют в зависимости от специальности и образовательных потребностей участников.

По окончании обучения специалисты должны знать нормативно-правовую базу в вопросах оказания помощи детям с психическими заболеваниями и членам их семей; регламент межведомственного взаимодействия по выявлению семейного неблагополучия, организации работы с семьями, находящимися в социально-опасном положении (трудной жизненной ситуации); модели взаимоотношений специалистов и семьи больного ребенка; потребности, права и обязанности семьи, связанные с болезнью ребенка и оказанием медицинской помощи. Обучающиеся должны будут уметь выявлять типичные проблемы родственников и негативные явления, связанные с болезнью ребенка; проводить доврачебную диагностику нарушений адаптации у родителей и других членов семьи больного ребенка; применять оптимальные способы взаимодействия с больным ребенком и с членами семьи, способствующих решению образовательных, правовых, социальных, и медицинских вопросов, достижению и поддержанию социальной адаптации и интеграции. Слушатели должны овладеть профессиональными навыками конструктивной беседы с родителями больного ребенка, эмпатического слушания и принимающего реагирования; методикой «активного слушания», проявлением и «нормализацией» чувств родителей; приемами структурирования беседы и дозирования разъяснений, снижения эмоционального напряжения собеседника; навыками самодиагностики актуального уровня профессионального стресса и эмоционального выгорания; основными методиче-

скими принципами формирования партнерских отношений с семьей пациента как необходимой задачи при оказании помощи больным детям; опытом супервизии и участия в балинтовских группах как инструмента профилактики профессионального стресса и деформаций.

Практическая часть образовательной программы включает дискуссии, ролевые игры с применением технологий симуля-

ционного обучения, тренинги профессиональных навыков, уверенности и самооценки, тесты самодиагностики актуального уровня профессионального стресса и эмоционального выгорания, задания, способствующие формированию дестигматизирующего отношения к людям с психическими расстройствами и психиатрической службе.

Библиографический список

1. *Beach M. C., Inui T.* Relationship-centered care. A constructive reframing // J Gen Intern Med. 2006, 21 (Suppl.1): S3–8. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16405707>
2. *Beckman H. B., Frankel R. M.* The effect of physician behavior on the collection of data // Ann. Intern. Med. 1984 Nov; 101(5):692–6. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6486600>
3. *Dyche L., Swiderski D.* The effect of physician solicitation approaches on ability to identify patient concerns // J. Gen. Intern. Med. 2005 Mar; 20(3):267–70. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15836531>
4. *Kurtz et al.* Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides // Acad. Med. 2003 Aug; 78(8):802–9. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12915371>
5. *Tresolini C. P. et al.* Health professions education and relationship-centered care: report. Pew-Fetzer Task Force on Advancing Psychosocial Health Education, Pew Health Professions Commission, San Francisco, CA, 1994. URL: https://healthforce.ucsf.edu/sites/healthforce.ucsf.edu/files/publication-pdf/RelationshipCentered_02.pdf

RALPH M REITAN AND THE CLINICAL INTERPRETATION OF CHILD NEUROPSYCHOLOGICAL TEST DATA

Arthur Macneill Horton, JR.,
ED.D, ABPP (CL), ABN, ABPP (BP), ABPdN
Psych Associates of Maryland, LLC.

Abstract

An exploration of level of performance on neuropsychological tests, pathognomic signs, and patterns of performance of brain injured children is highlighted. The crucial distinction between lower-level sensory motor and higher-level cortical function abilities related to neuropsychological development and patterns of brain injury is highlighted.

This presentation discusses the clinical neuropsychological interpretation of the data of brain injured children. The major focus is upon Reitan's methods of inference as applied to brain injured children.

Key words

Brain injured children, Level of performance tests, Pathognomic signs, Patterns of performance, Premorbid level of functioning, Lower-level vs. higher-level functions.

Introduction. Ralph M. Reitan was credited with developing a standardized neuropsychological battery approach, in which the same set of neuropsychological tests was given to child and adult patients (Horton & Wedding, 1984). The Halstead-Reitan Neuropsychological Test Batteries for children and adults were developed from research studies by Ward Halstead and his then doctoral student Ralph M. Reitan (Horton & Wedding, 1984). The adult battery was based on experimental psychology procedures first used by Halstead to investigate the human abilities that were compromised by brain injury (Horton & Wedding, 1984). Halstead (1947) conceptualized the concept of *biological intelligence*. Many neurosurgical patients who had documented brain injuries were assessed and the test results were factor analyzed suggesting a four factor model of neuropsychological abilities. The factors were a central integrative field factor, an abstraction factor, a power factor and a directional factor (Halstead, 1947). Rather than studying the concept of biological intelligence, Reitan modified and augmented the HRNTB for the purpose of better assessing children and adults with brain injuries (Horton & Wedding, 1984). Reitan added measures of Intelligence, aphasia, constructional dyspraxia, sensory-perceptual functioning, and motor functioning (Horton & Wedding, 1984).

As was noted by Reitan and Wolfson (1986): "*The Halstead-Reitan Battery has probably been researched in more detail than any other set of neuropsychological tests. Through the close cooperation between neuropsychologists, neurologists, neurological surgeons, and neuropathologists it has been possible to compose groups of subjects with definite, unequivocal evidence of cerebral damage and compare these persons with subjects who have no history or present evidence of cerebral damage or disease. This approach has a tremendous advantage over research oriented toward development of constructs such as intelligence, affective disorders, emotional maturity, and so forth. In attempting to validate psychological measures against such constructs, there has been the continual criterion problem of not having an unequivocal definition of the condition being evaluated. In neuropsychology, however, it has been possible not only*

to identify the presence or absence of cerebral damage but also to provide more detailed information regarding localization type, duration, and acuteness or chronicity of lesion" (p. 140).

The research approach used by Reitan and his co-workers was to compare control subjects to persons known to have different types of brain lesions in various locations and to identify the tests that were most sensitive to the general condition of the brain.

Assessing neurological variables. The HRNTB was primarily developed to be sensitive to neurological as opposed to behavioral variables such as age and education (Reitan & Wolfson, 1986). The crucial concern was the biological condition of the human brain. Reitan used the following empirical methods to determine if specific neuropsychological tests were "brain-related": "*The best way to answer this question has been to examine carefully an individual's neuropsychological test data and, from that information, predict the neurological status. To implement this procedure data were collected on thousands of patients using a three-step process: (1) administering a comprehensive battery of neuropsychological tests to the patient without knowing any of the patient's neurological findings; (2) making a written prediction of the patient's neurological status based solely on his or her neuropsychological test results; (3) comparing the neurological diagnosis with the neuropsychological test results.*

We have learned that certain variables contribute little to neurological conclusions (even though they may serve as comparison variables in certain respects), whereas other combinations of test results are of unequivocal significance. This procedure has permitted us to gradually refine clinical interpretation of results on individual subjects to a high degree of accuracy, as will be illustrated later.

Certain neuropsychological test data are particularly helpful in determining whether brain damage is present; other test results are especially useful for lateralizing and localizing cerebral damage; certain patterns of results relate to generalized or diffuse cerebral damage; other test results, particularly as they reflect the entire configuration of data, are used to differentiate the chronic, static lesion from the

recent acutely destructive or rapidly progressive lesion; and still different findings aid the interpreter in deciding whether the cerebral damage was sustained during the developmental years or adulthood.

There are challenging tasks that involve development of valid clinical interpretation of results for individual subjects. Achieving this aim required the development of a test battery that represented at least a reasonable approximation of the behavioral correlates of brain function" (p. 136).

A new theoretical-conceptual model. The HRNTB research was the basis for the development of a theoretical-conceptual model of brain-behavior relationships (Reitan & Wolfson, 1986) as follows: "The battery consists of tests in five categories: (1) input measures; (2) tests of verbal abilities; (3) measures of spatial, sequential and manipulatory abilities; (tests of abstraction, reasoning, logical analysis and concept formation; and (5) output measures. The tests cover a broad range of difficulties: both very simple and quite complex tasks are included. Attention, concentration and memory are distributed throughout the tests in the battery, just as they appear to occur in the tasks that people face in everyday living. Many of the tests require immediate problem-solving capabilities, others depend on stored information, and some require simple perceptual skills that focus principally upon the sensory modalities of vision, hearing and touch" (pp. 136–137).

Reitan's most important methodological contribution was the recognition of the need to use multiple methods of inference (Horton & Wedding, 1984). Reitan and Wolfson proposed the following four methods of inference which were: (1) level of performance, (2) patterns of performance, (3) pathognomonic signs and (4) right – left comparisons for evaluating neuropsychological test data.

"First, it is necessary to determine how well the subject performs on each of the measures included in the battery. This approach essentially refers to level of performance and, on most of the measures, is represented by a normal distribution for non-brain-damaged subjects. Since some persons perform quite well and others perform more poorly, it clearly would not be possible to accept a level-of-performance strategy alone as a basis for diagnosing cerebral damage. In other words, there are some persons who demonstrate above-average ability levels in spite of having sustained cerebral damage and some persons with below-average ability levels

who do not have cerebral damage. A level-of-performance approach represents an interindividual inferential model. It is useful for comparing subjects, but offers relatively little direct information regarding the brain functions of the individual subject. (As the reader has probably noted, this is the model used in most research studies.)

The second approach, introduced by Babcock (1930), postulated that differences in levels of performance on various tests might denote impaired brain functions, or at least a loss of efficiency in psychological performances. This approach has also been used to compute the Deterioration Quotient, based on comparison of scores from different subtests of the Wechsler Scale (Wechsler, 1955). This method represents an intraindividual comparison procedure (a comparison of the subject's own performances on various tests) and helps identify the uniqueness of an individual's ability structure. Research with the tests included in the Halstead-Reitan Battery has produced a number of intraindividual patterns that are quite useful for assessing differential functions of the brain and identifying impaired areas within the brain.

The third approach incorporated into the Halstead-Reitan Battery is the identification of specific deficits on simple tasks of the type that occur almost exclusively among brain-damaged persons. Deficits on these simple tasks may not only identify the presence of cerebral damage but also indicate areas of maximal involvement (Wheeler & Reitan, 1962). The reader should be aware, however, that this inferential strategy fails to identify a significant proportion of brain-damaged persons who do not show the specific deficit in question (false negatives).

The fourth measurement strategy used in the Halstead-Reitan Battery to identify cerebral damage is one which compares motor and sensory-perceptual performances of the same type on the two sides of the body, thus permitting inferences regarding the functional status of homologous areas of the two cerebral hemispheres. This method is also based on intraindividual comparisons, using the subject as his or her control. When positive findings occur they may have unequivocal significance for cerebral damage" (pp. 138–139, citations may be found in the original source).

In conclusion. The HRNTB provides the best and most complete American comprehensive assessment available in clinical neuropsychology for children and adults.

Bibliography

1. Halstead, W. C. (1947). Brain and intelligence: A quantitative study of the frontal lobes. Chicago, IL: University of Chicago Press.
2. Horton, A. M., & Wedding, D. (1984). Clinical and behavioral neuropsychology. New York: Praeger.
3. Reitan, R. M., & Wolfson, D. (1986). The Halstead-Reitan Neuropsychology Test Battery. In D. Wedding, A. M. Horton, Jr., and J. S. Webster (Eds.). The Neuropsychology Handbook (pp. 134–160). New York: Springer Publishing Company.
4. Wheeler, L., & Reitan, R. M. (1962). The presence and laterality of brain damage predicted from responses to a short Aphasia Screening test. Perceptual and Motor Skills, 15, 789–799.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК У ПАЦИЕНТОВ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Чапала Т. В., к.псих.н., медицинский психолог, руководитель направления «Психология здоровья», **Илич М.**, магистрант направления «Психология здоровья»,
ФГБОУ ВО «Тольяттинский государственный университет»,
Тольятти, Российская Федерация

Аннотация

В статье рассмотрены и обобщены результаты исследования социально-психологических характеристик больных гастроэнтерологического профиля. Эмпирическое исследование проводилось на базе стационарного отделения гастроэнтерологии ГБУЗ СО «Тольяттинская городская клиническая больница № 5» г. Тольятти Самарской области. Результаты исследования указывают, что на возникновение и развитие заболеваний органов пищеварения оказывают влияние негативные эмоциональные состояния, низкий материальный уровень семьи, недостаток просвещения пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта в области психологии здоровья, диетического питания, режима питания. Возникает необходимость разработки программ в области психологии здоровья, направленных на формирование здоровых привычек питания и здорового образа жизни у населения.

Ключевые слова

Болезни гастроэнтерологического профиля, социально-психологические характеристики больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, аддиктивное пищевое поведение.

THE STUDY OF SOCIO-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH GASTROENTEROLOGICAL PROFILE

Chapala T. V., PhD (Psychology), Head of Direction “Psychology of health”,
Ilich M., Undergraduate “Psychology of health”,
Tolyatti State University,
Tolyatti, Russian Federation

Abstract

The article reports the results of the empirical study of socio-psychological characteristics in gastroenterological patients that was conducted in the Inpatient Department of Gastroenterology of the Togliatti Clinical Hospital № 5 in Togliatti, Samara region. The study indicates causal factors that figure in the production of the diseases of the digestive system including negative emotional conditions and lack of the healthy diets. The paper emphasizes a need of training programs for developing skills in healthy eating and healthy lifestyle.

Key words

Diseases of gastroenterological profile, socio-psychological characteristics of patients with diseases of the gastrointestinal tract, addictive eating behavior.

Введение. Существенное влияние на развитие заболеваний желудочно-кишечного тракта оказывают неправильно сформированные привычки питания в раннем детстве. Прием пищи играет доминантную роль в культурном укладе семьи. Возникающий у ребенка эмоциональный дискомфорт может приниматься им как чувство голода, и тогда потребность в эмоциональном принятии он замещает физиологической потребностью — утолением голода. Если мать стремится удалить фрустрацию ребенка привычным шаблоном — кормлением, то в результате ребенок не отличает физиологическое ощущение голода от эмоционального дефицита. Во взрослом периоде жизни пища также может быть суррогатной заменой эмоционального комфорта.

Негативные социальные, экономические и психологические факторы жизни человека, такие как нестабильный материально-экономический уровень жизни, низкий уровень образования, частые стрессы, семейные утраты и много другое, могут влиять на развитие заболеваний органов пищеварения. Для сохранения здоровья людей необходимо внедрять и развивать программы психологии здоровья в системах образования и здравоохранения [2].

Многочисленные психологические исследования социальных, экономических и культурных аспектов жизни людей связывают закономерности функционирования психики с эмоциональным состоянием человека [1; 6; 8]. Психические расстройства и стрессовые ситуации в 80% случаев могут

провоцировать развитие гастроэнтерологических заболеваний [3]. Разнообразные социально-психологические ситуации, субъективные и объективные переживания больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта в большой степени влияют на течение и исход болезни [4]. Благоприятный социально-психологический климат в семье и на работе способствует успешной адаптации и снижают риски обострения заболеваний желудочно-кишечного тракта. Семья как важный источник благополучия жизни человека подвержена влиянию социальных, экономических и психологических факторов [5]. Именно в семье человек с рождения постигает основы психологии здоровья [7]. В связи с этим необходимо исследовать социально-психологические характеристики больных гастроэнтерологического профиля, чтобы понять, какие из них влияют на развитие заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Цель исследования. Изучить особенности социально-психологических характеристик, свойственных больным с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, находящихся на лечении в стационаре.

Методы исследования. Для исследования социально-психологических характеристик пациентов гастроэнтерологического профиля авторами была разработана «Анкета

социально-психологических характеристик» по 20 вопросов в каждом блоке. Анкета исследует актуальные экономические, социальные и психологические характеристики жизни больных с заболеваниями гастроэнтерологического профиля. В исследовании применялся метод психологической беседы.

База исследования и выборка. Наше исследование одобрено экспертами комиссии Комитета по биоэтике при Самарском государственном медицинском университете. Базой эмпирического исследования выбрана ГБУЗ СО «Тольяттинская городская клиническая больница № 5» г. Тольятти Самарской области, исследование проходило при участии заведующей отделением гастроэнтерологии, врача высшей категории Фисечко Ирины Васильевны и врача психиатра-нарколога Голубевой Ирины Александровны.

Экспериментальную выборку составили 55 пациентов гастроэнтерологического профиля разных клинических форм: 42 женщины и 13 мужчин в возрасте от 19 до 83 лет. Со всеми больными было оформлено индивидуальное добровольное согласие на психологическую диагностику и публикацию полученных данных в научных и практических целях. Исследование проводилось с сентября по ноябрь 2019 г. На рисунке 1 представлено процентное соотношение клинических диагнозов 55 участников экспериментальной выборки.

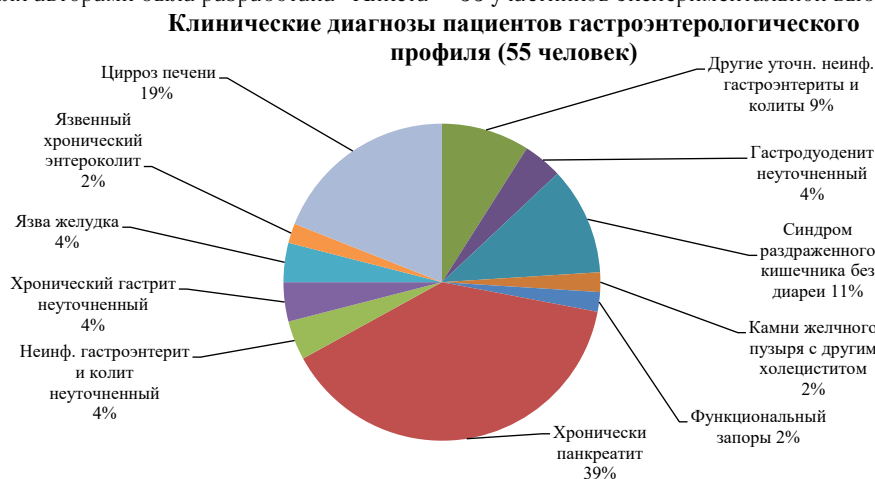


Рис. 1. Распределение больных по клиническому диагнозу

Результаты исследования. Исследованы основные социальные характеристики выборки: возраст, образование, семейное положение и социальный статус. Большинство больных (64%) имеют средне-специальное образование, 32% — высшее образование и 4% — неоконченное среднее образование. Так, 49% испытуемых проживают без супруга (38% — вдовство и 11% разведенных) и 48% испытуемых

состоят в браке, 2% никогда не состоялись в браке. Исследование социального статуса показало следующее: 60% человек не работают, из них 55% люди пенсионного возраста — неработающие пенсионеры, 5% среднего возраста, оставшиеся без работы, 40% работают. На рисунке 2 наглядно, представлены результаты исследования социальных характеристик больных гастроэнтерологического профиля.

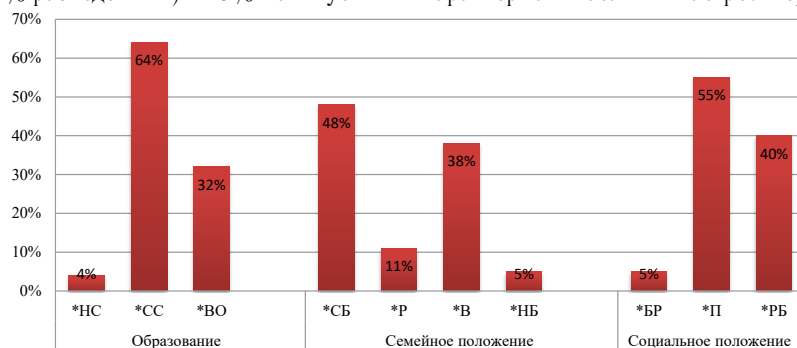


Рис. 2. Социальная характеристика больных гастроэнтерологического профиля:

НС — неоконченное средне-специальное; СС — среднее специальное; ВО — высшее образование; СБ — состоит в браке; Р — разведенные; В — вдовы; НБ — никогда не состояли в браке; БР — без работы; П — пенсионеры; РБ — работают

Анализ анкеты социально-психологических характеристик больных гастроэнтерологического профиля выявил следующее: 55% больных принимают пищу 3–4 раза в день, 23% питаются 2 раза в день и 22% стараются соблюдать рекомендованное врачом дробное питание и питаются 5–6 раз в день.

Так, 76% больных питаются дома и предпочтение отдают домашней еде, 24% пациентов составляют социально активную часть — они работают и не имеют возможности все время питаться дома. Из них 12% берут еду собой из дома и столько же (12%) питаются в столовых.

У 71% больных рацион состоит из стандартного набора продуктов питания. А 12% больных стремятся питаться разнообразно, иногда они ограничивают употребление определенных продуктов питания или придерживаются специальной диеты: из них 6% больных определяют себя как «мясоеды», а 4% питаются диетическими продуктами (низкокалорийные продукты), и только 2% пациентов употребляют вегетарианскую пищу.

В свою очередь, 44% больных отмечает, что ничего им не мешает соблюдать режим питания, но они его не соблюдают, 36% больных назвали причину нарушения диеты — нехватка времени, они работают и ведут активный образ жизни, и 20% пациентов проблему несоблюдения диеты, видят в отсутствии у них силы воли.

Так, 67% больных считают, что дробное питание — это составляющая часть здорового образа жизни, 27% пациентов ничего не знают о пользе дробного питания для здоровья и 6% больных с заболеваниями органов пищеварения отрицают пользу дробного питания.

Большинство больных (60%) располагают достаточной информацией о необходимости соблюдения рекомендованной врачом диеты, 27% больных считают, что информации по здоровому питанию у них недостаточно, 13% не имеют ни какой информации о здоровом питании при их заболевании.

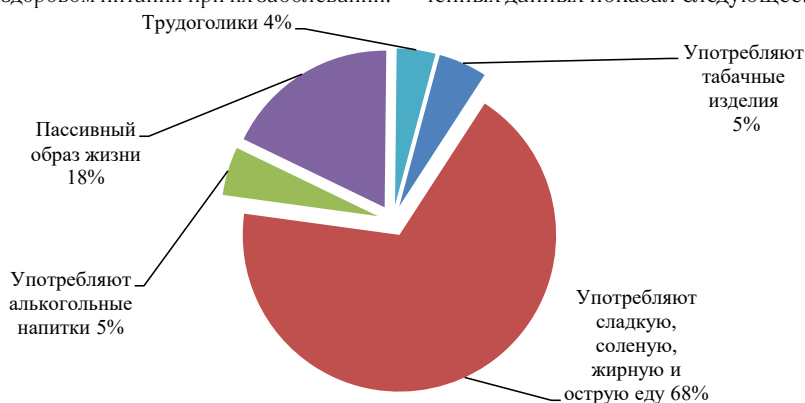


Рис. 3. Признаки аддикции больных гастроэнтерологического профиля

У 68% больных выявляются признаки аддиктивного пищевого поведения, они сообщают о том, что не могут отказаться от жирной, сладкой, соленой и острой пищи, 18% ведут пассивный образ жизни, любят лениться и бездельничать, 5% больных употребляют табачные изделия и 5%

А 38% больных уверены, что их питание обеспечивает достаточное количество витаминных и минеральных компонентов, 36% пациентов точно знают, что в их питании недостаточное количество необходимых веществ, 26% больных ничего не знают о полноценном питании, необходимым при их диагнозе.

На вопрос, устраивает ли их организация питания в стационаре, 67% больных дали положительные ответы, отметили, что очень довольны питанием в больнице, 33% больных хотели бы получать более качественное питание.

Восемьдесят четыре процента больных не устраивает качество продуктов, которое предлагается в магазинах и на рынках города, 16% полностью устраивает качество продуктов и они довольны ассортиментом.

В свою очередь, 74% больных знают, что на формирование пищевых привычек большое значение оказывают усвоенные пищевые привычки, сформированные в детском возрасте, в семье, 26% больных считают, что семейные привычки в питании не имеют большого значения на стиль питания во взрослой жизни.

Анализ анкетных вопросов, которые более подробно исследуют здоровье, отношение больных к своему здоровью, показал следующее: большинство больных (71%) хотели бы питаться более правильно и соблюдать рекомендованную врачом диету, они знают, что необходимо уделять внимание своему здоровью, 29% больных считают, что можно соблюдать диету от случая к случаю.

Семьдесят один процент больных стараются соблюдать режим лечения, назначенный врачом, 29% пациентов отступают от назначенного лечения; 64% больных считают, что нужно беречь и заботиться о своем здоровье, 36% пациентов заботятся о своем здоровье по мере своих возможностей.

Анализ ответов на вопросы анкеты, связанные с самооценкой здоровья, показал следующее: 53% больных удовлетворены своим здоровьем, 29% оценивает свое здоровье как очень плохое, 18% не считают себя больными.

На рисунке 3 представлены выявленные признаки аддикции у больных гастроэнтерологического профиля, анализ полученных данных показал следующее.

пациентов имеют склонность к употреблению спиртных напитков, 4% считают, что они трудоголики.

На вопросы об употреблении вредных и опасных веществ больные ответили следующее: 85% больных хотя бы один раз в жизни употребляли наркотики, табак, спиртные напитки.

Из них 7% больных ежедневно употребляют табачные изделия и спиртные напитки, 2% больных употребляют наркотики, 27% пациентов употребляют только спиртные напитки, 9% больных редко употребляют спиртные напитки, только по праздникам, 40% употребляют алкогольные напитки, курят и пробовали наркотики, но не постоянно, «под настроение». Только 15% больных гастроэнтерологического профиля никогда не употребляли вредные и опасные для здоровья вещества.

Половина больных (51%) с заболеваниями органов пищеварения соблюдают распорядок дня, 33% пациентов никогда не соблюдают режим дня, считают, что нет необходимости, придерживаются распорядка дня только 16% больных — строго следят за режимом дня, стремятся ежедневно его соблюдать.

Анализ ответов на вопросы анкеты о качестве сна позволяет сделать следующие выводы: у большинства больных (60%) хороший сон, спят по семь — восемь часов, высыпаются, а 36% больных свой сон описывают как хороший, но с недостаточной продолжительностью сна (шесть часов), у 4% больных сон поверхностный, составляет четыре-пять часов.

Вопросы анкеты, исследующие самочувствие больных, позволяют заключить следующее: 62% больных гастроэнтерологического профиля испытывают постоянное чувство беспокойства и тревоги, 27% человек чувствуют постоянную усталость и 11% больных чувствуют постоянный страх и угрозу жизни из-за болезни. Всего 28% больных периодические находятся в хорошем расположении духа и только 7% испытывают радость и заявляют, что их жизнь наполнена позитивными событиями.

В свою очередь, 73% больных нуждаются в моральной поддержке родных и близких, 27% справляются с жизненными проблемами самостоятельно.

Подавляющее большинство больных гастроэнтерологического отделения заявили, что нуждаются в психологическом сопровождении и что необходимо развивать оказание психологической помощи в стационаре.

Выводы. Проведенное авторами исследование социально-психологических и экономических характеристик больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, находящихся на стационарном лечении, позволяет сделать следующие выводы.

Большинство больных, участвующих в исследовании, относятся к пенсионному возрасту, находятся не в браке, живут одни и ведут пассивный образ жизни, они не соблюдают рекомендованный врачом режим дня, питания и не следуют рекомендованному лечению.

Больные владеют информацией о необходимости соблюдения здорового образа жизни и следования диеты, но наблюдается аддикция к запрещенным для них продуктам питания, они употребляют сладкую, соленую, острую пищу, не взирая на врачебный запрет.

У большинства больных выявлены вредные привычки, они употребляют спиртные напитки, табачные изделия, наркотики.

Отмечается недостаток положительных эмоций, который провоцирует аддитивные проявления как компенсацию негативных переживаний. В основном социально-психологический климат в семье больных хорошей, но они часто попадают в конфликтные ситуации в новой для них социальной среде.

Больные испытывают тревогу и беспокойство за свое здоровье, нуждаются в моральной поддержке и психологической помощи.

Полученные результаты исследования можно учитывать при разработке психологических корректирующих программ в психологической профилактике развития отягощений у больных, находящихся на стационарном лечении в отделении гастроэнтерологии. Возникает необходимость разработать образовательные программы в направлении психологии здоровья, формирующие навыки здорового образа жизни, в первую очередь питания, как возможность уменьшения количества хронических гастроэнтерологических заболеваний.

Библиографический список

1. Коган Б. М., Хазиева Т. И. Особенности эмоциональной сферы при нарушениях пищевого поведения и избыточной массы тела у подростков // Системная психология и социальная. 2016. № 4. С. 60–65.
2. Носкова Е. П. Здоровье и здоровый образ жизни населения как фактор развития региона // Регионология. 2015. № 3. С. 133–140.
3. Менделевич В., Авдеев Д., Киселев С. Психотерапия «здоровым смыслом». Чебоксары: Чуваш. ун-т, 1992. 75 с.
4. Орлова М. М. Социально-психологическая ситуация болезни на примере больных желудочно-кишечными заболеваниями: анализ объективных и субъективных составляющих // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2011. Т. 13. № 2–4. С. 875–880.
5. Орлова М. М. Семейная поддержка как ресурс личности в трудной жизненной ситуации // Психология и педагогика семьи. Материалы III Международной научно-практической конференции. Саратов: Наука, 2018. С. 19–28.
6. Скворцов В. В., Тумаренко А. В. Клиническая гастроэнтерология: краткий курс. СПб.: СпецЛит, 2015. 183 с.
7. Чапала Т. В. Категории, нормы и методы исследования в психологии здоровья // Научен вектор на Балканите «Научный хронограф». 2017. С. 31–34.
8. Mokrowiecka A., Pińkowski D., Malecka-Panas E. Assessment of quality of life in patients with chronic pancreatitis // Med Sci Monit. 2011. Vol. 17. № 10. P. 583–588.

НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Шапошникова А. Ф., к.м.н., Кондратьева Р. В.,

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

Аннотация

В статье обсуждаются особенности нарушений пищевого поведения у детей дошкольного возраста, страдающих расстройствами аутистического спектра. В исследовании участвовали 144 ребенка в возрасте от четырех до семи лет, преимущественно с расстройствами аутистического спектра. Контрольная группа была представлена другими нарушениями психического развития. Исследование позволило выявить виды пищевых расстройств, в большей степени свойственные детям с аутизмом, определить степень тяжести описанных расстройств.

Ключевые слова

Детский аутизм, расстройства аутистического спектра, нарушения пищевого поведения, синдром Пика.

EATING DISORDERS IN PRESCHOOL CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

Shaposhnikova A. F., PhD (Medical Sciences), Kondratyeva R. V.,

Sukhareva Research and Practical Center for Child and Adolescent Mental Health of the Moscow
Health Care Department,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The article discusses features of eating disorders in preschool children with ASD. A total of 144 children aged from 4 to 7 years were enrolled for the study. The study identified the types of eating disorders that are more common in children with ASD as well as the variance in eating disorders severity.

Key words

Children's autism, autism spectrum disorders, eating disorders, Peak syndrome.

Введение. На современном этапе актуальность задач, связанных с диагностикой, лечением и реабилитацией детей, страдающих расстройствами аутистического спектра, не вызывает сомнений. В большинстве стран, где ведется статистика аутистических расстройств, отмечается рост заболеваемости. Современные эпидемиологические данные, как правило, оценивают распространенность аутизма в один-два на 1000 детского населения и расстройств аутистического спектра (РАС) — около шести на 1000. По данным ООН, за последние 30–40 лет в большинстве стран, где ведется статистика данного заболевания, заболеваемость поднялась от четырех-пяти человек до 50–116 случаев на 10 тыс. детей и составляет в среднем 1% [2; 3].

Среди симптомов детского аутизма особое внимание клиницистов вызывают нарушения пищевого поведения, так как данные проявления существенно утяжеляют состояние ребенка. Расстройства пищевого поведения являются относительно частым симптомом, который, по литературным данным (Valerie M. et al. 2010) встречается примерно у 70% детей с расстройствами аутистического спектра. Структура нарушений пищевого поведения у детей с аутизмом также отличается большим разнообразием, чем у здоровых детей

[4]. Так, в ходе ряда исследований [5; 6] было выявлено, что эти дети могут отказываться от определенных продуктов питания из-за таких свойств, как текстура, консистенция, вкус, запах, форма. Селективность в выборе пищевых продуктов у детей с аутистическими расстройствами во многих случаях сохраняется и по достижении подросткового возраста [7]. Последствием вышеописанной избирательности в пище может стать не только дефицит витаминов, микро- и макроэлементов [8; 9; 10; 11], но также и усугубление трудностей социальной адаптации. Специфическая клиническая картина расстройств пищевого поведения при расстройствах аутистического спектра описана преимущественно в исследованиях зарубежных авторов (Postorino V. et al. 2015, Liu X et al. 2016, Malhi, Pet et al. 2017). Однако в последние годы внимание отечественных специалистов все чаще обращается к вопросам селективности пищевого поведения детей. Проведенные исследования [1] свидетельствуют о большей глубине и разнообразии избирательности в еде при более выраженной психической патологии, каковой являются расстройства аутистического спектра, что подтверждает актуальность темы и необходимость продолжения исследований отно-

сительно изучения особенностей расстройств пищевого поведения у детей с аутизмом.

Материалы и методы исследования. На базе острого отделения для детей дошкольного возраста в 2018–2019 г. проведено исследование нарушений пищевого поведения у детей с расстройствами аутистического спектра.

Выборка: 114 человек (20 девочек, 94 мальчика). Количество детей с расстройствами аутистического спектра составило 57 человек, и 57 человек вошли в контрольную группу, представленную другими нарушениями психического развития — умственной отсталостью различной степени выраженности, задержкой интеллектуального и речевого развития.

Методы исследования: клинико-психопатологический, параклинический (патопсихологическое, педагогическое, лабораторное, инструментальное обследование). Диагноз «Расстройства аутистического спектра» (РАС) был выставлен на основании клинико-психопатологического обследования и верифицирован по методике Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS). Был проведен анализ анамнестических данных, а также результатов динамического наблюдения во время пребывания детей в отделении.

Критериями включения были наличие нарушений пищевого поведения в анамнезе и по результатам наблюдения в отделении.

Критерии исключения: расстройство приема пищи как изолированное нарушение, наличие пороков развития

пищеварительной системы, препятствующих приему и перевариванию пищи, целиакия.

Результаты исследования. У детей с расстройствами аутистического спектра преимущественно выявлялись следующие нарушения пищевого поведения: отказ от новой пищи, выраженная избирательность, синдром Пика (бумага, зубная паста, ткань, обувь, штукатурка, экскременты). У детей с расстройствами аутистического спектра значительно чаще, чем при других отклонениях психического развития, встречались **тяжелые** нарушения пищевого поведения со значительным сужением ассортимента употребляемых продуктов и почти полным отказом от еды (6,3% и 1,7%), поедание несъедобного (6,3% и 0,6%), полный отказ от твердой пищи, нарушение жевания (5,7% и 1,1%). Среди детей с аутизмом, имеющих повышенную чувствительность к глютену, нарушения пищевого поведения выявились в 66% случаев.

Выводы.

1. У детей с расстройствами аутистического спектра чаще встречаются тяжелые нарушения пищевого поведения, которые могут угрожать здоровью ребенка.
2. Пищевые нарушения у детей с аутизмом имеют ряд особенностей, отличающих их от аналогичных состояний при других психопатологических расстройствах.
3. В дальнейшем изучении нуждаются вопросы коморбидности нарушений пищевого поведения у детей дошкольного возраста с другой психической и соматической патологией.

Библиографический список

1. Марголина И. А., Проселкова М. Е., Шимонова Г. Н. и др. Нарушения пищевого поведения у детей раннего и дошкольного возраста // Психиатрия и психофармакотерапия им. П. Б. Ганнушкина. 2014. № 05. С. 49–53.
2. Сухотина Н. К., Коровина Н. Ю., Маринчева Г. С. К вопросу о динамике распространенности расстройств аутистического спектра в детско-подростковой популяции // Психическое здоровье. 2013. № 6. С. 8–13.
3. Филиппова Н. В., Барыльник Ю. Б. Эпидемиология аутизма: современный взгляд на проблему // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. № 3. С. 95–101.
4. Sharp W. G., Berry R. C., McCracken C., et al. Feeding Problems and Nutrient Intake in Children with Autism Spectrum Disorders: A Meta-analysis and Comprehensive Review of the Literature // Journal of Autism and Developmental Disorders. Sept. 2013. V. 43, Issue 9. P. 2159–2173.
5. Curtin C., Hubbard K., Anderson S. E., et al. Food selectivity, mealtime behavior problems, spousal stress, and family food choices in children with and without autism spectrum disorder // J Autism Dev. Disord. Oct. 2015.
6. Hubbard K. L., Anderson S. E., Curtin C., et al. A comparison of food refusal related to characteristics of food in children with autism spectrum disorder and typically developing children // J. Acad Nutr Diet. Dec. 2014.
7. Bandini L. G., Curtin C., Phillips S., et al. Changes in Food Selectivity in Children with Autism Spectrum Disorder // J. Autism Dev. Disord. Feb. 2017.
8. Saavedra M. J., Aziz J., Cacchiarelli San Román N. Scurvy due to restrictive diet in a child with autism spectrum disorder. Case report. Arch Argent Pediatr 2018.
9. Liu X., Liu J., Xiong X., et al. Correlation between Nutrition and Symptoms: Nutritional Survey of Children with Autism Spectrum Disorder in Chongqing, China // Nutrients. May 2016. № 14. P. 8.
10. Ho H. H., Eaves L. C., Peabody D. Nutrient Intake and Obesity in Children with Autism. First Published August 1, 1997.
11. Caihong Sun, Wei Xia, Yan Zhao, Nannan Li. Nutritional status survey of children with autism and typically developing children aged 4–6 years in Heilongjiang Province, China // Journal of nutritional science. 2013.

ПСИХОСЕМИОТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ К ДЕТЯМ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Шведовская А. А.¹, к.псих.н., Русаковская О. А.^{1, 2}, к.м.н., Абрамова С. С.¹,

¹ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»,

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Аннотация

Ребенок с нарушением психического развития развивается в особых условиях. При оказании психологической поддержки семьям с особым ребенком необходимо ориентироваться в том числе и на отношения родителя к ребенку. В исследовании участвовали 50 семей с особыми и нормотипичными детьми 6–11 лет. В исследовании использовались методики «Я и мой ребенок» и «Однажды мой ребенок...». Результаты исследования выявили психосемиотические особенности отношения родителей к детям с особенностями развития: осознание болезни ребенка как точки отсчета изменений в семье, размытость границ восприятия себя и ребенка, эмоциональное напряжение по отношению к ситуации заболевания и др.

Ключевые слова

Семья, отношение к ребенку, родительское сочинение, особый ребенок.

PSYCHOSEMIOTIC FEATURES OF PARENTAL ATTITUDES TOWARDS CHILDREN WITH MENTAL DISORDERS

Shvedovskaya A. A.¹, PhD (Psychology), Rusakovskaya O. A.^{1, 2}, PhD (Medical Science), Abramova S. S.¹,

¹ Moscow State University of Psychology and Education,

² Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

Abstract

The study aimed at identifying psychosemiotic features of the parental attitude to a child with mental development disorder was conducted. Parents from 50 families with children with mental development disorders aged from 6 to 11 years were enrolled for the projection method research. The findings, such as parents' perception and awareness about psychiatric illness in children as important determinant of changes in the family living conditions; blurring the boundaries between one's own self and the child's one during a social interaction; and emotional stress in relation to the situation of the child disease, are shown.

Key words

Family, parental attitudes, parental composition, special child.

Ребенок с нарушением психического развития развивается в особых условиях, которые определяются не только теми ограничениями, которые связаны с имеющимся у него заболеванием, но и особенностями социальной ситуации развития, которую создает в первую очередь семья и ближайшее социальное окружение. При этом успешность развития и социализации «особенного» ребенка во многом зависит от того, насколько, с одной стороны, теплым, принимающим и поддерживающим, а с другой стороны, деятельностным и конструктивным будет отношение родителей к самому ребенку и к его заболеванию [10]. Результаты международных исследований показывают, что дети, страдающие нарушениями развития, входят в группу риска по эмоциональному отвержению, пренебрежению, жестокому обращению с ребенком

[2; 13]. Напротив, при гармоничных детско-родительских отношениях ребенок с нарушениями развития является основным предметом заботы семьи, а деятельность родителей, направленная на коррекцию имеющихся у ребенка проблем, становится для них на определенных этапах их жизни ведущей [1; 5].

В клинической, психологической, судебно-психиатрической практике для оценки особенностей отношения родителей к ребенку применяется широкий комплекс методов и методик. Среди них направленная клиничко-психологическая беседа, наблюдение за взаимодействием ребенка и родителя, различного рода опросники: «Анализ семейного воспитания» (АСВ), «Подростки о родителях» (PARI), «Опросник родительского отношения» (А. Я. Варга, В. В. Столин) (ОРО), «Опросник

состояния привязанности матери» (Лидерс А. Г., 2006; Козловская, 2019), проективные методы — рисуночные тесты (Мельникова М. Л., 2007) и игровые (Шведовская А. А., 2003) и др. Одним из методов исследования отношения родителя к ребенку является анализ родительских сочинений, при котором могут анализироваться как содержательные характеристики текстов (Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков, 2002; Шведовская А. А., 2005), так и формальные параметры морфологического, синтаксического, семантического и сюжетного уровней [9].

Целью данного исследования является выявление психосемиотических особенностей отношения родителей к детям с нарушениями психического развития. При психосемиотическом анализе объектом исследования является текст испытуемого, в котором анализируются формальные параметры морфологического, синтаксического, семантического и сюжетного уровней. Выявляемые параметры текста позволяют описывать содержательные, качественные характеристики исследуемого явления (отношение родителя к ребенку) по системным неосознаваемым выборам формальных элементов и сюжетных моделей [8].

Материалы и методы. Исследование проводилось на выборке семей с детьми в возрасте от 6 до 11 лет ($N = 50$). Основную группу испытуемых составили родители, которые воспитывают ребенка с нарушениями психического развития и активно занимаются его психолого-педагогической коррекцией и абилитацией, посещая занятия в Центре лечебной педагогики ($N = 25$). Контрольную группу составили родители, воспитывающие ребенка, не имеющего ограниченных возможностей здоровья и нарушений психического развития ($N = 25$). Испытуемым предлагалось написать сочинение в свободной форме на тему «Я и мой ребенок», а также небольшой текст из пяти-шести предложений, продолжающий фразу «Однажды мой ребенок...».

Результаты. Анализ родительских сочинений «Я и мой ребенок» показал, что для многих родителей основной группы осознание болезни ребенка звучит как точка отсчета, момент, с которого начинается или приобретает иной смысл история жизни: «До 2–3 лет это был самый обычный мальчик. Но потом выяснилось, что он аутист. И началась наша история по налаживанию связи с миром, обществом, детьми»; «Однажды мой ребенок перестал говорить и понимать окружающий мир» (40% выборки).

По основной сюжетной линии сочинения родителей основной группы можно разделить на пять типов.

«Что у моего ребенка получается, что он любит и что мы делаем с ним вместе» (32% выборки). При этом второе сочинение в форме неоконченного рассказа в большинстве случаев представляло собой описание какой-то сложной для ребенка ситуации (оказался в новой большой компании; потерялся), с которой он справился, и реакции на это родителя. В текстах сочинений, отнесенных к этой группе, имелись внутренние предикаты, относящиеся к ребенку, например «любит», «стеснялся», «испугался».

«Чего мой ребенок не может, не умеет, чему я хочу его научить» (24% выборки). Сочинения этого типа были эмоционально насыщены, однако их знак скорее был отрицательным, отражал эмоциональное напряжение и воспринимаемую тяжесть ситуации. Многие сочинения этой группы

не содержали внутренних предикатов, относящихся к ребенку, т.е. глаголов, описывающих происходящее во внутреннем пространстве ребенка, недоступное наблюдению извне. Второе сочинение родителей, отнесенных к этой группе, часто было посвящено описанию практически несбыточных надежд, которые сами родители определяли как чудо. В этих случаях родителями использовалась грамматическая форма будущего времени. Если же описывались ситуации из прошлого, они касались либо поражения ребенка и реакции на это родителя (ребенок оказался в реанимации, и только родитель верил, что все закончится хорошо), либо в описании встречались смысловые пропуски и умолчания.

«Как наша жизнь изменилась, когда «выяснилось, что он аутист», после чего началась «наша история» решения сложной задачи» (20% выборки). Родители, чьи сочинения были отнесены к этой группе, писали о тех усилиях, которые им приходится прикладывать для того, чтобы «облегчить жизнь ребенка в будущем», о том, что «все, что сейчас мы можем, — это результат кропотливых и долгих занятий». В сочинениях, отнесенных к этой группе, практически не встречалось внутренних предикатов, относящихся к ребенку.

«Мой ребенок такой же, как все» (16% выборки). В одном из сочинений, отнесенных к этой группе, родитель писал: «Мы с ребенком ведем такую же, а иногда и более насыщенную жизнь, чем со здоровыми детьми». В сочинениях этой группы внутренние предикаты, относящиеся к ребенку, отсутствовали, но имелись внутренние предикаты, относящиеся к родителю.

«Какой мой ребенок, на что и как он реагирует, что мы делаем для того, чтобы он был спокоен и счастлив» (8% выборки). В этих сочинениях часто употребляются внутренние предикаты, относящиеся как к ребенку, так и к родителю; сочинения эмоционально насыщены, при этом их эмоциональный знак положительный: «Моему ребенку нравится, когда все домочадцы находятся с ним в одной комнате, и это его успокаивает!».

Сочинения «Я и мой ребенок» родителей контрольной группы были больше по объему, отличались большей эмоциональной насыщенностью, в них часто встречались фразы «мой ребенок самый умный, самый красивый, он лучше всех», они часто содержали описание положительных черт характера ребенка, указание на доверительные с ребенком отношения, перечисление совместных занятий. Чаше, чем в сочинениях родителей основной группы, встречалось описание характера ребенка. При этом, как и в основной группе, отмечались преимущественно позитивные его качества. Однако если в основной группе этими качествами были такие, как «доброжелательный, добрый, послушный, улыбочивый», то родители здоровых детей в качестве позитивных черт описывали самостоятельность ребенка, критический настрой, широту интересов, разумность, готовность помочь.

Тексты родителей нормотипичных детей, продолжающие фразу «Однажды мой ребенок...», были более позитивными. В большинстве случаев они содержали описание какой-то запомнившейся истории из детства ребенка, когда он или совершил какой-то хороший поступок, или проявил позитивное качество характера, или сделал что-то смешное. В трех случаях, наоборот, родителем описывалась ситуация

проступка ребенка, последовавших за этим наказания и исправления.

Анализ морфологических параметров показал, что родители детей с нарушениями развития в своих сочинениях часто использовали местоимение «мы», которое обозначало либо ребенка и родителя, либо ребенка и всю семью: «Учимся жить с учетом тех особенностей, которыми наделен мой ребенок», «главное — мы вместе». В сочинении одного из родителей основной группы читаем: «Я и мой ребенок — одно целое». В сочинении другого: «Я знаю о нем все». По нашему мнению, это свидетельствует о размытости границ восприятия родителем себя и ребенка с нарушением развития, что для родителей здоровых детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста уже не характерно. В сочинениях контрольной группы родители использовали местоимение «мы» исключительно для описания совместных действий («мы можем вместе делать уроки, что нас сближает»), а чаще и для этого использовали словосочетания «я и мой ребенок».

Грамматические формы будущего времени использовали 20% родителей основной группы и 8% контрольной. Будущее время родители детей с нарушениями развития использовали, когда писали о неблагоприятном прогнозе: «Она никогда не повзрослеет и никогда не станет самостоятельной», или о своих мечтах, связанных с улучшением состояния ребенка: «Однажды мой ребенок снова научится улыбаться и плакать. И это было бы чудо...», «Однажды мой ребенок сможет говорить..., выражать свои чувства и эмоции». В контрольной группе грамматическая форма будущего времени использовалась лишь двумя родителями для описания переживаний, связанных с взрослением

ребенка: «Однажды мой ребенок вырастет. От этой мысли мне становится не по себе... Жаль, что дети рано или поздно покидают родной дом».

Закключение. Проведенное исследование выявило следующие психосемиотические особенности отношения родителей к детям с особенностями развития: осознание болезни ребенка как точки отсчета, размытость границ восприятия себя и ребенка, частое использование грамматических форм будущего времени, сопряженное с эмоциональным напряжением и негативным эмоциональным знаком переживаний. Анализ основных сюжетных линий сочинений позволил разделить их на пять групп. Внутренние предикаты, относящиеся к ребенку, которые являются семиотическим показателем проницаемости внутреннего мира другого для автора текста, ориентации родителя на внутренние переживания ребенка, субъектного отношения к нему, имелись в сочинениях, отнесенных нами по сюжетным характеристикам к первой и пятым группам. В остальных сочинениях родителей (60%) внутренние предикаты, относящиеся к ребенку, практически отсутствовали. По нашему мнению, это свидетельствует о том, что даже деятельностное и конструктивное отношение родителей к особому ребенку часто является объективным. Как нам представляется, именно это в сочетании с объективными трудностями воспитания ребенка с нарушениями развития может определять остроту испытываемых родителем переживаний, о которых один из наших отцов написал так: «Я знаю о нем все. Он никогда не был простым, но я всегда его любил и одновременно ненавидел. Испытывая полную гамму чувств, понимаешь, что такое «твой ребенок». И чем сложнее жизнь с ним, тем крепче любовь».

Библиографический список

1. Абрамова С. С. Особенности родительского отношения к ребенку с ОВЗ // Коченовские чтения «Психология и право в современной России»: сборник тезисов участников Всероссийской конференции по юридической психологии с международным участием. М.: МГППУ, 2016. С. 45–47.
2. Алексеева И. А., Новосельский И. Г. Жестокое обращение с ребенком. Причины, последствия, помощь. М.: Генезис, 2005.
3. Бурменская Г. В., Захарова Е. И., Карабанова О. А. и др. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Академия, 2002. 416 с.
4. Диагностические тесты психологического и психоневрологического обследования детей первых лет жизни (нормативы, риск патологии, организация помощи): методические рекомендации / под ред. Г. В. Козловской. М., 2019. С. 147–151.
5. Карабанова О. А. Детско-родительские отношения и практика воспитания в семье: кросс-культурный аспект // Современная зарубежная психология. 2017. Т. 6. № 2. С. 15–26.
6. Лидерс А. Г. Психологическое обследование семьи: учеб. пособие-практикум для студ. фак. психологии высш. учеб. заведений. М.: Академия, 2006. 432 с.
7. Мельникова М. Л. Рисунок «Мать и дитя» в диагностике привязанности: методическое руководство / под ред. С. Ф. Сироткин. Ижевск: ERGO, 2007. 216 с.
8. Новикова-Грунд М. В. Уникальная картина мира индивида и ее отображение на текстах: на примере текстов людей, совершивших ряд суицидальных попыток. М.: Левъ, 2014. 188 с.
9. Рукавская О. А., Новикова-Грунд М. В., Андрианова С. Б. Психосемиотический подход к оценке родительского отношения // Российский психиатрический журнал. 2019. № 4. С. 27–35. DOI: 10.24411/1560-957X-201911933.
10. Ткачева В. В. Технологии психологической помощи семьям детей с отклонениями в развитии. М., 2007.
11. Шведовская А. А. Использование методики «Родительское сочинение» в диагностике детско-родительских отношений в дошкольном возрасте // Психологическая диагностика. 2005. № 4. С. 70–103.
12. Шведовская А. А. Игра как диагностическое средство в психологическом консультировании // Психологическая наука и образование. 2003. Т. 8. № 1. С. 23–43.
13. Brandon M., Bailey S., Belderson P., Larsson B. The Role of Neglect in Child Fatality and Serious Injury // Child Abuse Review. 2014. № 23. P. 235–245. DOI: 10.1002/car.2320.

СОЧЕТАНИЕ ЛУРИЕВСКИХ И ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИЙ РЕГУЛЯЦИИ И КОНТРОЛЯ ПРИ СДВГ

Шевченко И. А., к.псих.н.,

Психологический центр коррекции и развития «Лабиринт детства»,

Москва, Российская Федерация

Кабинет нейропсихологической помощи «Cortex»,

Красногорск, Московская область, Российская Федерация

Аннотация

Исследуя качественную и количественную специфику СДВГ, мы проводили Луриевское нейропсихологическое обследование (адаптированное для детской популяции Ж. М. Глоzman и др. 2008, 2013) для выявления трудностей в обучении и поведении, обусловленных функциональной незрелостью определенных структур мозга детей. Для уточнения структуры регуляторных дефектов мы также использовали психометрические методы. Эти методы оказались достаточно чувствительными, чтобы дифференцировать детей с СДВГ и без него с точки зрения регуляции и контроля параметров.

Ключевые слова

СДВГ, исполнительные функции, Луриевский нейропсихологический подход, оценка.

COMBINING QUALITATIVE AND QUANTITATIVE MEASURES IN THE EVALUATION OF EXECUTIVE FUNCTIONS IN ADHD

Shevchenko I. A., PhD (Psychology),

Psychological Center of Remediation and Development «Labyrinth of Childhood»,

Moscow, Russian Federation

Neuropsychological Remediation Service «Cortex»,

Krasnogorsk, Moscow Region, Russian Federation

Abstract

To study the qualitative and quantitative features of ADHD, the Lurian neuropsychological evaluation (adapted for the children by J. Glozman et al., 2008, 2013) was used to reveal learning and behavior difficulties caused by functional immaturity of certain brain structures of children. For specification of the structure of regulatory defects, we also used psychometric methods. These methods proved to be adequately sensitive to differentiate children with and without ADHD in terms of regulation and control parameters.

Key words

ADHD, Executive Functions, Lurian Neuropsychological Approach, Reitan Neuropsychological Approach, Evaluation.

Введение. Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) широко изучается специалистами, но до сих пор остается большое количество вопросов об этиологии, клинике, диагностике, прогнозе и лечении данного расстройства.

Луриевский нейропсихологический подход позволяет качественно охарактеризовать структуру синдрома дефицита внимания и гиперактивности, выявить его биологические и социальные механизмы, а также разработать эффективные подходы к его коррекции, т.е. к решению этой актуальной и значимой социальной проблемы.

При этом знание структуры синдрома позволяет наметить индивидуализированную программу нейропсихологической коррекции и повысить ее эффективность.

Поэтому при оценке исполнительных функций при СДВГ мы применяем сочетание Луриевского подхода и психометрических методов.

Обоснование выбора методик. Исследуя качественную и количественную специфику синдрома дефицита внимания и гиперактивности, мы прежде всего проводим нейропсихологическое обследование с использованием проб, предложенных А. Р. Лурия, 1969 г. [7], адаптированных для детской популяции (Ж. М. Глоzman и др. [2; 4; 5]) для выявления трудностей обучения и поведения, обусловленных функциональной незрелостью (задержкой в развитии) определенных мозговых структур детей.

Шкала Коннерса [11] помогает выявить наличие или отсутствие, а также степень выраженности дефицита внимания и гиперактивности.

Для выявления особенностей пере-, перинатального и раннего развития ребенка, его проблем в семье и детском коллективе при первичной диагностике ребенка мы используем опросник раннего развития ребенка (для родителей) [4].

Для определения профиля латеральной организации ребенка мы применяем опросник М. Аннет и пробы «часы», «подзорная труба» [8].

Помимо этого, мы используем психометрические методы исследования для уточнения структуры регуляторных дефектов. The Hayling Test (тест оканчивания предложений) [10] при-

меняется для исследования функций контроля и регуляции, Numeric Stroop test (модифицированный тест Струпа) [15; 18] направлен на измерение устойчивости мозговой активности и внимания к интерференции; Daily Planning Test (тест «Планирование дня») [16] используется для исследования способности к поэтапному планированию и к сопоставлению плана и его реализации; Iowa Gambling Task (тест «Риск и выгоды») [9; 12; 13; 14; 17] ставит перед собой задачу исследования связи эмоциональной и речевой регуляции с помощью изучения регуляторных функций в эмоционально окрашенных условиях принятия решений в ситуации неопределенности.

Результаты оценки управляющих функций при СДВГ.

В нашем исследовании принимали участие 33 школьника с диагнозом СДВГ, подтвержденным неврологически и на основании шкалы Коннерса (28 мальчиков и 5 девочек в возрасте от 8 до 11 лет) и 33 ребенка школьного возраста с трудностями обучения и поведения в школе, но без диагноза СДВГ и без данных о пре- и перинатальной патологии — «практически здоровые дети» (23 мальчика и 10 девочек в возрасте от 8 до 12 лет).

Для наглядности приведем сравнительную диаграмму наиболее выраженных трудностей школьников с и без диагноза СДВГ, где 0 — отсутствие симптома, 3 — очень высокая степень его проявления (рис. 1).

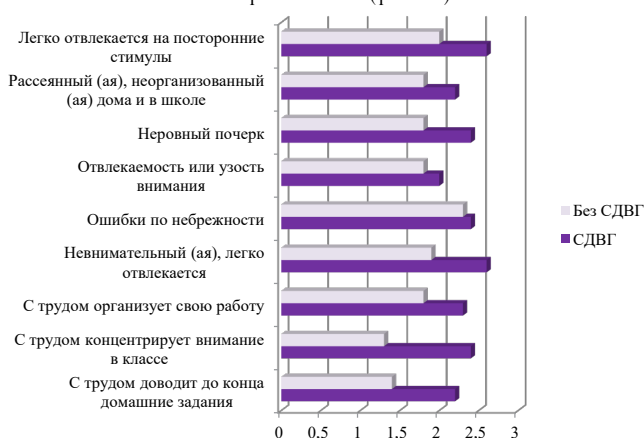


Рис. 1. Сравнительные данные наиболее выраженных трудностей обучения школьников с диагнозом СДВГ и без данного диагноза

Как видно из графика, дети без диагноза СДВГ имеют меньшую степень выраженности трудностей по сравнению с детьми с СДВГ, однако она достаточно высока для успешного школьного обучения.

Луриевские методы нейропсихологического обследования. Анализ по сферам нейропсихологического обследования показывает, что у школьников с трудностями обучения (но без диагноза СДВГ) лучше, чем у школьников с СДВГ, показатели общей характеристики — ориентировки ребенка во времени и месте, общей сферы знаний, контроля своего поведения, критичности при обследовании и адекватности восприятия сделанных ошибок (как выше и число дефектов в этой сфере).

Результаты, полученные в сфере праксиса говорят о больших сложностях в двигательной сфере у детей с СДВГ. При том, что сама по себе общая моторика у детей с синдромом гиперактивности развита хорошо, они испытывают значительные трудности в выполнении движений, требующих высокой степени сукцессивной организации и координации (например, повороты рук вовнутрь и наружу или быстрые попеременные

движения), а также координации мелких движений (при письме, при завязывании шнурков и застегивании пуговиц).

Штрафные баллы за нейродинамические показатели и число дефектов также оказались ниже у группы школьников без СДВГ по сравнению с группой СДВГ. Например, у первых очень редко встречались такие нейродинамические симптомы, как флуктуации умственной работоспособности. Полученные данные свидетельствуют о больших нейродинамических сложностях у детей с СДВГ по сравнению со школьниками с трудностями обучения, но без данного диагноза.

Несмотря на то, что интеллектуальная составляющая психической деятельности у детей с СДВГ, как правило, не страдает первично, в нашем исследовании средний штрафной балл группы детей с СДВГ хуже среднего штрафного балла группы школьников без СДВГ. Также отмечается меньшее число дефектов в этой сфере в группе школьников без СДВГ. Например, у них редко встречались такие симптомы, как невозможность понимания смысла сюжетной картинки или рассказа, импульсивность при анализе картинки или рассказа, импульсивное решение задачи на обобщение или выведение аналогий.

Самым значимым в сравнении двух групп до коррекции оказалось различие по суммарному нейропсихологическому штрафному баллу. У группы детей с СДВГ он составил 6,49, что характеризует группу с выраженной степенью несформированности ВПФ. У школьников без данного диагноза мы получили показатель 3,95, что соответствует уровню легкой степени несформированности ВПФ.

Психометрические методы. Примененные нами психометрические методы позволили расширить структуру синдрома дефицита внимания и гиперактивности за счет ее детализации с включением таких малоизученных категорий, как нарушение поэтапного планирования своей деятельности, устойчивости к интерференции, трудности принятия решений в ситуации неопределенности.

В тесте «Риск и выгода», исследующем функцию планирования и способность к принятию эффективного решения в ситуации неопределенности, можно отметить высокий уровень значимости результатов, где средний «заработок» у группы с СДВГ гораздо ниже (–82 у.е.), чем у детей второй группы (+35 у.е.), т.е. участники группы с СДВГ остались «должны» (рис. 2). При этом дети без СДВГ вырабатывали стратегию предполагаемого выигрыша, в то время как подавляющее число школьников с диагнозом СДВГ продолжали действовать импульсивно наугад, не вдумываясь в смысл.

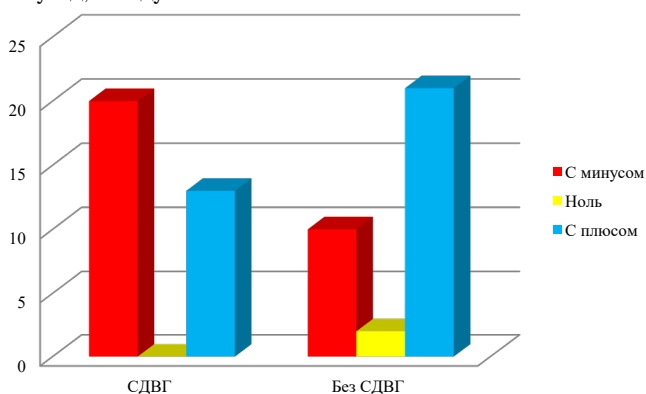


Рис. 2. Результаты теста «Риск и выгоды» (количество детей)

В нашем исследовании мы можем говорить о трудностях компонента планирования в регуляторных функциях и низкой способности к принятию эффективного решения, особенно когда принимать решение приходится в эмоционально окрашенных условиях.

Среди психометрических методов также выявлены достоверные различия числа ошибок в цифровом тесте Струпа, направленном на исследование стабильности регуляции деятельности в условиях интерференции. Среди детей с трудностями обучения, но без СДВГ выявлено меньшее среднее число ошибок в отличие от группы детей с СДВГ. Так, вопреки инструкции дети с СДВГ чаще называли не количество цифр (например, 4) в клетке, а ту цифру, количество которой нужно сосчитать (например, 3, так как эти четыре цифры написаны «тройками»). При этом в большинстве случаев они не замечали своих ошибок в отличие от своих сверстников без СДВГ, которые обычно самостоятельно исправляли свои единичные неточные ответы. Также отметим, что среднее время выполнения таблицы у детей с СДВГ оно составило 2 мин 25 секунд, тогда как у школьников без СДВГ — 1 мин 55 секунд. Это дополняет описанные выше результаты сравнения нейродинамических показателей двух групп детей. Таким образом, мы можем говорить о более низкой устойчивости мозговой активности и внимания к интерференции у детей с СДВГ.

В тесте оканчивающих предложений (The Hayling Test) значимые отличия отмечаются в итоговом штрафном балле. Тест оценивает торможение произвольной реакции, и мы можем видеть меньшую способность к этой функции

при СДВГ по сравнению со школьниками с трудностями обучения без этого синдрома. В этом же тесте выявлены значимые различия по типам ошибок: у школьников без СДВГ балл грубых ошибок (ребенок не отторгнул свою непосредственную реакцию) меньше, чем у их сверстников с данным синдромом. Ребенок без СДВГ чаще делал попытку следовать инструкции, но не мог осуществить полностью заданную программу.

Заключение. Таким образом, примененные нетрадиционные для российских нейропсихологов психометрические методы исследования СДВГ позволили уточнить структуру дефектов регуляции и контроля у данной группы детей и включить в нее дефекты поэтапного планирования своей деятельности, низкую устойчивость к интерференции и трудности принятия решений в ситуации неопределенности у детей с СДВГ.

При этом Луриевские методы позволили не только качественно охарактеризовать структуру синдрома дефицита внимания и гиперактивности, выявить его биологические и социальные механизмы, но и разработать эффективные подходы к его коррекции, т.е. к решению этой актуальной и значимой социальной проблемы.

При этом знание структуры синдрома позволяет также наметить индивидуализированную программу нейропсихологической коррекции и повысить ее эффективность. Что говорит о важности комплексного (Луриевского нейропсихологического и психометрического) подхода к диагностике СДВГ.

Библиографический список

1. Агрис А. Р. Дефицит нейродинамических компонентов деятельности у детей с трудностями обучения: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2015. 35 с.
2. Глозман Ж. М. Нейропсихологическое обследование: качественная и количественная оценка данных. М.: Смысл, 2012. 264 с.
3. Глозман Ж. М. Нейропсихология детского возраста: учебник для академического бакалавриата. 2-е изд., испр. и доп. М.: Юрайт, 2017. 268 с.
4. Глозман Ж. М., Потанина А. Ю., Соболева А. Е. Нейропсихологическая диагностика в дошкольном возрасте. СПб.: Питер, 2008. 80 с.
5. Глозман Ж. М., Соболева А. Е. Нейропсихологическая диагностика детей школьного возраста. М.: Смысл, 2013. 166 с.
6. Горячева Т. Г., Султанова А. С. Нейропсихологические особенности психического развития детей с синдромом гиперактивности // Материалы Российской научно-практической конференции «В. М. Бехтерев и современная психология». Вып. 3. Т. 2. Казань, 2005. С. 91–100.
7. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. 2-е доп. изд. М.: Изд-во Мос. гос. ун-та, 1969. 504 с.
8. Хомская Е. Д. Нейропсихология. 4-е изд. СПб.: Питер, 2005. 496 с.
9. Bechara A., Tranel D., Damasio H. Characterization of the decision-making deficit of patients with ventromedial prefrontal cortex lesions. *Brain*. 2000. Vol. 123 (11). P. 2189–2202.
10. Burgess P., Shallice T. The Hayling and Brixton tests. Pearson: Thurston Suffolk, 1997.
11. Conners C. K. Conners' Rating Scales Revised: Technical Manual. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, 1997.
12. Bechara A., et al. Deciding advantageously before knowing the advantageous strategy. *Science*, 1997. Vol. 275. P. 1293–1295.
13. Bechara A., et al. Different contributions of the human amygdala and ventromedial prefrontal cortex to decision-making // *Journal of Neuroscience*. 1999. Vol. 19. P. 5473–5481.
14. Bechara A., et al. Dissociation of working memory from decision making within the human prefrontal cortex. // *Journal of Neuroscience*. 1998. Vol. 18. P. 428–437.
15. Shallice T., et al. Executive function profile of children with attention deficit hyperactivity disorder // *Developmental Neuropsychology*. 2002. Vol. 21, № 1. P. 43–71.
16. Funke J., Krüger T. «Plan-A-Day» (PAD). Bonn: Psychologisches Institut der Universität Bonn, 1993.
17. Bechara A., et al. Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex // *Cognition*. 1994. Vol. 50 (1–3). P. 7–12.
18. Stroop J. R. Studies of interference in serial verbal reactions // *Journal of Experimental Psychology*. 1935. № 18. P. 643–662.

СДВГ ИЛИ «ВОЗБУЖДЕННАЯ МАНИЯ»? ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Шевченко Ю. С., д.м.н., Пилюгина Л. В., к.м.н., Шевченко М. Ю.,

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Обследование 143 детей, наблюдавшихся психиатрами и неврологами с диагнозом «Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)», позволило выделить 50 пациентов, у которых сходная с СДВГ симптоматика являлась «фасадом» эндогенного заболевания. Последнее протекало в форме атипичного аффективного расстройства — «возбужденной мании». Сравнение этой группы с контрольной (типичный СДВГ) дало основание выделить основные и дополнительные критерии их дифференциальной диагностики.

Ключевые слова

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью, аффективные расстройства, «возбужденная мания», шизофрения, шизоаффективное расстройство.

ADHD OR «EXCITED MANIA»? DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

Shevchenko Y. S., Doctor of Medical Sciences, Pilyugina L. V., PhD (Medical Sciences),
Shevchenko M. Y.,

Russian Medical Academy of Continuous Professional Education of the Ministry of Health
of the Russian Federation,
Moscow, Russian Federation

Abstract

A survey of 143 children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) observed by psychiatrists and neurologists, identified 50 patients who had symptoms similar to ADHD as the “facade” of endogenous disease. The latter occurred in the form of atypical affective disorder known as “agitated mania”. Comparison of this group with the control group (typical ADHD) gave the basis to identify the main and additional criteria for their differential diagnosis.

Key words

Attention deficit hyperactivity disorder, affective disorders, “excited mania”, schizophrenia, schizoaffective disorder.

Кажущаяся простота верификации СДВГ [8; 11] определяет нередкие случаи его гипердиагностики не только в первичной педиатрической сети, но и в специализированной педопсихиатрической практике. Среди состояний, с которыми следует дифференцировать СДВГ, наименее изученными являются аффективные, в частности маниакальные расстройства в детском возрасте, протекающие с выраженным психомоторным возбуждением, которое может быть ошибочно расценено как непроцессуальная гиперактивность [1; 3; 12], отражающая соответствующий онтогенетический (а именно психомоторный) уровень нервно-психического реагирования (по В. В. Ковалеву) [6]. В то же время терапия аффективной патологии предполагает принципиально иной подход, чем при СДВГ [1; 4; 5; 4].

Если для взрослого пациента в структуре депрессивной или маниакальной триады преобладающими являются аффективный и идеаторный компоненты, то для детей дошкольного и младшего школьного возраста ведущим является двигательный компонент в виде моторного торможения либо возбуждения [1–3; 5; 10–12]. Последнее дало

основание для выделения атипичного для взрослой клиники и типичного для детской психиатрии варианта маниакального синдрома, получившего название «возбужденной мании» [9]. Под «возбужденной манией» мы понимаем затяжные маниакальные состояния у детей и подростков, имеющие атипичную структуру аффективного синдрома с незначительно повышенным тимическим компонентом маниакальной триады, умеренным ускорением ассоциативных процессов и выраженным моторным возбуждением, зачастую затмевающим другие проявления мании [1–3; 5; 9; 10]. При этом фасадная для данного синдрома эндогенно-процессуальной этиологией картина психомоторного возбуждения может быть трудно отличимой от проявлений двигательной расторможенности в рамках синдрома дефицита внимания с гиперактивностью наследственной или резидуально-органической природы [2–5; 11].

Нами были первично (амбулаторно и стационарно) обследованы 143 ребенка с направляющим диагнозом «СДВГ» [10]. Причинами для обращения служили выраженное повышение моторной активности, нарушения поведения,

затрудняющие социальную адаптацию детей и приводящие к невозможности нахождения в детских коллективах, резистентные к фармакотерапии нейрометаболитами. Последние назначались педиатрами и детскими неврологами, длительно (порой в течение нескольких лет) наблюдавших этих детей с диагнозами «Перинатальная энцефалопатия», «Синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости», «Задержка психоречевого развития», «Доброкачественная внутричерепная гипертензия, гипертензионно-гидроцефальный синдром» — G 93.2, «Экстрапирамидные и пирамидные расстройства неуточненные (включая гиперкинетический синдром)» — G 25.9, «Синдром вегетативной дистонии» — G 90.8.

На основании психопатологического, патопсихологического, нейропсихологического, электроэнцефалографического и динамического обследования в основную группу вошли 50 пациентов с возбужденной манией (45 мальчиков и 5 девочек) в возрасте от 3 до 15 лет (средний возраст $8,78 \pm 2,9$ года). Контрольную группу составили дети с гиперкинетическим расстройством поведения по МКБ-10 (синдромом гиперактивности и дефицита внимания по DSM-IV). В данную группу вошли 20 пациентов от 4 до 10 лет (все обследованные мальчики), средний возраст $6,45 \pm 1,9$ года. Таким образом, включенный в исследование материал составил 70 наблюдений. Семьдесят три ребенка из первично обследованных из дальнейшего были исключены в соответствии с принципами отбора (отсутствие психоорганического синдрома, умственной отсталости, психотических симптомов, отказа от углубленного обследования).

В различные сроки наблюдения 25 детей из основной группы (50%) были госпитализированы в клинические отделения Московской городской детской психиатрической больницы № 6 (в настоящее время Научно-практический центр охраны психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой). Непосредственным поводом для стационарирования являлись выраженные нарушения поведения, приводящие к срыву адаптации в детских коллективах (детских садах, школах) и (или) дома, отказ от посещения школы, трудности усвоения учебного материала. Другая половина пациентов (25 человек (50%) обследовалась и лечилась амбулаторно. В контрольной группе за весь период наблюдения стационарировались восемь человек (40%) с жалобами на расстройства поведения и трудности усвоения школьного материала. При обследовании установлено, что у всех 50 больных основной группы (100%) первые психопатологические феномены, которые можно было расценить как признаки манифестации болезненного процесса, имели место уже в раннем возрасте (до трех лет). Однако эти проявления болезни воспринимались родителями и врачами-интернистами (педиатрами и неврологами) не как психические расстройства, требовавшие динамического наблюдения и медикаментозной коррекции, а как неврологические и (или) психологические особенности развития ребенка. Возраст первого обращения к психиатру колебался в диапазоне от 3 до 13 лет, в среднем — $6,92 \pm 2,1$ года. В результате наших исследований у пациентов основной группы возбужденная мания была выявлена в рамках: МДП — одно наблюдение, РДА — пять случаев, малопрогредиентной психопатоподобной шизофрении и шизоаффективного расстройства — 44 случая.

Нейропсихологические особенности детей основной группы укладывались в картину негрубых изменений по органическому типу. Обращали на себя внимание сохранность слухоречевой и зрительной памяти и отсутствие признаков утомления и истощения в ходе обследования. У детей контрольной группы имели место более глубокие по сравнению с основной группой изменения, затрагивающие все три блока мозга (по А. Р. Лурия [7]), нарушения всех видов памяти, признаки истощаемости и пресыщаемости, сниженной работоспособности. Рисунок поведения детей с возбужденной манией лишь внешне напоминал таковой у пациентов с гиперкинетическим расстройством поведения. При анализе клинических данных у больных основной группы были обнаружены признаки маниакального синдрома, которые отсутствовали у детей контрольной группы. Специфическое сочетание основных клинических симптомов, составляющих маниакальную триаду возбужденной мании никогда не встречалось у детей контрольной группы, так же как изолированное увеличение двигательной активности в сочетании с истощаемостью и дефицитом внимания, являющиеся признаком СДВГ и обнаруженные нами в 100% случаев среди детей контрольной группы, не имели места в клинической картине болезни детей основной группы. Помимо маниакальных расстройств клиническая картина болезни 49 пациентов основной группы (98%) содержала более глубокие нарушения в виде признаков диссоциации психических процессов и (или) аутистических расстройств, которые не были обнаружены ни у одного пациента контрольной группы. При статистическом анализе частоты встречаемости психопатоподобного поведения в основной и контрольной группах достоверных различий получено не было ($p = 0,121$), однако имела место тенденция к увеличению частоты данных нарушений поведения среди пациентов основной группы.

Сопутствующая патология в виде неврозоподобного энуреза, нарушения речевого развития или их сочетания, подтверждающая наличие резидуально-органической почвы, имела место у 58% детей основной и 70% детей контрольной групп. Статистически достоверной разницы по данным параметрам между группами получено не было, однако отчетливо прослеживается тенденция к увеличению частоты встречаемости сопутствующей патологии резидуально-органического генеза в контрольной группе. В то же время внешнее сходство в поведении детей основной и контрольной групп при идентичности жалоб родителей и отсутствии достоверных различий, касающихся анамнестических данных, неврологических и большинства нейропсихологических характеристик, указывают на важность организационно-методического обеспечения своевременного педиатрического и неврологического обследования «гиперактивных» детей уже на уровне первого врачебного звена и обязательного направления их к детскому психиатру для углубленной психопатологической диагностики и адекватной терапии.

В результате проведенного исследования нами выделены следующие критерии отграничения возбужденной мании от сходных нарушений поведения у детей иной психопатологической структуры, в частности синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), который нередко ошибочно диагностируется неврологами и психиатрами [10; 12].

1. Под маской психопатоподобного поведения, в структуре которого у детей дошкольного и младшего школьного возраста большое место занимают моторная гиперактивность и повышенная отвлекаемость, всегда присутствуют более или менее выраженные маниакальные (или гипоманиакальные) расстройства, которые можно ошибочно принять за «естественную детскую живость», конституциональную гипертимность или органическую эйфоричность. При «возбужденной мании» выраженность аффективной триады неравномерна в отдельных ее компонентах. Преобладает психомоторное и идеаторное возбуждение в виде двигательного беспокойства, непоседливости, суетливости, обилия лишних движений, импульсивности поступков, непослушания, повышенной возбудимости и ажитированности, реже гневливости, как правило, отмечаемой при инверсии аффекта. Это сочетается с многоречивостью (нередко в форме монолога), вплоть до «речевого напора» (приводящего порой к осиплости голоса), обилием и легкостью ассоциаций, откликаемостью, гиперметаморфозом внимания, неистощимостью потока интеллектуальной продукции. Усиленное фантазирование может сопровождаться визуализированными представлениями даже у тех пациентов, у которых ни до, ни после приступа способность к яркому образному воображению не отмечалась. Нераспознанность возбужденной мании ведет к изолированному применению педагогических мероприятий, оказывающихся неэффективными [13].

2. Фазность поведенческих расстройств, обусловленных маниакальным возбуждением, обнаруживаемая далеко не всегда. В ряде случаев отмечаются суточные колебания психопатоподобных эквивалентов с гневливостью и конфликтностью в утренние часы и нарастающим возбуждением с безудержной неуправляемостью во второй половине дня. Наличие сезонности в выраженности расстройств удается обнаружить при повторных приступах, однако уточненный анамнез часто позволяет отметить довольно очерченное по времени острое начало качественного ухудшения поведения, не связанное с какой-либо значительной психотравмирующей ситуацией. Предположить аффективную природу поведенческих расстройств позволяет наличие более отчетливых аффективных (чаще соматизированных депрессивных) фаз в анамнезе (в частности, в раннем возрасте).

3. Наличие соматовегетативных проявлений мании обнаруживается в нарушениях сна (позднее засыпание, укороченный по времени глубокий сон), повышенном аппетите, неустойчивости, неизменном ощущении физического благополучия, легкой переносимости физического дискомфорта, пониженной чувствительности к боли, высокой сопротивляемости соматогенным вредностям, нечувствительности к аденовирусным инфекциям, что свидетельствует о повышенном витальном тоне. В ряде случаев имеет место усиление инстинктивной

сферы, сексуальная расторможенность, неперсонифицированная агрессивность, «веселая злость».

4. Критерий *ex juvantibus* (доказательство предполагаемой природы расстройства на основании эффективности специфического для него лечения). Психопатоподобные эквиваленты мании у детей проявляют особую чувствительность к седативным нейролептикам, в особенности к галоперидолу, на фоне которого, параллельно снятию психомоторного возбуждения и упорядочиванию поведения, исчезает расторможенность инстинктивных форм поведения, внешне напоминающих гебоидность, но не содержащих в себе, как правило, выраженных признаков патологически извращенных влечений (более чувствительных к аминазину и неуплетилу). Наш собственный опыт показал, что при длительном приеме галоперидола возможна инверсия аффекта, наступление депрессивной фазы, сопровождающейся появлением иной, более полиморфной психопатологической симптоматики. Оптимальным представляется сочетание «больших» нейролептиков (галоперидол, клозапин, кветиапин, оланзапин, арипипразол) с препаратами лития или карбамазепином. Это способствует стабилизации состояния и служит профилактикой повторных приступов. Малые нейролептики (тералиджен, сонапакс, хлорпротиксен, эглонил), нередко назначаемые районными психиатрами, способны лишь слегка успокоить ребенка, но не остановить эндогенный процесс, тогда как ноотропы и психостимуляторы могут спровоцировать психотическое обострение. Дополнительными критериями диагностики психопатоподобных масок мании служат:

- наследственная отягощенность маниакально-депрессивными расстройствами;
- гетерономность актуального поведения преморбидно-дефензивным чертам характера детей;
- субъективное ощущение у сохраненных больных необычности и неестественности своего поведения;
- отсутствие актуальных признаков психоорганических нарушений;
- даже при наличии специфических негативных расстройств и обычно негрубых расстройств мышления продуктивность на фоне гипомании повышается за счет вработываемости в процесс организованной извне интеллектуальной работы. по окончании приступа возбужденной мании продуктивность этих детей снижается.

Катамнестическое обследование в подростковом возрасте пациентов основной группы, не получавших по тем или иным причинам адекватной терапии, обнаружило следующие тенденции эндогенного процесса: инверсия аффекта со сменой возбужденной мании апатической депрессией, литический выход из аффективного приступа со снижением интеллектуальной продуктивности и личностным регрессом, присоединение к имеющейся симптоматике кататонно-гебефренных симптомов и нарастание негативных расстройств.

Библиографический список

1. Антропов Ю. Ф. Аффективная патология (маниакально-депрессивный психоз, циклотимия, маскированная депрессия, сезонная депрессия, шизоаффективные расстройства, аффективные нарушения при шизофрении) // Психиатрия детско-подросткового возраста. Ч. II. Эндогенные психические расстройства. М.: Буки Веди, 2016. С. 5–143.
2. Буреломова И. В. Маниакальные состояния при шизофрении у детей: дис. ... канд. мед. наук. М., 1986. 203 с.
3. Данилова Л. Ю. Маниакально-депрессивный психоз в детском и подростковом возрасте: учеб. пособие ЦИУВ. М., 1992. 28 с.
4. Данилова Л. Ю. Шизофрения // Детская и подростковая психиатрия: клинические лекции для профессионалов / под ред.

- Ю. С. Шевченко. 2-е изд. испр. и доп. М.: Мед. инф. агентство, 2017. С. 366–391.
5. *Иовчук Н. М.* Эндогенные аффективные расстройства в детском возрасте: дис. ... д-ра мед. наук. М., 1989. 464 с.
 6. *Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста (Руководство для врачей). 2-е изд., доп. и перераб. М.: Медицина, 1995. 506 с.
 7. *Лурия А. Р.* Основы нейропсихологии. М.: Изд-во МГУ, 1973. 373 с.
 8. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб.: Адис, 1994. 272 с.
 9. *Нуллер Ю. Л., Михаленко И. Н.* Аффективные психозы. М.: Медицина, 1988. 264 с.
 10. *Пилюгина Л. В.* Возбужденная мания у детей и подростков. Клиника, диагностика, лечение: дис. ... канд. мед. наук, М., 2006. 159 с.
 11. *Сухотина Н. К.* Гиперкинетические расстройства у детей и подростков // Детская и подростковая психиатрия: клинические лекции для профессионалов / под ред. Ю. С. Шевченко. 2-е изд. испр. и доп. М.: Мед. инф. агентство, 2017. С. 532–552.
 12. *Шевченко Ю. С.* Диагностика «возбужденной мании», маскированной гиперкинетическим и психопатоподобным поведением у детей // Детская и подростковая психиатрия: учеб. пособие / под ред. Ю. С. Шевченко. М.: Медицина, 2003. С. 370–377.
 13. *Шевченко Ю. С., Шевченко М. Ю.* Бихевиорально-когнитивная терапия детей с патологией поведения // Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков / под общ. ред. Ю. С. Шевченко. СПб.: Речь, 2003. С. 83–153.
 14. *Шевченко Ю. С.* Многоуровневая онтогенетически ориентированная терапия психических расстройств у детей и подростков // Детская и подростковая психиатрия: клинические лекции для профессионалов / под ред. Ю. С. Шевченко. 2-е изд. испр. и доп. М.: Мед. инф. агентство», 2017. С. 818–835.

ДЕТИ. ОБЩЕСТВО. БУДУЩЕЕ

Сборник научных статей по материалам III Конгресса
«Психическое здоровье человека XXI века»

ТОМ 1

CHILDREN, SOCIETY AND FUTURE

Collected Research Papers of the III Congress on Mental Health:
Meeting the Needs of the XXI Century

Изд. № 573978. Подписано в печать 22.05.2020. Формат 60×90/8.
Гарнитура «Literaturnaya». Усл. печ. л. 43.0. Уч.-изд. л. 41,07. Тираж 1000 экз.

ООО «Издательство «КноРус».

117218, г. Москва, ул. Кедрова, д. 14, корп. 2.

Тел.: +7(495)741-46-28.

E-mail: welcome@knorus.ru <http://www.knorus.ru>



При поддержке:



Организаторы:



Международные партнёры:



При сотрудничестве:



Медиапартнёры:



МОСКВА moscow 2020

www.mental-health-congress.ru

