МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ФЕДЕРАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ ИМЕНИ В.П. СЕРБСКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ЯРОСЛАВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ «ЯРОСЛАВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ ВСЕРОССИЙСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ПО ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

«Психическое здоровье детей страны — будущее здоровье нации»

Под редакцией:
доктора медицинских наук, профессора Е.В. Макушкина,
главного внештатного детского специалиста психиатра
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ярославль
2016

УДК 616.89-053.2
ББК 56.14
П863

Психическое здоровье детей страны — будущее здоровье нации: сборник материалов Всероссийской конференции по детской психиатрии и наркологии (Ярославль, 4-6 октября 2016 г.) / Под ред. доктора мед. наук, проф. Е.В. Макушкина. — М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2016. — 542 с.

Составители: В.Д. Бадмаева, Е.Г. Дозорцева, Е.В. Корень, Т.В. Клименко, Т.А. Куприянова, Г.Р. Новикова, Д.С. Ошевский, Л.О. Пережогин, А.А. Портнова, В.Ф. Шалимов.

Макет и компьютерная верстка: О.А. Мирзоян



ISBN 978-5-86002-184-6

© ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2016
© Коллектив авторов, 2016

СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ I. СОХРАНЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ СТРАНЫ

Адеева Т.Н.
Содержание социально-психологических установок по отношению к детям с ОВЗ 23

Алабушева Н.Н., Куприянова Т.А., Корень Е.В.
К выбору терапевтической стратегии в лечении гиперкинетического расстройства поведения 25

Александрова Н.А.
ООД, совершенные подростками в состоянии интоксикации вследствие употребления синтетических каннабиноидов 27

Алимова Е.Б., Тимофеева О.П., Толстикова А.Ю., Литвинцева Е.Ю.
Транскраниальная магнитная стимуляция в лечении детей с задержкой психо-речевого развития 29

Алкеева-Костычева Е.А.
Краткосрочная психоаналитическая психотерапия: опыт применения у подростков с постстрессовыми расстройствами 31

Альбицкая Ж.В., Дворянинова В.В.
Нарушения речевого развития в структуре психической патологии у детей 33

Ангел М.С.
Роль мотивационно-потребностной сферы личности в формировании аддиктивных расстройств в детско-подростковом возрасте 35

Анохина И.П.
Дети больных алкоголизмом: проблемы и решения 37

Арпентьева М.Р.
Буллинг в детском и подростковом возрасте 39

Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М., Шаикрамов Ш.Ш.
Клинические особенности подростковых поведенческих нарушений депрессивного генеза 41

Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М., Шаикрамов Ш.Ш.
Особенности пубертатных дисморфофобий депрессивного спектра 43

Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г.
Актуальные проблемы комплексной психолого-психиатрической экспертизы несовершеннолетних в условиях современного законодательства 45

Балакирева Е.Е., Шведовский Е.Ф., Зверева Н.В.
Клинические факторы и речевое развитие у подростков при шизофрении 48

Балакирева Е.Е., Зверева Н.В., Якупова Л.П., Блинова Т.Е.
Пищевое «программирование» у больных с расстройствами аутистического спектра 50

Баринова Д.М., Баз Л.Л.
Нарушение моторной памяти у детей среднего школьного возраста с легкой степенью умственной отсталости 52

Бартош Т.П.
Особенности проявления агрессивных реакций у подростков с высоким уровнем тревожности 54

Барышева О.М, Крахмалева О.Е., Иванова Т.И., Гранкина И.В.
Организация комплексной специализированной программы реабилитации детям в условиях детско-подросткового психиатрического комплекса (на примере Омской области) 56

Баулина М.Е.
Особенности зрительного восприятия у старших школьников с расстройствами аутистического спектра 58

Бебчук М.А.
Качество услуг при оказании помощи пациентам в детской психиатрии 60

Беляничев В.В.
Результаты взаимодействия специалистов БУЗ ВО «ВОПБ» с Шекснинской специальной школой закрытого типа 62

Богданова Е.В.
Организация профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в Хабаровском крае 64

Богданова Е.В.
Современные подходы при оказании детской психиатрической помощи в условиях детского психиатрического стационара 67

Бойко Е.О., Васянина Ю.Ш.
Актуальные вопросы профилактики суицидального поведения у детей и подростков 69

Бойко Е.О., Ложникова Л.Е., Зайцева О.Г.
Клинические особенности речевых нарушений у детей с расстройствами аутистического спектра 71

Бойко Е.О., Ложникова Л.Е., Зайцева О.Г., Мыльникова Ю.А.
Оценка суицидального риска в подростковом возрасте 73

Большакова Т.В.
Психологическая коррекция детско-родительских отношений в семьях воспитывающих дошкольников с отклонениями в развитии 75

Бузина Т.С.
Специфика эмоциональной регуляции у подростков с риском злоупотребления психоактивными веществами 77

Васечкин В.Б., Арзуманов Ю.Л.
Нарушения когнитивной деятельности у подростков с антенатальной интоксикацией героином в анамнезе 79

Васильев Н.Г., Введенский Г.Е.
Проблемы диагностики сексуального дизонтогенеза в детской психиатрии 81

Васянина Ю.Ш., Бойко Е.О.
Актуальные вопросы медицинской реабилитации детей с расстройствами аутистического спектра в Краснодарском крае 83

Ведяшкин В.Н., Литвиненко Т.Л.
Организация работы врача-психиатра с несовершеннолетними, совершившими суицидальную попытку 85

Волков А.В., Зиновьева М.А.
Организация профилактики аддикций в Ярославской области в рамках межведомственного взаимодействия 87

Волова Т.Л.
Современные подходы к сохранению психического здоровья детей в условиях дома ребенка 89

Вяльцева И.Ю., Наумец М.И., Портнова А.А., Романова О.А., Серебровская О.В., Усачева Е.Л.
Психологическое сопровождение следственных действий в рамках расследования преступлений против половой неприкосновенности несовершеннолетних 91

Вяльцева И.Ю., Романова О.А., Наумец М.И, Портнова А.А., Серебровская О.В., Смирнов И.И., Усачева Е.Л.
Работа клинического психолога с подростками с суицидальными проявлениями 93

Габрильянц М.А.
Медико-криминологические аспекты развития наркологической ситуации в молодежной среде 95

Гарифуллина Л.И.
Динамика заболеваемости расстройствами аутистического спектра 97

Гармаш М.С., Куприянова Т.А.
Психоэмоциональные нарушения у детей с гиперкинетическими расстройствами 98

Гильманов А.Х., Евтушенко Е.М.
Оказание психотерапевтической помощи детям и подросткам в Республике Башкортостан на современном этапе 100

Голубева Н.И., Козловская Г.В.
Динамика депрессивных расстройств раннего возраста в онтогенетическом и клинико-биологическом аспектах 102

Гончарова А.В., Чарная Д.И., Ильичев А.Б.
Значения клинико-семантического анализа для диагностики явлений психического автоматизма при малопрогредиентной шизофрении 104

Горюнова А.В., Данилова Л.Ю., Боброва Н.А.
Начальные проявления психических заболеваний раннего возраста 106

Гранкина И.В., Иванова Т.И.
Особенности клиники психопатоподобного поведения у детей с эндогенными психическими расстройствами 108

Грачев В.В., Александрова О.В.
Влияние психического инфантилизма на течение нервной анорексии подросткового возраста 110

Гречаный С.В.
Психические расстройства раннего детского возраста: проблема психопатологической диагностики 112

Гречаный С.В., Кожадей Е.В.
Феномен «переходного материнства» и синдром «грусти родильниц» 114

Григорова Н.И.
Обращаемость подростков за наркологической помощью в Российской Федерации в 2015 году 116

Григорьева А.А., Зелтынь Т.В., Цветкова О.В., Цветкова Ю.В.
Специфика внедрения программ профилактики в образовательных учреждениях разного типа 118

Гусева О.В., Кокоулина Ю.Ю.
Неполная семья в детстве как фактор психологической дезадаптации в юношестве 120

Гусева О.И.
Подростковая наркомания - угроза национальной безопасности 122

Данилова С.В., Бородин В.И.
Место предмета и специальности «детская психиатрия» в системе подготовки кадров высшей квалификации 124

Датуашвили М.Т., Корень Е.В.
Основные тенденции динамики показателей распространенности расстройств аутистического спектра по г. Москва 126

Демчева Н.К., Макушкин Е.В.
Проблемы инвалидности детей с психическими расстройствами 128

Денисенко Е.Г., Валинуров Р.Г., Фролова Е.П.
Депрессивные состояния у детей и подростков 130

Добряков И.В.
Перинатальная психологическая помощь как ранняя психопрофилактика нервно-психических расстройств 132

Дуктен-оол С.М., Ондар Ю.Г., Монгуш Ч.К.
Медико-психолого-социальная реабилитация детей и подростков, находящихся в кризисном состоянии 134

Евтушенко Е.М., Тимербулатов И.Ф.
Клинико-эпидемиологические и социально-психологические аспекты суицидального поведения детей и подростков в Республике Башкортостан 136

Егорова П.Л.
Профилактика психических расстройств у студентов профессиональных образовательных организаций 138

Ерофеева В.В., Ивашев С.П.
«Звезды и волны» как ключ диадического взаимодействия «терапевт-ребенок» 140

Жовнерчук Е.В., Абриталин Е.Ю., Федоров Н.В.
Внедрение информационно-коммуникационных технологий в системе детско-подростковой психиатрической помощи 142

Забозлаева И.В., Малинина Е.В.
Особенности иммунологических показателей у детей с расстройствами аутистического спектра 144

Захарова Н.М., Баева А.С.
Психические нарушения у детей, пострадавших при крушении плавсредств в Республике Карелия 146

Зверева Н.В.
Когнитивный дизонтогенез при расстройствах аутистического и шизофренического спектра (структура, содержание, виды) 148

Зозуля С.А., Симашкова Н.В., Андросова Л.В., Отман И.Н., Клюшник Т.П.
Показатели врожденного и приобретенного иммунитета в оценке тяжести детской шизофрении 150

Зуева Ж.В.
«Материнское» как феномен и его вклад
в основы психической жизни 152

Иванов М.В., Богачева О.И.
Родительское отношение к болезни ребенка
(на примере расстройств аутистического спектра) 154

Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В.
Скрининг риска рас у детей раннего возраста:
современное положение и перспективы 156

Иванова Т.И., Гранкина И.В.
Клинические проявления психопатоподобного
поведения у детей с умственной отсталостью 158

Ивашев С.П., Ерофеева В.В.
Проективное пространство диалога ребенка
и психотерапевта 160

Ивашиненко Д.М., Бурделова Е.В.
Влияние показателей качества жизни на агрессивность
в молодёжной среде 162

Ивашиненко Д.М.
Профилактика агрессивного и аддиктивного
поведения в ВУЗе 164

Игнатова А.Б.
Сенсорная интеграция как метод работы с детьми
с ограниченными возможностями здоровья 167

Игумнов С.А., Лобачева А.С., Козырева А.В., Жердева М.А.
Аддиктивная идентичность подростков
с формирующейся зависимостью
от синтетических каннабиноидов 169

Исупова Н.В.
Педагогическая деятельность в структуре лечебного
учреждения, оказывающего психиатрическую
помощь детям 171

Казаковцев Б.А., Сидорюк О.В.
Анализ кадрового потенциала врачей-психиатров
для детей и подростков 173

Казаковцев Б.А.
Профилактика психических расстройств. акушерство и гинекология 175

Карауш И.С.
Медико-социальные проблемы психического здоровья детей с сенсорными нарушениями и психическими расстройствами 177

Качалов П.В.
Психоаналитические взгляды на этиопатогенез предвестников психотических состояний у подростков 179

Кирина Ю.Ю., Красноперова А.О., Лопатин А.А., Селедцов А.М.
Факторы риска формирования аддиктивного поведения у подростков с умственной отсталостью 181

Клименко Л.Д., Портнова А.А., Серебровская О.В.
Актуальные вопросы подготовки кадров: аттестация специалистов 183

Клименко Т.В.
Превентивные аспекты тестирования обучающихся образовательных учреждений на потребление наркотических средств 185

Клинков В.Н.
Семьи детей-аутистов: система семейных взаимоотношений и психодинамика 187

Коваль-Зайцев А.А.
Мультидисциплинарный подход при работе с детьми, страдающими расстройствами аутистического спектра 189

Кожалиева Ч.Б., Шулекина Ю.А.
Проблема определения варианта дизонтогенеза при мультивариативных проявлениях дефекта 191

Кожалиева Ч.Б., Новикова Е.В.
Условия эффективной психологической реабилитации ребенка с атипичным аутизмом 193

Козлов А.А., Клименко Т.В., Романов А.А.
Перспективные направления превентивной работы с учетом особенностей современной наркоситуации 195

Козловская Г.В., Калинина М.А.
Шизотипический диатез (предикторы, дифференциальный диагноз с шизофренией) 197

Кокарева О.А.
Проблемы организации психиатрической помощи детскому населению Вологодской области 199

Колесниченко Т.Н.
Психические расстройства у детей и подростков, подвергшихся сексуальному насилию 201

Колышницына С.В., Шабалина Ю.В., Злоказова М.В.
Применение нейропсихологических методов в терапии дошкольников с задержкой психического развития 203

Кондратович А.В., Мещерякова К.Ю., Ивашев С.П.
Феноменология суицида: мероприятия & культура 205

Корень Е.В.
Перспективы классификации в детской психиатрии 207

Корнеева В.А., Шевченко Ю.С., Зубова Е.А.
Холдинг-терапия в контексте нейропсихологической коррекции 209

Королева Е.В.
Гендерные особенности аддиктивного поведения у подростков 211

Короленко Ц.П., Шпикс Т.А.
Ночные страхи и ночные кошмары у детей и подростков 213

Корчагина Г.А., Фадеева Е.В.
Значимость эпидемиологических исследований при разработке методов профилактики наркологических заболеваний 215

Корчагина Г.А., Фадеева Е.В.
Стандарты профилактики и мониторинга ситуации с употреблением психоактивных веществ 217

Крахмалева О.Е., Гранкина И.В., Иванова Т.И.
Клинические особенности психопатоподобного поведения у детей с органическими психическими расстройствами 220

Кремнева Л.Ф., Крылатова Т.А.
Материнская депривация в семье - последствия для детей раннего возраста 222

Крылатова Т.А., Козловская Г.В., Иванов М.В., Кремнева Л.Ф.
Психопрофилактика в детстве - залог здоровья общества 224

Куприянова И.Е., Карауш И.С.
Алекситимия у подростков с нарушениями развития: психоаналитический вектор 226

Куприянова Т.А.
Групповая психосоциальная терапия с родителями детей с гиперкинетическими расстройствами 229

Куприянова И.Е., Солонский А.В., Дашиева Б.А.
Психическое здоровье детей и подростков в регионе Сибири 231

Луговых Н.А., Пирогова М.Ю., Малинина Е.В., Юркина Н.В.
Особенности психического дизонтогенеза у детей дошкольного возраста с перинатальной патологией 233

Любаева Е.В., Должанская Н.А.
Изменения в системе ценностей молодых потребителей наркотиков с ВИЧ-инфекцией 235

Любов Е.Б.
Душевнобольные матери несовершеннолетних детей: портрет и нужды 237

Макаров А.В., Мирошниченко Е.Л.
Проблемы участия родителей в тестировании школьников на наркотики 239

Макашева В.А., Суворова Д.С., Леденева И.Г.
Организация антисуицидальной помощи несовершеннолетним в Сибирском федеральном округе 241

Макашева В.А., Суворова Д.С., Тарасенко Е.И.
Организация психиатрической помощи детям с расстройствами аутистического спектра: популяционный скрининг, многокомпонентная реабилитационная система 243

Макашева В.А., Леденева И.Г., Толмачева Л.Д.
Расширение функций среднего медицинского персонала при оказании амбулаторной психиатрической помощи детям 245

Макашева В.А.
Сохранение психического здоровья детей и подростков в мегаполисах и отдаленных районах (на примере СФО) 248

Максимова Н.Е., Селянина М.Н.
Организация специализированной помощи детям с расстройствами аутистического спектра 251

Максимова Н.Е., Селянина М.Н.
Реабилитация детей с аутистическими расстройствами методом садовой терапии 253

Макушкин Е.В.
Тенденции развития детской психиатрии в контексте задач превентивной медицины 255

Макушкин Е.В.
Суицидоопасные тенденции у подростков: субклиническая феноменология психической «индукции» при нахождении в киберпространстве 259

Макушкина О.А.
Актуальные вопросы профилактики общественной опасности несовершеннолетних в психиатрической службе страны 262

Малинина Е.В., Косов А.М., Смирнова Т.А., Юркина Н.В.
Организация помощи детям с аутистическими расстройствами в Челябинской области 264

Малыгин В.Л., Смирнова Е.А.
Особенности семейных отношений, как факторы риска формирования интернет-зависимости 266

Мамонова И.П., Бадмаева В.Д.
Неврологические аспекты при судебно-психиатрической экспертизе несовершеннолетних с органическим психическим расстройством 268

Манучарян Ю.Г.
Особенности психогенных расстройств в детском возрасте 271

Марголина И.А., Шимонова Г.Н.
Нарушения пищевого поведения в раннем и дошкольном возрасте 273

Марголина И.А., Платонова Н.В., Иванов М.В.
Нарушения психического развития у детей из условий внутрисемейного насилия 275

Маринчева Л.П., Злоказова М.В.
Особенности психотерапии школьников с психосоматическими и соматоформными расстройствами в дневном стационаре 277

Милехина А.В., Баева А.С.
Эмоционально-волевые и характерологические особенности лиц, участвующих в «трайнсерфинге» 279

Минаева Е.В.
Расследование суицидов несовершеннолетних 281

Москвитин П.Н.
Новый групповой метод личностно-ориентированной профилактики аддиктивного поведения школьников 283

Мурзакаев А.А., Ильяшева Л.Б.
Особенности психических и поведенческих расстройств опекаемых детей 285

Мыльникова Ю.А., Бойко Е.О., Ложникова Л.Е., Зайцева О.Г., Сочивко Ю.А.
Нозологическая структура и особенности суицидального поведения в подростковом возрасте 287

Новикова Г.Р.
Диагностическое значение нейропсихологического исследования для оценки дизонтогенетических расстройств 289

Нурлыгаянова Л.Р., Тулбаева Н.Р.
Профилактика стрессов у детей в образовательной среде 291

Нуцкова Е.В.
Структура клинико-психологических последствий сексуального насилия и злоупотребления в отношении детей и подростков 292

Османбекова З.З., Тургумбеков А.З.
Состояние компенсаторных возможностей организма подростков и юношей 294

Ошевский Д.С.
Стандартизованная оценка факторов риска противоправных действий у подростков, страдающих психическими расстройствами 296

Панкова О.Ф.
Эффективные методы подготовки детских врачей-психиатров в условиях реформ здравоохранения и образования 298

Панченко Е.А.
Дисфункциональная семья как фактор формирования девиантного поведения подростков 300

Пашковский В.Э., Ефимова Е.Ю., Громова В.А.
Структура контингента подросткового психиатрического стационара 302

Пережогин Л.О.
Полимодальная психотерапия детей и подростков с зависимостью от интернет 304

Пережогин Л.О.
Психические расстройства у детей и подростков с зависимостью от интернет 306

Пилявская О.И., Малинина Е.В.
Психическая патология в семьях пациентов с детской шизофренией 308

Пирогова М.Ю., Малинина Е.В., Прынзина Т.Н.
Нейрофизиологические особенности нарушений развития в детском возрасте 310

Поздняков С.С.
Нарушения поведения у пациентов детского возраста в контексте интеллектуального развития 312

Поздняков С.С.
Разработка системы ранней диагностики расстройств аутистического спектра в Московской области 314

Положий Б.С., Агеев С.Е., Фритлинский В.С.
Региональные особенности частоты суицидов среди несовершеннолетних 316

Полуев А.В.
Психологическая помощь несовершеннолетним потерпевшим при расследовании преступлений 318

Попова А.А., Малинина Е.В.
Анализ детской инвалидности при эпилепсии 320

Пронина Л.А., Николаева Т.А.
Показатели распространенности аутизма у детей 0-14 лет в Российской Федерации и федеральных округах в 2014-2015 гг. 322

Раевская Л.Г.
Профилактическая направленность организации психиатрической помощи детско-подростковому населению 324

Ребекина Т.Ю.
Актуальность ранней диагностики в лечении детского аутизма 326

Романяк Е.В.
Негативные последствия от употребления ПАВ и информированность молодых людей из «групп риска» 328

Русаковская О.А.
Проблемы комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы в спорах о воспитании детей 330

Рухлова И.А., Абриталин Е.Ю., Тегза В.Ю.
Рекомендации по профилактике повторных суицидальных действий у подростков с психическими расстройствами 332

Рыбакова Л.Н.
Проблемы послешкольной профилактики: новые наркотики 334

Савченко С.Н., Луговкина Д.А.
Некоторые аспекты сексуальности молодежи с гомосексуальной ориентацией 336

Самойлова Л.А., Тулбаева Н.Р., Ахмерова И.Ю.
Некоторые аспекты проведения медицинских профилактических осмотров несовершеннолетних 338

Свинцова А.В., Панкова О.Ф., Атмашкина О.М.
Возрастные и гендерные аспекты агрессии у детей и подростков 340

Северинова Ю.Н.
Формирование стрессоустойчивости, как одного из факторов профилактики зависимостей у подростков 342

Северный А.А., Иовчук Н.М., Зарецкий В.В.
Дистанционное обучение в профилактике аддиктивного поведения несовершеннолетних 344

Семакина Н.В., Злоказова М.В., Багаев В.И.
Качество жизни матерей детей, страдающих эпилепсией 346

Семенова Н.Д., Зайцева М.С.
Родители психически больного ребенка: преодолевая виктимность и чувство вины 348

Сергеев В.А.
Психологическая диагностика в реабилитации детей и подростков больных эпилепсией 350

Серебровская О.В., Портнова А.А., Усачева Е.Л.
Современные аспекты деятельности клинического психолога в условиях психиатрического стационара 352

Симановская И.Э.
Комплексный подход в лечении и коррекции речевых расстройств 354

Симановская И.Э., Петров А.В.
Организация детской психиатрической службы в Ярославской области 356

Симашкова Н.В., Клюшник Т.П., Андросова Л.В., Якупова Л.П.
Клинико-биологические подходы к изучению расстройств аутистического спектра и шизофрении у детей в дифференциально-диагностическом аспекте 359

Спадерова Н.Н.
Актуальные вопросы проведения амбулаторных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз несовершеннолетним 361

Сперанская О.И.
Роль конституционально-биологических факторов в формировании никотиновой зависимости у подростков 364

Суетина О.А., Кравченко Н.Е., Титова Ю.А.
К проблеме взаимодействия детских онкологов и психиатров 366

Султанова А.С.
Нейропсихологическая коррекция в реабилитации детей с нарушениями развития и психическими расстройствами 368

Сыроквашина К.В.
Суицидальное поведение в подростковом возрасте: клинические и психологические факторы 370

Творогова Н.А., Николаева Т.А., Сидорюк О.В., Пронина Л.А.
Психиатрическая помощь детскому населению 0-14 лет в 2011-2015 годах в России и Ярославской области 372

Творогова Н.А., Николаева Т.А., Сидорюк О.В., Пронина Л.А.
Распространенность психических расстройств и заболеваемость ими детей 0-17 лет в 2015 году в Ярославской области и Российской Федерации 374

Терехина С.А.
К проблеме клинико-психологической оценки несовершеннолетних в ситуации развода в родительской семье 376

Тимербулатов И.Ф., Евтушенко Е.М.
Опыт оказания психотерапевтической помощи детям и подросткам в Республике Башкортостан 378
Тимербулатова М.Ф., Тимербулатов И.Ф.
Проблема профессионального самоопределения у подростков с интернет-аддикцией (клинико-психологический и социологический анализ) 380
Тихонова И.В., Синицына А.В.
Страхи ребенка как маркер дисгармоничных семейных отношений 382
Туровская Н.Г.
К вопросу о гармонизации социальной ситуации развития детей с органической патологией 384
Туровская Н.Г.
Нейропсихологическая картина нарушения психического развития детей с судорожными пароксизмами в анамнезе 386
Туровская Н.Г.
Судорожные пароксизмы и патология развития речевых функций 388
Усачева Е.Л., Панкова О.Ф., Смирнов И.И.
Клинико-психопатологические аспекты суицидального поведения у детей и подростков 390
Фалькович С.П.
Проблема эпидемиологии расстройств аутистического спектра в г. Рыбинске (анализ заболеваемости) 392
Федонкина А.А.
Личностная незрелость и способность несовершеннолетних обвиняемых к осознанному руководству действиями 395
Федоренко Е.Ю.
Риск зависимости от компьютерных игр с ассоциальной направленностью: социально психологические причины 397
Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б., Антонова А.А., Бачило Е.В., Деева М.А., Сизов С.В.
Динамика показателей инвалидности у детей и подростков на примере Саратовской области 399

Хайретдинов О.З., Рубакова Л.И.
Динамика и прогноз при аутистических расстройствах с феноменом регресса навыков 401

Хрущ А.И.
Коммуникативная компетентность как условие социальной адаптации подростков с речевой патологией 403

Целинский Б.П.
Взаимная детерминация наркомании и наркопреступности несовершеннолетних 405

Чаплыгина Е.Э.
Опыт комплексной абилитации (реабилитации) детей и подростков с особенностями психического развития 407

Чезганова М.Х.
Комплексная коррекция заикания в отделении патологии речи и психотерапевтической реабилитации детей и подростков 409

Чезганова М.Х.
Медико-педагогическая реабилитация детей 411

Черенков А.А., Обухов Н.Г., Шиляева Е.В.
Роль и место несовершеннолетних больных в структуре отравлений дизайнерскими наркотиками 413

Чибисова И.А., Русинова С.С.
Общность и различие психопатологических характеристик криминального поведения несовершеннолетних (гендерный аспект) 415

Чубаровский В.В., Катенко С.В., Лабутьева И.С.
Распространённость пограничных психических расстройств у лиц подросткового и юношеского возраста 419

Шалимов В.Ф., Крамаренко И.А.
Риски развития психических расстройств у детей в условиях инклюзивного образования 421

Шалимов В.Ф., Цыбульский Г.Д.
Применение методов развивающего движения в работе с детьми имеющими расстройства аутического спектра 423

Шалыго Н.В.
Анализ и тактика лечения фармакорезистентных форм эпилепсии у детей 425

Шахова С.М.
Особенности формирования зависимости от синтетических каннабиоидов («спайс») у лиц молодого возраста 427

Шевченко Ю.С.
Многоуровневая терапия детей с ранним аутизмом 429

Шевченко Ю.С.
Принципы семейно-групповой психотерапии 431

Шигашов Д.Ю., Фесенко Ю.А., Краснов Б.Ю.
Организация системы оказания психиатрической помощи детям в условиях мегаполиса 433

Шигашов Д.Ю., Фесенко Ю.А., Краснов Б.Ю.
Проблемы психолого-педагогического сопровождения детей и подростков, ставших жертвами насилия 435

Шимонова Г.Н., Иванов М.В., Козловская Г.В.
Исследование темперамента в раннем возрасте и связь с риском психопатологии 439

Шкитырь Е.Ю.
Суициды у несовершеннолетних: клинические и социальные факторы 441

Шмакова О.П., Мазаева Н.А.
Медико-социальные исходы органических психических расстройств, верифицированных в детстве 443

Щукина Е.Г.
Обучение медицинского персонала вопросам сохранения жизни нерожденных (на примере Архангельской области) 445

Яковлев А.Н., Кибитов А.О., Бродянский В.М., Чупрова Н.А., Щурина А.В., Ромашкин Р.А., Пашкевич Н.В., Пажитных Д.В., Ткачев А.А., Витчинкина В.И., Коростин М.И.
Влияние ожидаемых последствий приема ПАВ на реализацию генетического риска наркологических заболеваний 447

Яковлева Ю.А.
Проблемы и перспективы медицинской реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами 449

РАЗДЕЛ II. РЕДКИЕ И НЕОПУБЛИКОВАННЫЕ РАБОТЫ ДЕТСКИХ И ПОДРОСТКОВЫХ ПСИХИАТРОВ

Вострокнутов Н.В.
Тезисы о проблемах детской клинической и социальной психиатрии (2008) 451

Гурьева В.А., Вандыш В.В., Бурелов Э.А., Исаченкова М.П., Морозова Н.Б., Чибисов Ю.К., Авров Г.В., Шилина З.М., Волошина В.И.
Диагностика психических расстройств с картиной патологически протекающего пубертатного криза (судебно-психиатрический аспект) 456

Захаров А.И.
К изучению роли аномалий семейного воспитания в патогенезе неврозов детского возраста 499

Исаев Д.Н.
Об атонической и дисфорической формах психического недоразвития и о роли лимбики в их происхождении 504

Личко А.Е.
Биологические и психологические основы нарушений поведения у подростков 519

РАЗДЕЛ I

СОХРАНЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ СТРАНЫ

Содержание социально-психологических установок по отношению к детям с ОВЗ

Адеева Т.Н.

Костромской государственный университет, г. Кострома

Согласно концепции социальной медицины (по Р.М. Войтенко), реабилитация понимается как расширение сфер жизнедеятельности человека, имеющего болезнь или дефект, в типовых жизненных ситуациях при помощи комплекса медико-биологических, социальных и психологических мероприятий. На современном этапе развития общества на законодательном уровне достаточно активно реализуется идея инклюзивного общества. Но одной из важнейших проблем остается проблема социально-психологических установок в отношении детей с ОВЗ, поскольку установки во многом определяют ожидания и требования, предъявляемые ребенку социальной средой, особенности понимания ребенком занимаемой им социальной.

В исследовании особенностей социальных установок в отношении детей с особенностями развития приняло участие 307 человек: студенты, направления подготовки которых связаны с работой с данной категорией детей (дошкольная дефектология 15 человек; студенты ЯГМУ факультета педиатрии 10 человек); специалисты, работающие в сфере товаров и уулуг, в сфере транспорта и связи (55 человек); специалисты специальных учреждений (55 человек); педагоги (107 человек); родители детей с типичным развитием (105 человек). Перечень вопросов был составлен на основе опросника Ф.Э. Шереги, и адаптирован с учетом поставленных цели и задач исследования.

При анализе ответов отмечается недостаточная информированность респондентов о проблемах детей с ОВЗ. Термин люди с ОВЗ трактуется часто как наличие физической неполноценности и утрата трудоспособности. В качестве ведущей характеристики детей с ОВЗ внутри каждой социальной груп-

пы называется жизнестойкость (55%) и трудолюбие (21%). От общего числа ответов 17% опрошенных отмечает, что испытывает иное чувство (но без комментария) по отношению к детям с ОВЗ. Среди ответов всех групп опрошенных открыто не встречаются такие характеристики отношения как брезгливость и пренебрежение, что может свидетельствовать об отсутствии однозначно негативного отношения к детям с особыми потребностями, а также о социальной желательности ответов.

Практически 80% опрошенных всех групп считают, что ребенок с ОВЗ должен проживать и воспитываться в семье, 18% опрошенных в группе специалистов сферы услуг и связи затруднились дать ответ, оставив его без комментария. От общего числа опрошенных, 24% выступают против отказа от ребенка, однако превалирующее число опрошенных отмечают, что выбор зависит от нарушения и степени его тяжести — 76%. Большинство респондентов, исключая специалистов специальных учреждений, определяют среднее общее образование в качестве доступного уровня образования лиц с ОВЗ. Учителя школ, так определили свою готовность работать с детьми с ОВЗ: 33% учителей готовы работать с детьми с задержкой психического развития, сенсорными нарушениями; 15% — с детьми с нарушениями речи; 10% — с детьми с нарушениями интеллекта, 6% — с детьми с РАС; 24% респондентов признались, что не готовы работать с детьми с ОВЗ. Родители школьников предполагают, что в классе могут быть объединены дети с нарушениями речи, с нарушениями функций ОДА, исключая детей с задержкой психического развития, с нарушениями интеллекта, нарушениями поведения. Только 20% родителей поддерживают объединение детей в инклюзивные классы. Большинство родителей предполагают, что для детей с ОВЗ должны создаваться специальные классы, что детям с ОВЗ лучше получать образование в специальной школе, «поскольку там созданы специальные условия».

Социальные установки в отношении людей с ОВЗ противоречивы. С одной стороны, подчеркиваются положительные личностные качества людей с ОВЗ, с другой стороны, отмечается дистанцирование от проблем данной категории людей, «обесценивающее» отношение, стигмация отдельных категорий детей с нарушениями развития.

К выбору терапевтической стратегии в лечении гиперкинетического расстройства поведения

Алабушева Н.Н., Куприянова Т.А., Корень Е.В.

Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Актуальность: гиперкинетическое расстройство поведения (ГРП) — это смешанная диагностическая категория, впервые введенная в МКБ-10, где комбинация симптомов должна одновременно удовлетворять критериям для диагностики гиперкинетического расстройства и расстройства поведения. У детей наблюдаются более выраженные и стойкие проявления гиперактивности, нарушения внимания и импульсивности, сочетающиеся со вспыльчивостью, агрессивностью, конфликтностью, что существенно снижает социальное функционирование и качество жизни этих детей. До настоящего времени нет однозначного ответа на вопрос: является ли данное сочетание более тяжелой и прогностически неблагоприятной формой гиперкинетического расстройства или его следует рассматривать с позиций коморбидности. На практике лечение таких пациентов сопряжено с немалыми трудностями. Фармакотерапия часто не полностью уменьшает симптомы и недостаточно влияет на социальное функционирование и качество жизни детей. В связи с этим практическую значимость приобретает поиск путей повышения эффективности терапии с использованием стратегий аугментации.

Цель: оценить эффективность аугментации гопантеновой кислотой (пантогам) при лечении гиперкинетического расстройства поведения у детей в случаях недостаточной эффективности предыдущей терапии атомоксетином.

Материалы и методы: в открытое исследование были включены 24 ребенка (18 мальчиков и 6 девочек) в возрасте от 6 до 12 лет с диагнозом ГРП (согласно критериям МКБ-10), которые получали в течение 3 месяцев препарат атомоксетин в возрастных дозировках. Наметившаяся положительная динамика в симптомах гиперкинетических нарушений сочеталась с незначительной редукцией собственно поведенческих наруше-

ний. Всем детям была аугментирована гопантеновая кислота в соответствующих возрасту дозах, которую они получали в течение одного месяца. В начале исследования, через 1 месяц терапии и через 2 месяца (заключительный этап) был использован рад опросников: шкала Расстройства поведения — МКБ-10, CGI, CGAS, CHIP-CE.

Результаты: к концу первого месяца аугментации гопантеновой кислотой отмечалось улучшение не только в клиническом состоянии, но и в социальном функционировании детей с ГРП, результаты усилились к концу исследования. По CHIP-CE наиболее выраженные изменения отмечались в доменах: достижения (успеваемость), домене устойчивости (привлечение семьи) и домене комфорт (эмоциональный комфорт). Серьезных побочных эффектов не наблюдалось.

Выводы: качественные изменения, касающиеся не только улучшения в клиническом состоянии, но и повышения уровня социального функционирования, позволяют в данном случае считать успешной выбранную стратегию аугментации терапии гопантеновой кислотой, что можно объяснить ее известным ноотропным действием, способствующим повышению психоэмоциональных ресурсов адаптации. Таким образом, ГРП, в ряде случаев, можно рассматривать как единый симптомокомплекс, имеющий самостоятельную атрибуцию в МКБ-10.

ООД, совершенные подростками в состоянии интоксикации вследствие употребления синтетических каннабиноидов

Александрова Н.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Несмотря на различные профилактические меры, распространение наркомании во многих странах мира давно приняло угрожающий характер. В связи с легкодоступностью и относительной дешевизной растет спрос на наркотические вещества синтетического происхождения, что подстегивает их производителей к созданию все новых видов наркотических средств. Химическая структура этих веществ позволяет легко изменять основную формулу, и наркотик опять перестает относиться к «запрещенным». Синтетические каннабиноиды, входящие в состав курительных смесей Spice, не входили в международные списки контролируемых наркотических веществ. В конце 2008-2009 гг. после проведения ряда экспертных исследований курительных смесей и обнаружения в них синтетических каннабиноидов, власти некоторых стран начали принимать меры по запрету этих соединений. Употребление таких синтетических наркотиков вызывает формирование быстрой (буквально после нескольких проб) зависимости, а также развитие необратимых деструктивных процессов ЦНС от когнитивных нарушений до выраженных органических расстройств личности, что создает для врачей определенные диагностические сложности. При употреблении синтетических наркотиков гораздо чаще наблюдаются психотические состояния в состоянии интоксикации, которые могут развиться уже в течение нескольких месяцев после начала систематического приема. Клиника психотического состояния, вызванная употреблением курительных смесей, весьма разнообразна, и в подавляющем большинстве случаев характеризуется деперсонализационно-дереализационным синдромом, параноидной симптоматикой с идеями отношения и преследования, тревогой вплоть до ажитации, зрительными и слуховыми галлюцинациями порой устрашающего характера, что зачастую сопровождается чрезмерным воз-

буждением, агрессивным поведением. Общественно-опасные деяния, совершенные подростками в состоянии интоксикации, отличаются агрессивностью, и направлены, в основном против личности. При попытке задержания таких подростков сотрудниками полиции, они оказывали активное сопротивление, либо пытались скрыться, находясь в отделении полиции, вели себя довольно агрессивно, громили мебель, совершали попытки нападения на сотрудников отделения. Если несовершеннолетний в этот период заключался под стражу, подобное состояние являлось поводом для осмотра его психиатром СИЗО. Наличие параноидной симптоматики зачастую вызывало определенные диагностические сложности и ошибочно расценивалось как проявление расстройства шизофренического спектра.

Таким образом, значительная распространенность аддиктивного поведения в подростковой среде, появление новых наркотических веществ синтетического происхождения требует дальнейшего изучения клинико-биологических закономерностей формирования и течения как самого синдрома зависимости от ПАВ, так и его влияния на характер и динамику противоправной активности подростков. Клиническая картина психотических состояний, вызванных интоксикацией синтетическими каннабиноидами с преобладанием параноидной симптоматики, весьма сходна с расстройствами шизофренического спектра, что создает значительные дифференциально-диагностические сложности.

Транскраниальная магнитная стимуляция в лечении детей с задержкой психо-речевого развития

Алимова Е.Б., Тимофеева О.П., Толстикова А.Ю., Литвинцева Е.Ю.

ОГБУСО «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», г. Иркутск

Транскраниальная магнитная стимуляция — неинвазивная безболезненная методика, использующаяся для стимуляции структур головного мозга магнитными импульсами различной частоты. Индуцируемое магнитное поле может вызывать тормозящий или возбуждающий эффект. Стимуляция с низкой частотой (до 1 Гц) обычно обладает тормозящим действием, а стимуляция с высокой частотой (больше 1 Гц) возбуждающим.

Цель исследования: оценка состояния психо-речевой сферы ребенка до и после проведения курса ТМС.

Материалы и методы: за период с октября 2014 по июль 2016 годов комплексное лечение получили 384 ребенка в возрасте от 4 до 10 лет с диагнозами: задержка речевого развития, задержка психо-речевого развития с нарушениями поведения, умственная отсталость легкая и умеренная.

Пациенты были разделены на три клинические группы:

первую группу составили 83 пациента, лечебный комплекс которых включал ТМС и медикаментозную терапию;

во вторую группу вошли 53 пациента, пролеченные по методике ТМС;

третья группа пациентов (222 ребенка), получила курс ТМС совместно с занятиями логопеда и дефектолога. Чаще проводилась высокочастотная стимуляция, количество процедур от 10 до 20 с перкодичностью через день.

Результаты исследования: по нозологическим формам больные распределились следующим образом: ДЦП — 15 человек (4%), синдром Дауна — 7 человек (2%), ЗРР, ЗПРР, УО — 354 человек (92,2%), неврозы (логоневроз, энурез, тики) — 4 человека (1%), невропатии — 3 человека (0,8%). Прервали курс лечения (по болезни или выписке) — 14 человек (3,6%), которые были исключены из исследования. Не отметили положительной динамики 34 человека (8,8%). Повторно провели курс

ТМС 38 человек (10%), три и более раз провели курс ТМС 14 человек (3,6%).

В первой группе пациентов отмечалось улучшение показателей в развитии речи у 27 детей (32,5%), в улучшении творческих способностей — 6 человек (7,2%), психологического статуса — 14 человек (17%).

Во второй группе улучшение показателей в развитии речи у 21 ребенка (40%), в улучшении творческих способностей — 9 человек (17%), психологического статуса — 18 человек (34%).

В третьей группе улучшение показателей в развитии речи отмечалось у 147 детей (66%), в улучшении творческих способностей — 35 человек (16%), психологического статуса — 89 человек (40%).

Заключение: наилучшие результаты в исследовании были достигнуты при одновременном использовании ТМС и коррекционно-развивающих занятий с логопедом и дефектологом.

Краткосрочная психоаналитическая психотерапия: опыт применения у подростков с постстрессовыми расстройствами

Алкеева-Костычева Е.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Целью данной работы является изучение концепции и принципов краткосрочной психодинамической психотерапии у подростков с постстрессовыми расстройствами. Исследовались пациенты, получавшие амбулаторную помощь в ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, а также больные, находящиеся на лечении дневного и ночного стационара Научно-практического психоневрологического центра. Обследовано 50 подростков женского (78,2%) и мужского (22,8%) пола в возрасте от 15 до 19 лет с диагнозами по МКБ-10: посттравматическое стрессовое расстройство, расстройства адаптации. Использовались клинико-психопатологический и психологический методы, в том числе структурированный метод интервью. Пригодность к психотерапии определялась психодинамическими признаками: признаки силы эго, по крайней мере, одна история межличностных отношений в прошлом, указывающая на способность к базисному доверию, способность взаимодействовать с терапевтом, способность мыслить в психологических понятиях, способность испытывать чувства, мотивация к изменениям, конструктивная реакция на пробную интерпретацию. Противопоказаниями к применению данного вида психотерапии являлись: выраженная депрессия, психотические нарушения (параноидного и/или нарциссического характера), тенденции к патологическому отреагированию переживаний (суицидальное или наркоманическое поведение). Применялись следующие виды психотерапии: экстренная психодинамическая психотерапия, краткосрочная экспрессивная психотерапия, поддерживающая психодинамическая психотерапия, фокусная психодинамическая психотерапия. Сеансы проводилась 2 раза в неделю (10-12 сеансов). В процессе психотерапии исследовались возможности поведенческих изменений в фокусированной области внутреннего конфликта паци-

ента; ведущий стратегический принцип — выделение и переработка центрального конфликта, спровоцированного стрессовой ситуацией. Маркерами такого фокального конфликта являлись указания пациента на связанные с ним травмы раннего возраста, повторяющиеся стереотипы травматических переживаний, связь данного конфликта с одной фигурой переноса и с проявлениями блокирования каких-либо сфер жизнедеятельности пациента. Косвенным показателем адекватного выбора фокального конфликта являлась аффективная ответная реакция пациента на пробную его интерпретацию. Фазы психотерапевтического процесса — первая (1-2 первых сессии) — направлена на диагностику мотивации и силы Я пациента и выделение фокального конфликта, вторая — посвящена переработке фокального конфликта. Третья, заключительная, фаза сепарации направлена на разрешение переноса и достаточно директивное завершение психотерапии. В психотерапевтическом процессе использовались реконструктивные приемы когнитивного и идентификационного научения, анализ защит и сопротивления центрировался на выбранном фокальном конфликте, интерпретация переноса ограничивалась одним значимым лицом из прошлого, связанным с этим конфликтом. По результатам терапии было выделено 2 группы. Первая группа (75,5%) — подростки, у которых в результате терапии психопатологические симптомы редуцировались и субъективная оценка своего состояния выглядела улучшение. В результате терапии удалось переработать фокальный конфликт, являющийся причиной блокирования в значимых жизненных сферах пациента и выявить связь психопатологических симптомов заболевания с внутренним конфликтом. Вторую группу составили подростки (24,5%), у которых не было динамики психопатологической симптоматики или поведенческих изменений, соматическим проявлениям уделялось больше внимания при невозможности мыслить в терминах чувств, но удалось сфокусировать внимание этих пациентов на понимании актуальной ситуации как конфликтных отражений в прошлом и связать усиление симптомов заболевания (таких, как тревога) с внутренним фокальным конфликтом и необходимостью дальнейшей работы с ним. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о перспективности применения краткосрочной психодинамической психотерапии у подростков со стрессовыми расстройствами.

Нарушения речевого развития в структуре психической патологии у детей

Альбицкая Ж.В., Дворянинова В.В.

Нижегородская государственная медицинская академия, г. Нижний Новгород

Актуальность изучения проблемы психического здоровья детей определяется высокой распространенностью психических расстройств в детской популяции. В Российской Федерации при анализе общей заболеваемости в 2000 г. было зарегистрировано 706 724 детей (в возрасте до 14 лет), страдающих различными психическими расстройствами, а в 2014 г. — 820 955 детей. Рост числа детей-инвалидов данной категории произошел преимущественно среди детей в возрасте 3-9 лет, среди которых психические расстройства были представлены тремя основными группами: умственная отсталость, расстройства аутистического спектра и резидуально-органические нервно-психические нарушения.

Целью исследования являлось выявление нарушений речевого развития в группах детей с различной психической патологией.

Материалы и методы исследования: клинико-катамнестическим методом проведено исследование нарушений речевого развития у 1886 пациентов в возрасте с 3 до 7 лет с различной психической патологией. Выделены 3 основные группы: 1-ю группу составили 772 ребенка с диагнозом умственная отсталость (УО) легкой и умеренной степени; 2-ю — дети с ранним детским аутизмом (РДА) (n=518); в 3-ю группу вошли пациенты с резидуально-органическими нервно-психическими расстройствами (РОНПР).

Результаты: в ходе исследования было выявлено, что речевые нарушения представлены в каждой группе, при этом они чрезвычайно многообразны по характеру и динамике и в каждой группе имеют свои особенности. Так в группе детей с умственной отсталостью произнесение первых слов в 63% запаздывало на 6-9 месяцев, а простая фразовая речь появлялась в 82% только после 4-5 лет. При этом отмечались нарушения звукопроизношения, слоговой структуры, монотонность и нарушение грамматического строя речи. К 7 годам речь детей

была представлена фразами из 3-4 слов, без употребления сложных предложений. При раннем детском аутизме в 95% обследований имелись нарушения коммуникативной речи, в 78% непонимание обращенной речи, в 92%-вокальные стереотипии (эхолалии и речевые штампы). Практически в 100% случаев после произнесения первых слогов в 1 год была отмечена остановка в развитии речевой продукции (утрата речевых навыков) на 6-12 месяцев и возврат к «лепетной» речи. Речевое развитие, соответствующее возрастным нормам не было зарегистрировано нами ни в одном случае. Речевые нарушения при РОНПР в основном были представлены задержками формирования речевых навыков до трехлетнего возраста (в 76%). После пяти лет отмечалось неполное понимание обращенной речи и непонимание смысла сказанного (53,8%), нарушение звукопроизношения, дизартрия и нарушения темпа речи в 92,5%, расстройства экспрессивной и рецептивной речи и расстройства модуляции.

Таким образом, нами было выявлено, что нарушения речи индивидуальны в каждой группе психических расстройств и являются важным диагностическим критерием. Поздно выявленные речевые нарушения и несвоевременно начатая медикаментозная и логопедическая коррекция приводят к нарушению общения детей и отрицательной динамике развития заболевания, результатом чего является социальная дезадаптация и высокий уровень инвалидизации детей.

Роль мотивационно-потребностной сферы личности в формировании аддиктивных расстройств в детско-подростковом возрасте

Ангел М.С.

Российский государственный педагогический университет имени А.И. Герцена, г. Санкт-Петербург

Распространение среди детей и подростков пагубных привычек — наркомании и алкоголизма — приобретает в России характер эпидемии и представляет серьезную угрозу для здоровья подрастающего поколения и нации в целом. Осмысление высказываемых в психологической литературе (А.Н. Алехин, Е.П. Ильин, Л.И. Божович, Е.Е. Малкова, В.С. Мухина, К. Обуховский, К.К. Платонов, Е.Ф. Рыбалко и др.) точек зрения на соотношение между потребностями и мотивами в онтогенезе, позволило выделить следующее:

· у новорожденных младенцев обнаруживаются ограниченные формы мотивов при которых потребность в родительской заботе трансформируется в потребность в признании;

· в период с года до трех уже можно наблюдать внутренние психические побудители, однако структура мотивационной сферы все еще не имеет устойчивой иерархии потребностей и мотивов;

· у детей дошкольного возраста главными становятся специфические человеческие мотивы связанные с моральными чувствами и определенными этическими нормами;

· в подростковом возрасте происходит формирование иерархии мотивов и «Я-концепции».

Имеющиеся современные теоретические воззрения на рассматриваемую проблематику, формируют подход к определению сущности, структуры и методов изучения формирования мотивационно-потребностной сферы в онтогенезе. Исходя из этого, представляется интересным изучение качественных трансформаций мотивационно-потребностной сферы, в первую очередь, подростков с аддиктивным поведением. Так, перед современными психологами остро встают вопросы психологического анализа различных форм поведения подростков, которые вовлечены в злоупотребление психотропными сред-

ствами, изменяющими психическое состояние, в том числе курение табака и употребление алкоголя до того, как у них не сформируется физическая зависимость. Можно полагать, что одной из причин зависимого поведения является деформация мотивационно-потребностной сферы личности в онтогенезе, что вполне может быть скорректировано определенного рода воспитательными воздействиями.

Таким образом, представляется важным и значимым разработка комплексных исследовательских программ и методов коррекции ценностных ориентаций подростков, подверженных аддиктивному поведению.

Дети больных алкоголизмом: проблемы и решения

Анохина И.П.

Научно-исследовательский институт наркологии — филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Дети больных алкоголизмом, независимо от социальной среды, заболевают алкоголизмом и наркоманиями в 6-10 раз чаще, чем дети из благополучных семей. 65-80% этих детей имеют широкий спектр патологии: замедленное умственное развитие, гипервозбудимость, дефицит внимания, неврозы, депрессии, энурез, нарушения функций печени и др.

Изучение в клинике и эксперименте деятельности мозга у потомства от родителей с длительной алкогольной интоксикацией выявило нарушения электрической активности мозга, расстройства функций некоторых нейромедиаторных систем, изменение активности ряда ферментов и др. Важно, что прием алкоголя или наркотиков временно нормализует нейрохимические процессы в мозге, что может являться причиной наличия у этих лиц высокой мотивации потребления психоактивных веществ. Несомненно, что в основе этих расстройств могут лежать и генетические особенности, которые переходят от родителей. Однако изучение в эксперименте потомства от длительно получавших алкоголь здоровых самцов крыс выявляет ряд аналогичных нарушений процессов, происходящих в мозге.

В настоящее время появилось понятие «эпигенетика», когда вследствие сильного повреждающего влияния на родителей у них нарушаются функции ряда генов, и эти нарушения передаются 2-3 поколениям потомства. Эта проблема может непосредственно касаться детей от родителей больных алкоголизмом и она требует дальнейшего изучения.

Учитывая, что дети больных алкоголизмом являются группой риска в отношении алкоголизма и наркоманий и эти заболевания протекают у них наиболее тяжело, с нашей точки зрения, необходимы подразделения для наблюдения за этими детьми, а также следует разработать для них специальные программы профилактики и лечения. В эти программы целесооб-

разно включить как социально-воспитательные, так и медико-биологические мероприятия, в том числе генетическое тестирование.

Буллинг в детском и подростковом возрасте

Арпентьева М.Р.

Калужский государственный университет имени К.Э. Циолковского, г. Калуга

Под термином «буллинг» (англ. bullying — травля) понимают систему социальных, психологических и педагогических проблем, запускающих процесс длительного (группового или индивидуального) физического, психического и/или нравственного насилия в отношении индивида, который в данной ситуации не способен защитить себя. Инициаторами травли могут быть дети мечтающие быть лидерами в классе и самоутверждающиеся в насилии (потребность власти), желающие быть в центре внимания (потребность в признании); дети, уверенные в своём превосходстве над жертвой и не признающие иных точек зрения и/или компромиссов (потребность в превосходстве и в понимании мира), это обычно агрессивные дети, готовые вступить в конфликт по любому поводу или по той или иной группе поводов (оспаривание власти, признания, превосходства, понимания). Жертва — ребенок, подросток, отличающийся от своих сверстников пониманием себя и мира, социальным статусом, часто имеющий собственное мнение, идущее вразрез общему. Жертвами часто становятся неуверенные в себе; замкнутые и не имеющие ни одного близкого друга, предпочитающие общение со взрослыми людьми; чувствительные и склонные к депрессии дети, которые также нередко думают о собственной несчастливости, неполноценности и т.д., и, как способе решения проблем, о самоубийстве. Они часто верят, что «заслуживают» быть жертвой, пассивно ожидающие или провоцирующие насилие преследователей; страдающие от одиночества и т.д. дети; имеющие негативный опыт жизни. Это дети уже имеющие опыт насилия дома или в социуме; дети предпочитающие умалчивать о травле; смирившиеся с этим насилием. Преследователь или группа таковых причиняет боль другим людям, прямо или косвенно прикладывая усилия к тому, чтобы человек испытал физическую, психологическую или нравственную боль, страдание. Травящий получает удовольствие, видя страдания и унижение жертвы, добиваясь все большей покорности, завладевая жизненными ресурсами более сла-

бого. Пострадавшие предпочитают не сообщать об издевательствах и унижениях: опасаясь «санкций» со стороны агрессора и /или его группы, осмеяния и вторичной виктимизации, так или иначе возникающей при попытках разъяснить суть происходящего, отстоять себя. Агрессивное поведение булли является умышленными, а, в случе сталкинга (англ. stalking), — еще и целенаправленным. Сталкинг— навязчивое нежелательное внимание к одному человеку со стороны другого (преследователя) или группы людей, целенаправленное преследование с помощью доступных преследователю средств. Сталкер — человек, который желает полностью контролировать мир физический и мир социальный, мир отношений человека с собой и с другими людьми. Буллинг ограничен набором более-менее сиюминутных проявлений насилия в конкретных ситуациях, сталкинг же тотален как более или менее откровенный процесс уничтожения другого, а затем и самого себя — ради и в процессе попыток установления полного контроля над ними и собой. Как правило, сам сталкер продолжает оставаться жертвой духовного, психического или физического насилия. И жертвы, и их преследователи (булли, сталкеры) имеют низкий потенциал жизнеутверждения, недовольны собой и миром. Самоутверждаясь, они унижают не только объекта нападок, но и самих себя. Выход из замкнутого круга насилия — диалог, признание булли вины и прощение его жертвой, анализ внутренней, а не только внешней структуры насилия, его «круговой» структуры. Агрессия, рожденная нарушенной, чрезмерной и болезненно отвергаемой привязанностью к миру и людям, рождает буллинг или травлю.

Клинические особенности подростковых поведенческих нарушений депрессивного генеза

Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М., Шаикрамов Ш.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

С целью изучения поведенческих нарушений у подростков с депрессивными расстройствами было обследовано 40 пациентов в возрасте от 14 до 16 лет. Наряду с психопатологическим методом для оценки выраженности эмоциональной патологии применялись шкала оценки тревоги и депрессии Гамильтона, шкала астении, а для определения устойчивых личностных характеристик испытуемых и особенностей эмоционального реагирования использован восьмицветовой тест Люшера. Пациенты были разделены на три клинические группы: с дисфорической депрессией — 50% (n=20), тревожной депрессией — 12,5% (n=5), маскированной депрессией 37,5% (n=15). Все подростки предъявляли жалобы на пониженное и плохое настроение, внезапно возникающее чувство грусти, уныние, потерю интересов и чувства радости в обычной активности, заметные страдания, высказывание идей самообвинения и безнадежности. В клинической картине дисфорической депрессии установлены аддиктивные формы нарушения поведения: мелкие кражи, побеги из дома, агрессивные действия в отношении сверстников и родителей, табакокурение, употребление алкогольных напитков и токсикоманических препаратов. У подростков с тревожным типом депрессии выявлены деликвентные формы нарушения поведения как аутодеструкция и аутоагрессия. Маскированная депрессия наблюдалась в основном у девочек подростков и проявлялась вариантами нарушенного пищевого поведения в виде ограничительного пищевого поведения с соблюдением изнуряющих диет и инициальным этапом нервной анорексии. При исследовании типологических особенностей личности были определены акцентуации характера, не достигающие уровня личностных расстройств. По результатам тестирования было выявлено, что наиболее часто депрессия тяжёлой степени встречалась у лиц с дисти-

мическим типом личности. Депрессивные расстройства средней степени наблюдалась у подростков психоастенического и неустойчивого типов, у которых чаще всего отмечалась склонность к самоповреждению и аутоагрессии. Лёгкие депрессивные расстройства были диагностированы у пациентов с демонстративным типом личности, поведенческие нарушения у которых проявлялись в виде реакций оппозиции и протеста, демонстративно-шантажным суицидальным поведением.

Таким образом, определение особенностей поведенческих нарушений у подростков с депрессивными расстройствами с учетом выделенных клинических групп позволяет более дифференцированно осуществлять психологическую и лечебно-реабилитационную помощь, предупреждая развитие выраженных нарушений поведения и формирование асоциальной личности.

Особенности пубертатных дисморфофобий депрессивного спектра

Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М., Шаикрамов Ш.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы: согласно данным ВОЗ депрессивные состояния с преобладанием в клинической картине дисморфофобических расстройств встречаются преимущественно в подростково-юношеском возрасте и составляют 8-20% в общей популяции 15-20-летних и более 50% всей психической заболеваемости среди контингента пациентов юношеского возраста.

Цель исследования: изучить клинические особенности дисморфофобических расстройств пубертатного периода с целью оптимизации лечебно-реабилитационной и психотерапевтической помощи данному контингенту больных.

Материалы и методы исследования: в ходе исследования были обследованы 12 пациентов в возрасте от 15 до 17 лет с жалобами на наличие дефекта внешности, убежденности в собственной внешней непривлекательности или физической неполноценности в сочетании с депрессивной симптоматикой. Ведущими методами исследования являлись клинико-психопатологический, сбор катамнестических данных.

Результаты: на основании проведенного исследования все пациенты были разделены на три клинические группы: дисморфофобической тип (5 больных — 41,6%), деперсонализационный тип (4 больных — 33,3%), ипохондрический тип (3 больных — 25,1%)

Пациенты с дисморфофобическим типом считали себя неинтересными, непривлекательными внешне, высказывали недовольство своим ростом, болезненно относились к наличию угревой сыпи, «лопоухих» ушей, слишком большого размера носа, жаловались на слабоволие, винили себя в бесчувственности, скованности, испытывали чувство неуверенности, находясь в обществе, страх показаться на людях, стремление уединиться и быть в одиночестве.

Пациенты с деперсонализационным типом характеризовались наличием убежденности в измененности лица, больные не узнавали себя в зеркале, лицо казалось чужим, безжизненным, с тупым, бессмысленным выражением, они заявляли, что у них постарела кожа, изменились пропорции тела. У них наблюдался симптом зеркала, пациенты подолгу разглядывали себя в зеркале, все больше убеждаясь в наличии у себя измененной внешности.

Пациенты с ипохондрическим типом жаловались на облысение, маленький рост, непропорциональное телосложение, внешние недостатки, по их мнению, были обусловлены соматическими нарушениями, неправильным образом жизни, неблагоприятной атмосферой, экологическими катаклизмами, нарушением обмена веществ.

Все пациенты предъявляли жалобы на плохое настроение, грусть, уныние, наплывы плохих мыслей, потерю аппетита, бессонницу, запоры, учащённое сердцебиение, периодами отмечали выраженное чувство скуки и отсутствие желания что-либо делать. В формировании депрессивной симптоматики были выявлены такие клинические проявления как потеря интересов и чувства радости в обычной активности, заметные страдания, высказывание идей самообвинения и безнадежности.

Вывод: проведенное исследование особенностей пубертатных дисморфофобий депрессивного спектра показало возможность определения типологических вариантов, клинических синдромов для осуществления правильного выбора медикаментозного и психотерапевтического подходов, прогноза и профилактики данной патологии.

Актуальные проблемы комплексной психолого-психиатрической экспертизы несовершеннолетних в условиях современного законодательства

Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Современные законодательные нормы, стандарты медицинской помощи обусловливают необходимость проведения в отношении несовершеннолетних комплексной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ). Характерная для подростков естественная возрастная незрелость может негативно сказываться на регуляции их поведения. Еще более дефицитарна способность к сознательному руководству своими действиями у несовершеннолетних с психическими нарушениями и отклонениями в развитии. Эти обстоятельства должны учитываться судебно-следственными органами при правовой оценке общественно-опасных деяний, совершенных подростками, и собственно их психического состояния в уголовно-релевантный период.

По делам, в которых фигурируют несовершеннолетние обвиняемые, следствие и суд интересуют, прежде всего, возможность привлечения их к уголовной ответственности. Так, если в силу неболезненного отставания в психическом развитии в период инкриминируемых ему деяний подросток не мог в полной мере осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, он не подлежит уголовной ответственности (ч.3 ст.20 УК РФ). Для решения этого вопроса необходимы специальные экспертные познания из области психологии и психиатрии. Разработанный и внедренный в экспертную практику сотрудниками ФМИЦПН им. В.П. Сербского поэтапный алгоритм исследования подростка, позволяет выяснить характеристики его психического развития, возможные отклонения от возрастных норм, связанных либо не связанных с психическим расстройством, с адекватным соблюдением границы компетенции специалистов, делая экспертные выводы более полными, объективными и научно обоснованными.

Особое значение в практике КСППЭ имеет норма «ограниченной вменяемости» (ст. 22 УК РФ «Уголовная ответственность лиц с психическим расстройством, не исключающим вменяемости»). В отношении подростков она вмещает двоякое уголовно-правовое значение: учитывается судом в качестве смягчающего обстоятельства при назначении наказания, а также для определения режима содержания уже осужденного лица и назначения ему медицинских мер. Несмотря на достаточно устоявшуюся позицию в экспертной практике, применение ст. 22 УК РФ у несовершеннолетних продолжает оставаться крайне низким. Так в РФ данная правовая категория экспертными комиссиями рекомендуется в среднем лишь 3.0-5.0% несовершеннолетних с психическими расстройствами. Вместе с тем, характерная для подросткового возраста «пограничная» степень психических нарушений, предполагает более широкое применение нормы ст. 22 УК РФ в отношении несовершеннолетних. Указанные обстоятельства, несмотря на проводимые в последние годы разработки свидетельствуют о необходимости дальнейшего уточнения экспертных критериев (медицинского и юридического) психопатологических и патопсихологических состояний, релевантных данной правовой категории.

Важнейшей потребностью современного уголовного процесса является решение вопроса об уголовно-процессуальной дееспособности (УПД) обвиняемых подростков. Некоторые аспекты УПД несовершеннолетних тесно связаны с особенностями их психического развития и возрастной спецификой расстройств. Даже непатологические отклонения (психологический уровень) могут существенно влиять на процессуальную дееспособность подростка. Следовательно, при психических расстройствах и патологических нарушениях развития появляется потребность в оценке возможности подростками осуществлять свои процессуальные права и обязанности в период следствия и судебного разбирательства. Разработка экспертных критериев ограничения или нарушения УПД несовершеннолетних, ведения судопроизводства, с учетом защиты интересов обвиняемого лица, признанного «невменяемым», предусматривает проведение комплексных исследований в соответствии с современными подходами и правовыми нормами.

Таким образом, использование комплексного психолого-психиатрического подхода позволяет выявить и систематизировать клинические и патопсихологические характеристики у несовершеннолетних, имеющие значение в конкретной юридически значимой ситуации. Вместе с тем, ряд актуальных вопросов, возникающие в современных условиях обуславливают дальнейшее совершенствование методологических подходов КСППЭ несовершеннолетних с изучением уголовно-релевантных психических состояний и разработкой единых критериев (клинических и психологических) их экспертной оценки.

Клинические факторы и речевое развитие у подростков при шизофрении

Балакирева Е.Е., Шведовский Е.Ф., Зверева Н.В.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва

Введение. Когнитивные дефициты — неотъемлемая характеристика текущего психического заболевания у взрослых, детей и подростков при шизофрении (R. Keefe, D. Harvey, А.С. Тиганов, М.Ш. Вроно и др.). Эти дефициты (недостаточность и своеобразие мышления, снижение уровня функционирования памяти и внимания, своеобразие речевой продукции и т.п.) различны в зависимости от клинических факторов нозологического диагноза, возраста начала болезни, ведущих синдромов. Исследование связи когнитивного функционирования больных шизофренией подростков с тяжестью заболевания выявило и отставание, и сближение с нормой развития по ряду параметров (Зверева, Хромов, 2014). Клиническая картина болезни существенно связана с возрастом начала заболевания, наличием\отсутствием дизонтогенеза. Изучалась речевая деятельность подростков, больных шизофренией, в связи со спецификой раннего речевого развития и клиническими параметрами. Известны исследования речевых особенностей у взрослых пациентов (Савицкая, 1975, Голенков, 2008; DeLisi, 2001) и в доступных источниках, почти нет данных по подросткам.

Своеобразие речемыслительной деятельности у подростков при эндогенной патологии по параметрам продуктивности, коэффициента стандартности и латентного времени ответа было показано нами ранее (Шведовский, 2014). Пилотажное исследование связи клинических факторов (диагноз, ведущий синдром, возраст начала заболевания) и особенностей раннего развития речи (опережение, норма, отставание сроков появления слов и фразовой речи) осуществлено в контексте анализа своеобразия речевой деятельности у подростков при шизофрении, работа состоит из 2-х частей.

Выборка 1. 20 больных ФГБНУ НЦПЗ (11 мал.) с эндогенной патологией (F20.xx, F21.xx, F23.xx, F25.xx по МКБ10), средний возраст — 14,7 л. Сопоставление раннего развития речи и диагноза показало, что больные F21.xx, F23.xx, F25.xx (шизотипическое расстройство и аффективная патология) прибли-

жены к нормативному типу. Самые поздние сроки развития речи — при детской шизофрении (F20.xx). При психопатоподобном синдроме первые слова у больных появляются чуть позже нормативных сроков, как и у пациентов с кататоническим синдромом, для больных с невротическим синдромом нет значимых отличий от нормы.

Выборка 2 — 53 больных (33 мал.) ФГБНУ НЦПЗ, средний возраст 13,8 л. с расстройствами круга шизофрении (F2xx, F21.xx, F20.8x, по МКБ10). Оценка раннего развития речи представлена вариантами: опережение, норма, отставание. Получено, что в группе F20.8x значимо меньше, чем в других выборках, подростков с опережающим развитием речи в детстве; кроме того, только в этой группе встречались скачкообразные варианты развития речи со временной ее утратой и последующим восстановлением. Возраст начала заболевания различался: самое раннее начало — в группе F20.8x (5,5 лет в среднем), группы F21.xx, F20.8x характеризовались более поздним началом болезни (в среднем — в 8,5 и 9,6 л.). Сравнение выборок по коэффициенту стандартности в методике конструирование объекта показало тенденцию снижения: чем тяжелее форма болезни, тем ниже коэффициент стандартности у подростков. Величина коэффициента стандартности для больных с разной оценкой сроков раннего речевого развития была следующей: норма развития — 0,62, опережение — 0,61; отставание — 0,45. Аналогично снижено количество целостных ответов: при опережении — 5,5 ответов, в норме развития — 5, при отставании — 4, показатели продуктивности были примерно равными.

Таким образом, шизофренией подростков, их раннего речевого развития и клинических факторов диагноза, возраста начала заболевания и ведущего синдрома.

Пищевое «программирование» у больных с расстройствами аутистического спектра

Балакирева Е.Е., Зверева Н.В., Якупова Л.П., Блинова Т.Е.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва

Пищевое «программирование» предполагает, что характер питания ребенка в критические периоды жизни предопределяет особенности его метаболизма на протяжении всей последующей жизни и, как следствие предрасположенность к определенным заболеваниям и особенностям их течения.

Исследование проводилось с 2005 по 2015 гг. в ФГБНУ НЦПЗ. Изученная выборка состояла из 146 пациентов (86 девочек, 60 мальчиков). Состояние пациентов оценивалось в условиях стационара и при амбулаторно-поликлиническом наблюдении. Возраст пациентов, включенных в исследование от 2 лет до 5 лет, более чем в 83% случаев наблюдения больные прослежены катамнестически. В исследовании использовались клинический, клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический, физикальный и инструментальный методы. В результате проведенного исследования, среди этапов формирования пищевого поведения на первом году жизни было выделено 2 критических этапа, а именно первые дни жизни ребенка, и возраст 8-9 месяцев, когда любое нарушение отношений в диаде между матерью и ребенком может приводить к расстройствам приема пищи. К наиболее значимым расстройствам можно отнести отсутствие взаимности между матерью и ребенком, а также выявленные послеродовые депрессии, наличие тревожных, конверсионных и психопатоподобных расстройств и злоупотребление алкоголем у матерей больных. Выделены типы кормления, приводящие к нарушению пищевого поведения (НПП) ребенка: ночное кормление во время сна и запрограммированное кормление по расписанию. Особенности приема пищи у больных с расстройствами аутистического спектра наблюдались не изолировано, а совместно с другими психопатологическими расстройствами. У всех больных, без исключения, имело место искажение пищевого инстинкта, на первом году жизни отмечались уко-

роченные промежутки между кормлениями, по сравнению с возрастной нормой, отказы от привычных видов пищи, напоминающие признаки анорексии. Также выявлялись трудности введения прикорма, и сопротивление введению новых видов пищи, что вызывало гипотрофию в 58% случае, а при неоказании своевременной помощи приводило и к случаям дистрофии в 6% случаев. В возрасте 3-4 месяцев у большинства больных зарегистрирован отказ от грудного вскармливания, в дальнейшем нарастала большая избирательность, ритуальность в употреблении блюд, а порой даже полный отказ от приема пищи, совпадающий с нарастанием возбуждения, плачем, криком. При удачном введении прикорма больные начинали подолгу удерживать пищу за щекой или наоборот заглатывать еду кусками, без предварительного пережевывания, что вызывало страх у родителей и они, переходя на механическую обработку пищи в виде протирания еще больше способствовали отказу ребенка от еды. На 2 году жизни, когда больные начинали чаще пребывать вне дома, усиливались кататонические расстройства с нарастанием психомоторного возбуждения с агрессией и самоагрессией и даже дезориентированностью в окружающем. В таких состояниях возникал полный отказ не только от еды, но и употребления любой жидкости. У 36% больных было отмечено изменение вкусового восприятия с непереносимостью многих блюд или стойкая приверженность к одному или двум блюдам, и даже употребление в пищу несъедобного. В 47% случаев на 2 году жизни для больных был характерен атавистический способ обследования окружающего с помощью облизывания, обнюхивания, обсасывания, что позволяет говорить об изменении разных видов чувствительности и использовании восприятия в аутостимуляторных целях, а также наличии ранних этиологических форм перцепции. Разработка четких стандартов диагностики и лечения больных с РАС, протекающими с НПП позволит оказывать своевременную лечебно-реабилитационную помощь, только при участии многопрофильной команды специалистов.

Нарушение моторной памяти у детей среднего школьного возраста с легкой степенью умственной отсталости

Баринова Д.М., Баз Л.Л.

ГАОУ ВО «Московский государственный педагогический университет», г. Москва;
ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы»

Отечественные психологи отмечали выраженные нарушения запоминания у детей с умственной отсталостью. В исследованиях Выготского Л.С. (2003), Занкова Л.В. (1935), Замского Х.С. (1954), Дульнева Г.М. (1955), Петрова В.Г. (1959), Нудельмана М.М. (1965), Юодрайтиса А. (1980) и др. было доказано, что память умственно отсталых имеет специфические особенности. Процесс заучивания идет очень медленного, запоминается материал лишь после многих повторений и дети быстро забывают воспринятое. Для детей с умственной отсталостью характерна эпизодическая «забывчивость». Материал, первоначальное хорошо запомненный, сменяется нарушением воспроизведения, а затем происходит его частичное воспроизведение. Особенно страдают высшие формы памяти, связанные с осмыслением материала. А.Н. Леонтьев (2000) отмечал, что у умственно отсталых детей нарушена, прежде всего, опосредованная память, связанная с мыслительными операциями. Это объясняется неэффективностью процесса переработки и отбора подлежащих запоминанию впечатлений. Умственно отсталые запоминают внешние признаки предметов в их случайных связях, и при этом страдает понимание материала в целом. Экспериментально изучалась в основном слухоречевая, в меньшей степени зрительная память. Двигательная память, которая не менее важна в процессе школьного и трудового обучения умственно отсталых детей, не изучалась.

Целью работы являлось исследование нарушений произвольной двигательной памяти у детей среднего школьного возраста с легкой степенью умственной отсталостью. В исследовании приняли участие: экспериментальная группа 15 учени-

ков коррекционной школы (с диагнозом F70) и контрольной — 15 учеников обучающиеся по программе массовой школы (в группах было равное количество девочек и мальчиков). Средний возраст испытуемых — 12 лет. Использовались пробы исследование моторной памяти из нейропсихологического теста Микадзе Ю.В., Корсаковой Н.К. (1994). Перед испытуемым ставились задачи на запоминание и воспроизведение положений пальцев руки, поставленные им психологом, затем выполнялись задания на перенос той же позы (по памяти) на другую руку. Фиксировалось количество ошибок при выполнении заданий, чем лучше выполнялись пробы, тем ниже была оценка.

Результаты. Объем непосредственной моторной памяти при предъявлении стимулов на правой руке: больные $X=4,13$, $\sigma=2,56$, норма $X=2,13$, $\sigma=1,96$; на левой руке больные $X=4,13$, $\sigma=2,56$, норма $X=1,87$, $\sigma=2,42$; сохранение стимула при переходе на другую руку: перенос слева — направо больные $X=4,53$, $\sigma=2,45$, норма $X=2,00$, $\sigma=2,43$ перенос справа — налево — больные $X=4,53$, $\sigma=2,45$, норма $X=2,13$, $\sigma=2,43$. Для оценки значимости полученных различий между группами результаты были сравнены с помощью статистического критерия Манна — Уитни. Для всех четырех проб были получены эмпирические значения большие, чем критические с $p\leq0.05$. То есть, различия в двух выборках значимы по всем четырем пробам. Было показано, что двигательная память у больных детей с легкой умственной отсталостью статистически значимо хуже, чем в норме.

Таким образом, у учащихся средней школы с легкой степенью умственной отсталости произвольная двигательная память также нарушена, как и другие виды произвольного запоминания.

Особенности проявления агрессивных реакций у подростков с высоким уровнем тревожности

Бартош Т.П.

Научно-исследовательский центр «Арктика» ДВО РАН, г. Магадан

В подростковый период происходят изменения на гормональном и морфо-физиологическом уровне, а также в эмоционально-личностной сфере. Исследованиями показано существование региональных особенностей психического здоровья детского населения. Природно-климатические и социальные факторы Северо-Востока России оказывают негативное влияние на организм подрастающего поколения. Эмоциональный стресс, нарушения психической адаптации, социальная дезадаптация, могут быть значительными факторами в формировании различных форм агрессивного и аутоагрессивного поведения, нервно-психических и соматических расстройств подростков

Уровень нарушения психической адаптации может оцениваться по степени выраженности тревожности. Тревожный подросток больше подвержен склонности к зависимости и пассивности во многих социальных ситуациях. В то же время, тревога может быть одним из факторов, провоцирующих агрессию. При этом враждебность и агрессия выступают в качестве способа защиты в ситуации тревоги.

Цель исследования: определение выраженности агрессивных и враждебных реакций у подростков, проживающих в Магадане, в зависимости от уровня тревожности.

Было обследовано 213 подростков возрастом 13-17 лет (133 девочки и 80 мальчиков) двух гимназий г. Магадана. Разделение по группам было произведено на основании шкалы тревожности Спилбергера-Ханина (оценка ситуативной — СТ и личностной тревожности — ЛТ). Для определения форм агрессивных и враждебных реакций использовали опросник А. Басса и А. Дарки.

Результаты исследования профиля агрессивности у обследуемых подростков в зависимости от уровня тревожности показали, что у высокотревожных девочек, по сравнению с низкотревожными сверстницами, значимо более выражены пока-

затели Раздражения, Обиды, Чувства вины, Индекса враждебности ($p<0,05$). У высокотревожных мальчиков значимо более низкий уровень Физической и Вербальной агрессии ($p<0,05$). Более выражены показатели Косвенной агрессии, Раздражения, Обиды, Подозрительности, Чувства вины ($p<0,05$). Таким образом, из восьми шкал опросника, только по показателю Негативизма высокотревожные мальчики не имели значимых различий по отношению к низкотревожным сверстникам, поскольку негативизм, в той или иной мере, свойственен подростковому возрасту. Другими словами, высокотревожные подростки обоего пола отличались от низкотревожных более выраженными аутоагрессивными и враждебными реакциями. Часто уровень аутоагрессии напрямую связан с интроверсией, депрессивностью и невротичностью личности и служит фактором риска развития суицидального поведения.

Корреляционный анализ данных показал, что у высокотревожных мальчиков показатели тревожности СТ и ЛТ имеют отрицательную связь с вербальной агрессией (ВА) ($r=-0,63$; $p<0,01$). Состояние тревожности снижает вербальное выражение негативных чувств, эмоций. У низкотревожных СТ и ЛТ положительно коррелировал с Индексом враждебности ($r=0,30$; $p<0,05$) и Обидой ($r=0,41$; $p<0,01$). Показатель ЛТ у высокотревожных девочек коррелировал с показателем Обиды ($r=0,35$; $p<0,05$). В состоянии тревожности усиливается обидчивость, враждебность и недоверие к окружающим.

Более высокое чувство уязвимости высокотревожных подростков, повышенная раздражительность, чувство вины, ощущение враждебности окружающего мира, а также длительное протекание отрицательных переживаний ведет к повышению психоэмоционального напряжения, способствует нарушению психической адаптации. В психопрофилактических и коррекционных мероприятиях следует учитывать личностные особенности подростков с высокой тревожностью.

Организация комплексной специализированной программы реабилитации детям в условиях детско-подросткового психиатрического комплекса (на примере Омской области)

Барышева О.М, Крахмалева О.Е., Иванова Т.И., Гранкина И.В.

БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодникова», г. Омск;
ГБУО ВПО «Омский государственный университет», г. Омск

Организация специализированной психиатрической помощи детскому населению Российской Федерации является актуальной задачей, в силу высокой социальной значимости психических и поведенческих расстройств детского возраста. Анализ зарубежного опыта реабилитации детей с психическими расстройствами показал, что наиболее эффективным являются программы реализуемые при активном участии не только врачей психиатров, психотерапевтов, но и родителей детей, педагогов, психологов, социальных работников комплексно и последовательно. В сочетании ресурсов как стационарного психиатрического звена, так и возможностей внебольничной помощи, с использованием психофармакотерапии, психотерапии, психологической и социальной поддержки. Базируясь на этих принципах, на территории Омской области, создано несколько программ реабилитации детей с психическими расстройствами, реализуемых на базе детско-подросткового комплекса Омской клинической психиатрической больницы им. Н.Н. Солодникова.

Основываясь на возможностях существующих структурных подразделений были созданы программы индивидуальных маршрутов детей, нуждающихся в специализированной помощи. Оценивалась степень тяжести клинических проявлений, особенностей социального и культурного окружения ребенка, а также реабилитационного потенциала. Оценка вышеуказанных составляющих проводилась при первичном обращении к участковому психиатру, который и определял индивидуальный маршрут ребенка, реализуемый программами реабилитации.

Для детей с легкими, либо умеренно выраженными проявлениями психического расстройства, программа реализовалась посредством амбулаторной психиатрической помощи. Участковым врачом психиатром при необходимости, возможно, назначались психофармакологические средства, однако больший акцент отводился психотерапевтической помощи и социо-психологическому сопровождению ребенка и его семьи. Детям с умеренными и выраженными психическими нарушениями программа реализовывалась средствами внебольничной помощи на базе отделения интенсивного оказания психиатрической помощи для детей и подростков в сообществе. Включала госпитализацию в указанное отделение, назначение активной психофармакологической коррекции, ежедневные посещения врача психиатра, психотерапевта, психолога, социального работника в течении первых двух недель госпитализации с постепенным переносом акцента с психофармакологического лечения в сторону медико-психологической коррекции нарушенным форм поведения. Детям с выраженными психическими расстройствами назначалось стационарное лечение для уточнения спектра психического расстройства и активной фармакологической помощи. Сроки госпитализации ребенка зависели от результативности проводимой терапии в среднем от одного до двух месяцев. При госпитализации помощь осуществлялась полипрофессиональной бригадой в составе врачей психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов, дефектологов, логопедов, педагогов и социальных работников. Особенностью организации помощи являлось взаимодействие и преемственность всех существующих программ в зависимости от состояния ребенка.

Особенности зрительного восприятия у старших школьников с расстройствами аутистического спектра

Баулина М.Е.

Институт психологии, социологии и социальных отношений ГАОУ ВО «Московский городской педагогический университет», г. Москва

В условиях развития инклюзивного образования ежегодно увеличивается включение детей с расстройствами аутистического спектра в образовательный процесс. Однако для получения полноценного образования и понимания предметов данного контингента школьников необходима адаптация методик обучения, учебников и контрольных заданий. Понимание особенностей организации зрительного восприятия у детей с РАС позволит облегчить решение этой проблемы.

Целью данного исследования было выявление и описание особенностей зрительного восприятия у старших школьников с расстройствами аутистического спектра (РАС). Исследование было проведено на 26 подростках 15-16 лет с РАС, обучающихся по общеобразовательной программе и не имеющих выраженной интеллектуальной недостаточности, в сравнении со сверстниками, имеющими нормативное развитие. Методики исследования включали в себя:

1) нейропсихологические пробы для оценки зрительного гнозиса из диагностического альбома Е.Д. Хомской (простые предметные изображения, зачёркнутые, наложенные, недорисованные изображения и «химеры»);

2) методики для изучения состояния пространственного гнозиса (копирование фигуры Рея-Тейлор, кубики Кооса в модификации Д. Векслера);

3) методики для оценки лицевого гнозиса в модификации Е.Д. Хомской и Н.Я. Батовой (субтесты «Классификация» и «Ранжирование»).

Результаты исследования показали, что зрительное восприятие школьников с РАС развивается по типу искажения, а не дефицитарности психической функции. В частности, отмечаются нарушения зрительного восприятия, которые не связаны

с задержкой в когнитивном развитии и проявляются в сниженной способности к синтезу частей зрительного изображения в целостные образы объектов при сохранной способности к распознаванию контурных изображений объектов.

Также школьникам с РАС сложнее выделять контурные изображения от посторонних элементов фона, и не всегда такие школьники отмечают противоречия в визуальных образах — «химерах». При копировании фигуры Рея-Тейлор наиболее часто использовалась фрагментарная стратегия (73,3%) ответов, в то время как в контрольной группе преобладала дедуктивная (целостная) стратегия. При различении различных эмоциональных состояний на фотографиях школьники с РАС испытывали значительные трудности при оценке слабо выраженных оттенков эмоциональных состояний. Испытуемые опирались преимущественно на изображение нижней части лица, что затрудняло целостное восприятие общего эмоционального выражения.

Таким образом, в качестве основных особенностей зрительного восприятия школьников с РАС можно выделить следующие:

1. склонность к фрагментарному восприятию зрительной информации;

2. нарушение пространственных синтезов, проявляющихся в конструктивной деятельности;

3. трудности дифференцирования слабо выраженных положительных и отрицательных эмоций в сочетании с оценкой преимущественно нижней части лица человека.

Полученные результаты могут быть использованы для составления рекомендаций преподавателям по адаптации наглядного иллюстративного материала в процессе обучения.

Качество услуг при оказании помощи пациентам в детской психиатрии

Бебчук М.А.

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

Специализированная помощь психически больному ребенку направлена, в первую очередь, на улучшение его социально-психологической адаптации и включает коррекцию внутриличностных проблем, проблем в семье, в школе, в обществе. Социальный характер услуги предполагает и оценку качества предоставляемой помощи по социальным критериям, что больной ребенок, естественно, самостоятельно оценить не может.

Однако ребенок с психическим расстройством и нарушениями поведения, как и любой другой ребенок, может ответить на вопросы «хорошо — плохо», «важно — неважно», «больно — не больно» или «вкусно — невкусно» и, следовательно, оценить по этим шкалам медицинскую услугу. При этом Coyne I. в обзоре публикаций с 1993 по 2007 констатирует, что исследований по оценке мнения детей крайне мало.

Для оценки качества медицинской помощи в медицинских организациях выделяют «триаду Донабедиана»: (1) качество структуры, (2) качество процесса и (3) качество результата. Управление качеством основано на обратной связи, в первую очередь, о степени удовлетворённости потребителей психиатрических услуг, при этом степень удовлетворенности получателя медицинской услуги структурой, процессом и результатом во многом определяется его ожиданиями.

В 2016 году было обследовано 100 детей школьного возраста, впервые госпитализированных родителями в Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы. Дети, умеющие читать, самостоятельно заполняли анкету, состоящую из 20 вопросов об их ожиданиях от больницы.

Значительное большинство детей в качестве приоритетной при оценке качества процесса обозначили свою потребность в контакте с персоналом и ясном понимании происходящего. В частности, наиболее важными для детей были утверждения:

«Я хочу, чтобы мне объяснили, что со мной будет происходить в больнице» и «Мне важно, чтобы перед каждым обследованием/процедурой мне объясняли, что и как будет происходить. Ожидания (и опасения) всех детей об организации помощи в больнице (качество структуры) касались присутствия родителей. Так, наиболее значимым было утверждение: «Мне важно, чтобы родители могли приходить ко мне каждый день». Важно, что независимо от понимания детьми причины госпитализации, результат для них связан с возвращением домой. Подавляющее количество детей выбрали утверждение «Я хочу знать, что необходимо делать, чтобы скорей выписаться из больницы домой».

В заключение отметим, что даже если ожидания и требования потребителей психиатрической помощи были с ними согласованы и выполнены, это не обязательно обеспечивает их высокую удовлетворённость. Врач-психиатр, психотерапевт или психолог не всегда при оказании услуги удовлетворяют потребности больного ребенка, которые могут быть болезненными, опасными и/или противоречить потребностям микроокружения. Важно отметить, что в ряде случаев в связи со своим психическим состоянием или возрастом пациент (ребенок) не может самостоятельно оценить удовлетворённость качеством услуги (бредовые мотивы, интеллектуальное снижение, младший возраст). Однако ориентация сотрудников медицинской организации, включая руководство, на обеспечение психически больных детей качественной медицинской помощью означает учет мнения детей и стремление превзойти их ожидания.

Результаты взаимодействия специалистов БУЗ ВО «ВОПБ» с Шекснинской специальной школой закрытого типа

Беляничев В.В.

БУЗ ВО «Вологодская областная психиатрическая больница», г. Вологда

На протяжении 40 лет группой специалистов (детские психиатры, психологи, психотерапевты) проводили клинико-катамнестическое изучение средовой дезадаптации у детей с делинквентным поведением — воспитанников Шекснинской специальной школы закрытого типа. Проведённую работу можно разделить на три периода.

Первый с 1974 по 1988 гг. можно обозначить «кураторский». Врачи принимали участие в комиссиях по отбору детей в специальное учреждение, осуществляли плановые осмотры воспитанников. Проводили амбулаторное лечение, при необходимости госпитализировали воспитанников в детское отделение ВОПБ.

Второй период с 1989 по 2003 гг. совпал с реформированием специальной школы закрытого типа в Центр социально-психологической и педагогической реабилитации. Было изменено штатное расписание по сокращению режимных подразделений, укреплению и расширению социально-психологической службы. Улучшилась материальная база медицинского блока, врач-психиатр прошел специализацию по психотерапии, изолятор заменен комнатой психологической разгрузки. При этом основное направление помощи сместилось к личностно-ориентированному подходу к ребенку: не только постановка диагноза, но и комплексная оценка ключевых личностных проблем развития и поведения и разработка реабилитационных программ в условиях «психотерапевтически насыщенной среды».

Для решения поставленных задач был создан временный творческий коллектив, научными консультантами выступали сотрудники ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского во главе с Н.В. Вострокнутовым.

Программа включала три основных направления:

1. изучение контингента со 100% обследованием у психиатра с заполнением специальной карты, где отражались вопросы медицинского, педагогического и социального характера;

2. повышение профессиональной компетенции и оптимизация воспитательной деятельности коллектива;

3. индивидуальные консультации психотерапевтом сотрудников школы и членов их семей.

В комплексном лечении воспитанников терапевтическая работа стала занимать приоритетное место. Широко проводилась групповая когнитивно-поведенческая психотерапия, для страдающих своеобразной психосоматизированной формой протеста, в виде ночного недержания мочи, проводились курсы рефлексотерапии.

Третий период с 2001 по 2015 гг. создание учебно-методического центра на базе Шекснинской специальной школы закрытого типа. Реабилитационная деятельность учреждения углубляется через создание «единого реабилитационного пространства» в регионе. Организация этапного и межведомственного взаимодействия является действенным путем профилактики безнадзорности и преступности детей с психическим отклонениями и проблемами в поведении.

С 2011 по 2015 гг. школа становится федеральной площадкой МО России «Современная модель успешной социализации детей с девиантным поведением».

Резюмируя проведенную совместную работу можно утверждать, что комплексная медико-психолого-педагогическая помощь оптимально реализуется при реформировании специальной школы закрытого типа в Центр социально-психологической и педагогической реабилитации.

Организация профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в Хабаровском крае

Богданова Е.В.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая психиатрическая больница» Минздрава Хабаровского края, г. Хабаровск

Вопросы организации ранней диагностики психических расстройств среди детского возраста в Хабаровском крае, являются приоритетными и требуют постоянного совершенствования. Численность детского населения Хабаровского края в возрасте от 0 до 17 лет составляет 255.311 человек, из них дети 221.574 чел., подростки 33.737 человек. В соответствии со статьями 14, 54 и 97 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом МЗ РФ от 21.12.2012 № 1346н утвержден порядок проведения несовершеннолетним профилактических медицинских осмотров. С началом данной кампании проведены следующие мероприятия организационного характера:

· проведено обучение специалистов психиатров на базе института повышения квалификации специалистов здравоохранения министерства здравоохранения Хабаровского края по программе дополнительного профессионального образования в части особенностей психических расстройств и расстройств поведения у детей;

· сформированы бригады врачей психиатров для проведения профилактических осмотров несовершеннолетних;

· проведено лицензирование некоторых детских поликлиник, не имеющих в штате врача психиатра, на осуществление деятельности по психиатрии;

· составлены планы — графики по проведению медицинских профилактических осмотров несовершеннолетних. Специалистами министерства здравоохранения края проведены рабочие совещания с педиатрами детских поликлиник, ответственными за организацию профилактических медицинских осмотров. Разработан порядок предоставления информированного согласия на проведение профилактического медицинс-

кого осмотра со стороны родителей или законных представителей ребенка.

По результатам медицинских профилактических осмотров несовершеннолетних по Хабаровскому краю в 2014 число детей, прошедших медицинские осмотры составило 173.107 человек в возрасте от 0 до 17 лет. Из них зарегистрировано психических расстройств 1269 случаев, из них впервые — 165 случаев, что соответствует 13%, взято под наблюдение из числа впервые выявленных 50% детей (83 чел.).

В 2015 число детей прошедших профилактические медицинские осмотры составило 176.410 человек, зарегистрировано психических расстройств — 1924 случая, из них впервые 333 случая, что составило 17%, из числа впервые выявленных взято под наблюдение 44% детей (148 чел.). Из числа зарегистрированных случаев психических расстройств у детей, показатели впервые выявленной психической патологии достаточно невысокие, что составляет 13% и 17% в 2014 и в 2015 соответственно. Взято под наблюдение к психиатру детей из числа впервые выявленных в 2014 году — 50%, и в 2015 году — 44%. Число взятых детей под наблюдение психиатра зависит от обращаемости родителей с детьми в специализированный детский психиатрический диспансер. В случае обращения к специалисту, у части детей психическое расстройство не подтверждается, другой части даются рекомендации о коррекции поведения, формированию коммуникативных навыков с детьми, и только определенная часть детей, в силу выявленного психического расстройства берется под наблюдение психиатром.

Анализ результатов проведенных профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в 2014-2015 гг. свидетельствует о том, что процент первично выявленной патологии психической сферы, соответствующий в среднем 0,75%-1%, требующий внимания и наблюдения у врача психиатра несоизмеримо мал по сравнению с теми финансовыми затратами, отпущенными на проведение медицинских осмотров.

В процессе организации работы у специалистов психиатров возникали трудности диагностики психических расстройств у детей, по причине отсутствия дополнительной объективной информации о несовершеннолетних: данных о психическом состоянии здоровья ребенка от родителей или законных представителей, характеристики из школы, сведений о состоянии

здоровья из амбулаторных карт детских поликлиник и т.д. Существовала проблема обратной связи с родителями или законными представителями, не все родители доходили до врача психоневрологического диспансера, поскольку обращение к психиатру носит добровольный характер. Подростки, нуждающиеся в дообследовании у психиатра, достигшие возраста 15 лет, в соответствии с законодательством, чаще всего не обращались к врачу, поскольку не заинтересованы в установлении психиатрического диагноза.

Результаты проведенных профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних показывают, что имеет место низкий показатель выявляемости психических расстройств у детей — 1% от общего числа, осмотренных. В целях улучшения показателей требуется решить вопросы организационного характера. На первом месте это: проблемы дефицита кадров, специалистов психиатров, затем пересмотр расчета времени на профилактический осмотр ребенка в сторону его увеличения, а также обязательное согласие и присутствие при осмотре родителей или законных представителей несовершеннолетнего. Одним из значимых является вопрос о взаимодействии врача психиатра с педиатром, именно врач педиатр — специалист, который систематически наблюдает ребенка с момента рождения до 17 лет. В плане улучшения качества диагностики психических расстройств у детей, необходимо взаимодействие педиатр — невролог — психиатр. Решение вышеуказанных проблем повысит уровень качества проведения профилактических осмотров несовершеннолетних на ранних возрастных этапах.

Современные подходы при оказании детской психиатрической помощи в условиях детского психиатрического стационара

Богданова Е.В.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая психиатрическая больница» Минздрава Хабаровского края, г. Хабаровск

Представлен опыт работы детского психиатрического отделения КГБУЗ «Краевой клинической психиатрической больницы» рассчитанной на 50 коек, приему подлежали дети в возрасте от 3 до 14 лет. Показаниями для обследования и лечения ребенка в условиях психиатрического стационара являются тяжелые психические расстройства, требующие комплексной, эффективной терапии и решение вопросов социально-образовательно-реабилитационного характера. В течение года проводилось лечение 365 пациентам, средняя длительность лечения составляет 45 дней. В зависимости от установленного диагноза (в соответствие с МКБ-10) дети имели следующие виды психических расстройств, в 70% наблюдений отмечалось последствие органического поражения головного мозга без психотических нарушений, в 20% наблюдений имели место случаи олигофрении различной степени тяжести, в 4% наблюдений органические поражения головного мозга с психотическими расстройствами, в 1% случаев наблюдений с шизофренией, в 1% наблюдений дети с расстройством аутистического спектра, в 4% наблюдений другие расстройства. Условно курс лечения можно разделить на этапы. На всех этапах применяется принцип работы в виде полипрофессиональной бригады, когда с ребенком одновременно занимаются психиатр, психолог, невролог, психотерапевт, логопед, педагог.

1 этап — диагностический, является одним из основополагающих. В соответствии со стандартом в течение недели с момента поступления проводится обследование психиатром, психологом, логопедом, неврологом, педиатром, педагогом, психотерапевтом. Дополнительно по показаниям проводится ЭЭГ, ЭХО ЭГ, РЭГ для уточнения и выбора наиболее дифференцированной и адекватной терапии. На данном этапе устанавли-

вается нозологический диагноз, проводится медикаментозное лечение, определяется социально-коррекционный маршрут ребенка, выбор образовательной программы, формируется план социализации.

2 этап — включает лечебную работу, коррекционную и педагогическую составляющую, когда с ребенком проводятся индивидуальные занятия с психотерапевтом, логопедом, психологом, педагогом. В процессе занятий с учетом когнитивных, речевых и нарушений поведения подбираются медикаментозные, логопедические, психотерапевтические приемы. Одним из важных моментов данного этапа является активное участие родителей ребенка в коррекционных занятиях, во время которых специалисты наглядно демонстрируют возможности коррекции речевых и поведенческих расстройств, обучают взаимодействию больного ребенка со сверстниками и родителями.

3 этап — реабилитационный, когда в процессе длительного динамического наблюдения индивидуально каждому ребенку определяется образовательный маршрут, устанавливаются индивидуальные возможности обучения, решаются вопросы социальной защиты, оформление документов на МСЭ, в психоневрологический интернат и т.д.

Таким образом, в основе работы детского психиатрического отделения активно применяется метод полипрофессиональной бригады, получила развитие биопсихосоциальная модель лечения, что направлено на организацию социализации ребенка в обществе.

Актуальные вопросы профилактики суицидального поведения у детей и подростков

Бойко Е.О., Васянина Ю.Ш.

ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» Минздрава Краснодарского края, г. Краснодар

Проблема смертности населения от самоубийств — одна из важнейших проблем общественного здравоохранения в любой стране и в любом обществе по всему миру. Частота самоубийств — индикатор состояния психического здоровья и социального благополучия населения. Каждое детское самоубийство является кризисом, трагедией, которая наносит непоправимый ущерб не только родным, но и обществу в целом. В структуре смертности от неестественных причин, смертность детей и подростков Краснодарского края от суицидов традиционно занимает 3 — 4 места, после ДТП, случайных отравлений и утоплений, ежегодно составляя около 10% из этого числа.

Систематическая работа по медицинской реабилитации детей с суицидальным поведением проводится специалистами краевой психиатрической службы с 2004 года.

За весь период мониторинга (2004-2015 гг.) отмечался волнообразный характер показателя распространённости завершенных суицидов у детей на 100 тыс. детского населения Краснодарского края (в возрасте до 18 лет), который колебался в диапазоне от 3,3 в 2005 году до 0,9 на 100 тыс. детского населения в 2015 году.

Необходимо подчеркнуть, что проблема профилактики детских суицидов всегда является межведомственной, междисциплинарной. В рамках межведомственного подхода к универсальной профилактике суицидов силами специалистов психиатрической службы регулярно проводятся обучающие практические семинары и научно — практические конференции для повышения компетентности педагогов, психологов, дефектологов, социальных работников образовательных организаций в области распознавания маркеров депрессии и суицидального риска у детей, распространяются изданные совместно с аппаратом уполномоченного по правам ребёнка Краснодарского края методические рекомендации «Проблемы суицидального поведения у детей и подростков». Регулярно проводятся круг-

лые столы по профилактике суицидального поведения и всех видов зависимости для учащихся старших классов. Своевременную психологическую помощь населению оказывают специалисты службы «Телефон доверия» (14 муниципальных образований края). В рамках междисциплинарного подхода дважды в год проводятся краевые научно-практические конференции, для психиатров, психотерапевтов, неврологов, психологов медицинских организаций края; регулярно проводятся межрайонные научно-практические обучающие семинары, посвящённых актуальным вопросам профилактики суицидального поведения для врачей первичного звена здравоохранения, оказывающих детям, находящимся в кризисных состояниях. В структуре медицинских организаций психиатрического профиля функционируют 6 кабинетов социально-психологической помощи и 8 кабинетов «Телефон доверия». Специалистами психиатрической службы края систематически ведется информационно — просветительская деятельность по повышению компетентности родителей, в рамках которой проводятся профилактические акции «День здоровья», выступления на радио и телевидении (краевого и муниципального уровня) по актуальным проблемам профилактики психических расстройств, кризисных состояний и суицидов, продолжается распространение практического пособия для родителей «Детская агрессия и суицид. Как избежать беды». В рамках селективной и антикризисной профилактики суицидов проводится оказание специализированной психиатрической и психотерапевтической помощи детям суицидентам с подбором адекватного лечения и реабилитации, игровых и бытовых коппинг-стратегии для адаптации к стрессовым ситуациям и дифференцированная психотерапевтическая помощь суициденту и его социальному окружению.

Клинические особенности речевых нарушений у детей с расстройствами аутистического спектра

Бойко Е.О., Ложникова Л.Е., Зайцева О.Г.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар

К расстройствам аутистического спектра (РАС), помимо детского аутизма (F84.0) относят атипичный аутизм (F84.1) и синдром Аспергера (F84.5). Сочетание высокой частоты встречаемости с разнообразием клинической картины, значительным процентом тяжелых и осложненных форм, сложностью коррекционной работы делают РАС серьезной социальной проблемой. Речевые РАС весьма разнообразны, нередко являются первым проявлением заболевания и носят стойкий характер. Нарушения речи у детей с РАС отличаются степенью выраженности в зависимости от степени аутизма. Дифференциальная диагностика ведущих симптомокомплексов, определяющих структуру речевых дефектов, составляет основу программы по формированию речевых процессов у детей страдающих РАС.

Цель исследования: изучение клинических особенностей речевых нарушений у детей с РАС.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе МБДОУ МО «Детский сад № 214» г. Краснодара в группах компенсирующей направленности кратковременного пребывания для детей-инвалидов «Особый ребенок». Была произведена выборка из 30 детей с РАС в возрасте 2-7 лет, из них 18 мальчиков и 12 девочек. В ходе исследования применялся клинико-психологический метод с использованием оценочной шкалы раннего детского аутизма. Также был проведен анализ клинико-психолого-педагогических заключений по основным блокам: «познавательная деятельность», «психоречевое развитие» и «эмоционально-волевая сфера».

Результаты и обсуждения: у 12 детей (40%) отмечался тяжелый аутизм, у 18 детей (60%) была выявлена умеренная степень аутизма. У всех детей с РАС наблюдались следующие речевые нарушения: расстройство экспрессивной речи — 17 детей (56,66%), среди которых преобладали мальчики — 10 (58,82%). Расстройство экспрессивной и рецептивной речи

средней степени — 8 детей (26,66%), без достоверных различий по полу. Расстройство экспрессивной и рецептивной речи тяжелой степени — 5 детей (16,66%) и преобладало у мальчиков — 4 (80%). Проведенный анализ клинико-психолого-педагогических заключений по блоку «познавательная деятельность» выявил у 19 детей (63,33%) неустойчивое внимание и потребность в дополнительном сосредоточении на выполнении задания, в повторении и разъяснении задания. В большинстве исследованных клинико-психолого-педагогических заключений по блоку «психоречевое развитие» было отмечено, что у 26 детей (86,66%) имелось нормальное и/или благоприятное речевое окружение, у 24 детей (80%) пассивный словарный запас превышал активный. При детальном рассмотрении клинико-психолого-педагогических заключений по блоку «эмоционально-волевая сфера» были выявлены такие особенности, как низкий уровень произвольной регуляции деятельности и поведения, нейтральный эмоциональный фон и аффекты в виде несогласия в требованиях взрослого, которые отмечались у большинства детей — 25 (83,33%).

Выводы: таким образом, выявленные особенности речевых нарушений у детей с РАС необходимо учитывать для своевременного проведения адекватной лечебно-коррекционной работы. Дифференцированный подход к диагностике нарушений речи у детей с аутизмом поможет разработать методы индивидуальной психологической коррекции, оказывать комплексную психотерапевтическую помощь и проводить медицинскую реабилитацию с учетом личностного подхода к ребенку.

Оценка суицидального риска в подростковом возрасте

Бойко Е.О., Ложникова Л.Е., Зайцева О.Г., Мыльникова Ю.А.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар

Проблема суицидов актуальна в наше время, так как частота суицидов в России остается на высоком уровне и превышает критическое значение ВОЗ. У подростков часты не столько завершенные суициды, сколько замыслы и попытки. Присутствует демонстративно-шантажное поведение, которое предполагает не столько смерть, сколько воздействие на значимых лиц. При таком поведении подросток в действительности не хочет умирать и избирает суицид как способ влияния на жизненные условия и людей, от которых зависит исправление этих условий. Частота суицидальных действий и мыслей у подростков за последние два десятилетия удвоилась. У 30% молодежи в возрасте от 14 до 24 лет отмечаются суицидальные мысли, у 6% юношей и 10% девушек совершают суицидальные попытки. Оценка риска суицида включает выявление психического или соматического заболевания, наличия или отсутствия социальной поддержки, недавней утраты близких, предшествующих суицидальных попыток или актов насилия, плана самоубийства и доступности средств для выполнения этого плана, возможного влияния психоактивных средств; необходимо также изучение семейного анамнеза.

Цель исследования: выявление суицидального риска у учащихся старших классов.

Материалы и методы: при помощи клинико-психологического метода было обследовано 50 учащихся 10-11 классов (27 девочек и 23 мальчика) средней образовательной школы г. Краснодара. Исследование личностных особенностей подростков проводилось при помощи опросника Г. Айзенка «Оценка психического состояния личности». Первичные данные были обработаны при помощи программы Microsoft Exel 2007.

Результаты и обсуждение: при обработке результатов исследования было выявлено, что 28 школьников (56%) не име-

ют суицидального риска, а 22 школьника (44%) имеют суицидальный риск различной степени. Группа суицидального риска представлена 8 мальчиками (36,3%) и 14 девочками (63,7%). Среди обследуемых подростков у 16 школьников(72,8%) была выявлена умеренная степень риска, которую можно связать с возрастными особенностями эмоциональной сферы (это подростки в опросниках которых отмечалось незначительное повышение показателей — до 14 баллов), а также отягощенным семейным анамнезом по алкоголизму, у 5 школьников (22,7%) выявлен высокий риск суицида, в основном это связанно с повышенной тревожностью этих подростков (в их анкетах показатели значительно повышены — 14-16 баллов, и у 1 школьника (4,5%) выявлен очень высокий суицидальный риск (все показатели превышают 17 баллов).

Выводы: выявлено, девочки чаще мальчиков имеют суицидальные мысли и намерения. Умеренный суицидальный риск сопряжен с пубертатным кризом. Высокий суицидальный риск связан с повышенным уровнем тревожности, агрессивности. Необходимо отметить, что суицидальное поведение имеет два источника: неблагополучие жизненных обстоятельств и недостаточность личностных ресурсов для преодоления этих обстоятельств: подросток не располагает умением решать проблемы. Подросткам с высокими значениями суицидального риска рекомендована психокоррекция, в виде групповых и индивидуальных бесед с психологом и индивидуальная психотерапия.

Психологическая коррекция детско-родительских отношений в семьях воспитывающих дошкольников с отклонениями в развитии

Большакова Т.В.

Ярославский государственный медицинский университет, г. Ярославль

Дошкольный возраст — это период активного развития личности ребенка. Важным этого периода является формирование такого качества, как социальная компетентность. Социальная компетентность детей старшего дошкольного возраста — это готовность самостоятельно решать задачи, связанные с общением и взаимодействием со сверстниками и взрослыми и совокупностью развивающихся представлений ребенка о себе, его самооценкой, определяющими выбор способов поведения и взаимодействия с социумом.

Наиболее распространенным механизмом формирования характерологических черт ребенка, ответственных за самоконтроль и социальную компетентность, выступает интериоризация средств и навыков контроля, используемых родителями. Дети с адекватной практикой родительского отношения характеризуются хорошей адаптированностью к социальной среде и общению со сверстниками, активны, независимы, инициативны.

Воспитание ребенка с отклонениями в развитии требует от родителей особых усилий. Выбирая тот или иной стиль воспитания ребенка, родители берут на себя ответственность за формирование определенного склада личности, особенностей поведения ребенка. Особого внимания в контексте данной проблемы требуют дети с отклонениями в развитии.

В течении нескольких лет нами проводится исследование роли родительского воспитания в формировании социальной компетентности старших дошкольников с ДЦП у которых есть и задержка психического развития. В обследовании приняли участие 50 родителей (в основном мамы), в качестве методик исследования использовались: тест-опросник родительского отношения (А.Я. Варга, В.В. Столин), шкала измерения соци-

альной компетентности Долла модифицированная (ШИСКДМ).

Проведенное исследование показало, что стиль родительского воспитания влияет на формирование социальной компетентности детей дошкольного возраста с ДЦП. Стремление родителей к симбиотическим отношениям с ребенком, когда родители «растворяются» в проблемах ребенка снижает уровень их социальной компетентности. Они создают внутри семьи атмосферу абсолютного поклонения ребенку, практически забывают о собственных проблемах, о личностном росте. Такая материнская любовь снижает возможности социализации ребенка, любая его попытка автономизироваться вызывает у мамы повышенную тревожность, так как ребенок кажется ей маленьким и беззащитным.

Так же затрудняет формирование социальной компетентности ребенка с ДЦП отношение к нему как к маленькому неудачнику, когда родители воспринимают своего ребенка как несостоятельного, неприспособленного человека и стараются оградить его от трудностей жизни, тем самым они инфантилизируют его, затрудняют социализацию.

Кооперация как стиль родительского воспитания улучшает социализацию дошкольников с ДЦП, повышает уровень их социальной компетентности. При таком стиле воспитания родитель поощряет инициативу и самостоятельность ребенка, он доверяет ребенку и старается встать на его точку зрения в спорных вопросах, что в целом стимулирует к большей социальной компетентности как функциональной способности человека к обеспечению личной независимости и социальной ответственности.

Полученные результаты необходимо учитывать при работе с родителями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии. При разработке психокоррекционных программ для повышения социальной компетентности дошкольников с ДЦП необходима коррекция родительско — детских отношений с целью формирования такого адекватного стиля родительского воспитания как кооперация.

Специфика эмоциональной регуляции у подростков с риском злоупотребления психоактивными веществами

Бузина Т.С.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва;
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

Были обследованы 120 подростков-юношей в возрасте 14-16 лет (средний возраст — 15,12±1,07 года), учащихся 9-11 классов 4 средних общеобразовательных школ г. Москвы, из которых была выделена экспериментальная группа из 39 человек с высоким риском употребления ПАВ. Контрольную группу составил 81 подросток с низким риском употребления психоактивных веществ.

Изучалась способность к распознаванию и регуляции эмоций методикой «Эмоциональный интеллект», способность к эмпатии и склонность к риску.

В группе подростков с высоким риском употребления ПАВ были получены статистически достоверные данные о том, что подростки с высоким риском употребления психоактивных веществ хуже понимают как свои эмоции, так и эмоции других людей, а также недостаточно хорошо умеют управлять своими эмоциями. У них также выявились более низкие показатели выраженности эмпатии, что указывает на меньшую выраженность способности к сопереживанию и сочувствию другим людям.

Полученные результаты были сопоставлены с данными о выраженности склонности к риску в выделенных группах. Изучение склонности к риску показало, что подростки с высоким риском употребления психоактивных веществ более склонны к рискованному поведению, чем подростки с низким риском употребления психоактивных веществ.

Все полученные данные были подвергнуты корреляционному анализу. Результаты корреляционного анализа показали, что выраженность к риска употребления психоактивных веществ отрицательно коррелирует с умением управлять своими

эмоциями ($r \leq -0{,}54$, $p < 0{,}05$) и с эмпатией ($r \leq -0{,}57$, $p < 0{,}01$). При этом этот же показатель положительно коррелирует с склонностью к риску ($r \leq 0{,}72$, $p < 0{,}001$).

Таким образом, подростки с высоким риском употребления психоактивных веществ по сравнению с подростками с низким риском употребления психоактивных веществ характеризуются сниженными показателями таких функций эмоционального интеллекта как эмоциональная осведомлённость, управление своими эмоциями и распознавание эмоций других людей. У них также достоверно ниже показатели эмпатии и наблюдается выраженная склонностью к риску.

Неумение справиться с собственными переживаниями, чувствами, эмоциями, низкое сопереживание другим и склонность к риску толкают подростка на употребление психоактивных веществ.

Корреляционный анализ подтвердил связь склонности к рискованному поведению с дефицитом эмоционального интеллекта и эмпатии.

Эмпатия — важный компонент эмоциональной сферы личности. С одной стороны, он характеризует индивидуальные особенности индивида, с другой — может являться предиктором нарушений социально-коммуникативного процесса данного индивида.

Подростки со сниженным сопереживанием, сочувствием другим людям не понимают чувств, эмоций и желаний других людей, что способствует рискованным формам социальной активности, например — вовлечению в социальную среду потребителей психоактивных веществ.

Полученные результаты исследования согласуются с данными других исследований в этой области, указывая на воспроизводимость научных результатов и значимость изучаемых показателей для оценки риска формирования аддиктивного поведения.

Нарушения когнитивной деятельности у подростков с антенатальной интоксикацией героином в анамнезе

Васечкин В.Б., Арзуманов Ю.Л.

Научно-исследовательский институт наркологии — филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Исследовались особенности высших психических функций, эмоциональные и поведенческие проявления у подростков с отдаленными последствиями эффектов антенатальной интоксикации героином, используя методы нейропсихологического исследования по «Схеме нейропсихологического исследования» А.Р. Лурия (1973), по диагностическому комплексу Л.А. Ясюковой (2005).

Анализ показал, что у подростков, обучающихся в общеобразовательной школе, имеются значительные трудности для дальнейшей адаптации в социальной и профессиональной среде в силу неразвитости высших психических функций.

Имеются отклонения в области слухового и зрительного восприятии. Они затрудняются в названии предметов, у них отмечаются сужение полей восприятия, быстрая истощаемость при выполнении тестов, повышенная отвлекаемость. Все подростки имеют затруднения в формировании понятийного мышления. Их представления образны, и разрознены, система представлений об окружающем мире лишена целостности. В словесно-логических операциях, страдает сама структура интеллектуальной деятельности, т.е. онтогенез развития мышления остается на этапе наглядно-образного мышления. Анализ качества навыка чтения показывает его неполноценность. Анализ нарушений в области памяти показал, что к подростковому возрасту из модально-специфических видов памяти, наибольшую уязвимость имеет зрительная, что приводит к нарушениям визуально-пространственного анализа и синтеза, как компонентов мышления. Они рассеянны, объем внимания резко сужен. Нарушения произвольного внимания проявляются в сложностях сосредоточения на заданной инструкции, что

приводит к повышенной отвлекаемости и трудности при осуществлении целенаправленной деятельности.

Наличие сложного сочетания нарушений высших психических функций у подростков с отдаленными последствиями эффектов антенатальной интоксикации героином может свидетельствовать о многоуровневом разлитом характере повреждений различных отделов головного мозга.

Полученные результаты позволяют расширить представления клинической нейропсихологии об особенностях психического развития подростков с отдаленными последствиями антенатальной интоксикацией героином, систематизировать данные о наиболее часто встречающихся нарушениях высших психических функций в процессе индивидуального онтогенеза головного мозга.

Проблемы диагностики сексуального дизонтогенеза в детской психиатрии

Васильев Н.Г., Введенский Г.Е.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Актуальность вопросов ранней диагностики и вторичной профилактики сексуального дизонтогенеза у детей и подростков обусловлена его связью с возможным развитием в последующем расстройств половой идентификации, половой роли и сексуального предпочтения.

Сексуальное развитие условно проходит три возрастных периода: парапубертатный (1-7 лет), препубертатный (7-13 лет) и пубертатный (12-18 лет). Каждый такой этап характеризуется фазами — накопления информации об аспектах сексуальности и реализации в соответствии с ней сексуального поведения. В норме наблюдается снижение роли биологических и возрастание роли социальных детерминант психосексуального развития, у ребенка формируются половое самосознание, стереотип полоролевого поведения, психосексуальная ориентация и либидо, которое, в свою очередь состоит из трёх фаз — платонической, эротической и сексуальной. Выпадение или деформация по тем или иным причинам любого из этапов, его стадий или фаз искажает формирование всех последующих компонентов.

Варианты сексуального дизонтогенеза условно можно разделить на «качественные» (искажения на разных этапах развития) и «количественные» (нарушения темпов и последовательности стадий). К первой группе относятся расстройства половой идентификации, половой роли и психосексуальных ориентаций. Ко второй группе относятся задержка и преждевременное сексуальное развитие, а также дисгармонии (несоответствие психо- и соматосексуального развития). Кроме того, ко второй группе следует относить и нарушения последовательности развития (выпадение стадий развития сексуального поведения, либидо). Данное разделение условно потому, что развитие «качественных» нарушений происходит неотделимо от «количественных», иными словами, без вторых не бывает

первых. По сути, это различные характеристики одного процесса — сексуального развития.

Патогенное воздействие на сексуальное развитие могут оказывать нарушения как соматического, так и психического здоровья ребёнка, особенности воспитания в семье и взаимоотношений с родителями и сверстниками.

Признаки искажения половой идентификации могут выступать в роли предвестников психических заболеваний: так, в группе лиц, обнаруживших впоследствии дебют психических расстройств (как невротических, так и эндогенных), в преморбиде отмечается статистически значимое повышение показателей по шкале Mf (маскулинности — феминности) MMPI. Другой аспект проблемы — связь психо- и соматосексуального развития. У мужчин с шизофренией с синдромом половой дисфории выявляется частая врожденная патология урогенитального аппарата, а у подростков с аномалиями развития половых органов — несформированность образа тела и полоролевой идентичности.

В диагностике нарушений сексуального развития важна роль психологов, однако существующие методики исследования полового самосознания нуждаются в адаптации для детского и подросткового возраста.

Таким образом, для детских психиатров очевидна необходимость знаний о сексуальном онтогенезе и его нарушениях, что должно найти отражение в программах повышения их квалификации.

Актуальные вопросы медицинской реабилитации детей с расстройствами аутистического спектра в Краснодарском крае

Васянина Ю.Ш., Бойко Е.О.

ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» Минздрава Краснодарского края, г. Краснодар

Организация комплексного медико-психолого-педагогического сопровождения пациентов с расстройствами аутистического спектра (РАС) и их семей является приоритетной межведомственной и междисциплинарной задачей.

Систематическая работа по выявлению, диагностике, лечению и медицинской реабилитации детей с РАС в Краснодарском крае проводится специалистами психиатрической службы с 1996 года; с 2004 года ведется краевой регистр детей — аутистов.

На 01.03.2016 г. в Краснодарском крае зарегистрировано 1213 детей с РАС, что составляет 132,6 на 100 тыс. детского населения. Соотношение девочек и мальчиков составляет 1:4. Из общего числа 68% составляют дети со значительным снижением интеллекта (IQ ниже 60 баллов). В связи со стойкой выраженной социальной дезадаптацией 95% детей с аутизмом имеют категорию «ребенок-инвалид».

Специалистами психиатрической службы, с целью повышения компетенции врачей первичного звена здравоохранения по вопросам раннего выявления РАС у детей для своевременного проведения лечения и медицинской реабилитации регулярно проводятся краевые научно — практические конференции и кустовые (межрайонные) семинары; были опубликованы руководство для родителей «Расстройства аутистического спектра» и методические рекомендации для педиатров «Расстройства аутистического спектра».

В рамках системного подхода в Краснодарском крае осуществляется межведомственное взаимодействие органов образования, здравоохранения и социальной защиты. Выделено 2 группы детей с РАС: дети с пограничным интеллектом и развивающейся речью (1 группа) и дети с выраженным снижением интеллекта и, чаще, с отсутствием речи (2 группа). Детям

1 группы реабилитация проводится преимущественно специалистами медицинских и образовательных организаций (группы для детей со сложным дефектом развития, группы для детей с ЗПР, речевые коррекционные группы); детям 2 группы — специалистами медицинских организаций и органов социальной защиты (в условиях районных и межрайонных социальных центров для детей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе для детей с аутизмом).

Специалисты психиатрической службы регулярно принимают участие в работе региональных, всероссийских и международных научно — практических конференций, где изучают опыт *организации деятельности по раннему выявлению детей с признаками аутизма, обучению специалистов учреждений разной ведомственной принадлежности эффективным технологиям и методикам помощи детям с РАС и семьям, их воспитывающим.*

Цикл лекций по вопросам своевременной диагностики, клиники и лечения детей с РАС, включен в программы общих (и тематических) усовершенствований врачей на базе кафедры психиатрии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «КубГМУ».

Организована работа Школы для родителей, воспитывающих детей с особенностями психического развития, в том числе, с РАС. В рамках единого системного межведомственного и междисциплинарного подхода к проблеме комплексной реабилитации детей с аутизмом специалистами психиатрической службы налажены связи с родительскими некоммерческими общественными организациями. На информационных стендах для родителей в медицинских организациях размещены материалы просветительского характера, посвященных особенностям воспитания, психолого-педагогической коррекции детей с РАС.

В рамках комплексной реабилитации проводится дальнейшее перепрофилирование коек для совместного пребывания в стационаре матерей и детей, страдающих РАС и выделение профильного круглосуточного реабилитационного отделения.

Организация работы врача-психиатра с несовершеннолетними, совершившими суицидальную попытку

Ведяшкин В.Н.[1], Литвиненко Т.Л.[2]

[1]КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей», г. Барнаул;
[2]КГБУЗ «Городская больница имени Л.Я. Литвиненко», г. Новоалтайск

Важным критерием, отражающим состояние психического здоровья, является склонность к суицидальным попыткам или совершение их, особенно в детско-подростковом возрасте. Этому способствуют: быстрые изменения, происходящие в повседневной жизни, огромный объем информации, которую нужно усваивать, дифференцировать и обрабатывать, необходимость постоянно обучаться новым навыкам. В связи с этим дети и подростки зачастую остаются один на один с проблемами, не могут выйти из сложившейся трудной жизненной ситуации, у многих сформирована стойкая зависимость от чужого мнения. Поэтому необходимо формировать у несовершеннолетних жизненные качества, позволяющие сопротивляться негативным влияниям среды, эффективно преодолевать жизненные трудности, трансформируя их в ситуацию гармоничного развития.

Нормативным регламентом по выявлению суицидальных наклонностей в своей работе мы считаем и применяем документы:

- ФЗ РФ № 120 от 09.06.1999 г. «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»;
- приказ Администрации Алтайского края Главного управления образования и молодежной политики Алтайского края № 370 от 17.02.2015 г. «О внедрении межведомственного стандарта»;
- диспансеризация детского и подросткового населения осуществляется в рамках приказа МЗ № 1346-н от 21.12.2012 г. где обозначены возрастные группы для осмотра врачом психиатром.

Так, в 2013 г. выявляемость суицидальных попыток составила 8 человек на 903 осмотренных., в 2014 г. 10 человек на 565 осмотренных, в 2015 г. 20 человек на 732 осмотренных, в I, II, III квартале 2016 г. 21 человек на 621 человек осмотренных. Выявленные несовершеннолетние взяты под наблюдение врача психиатра, которым проводятся диагностические мероприятия, медикаментозное лечение, осуществляется в амбулаторных условиях или в краевых психиатрических клиниках круглосуточно или дневного пребывания, кроме того, организованы реабилитационные мероприятия на базе комплексных центров социального обслуживания населения, а так же принудительное лечение в центре временного содержания. Большую помощь несовершеннолетним оказывают психологи общеобразовательных учреждений.

Начиная с 2015 г. на каждого выявленного несовершеннолетнего с суицидальной попыткой заполняется экспресс анкета, которая централизовано передается в организационно-методический отдел Алтайского краевого психоневрологического диспансера для детей и в комиссию по делам несовершеннолетних и защите прав г. Новоалтайска. По сути в регионе создана единая информационная база профилактики суицидального поведения у несовершеннолетних. В 2016 г. распоряжением главы Администрации г. Новоалтайска создана межведомственная муниципальная группа по оказанию помощи подросткам, пережившим попытку суицида, куда входят представители комитета по образованию, комплексного центра социального обслуживания, отдела внутренних дел, педагог психолог и врач психиатр, с разработанным межведомственным планом мероприятий, направленных на профилактику суицидальных попыток среди несовершеннолетних на 2016-2017 гг. Кроме того, врачом психиатром проводится разъяснительная, психопрофилактическая работа среди несовершеннолетних и на родительских собраниях.

Таким образом, несовершеннолетние, пережившие попытку суицида, не остаются без внимания, что позволяет стабилизировать психо-эмоциональное состояние, мобилизовать его физические, духовные, личностные, интеллектуальные ресурсы для выхода из кризисного состояния.

Организация профилактики аддикций в Ярославской области в рамках межведомственного взаимодействия

Волков А.В., Зиновьева М.А.

ГБУЗ ЯО «Ярославская областная клиническая наркологическая больница», г. Ярославль

Общесоциальная природа проблемы аддикций диктует необходимость интеграции всех сил общества для ее решения. В Ярославской области с 2001 года взаимодействие специалистов наркологической службы с заинтересованными структурами по предупреждению употребления психоактивных веществ (ПАВ) осуществляется комплексно, на регулярной основе и в соответствии с созданной в регионе межведомственной системой взаимодействия субъектов профилактики.

Традиционно эффективное сотрудничество осуществляется с территориальными Комиссиями по делам несовершеннолетних и защите их прав (ТКДНиЗП), постоянными членами которых являются специалисты по социальной работе наркологической больницы. Ежегодно увеличивается количество несовершеннолетних, направляемых ТКДНиЗП на консультацию к психиатру-наркологу (2014 г. — 220 чел., 2015 г. — 251 чел.), в среднем 64% из них по результатам консультации обращаются за наркологической помощью. При оказании медицинской наркологической помощи конкретному подростку и его родителям координация совместных действий осуществляется на основании *Плана индивидуально-профилактической работы*, в котором четко прописаны необходимые профилактические мероприятия, сроки и ответственные за их выполнение. Следующее направление межведомственного взаимодействия по профилактике аддикций — оказание наркологической помощи по ходатайству ТКДНиЗП родителям из категорий социально неблагополучных и/или находящихся в социально опасном положении: в 2014 г. различные виды профилактической помощи получили 78 родителей несовершеннолетних детей, в 2015 г. — 63 родителя.

С 2012 года активизирована деятельность специалистов наркологической службы вне стен больницы. В рамках «Дня нарколога», проводимого в образовательных организациях, про-

консультировано в 2015 г. 67 обучающихся, состоящих на учете в правоохранительных структурах и употребляющих ПАВ (2014 г. — 46 чел.). Врачи психиатры-наркологи участвуют в работе межведомственных мобильных групп и осуществляют патронаж подростков и родителей, имеющих наркологические проблемы: в 2015 г. обследовано 20 неблагополучных семей, в 2014 г. — 15 семей. В целях профилактики у несовершеннолетних аддиктивного поведения установлено взаимодействие наркологической больницы и Подразделений по делам несовершеннолетних УМВД по Ярославской области, а именно, происходит регулярный обмен информацией и консультирование подростков непосредственно на базе подразделений (2014 г. 49 несовершеннолетних и 27 родителей, 2015 г. — 43 и 20 человек соответственно). Специалисты наркологической службы проводят индивидуальную и групповую превентивную работу с условно осужденными несовершеннолетними в территориальных уголовно исполнительных инспекциях УФСИН России по Ярославской области (2015 г. — 7 подростков), а также с подростками, находящимися в Центре временного содержания несовершеннолетних правонарушителей УМВД по Ярославской области (2014 г. — 5 человек, 2015 г. — 5 человек).

Начиная с 1996 года, ежегодно совместно с управлением по делам молодежи мэрии г. Ярославля и областной КДНиЗП специалисты наркологической службы принимают участие в организации и проведении реабилитационных лагерей «Викинги» для подростков с аддиктивными расстройствами. За это время организовано 19 лагерей, в которых реабилитацию прошли 760 несовершеннолетних. По результатам проведенной профилактической работы ремиссия наркологического заболевания продолжительностью 6 и более месяцев отмечены у 77%.

Межведомственный подход активно реализуется и при проведении совместных мероприятий в рамках универсальной профилактики, которая осуществляется по трем основным направлениям: детско-подростковый контингент, взрослое население и специалисты субъектов профилактики. В зависимости от целевой группы выбираются различные комплексы образовательных, медико-психологических или социальных превенций. При формировании установок на здоровый образ жизни специалисты наркологической больницы используют вариативно-субъектный подход.

Современные подходы к сохранению психического здоровья детей в условиях дома ребенка

Волова Т.Л.

Государственное казенное учреждение здравоохранения Архангельской области «Специализированный дом ребенка для детей с поражением центральной нервной системы и нарушением психики», г. Архангельск

В последние годы особое внимание государство уделяет вопросам физического и психического благополучия воспитанников интернатных учреждений, в том числе домов ребенка. Постановлением Правительства Российской Федерации от 24 мая 2014 года № 481 «О деятельности организаций для детей — сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей» определены требования к условиям пребывания воспитанников, регламентировано создание безопасных, благоприятных условий, приближенных к семейным.

В Архангельской области функционируют два специализированных дома ребенка, где находятся около 200 малышей с различной патологией центральной нервной системы и нарушением психики. Приоритетными направлениями деятельности дома ребенка являются уход, воспитание, лечебное питание, профилактика, диагностика, лечение, диспансерное наблюдение, комплексная психолого-медико-педагогическая реабилитация (ПМПР), социализация, образование, защита прав и интересов детей, устройство их в семью.

Понятие о воспитаннике дома ребенка неотъемлемо в современной психологической науке и психиатрии раннего детского возраста от понятия психической депривации и расстройств привязанности. Научные исследования последних лет в области микропсихиатрии содействуют пониманию, что психические расстройства в раннем возрасте должны быть диагностированы. Дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей или оказавшиеся в трудной жизненной ситуации — особая категория детей, имеющие психологические особенно-

сти, нуждающиеся в комплексной ПМПР, и, как правило, в терапии сопутствующих соматических и неврологических расстройств, в дополнительных условиях психологической подготовки ребенка к передаче его в замещающую семью.

По результатам клинической практики в условиях Специализированного дома ребенка для детей с поражением центральной нервной системы и нарушением психики г. Архангельска у воспитанников выявляются следующие психические расстройства: задержки нервно-психического развития (65%), органические расстройства (11%), умственная отсталость (6%), патологические привычные действия (6%), расстройства поведения (3%), нарушения пищевого поведения (2%), детский аутизм (1%).

Особую актуальность приобретают вопросы профилактики психических расстройств у воспитанников дома ребенка. В работе с детьми используются различные психолого-педагогические и психотерапевтические методики (музыкотерапия, цвето-светотерапия, сказкотерапия, песочная терапия, Монтессори-терапия, интерактивные системы и пр.).

В доме ребенка разработан и внедрен проект «Природа в дом». Ежегодно в проект вовлечены около 130 малышей в возрастной категории с 1,5-2 лет и старше. В реализации проекта участвуют врачи, учителя-дефектологи, психологи, воспитатели. Основными целями проекта являются: профилактика психических расстройств, снижение воздействий психической депривации, психологическая реабилитация, социализация воспитанников дома ребенка. Создание природной среды в доме ребенка способствует снижению психоэмоционального напряжения, тревожности и стресса, улучшению периода адаптации, развитию сенсорного восприятия, речи, когнитивных функций, наблюдательности и воображения; формированию умения заботиться о живых существах, эстетическому и экологическому воспитанию.

Психологическое сопровождение следственных действий в рамках расследования преступлений против половой неприкосновенности несовершеннолетних

Вяльцева И.Ю., Наумец М.И., Портнова А.А., Романова О.А., Серебровская О.В., Усачева Е.Л.

Единый центр защиты детей
Департамента здравоохранения города Москвы;
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского»
Минздрава России, г. Москва

Актуальность: преступления против половой неприкосновенности несовершеннолетнего в большинстве случаев причиняют потерпевшему серьезные психологические страдания, а психическая травматизация нарушает весь ход психического и психосексуального развития. Рост преступлений против половой неприкосновенности детей и подростков определил важность детальной разработки методики психологического сопровождения потерпевших, что и стало целью исследования.

Материалы и методы: с мая 2014 года на базе ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г.Е.Сухаревой был открыт Единый центр защиты детей (ЕЦЗД) Департамента здравоохранения города Москвы. В его структуру, наряду с круглосуточной службой «Телефон доверия», вошли кабинет кризисной психологической помощи и кабинет психологического сопровождения следственных действий. Правовым основанием деятельности медицинских психологов по психологическому сопровождению следственных детей является статья 191 УПК РФ. Материалом послужили результаты проведения опроса 285 несовершеннолетних, пострадавших от преступлений против половой неприкосновенности. Возраст потерпевших: 2-16 лет. Изучены случаи внесемейного и внутрисемейного сексуального насилия. Методы: экспериментально-психологический, метод экспертных оценок, направленное наблюдение.

Результаты и обсуждение: проведение допроса несовершеннолетних потерпевших регламентировано уголовно-процессуальным законодательством, однако профессиональное взаимо-

действие психолога с потерпевшим в форме психологического сопровождения включает в себя и непроцессуальные формы общения. Создание атмосферы безопасности и доверия, конструктивного и неформального диалога не только повышают продуктивность следственного мероприятия, целью которого является максимально полное получение достоверных показаний, но и способствуют снижению вторичной травматизации ребенка. Структура ЕЦЗД позволяет проводить кризисную интервенцию и оказывать иную психологическую помощь, направленную на профилактику посттравматических расстройств, сразу по окончании следственной процедуры.

Анализ 285 случаев показал следующую динамику в состоянии потерпевших несовершеннолетних: по мере уменьшения проявлений «аффективного шока» нарастает чувство неудовлетворенности, формируется уверенность в уникальности пережитых эмоций и масштабности негативных последствий, устойчиво снижается настроение, возникает ангедония, в отдельных случаях сопровождающаяся идеями вины и малоценности. Важным представляется наличие у медицинского психолога специальных знаний, которые позволяют правильно оценить весь комплекс наблюдаемых явлений и своевременно обнаружить первые симптомы формирования стрессового расстройства (особенно в случаях не однократного, а пролонгированного насилия) у ребенка.

Выводы: несовершеннолетние потерпевшие нуждаются в кризисной помощи и поддержке, одним из первых этапов которой могут стать реабилитационные мероприятия, проводимые в рамках психологического сопровождения следственных действий. В ходе психологического сопровождения следственных действий возможно не только получить достоверные и максимально полные показания, но и осуществить профилактику стрессовых расстройств.

Работа клинического психолога с подростками с суицидальными проявлениями

Вяльцева И.Ю., Романова О.А., Наумец М.И, Портнова А.А., Серебровская О.В., Смирнов И.И., Усачева Е.Л.

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы»; ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Дети и подростки с различными формами суицидального поведения составляют значительную долю пациентов психиатрического стационара. Анализ изменения факторов, характерных для различных типов суицидального поведения, в ходе кризисной психологической помощи позволит разработать дифференцированные алгоритмы психологического сопровождения.

Материалы и методы: проанализированы результаты психологического сопровождения пациентов с суицидальными проявлениями, госпитализированных в ГБУЗ НПЦ ПЗДП ДЗМ г. Москвы. Общее число наблюдений — 480; средний возраст — 13+/-0,5 лет. Оценка эффективности помощи проводилась с помощью батареи тестов, позволяющих определить степень суицидального риска и выявить уровень сформированности суицидальных намерений. Статистическая обработка данных с оценкой достоверности различий между переменными проводилась с применением критерия Пирсона.

Результаты и их обсуждение: психологическое сопровождение пациентов носит дифференцированный характер, который обусловлен ведущими диагностическими параметрами (выявленными в ходе исследования ведущими факторами суицидального риска): демонстративностью, аффективностью, уникальностью, несостоятельностью, социальным пессимизмом, максимализмом и др. Они становятся основной мишенью психореабилитационного воздействия. Отдельной задачей выделено формирование и усиление антисуицидального фактора.

В основе дифференциации алгоритмов психологического сопровождения также лежит типология суицидальных проявлений, основанная на анализе мотивов и целей суицидального поведения, характера развития суицидального процесса, условий, механизмов и способов его реализации с учётом специфики детского и подросткового возраста. Были разработаны три алгоритма психологического сопровождения, адресованные, соответственно, трём группам пациентов: пациентам с шантажным суицидальным поведением (65%); с аффективными (импульсивными) суицидами (11%); с истинными суицидальными проявлениями (24%). В ходе психологического исследования у пациентов с каждым типом суицидального поведения были выделены статистически значимые превышения показателей по диагностическим шкалам: первая группа — по шкале «демонстративность» ($p<0,01$), вторая — по шкалам «аффективность» и «максимализм» ($p<0,01$), третья — по шкалам «временная перспектива» и «социальный пессимизм» ($p<0,05$). В результате оказания дифференцированной психологической помощи, интегрированной в общий протокол ведения пациента, предполагающей выделение разных «мишеней» психотерапевтического воздействия, обнаруживалось значительное снижение показателей по ведущим факторам суицидального риска ($p<0,01$).

Существенным является раннее начало кризисного вмешательства — с первых суток пребывания в стационаре — и соблюдение методического и концептуального единства в работе всех специалистов. При логичном изменении организационных форм работы (в зависимости от этапа психологического сопровождения) приоритет комплексности в оказании помощи сохраняется.

Выводы: показатели выраженности факторов отражают динамику в состоянии пациентов. Психологическое сопровождение подростков разных групп должно осуществляться согласно дифференцированным алгоритмам помощи.

Медико-криминологические аспекты развития наркологической ситуации в молодежной среде

Габрильянц М.А.

Научно-исследовательский институт наркологии — филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

В соответствии со Стратегией государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации № 690 от 9 июня 2010 года, объектами антинаркотической деятельности в первую очередь являются дети, подростки, молодежь, включая обучающихся, воспитанников образовательных учреждений и осужденных в воспитательных колониях уголовно-исполнительной системы России.

Немедицинское потребление наркотических средств и психотропных веществ (далее — наркотики), приводящее к формированию разноуровневых психических и поведенческих расстройств, одновременно является и правонарушением. Сопоставление криминологических и медицинских показателей дает возможность комплексно оценивать наркологическую ситуацию, прогнозировать ее развитие, вырабатывать необходимые управленческие решения в антинаркотической сфере.

В 2015 году было выявлено 3,3 тыс. преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков и совершенных несовершеннолетними, что на 6% больше, чем в 2014 году. Число таких несовершеннолетних увеличилось на 2,1%, их доля в структуре наркопреступности возросла с 2,6% до 2,7%. 649 несовершеннолетних совершили преступления в состоянии наркотического опьянения, что на 8,9% больше, чем в 2014 году. За совершение наркопреступлений в 2015 году осуждено 2890 несовершеннолетних, что на 5% больше, чем в 2014 году. При этом на 16,2% (с 6,8 тыс. до 5.7 тыс.) снизилось количество лиц, употребляющих наркотики, состоящих на учете в подразделениях по делам несовершеннолетних территориальных органов внутренних дел, что на фоне представленной выше динамики наркопреступности может свидетельствовать о недоработках в сфере межведомственного взаимодействия право-

охранительных органов и медицинских организаций, требующих вмешательства.

Отмеченное подтверждается и своеобразными «ножницами» между разнонаправленными тенденциями медицинской и «полицейской» статистик. Так, в 2015 году среди несовершеннолетних наблюдался рост числа больных наркоманией на 32,6%, потребителей наркотиков с вредными последствиями — на 4,4%. Увеличилась и соответствующая первичная заболеваемость. Однако, выявляемость по линии правоохранительных органов административных правонарушений, совершенных несовершеннолетними в возрасте до 16 лет (ст. 20.22 КоАП РФ), снизилась с 5752 в 2011 году до 2484 в 2015 году.

Подобные противоречия стали стимулом к развитию механизмов правового побуждения, в том числе несовершеннолетних лиц, к лечению от наркотической зависимости, реализуемых при активном участии и медиков, и представителей «силовых» ведомств. В правильности взятого курса убеждают результаты медико-криминологического анализа. Так, в течение 2015 года число условно осужденных несовершеннолетних, на которых в соответствии с ч. 5 ст. 73 УК РФ судом была возложена обязанность пройти курс лечения от наркотической зависимости, увеличилось на 39,1% и составило 281 человек. За тот же период с учета уголовно-исполнительных инспекций было снято в 1,7 больше несовершеннолетних, успешно прошедших лечение и отказавшихся от противоправного поведения.

Таким образом, медико-криминологический подход к оценке динамики наркоситуации представляется действенным инструментом реализации государственной антинаркотической политики применительно к молодежной среде.

Динамика заболеваемости расстройствами аутистического спектра

Гарифуллина Л.И.

ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа

Традиционно принято считать, что расстройства аутистического спектра относятся к категории редких психических расстройств. Их распространенность составляет по данным разных авторов от 1,0 до 6,0 на 1000 детей. Однако в последние годы наметился существенный рост заболеваемости аутизмом, причем в основном за счет атипичного аутизма (F84.02), что ставит новые задачи перед участковыми врачами-психиатрами.

Проведено статистическое исследование всех случаев обращения за психиатрической помощью в Республиканскую ПБ г. Уфы за последние два года. Общее число детей, наблюдаемых амбулаторно, составило относительно постоянное число (в 2016 году — 550 человек). Из них 160 человек состояло на диспансерном учете, 120 человек имели инвалидность. В то же время в 2014 году среди детей, обратившихся за психиатрической помощью, было выявлено 17 случаев расстройств аутистического спектра, в 2015 — уже 50 (прирост 194%).

Особенное беспокойство вызывает то обстоятельство, что между врачами общей практики, в первую очередь, педиатрами, и врачами-психиатрами отсутствует преемственность в плане передачи значимых медицинских сведений, что приводит к повышению возраста первичной диагностики расстройств аутистического спектра, что, в свою очередь, ведет к снижению качества психиатрической помощи.

Психоэмоциональные нарушения у детей с гиперкинетическими расстройствами

Гармаш М.С., Куприянова Т.А.

Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Актуальность исследования: гиперкинетические расстройства (по МКБ-10) или синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) (по DSM-V) представляют весьма актуальную проблему в связи со значительным удельным весом в структуре психической патологии в детском возрасте и высокой распространенностью данного расстройства. Не менее важно при диагностике данных расстройств является раннее выявление сопутствующей симптоматики, в особенности относящейся к кругу психоэмоциональных расстройств, поскольку данные нарушения существенно сказываются на качестве жизни детей и создают препятствия, как для лечения, так и для достижения успешной социальной адаптации ребенка.

Цель данного исследования: выявление и определение структуры и степени выраженности психоэмоциональных нарушений у детей с гиперкинетическими расстройствами.

Материалы и методы: было проведено комплексное амбулаторное обследование 60 детей обоего пола в возрасте от 6 до 12 лет, соответствующих диагностическим критериям гиперкинетических расстройств по МКБ-10.

Исследование уровня выраженности тревожности ребенка проводилось с применением методики С. Спилбергера — Ю.Л. Ханина, представляющей собой два бланка субъективной оценки ситуационной и личностной тревоги.

Исследование выраженности аффективных нарушений проводилось с применением детского депрессивного опросника M. Kovac (CDI), где наиболее информативным для определения наличия или отсутствия депрессивного состояния у испытуемого является общий (суммарный) показатель опросника.

Результаты и их обсуждение: по результатам проведенного исследования можно оценить уровень психоэмоциональных нарушений у детей из выборки. Выраженность личностной и

ситуативной тревожности, согласно данным опросника С. Спилбергера — Ю.Л. Ханина, составила 42.83 балла и 24.93 балла, что говорит об умеренной выраженности личностной тревожности и низкой выраженности ситуативной. На основании результатов, полученных при анализе данных опросника M. Kovac (CDI), можно говорить о том, что среди обследуемых детей, не было пациентов с проявлениями клинической депрессии, но суммарный показатель депрессивного опросника составил 54,97 и наиболее выраженные показатели определялись по шкале «Межличностных проблем» (65.03 балла), свидетельствующих о значительном перенапряжении адаптационных механизмов, что негативно сказывается на функционировании ребенка в основных значимых сферах жизнедеятельности.

Выводы: выраженные показатели личностной тревожности и субклинические депрессивные проявления могут усиливать уровень и глубину социальной дезадаптации у детей с гиперкинетическими расстройствами, с возможным негативным влиянием как на степень выраженности основной симптоматики, так и на усугубление имеющихся у таких пациентов проблем в межличностном взаимодействии с взрослыми и другими детьми. Основываясь на полученных данных, следует большее внимание уделять комплексному подходу в диагностике, учитывающему наличие сопутствующей симптоматики тревожного и аффективного уровня для разработки индивидуализированной комплексной программы медикаментозного лечения и реабилитационных мероприятий.

Оказание психотерапевтической помощи детям и подросткам в Республике Башкортостан на современном этапе

Гильманов А.Х., Евтушенко Е.М.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа

Психотерапевтические проблемы в детском и подростковом возрасте заслуживают особого внимания, требуется динамический подход, принимающий во внимание стадию психофизического и психологического развития каждого конкретного пациента.

Актуальность проблемы охраны психического здоровья в современном обществе объясняется ростом числа пограничных психических заболеваний среди детей и подростков. В Республике Башкортостан доля непсихотических расстройств в структуре заболеваний составляет, в среднем, более 70%. За период 2005-2015 гг. частота пограничных психических расстройств среди детей и подростков в республике увеличилась на 10,7%.

С 2013 года согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Башкортостан функционирует отделение патологии речи и психотерапевтической реабилитации детей и подростков на 30 коек стационара круглосуточного пребывания и 30 коек дневного стационара. Это уникальный по своей структуре и возможностям центр, где работает коллектив врачей, психологов и логопедов, которые рассматривают клинико-терапевтические явления с позиции своих специальностей, взаимно дополняя друг друга. Используются современные, а также авторские запатентованные методики для лечения и психолого-педагогической коррекции расстройств речевого развития, эмоциональных расстройств поведения у детей и подростков. Все специалисты постоянно повышают свою квалификацию в ведущих центрах РФ.

В отделении можно получить как амбулаторную помощь, так и пройти комплексное лечение в условиях дневного и круглосуточного стационара. Опыт работы отделения патологии речи показал большие преимущества комплексной формы реабилитации детей с пограничными расстройствами.

За период с 2013 по 2015 гг. в стационаре пролечено более 2 тыс. детей.

Большие усилия прилагаются на ранние превентивные вмешательства и специализированное лечение психических нарушений, начатое на первых этапах их появления — в раннем детстве. Большее социальное значение приобретает и поиск новых видов психопрофилактической помощи с применением их на начальных этапах заболеваний. Сочетание возможностей медикаментозного лечения и психолого-педагогического воздействия, индивидуального режима пребывания в стационаре значительно повышает эффективность лечебно-реабилитационного процесса. Более 80% детей поступивших в наш центр с диагнозом: «грубая задержка психоречевого развития» начинают обучение в общеобразовательной школе, «догонят' сверстников в когнитивном функционировании.

В отделении активно ведётся лечебная, диагностическая, лечебно-профилактическая и методическая работа. Программы разработаны при участии профессорско-преподавательского коллектива БГМУ и БашГУ, врачей специалистов, педагогов, логопедов, дефектологов, психологов, инструкторов ЛФК нашего центра. Эффективная помощь детям возможна только в комплексном подходе к решению их проблем, причём у врача должно быть достаточно ресурсов для её оказания, как в нашем стационаре.

Специалисты нашего центра оказывают помощь в образовательной среде (детские дошкольные учреждения, школы, школы интернаты, детдома), разрабатываются программы для стимуляции динамики показателей здоровья населения (психического и физического). Проводится мониторинг здоровья подрастающего поколения, готовятся профильные кадры для работы с ребенком и его семьей либо законными представителями. В перспективе — открытие дополнительных территориальных консультативных врачебных кабинетов для охвата всего населения республики.

Динамика депрессивных расстройств раннего возраста в онтогенетическом и клинико-биологическом аспектах

Голубева Н.И., Козловская Г.В.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва

Депрессивные расстройства, наблюдаемые у детей в раннем и младенческом возрасте, могут предшествовать другим более тяжелым психическим нарушениям. Воспалительные реакции являются важнейшим патофизиологическим механизмом хронических неинфекционных заболеваний, в том числе шизофрении. При психических заболеваниях в крови пациентов могут выявляться аутоантитела к нейроспецифическим белкам.

Цель исследования: изучить корреляции между клинико-динамическими проявлениями депрессивных состояний и динамикой значений показателей врожденного и приобретенного иммунитета.

Критерии включения ранний возраст до 18 месяцев, наличие депрессии в статусе, отягощенный эндогенными расстройствами анамнез.

Критериями исключения наличие тяжелой перинатальной патологии, наследственные генетические заболевания, тяжелые соматические заболевания. Наблюдались 44 человека 33 мальчика и 11 девочек, с депрессивными расстройствами (ср. возр. 7±3,7 мес.). Ср. срок наблюдения составил 5±2,3 лет. При динамическом наблюдении особенностей депрессивных расстройств у младенцев в возрасте до полутора-двух лет, отобранная группа была относительно однородной: классическая депрессивная триада с возрастными особенностями в виде сниженного настроения, двигательных расстройств (двигательная заторможенность или ажитация), снижения общей психической активности, дополнялись в некоторых случаях паническими реакциями, диффузными страхами и выраженными соматовегетативными дисфункциями. Динамика феноменологии депрессии у детей на протяжении 5 лет (ср. срок набл. 5±2,3 лет) продемонстрировала клиническую неоднородность наблюдаемой группы. Пациентов после двухлетнего возраста можно было подразделить на пять групп. Из 44 детей у 25 детей депрессивные расстройства на протяжении наблюдения не при-

водили к формированию каких-либо значимых задержек психоречевого развития, а некоторые развивались с опережением. Из них у 10 (43,18%) — первая группа: наблюдалась стойкая ремиссия без повторных случаев депрессий, начиная с 2 лет. В клинической картине отмечались признаки депрессивного диатеза. У 6 детей (13,6%) вторая группа отмечались субклинические проявления депрессивного круга и сопровождались психосоматическими нарушениями. В 3 группу отнесены 9 детей (20%) клиническая картина была подобной СДВГ, но отличалась наличием в статусе нарушений сна и циркадного ритма. В 4 группе из 19 (43,2%) детей после двух лет происходило утяжеление клинической картины депрессии за счет присоединения транзиторной симптоматики психотического регистра. У 5 (11,4%) детей (5 группа) в возрасте после 2 лет происходило утяжеление клинической картины: нарастали кататонические проявления, гипотимия дополнялась выраженными страхами. Исследование показало, что клинические признаки утяжеления психического заболевания коррелируют с динамикой показателей нейротеста. Повышение показателей врожденного иммунитета сопровождает картину психоза, а нарастание значений приобретенного иммунитета предваряет нарастание негативной симптоматики и дефекта психики в целом. Электроэнцефалографическое исследование (ЭЭГ) показало наличие корреляций с депрессивными нарушениями. У всех детей (44) наблюдалась депрессия альфа ритма, при нормальных возрастных показателях частотного спектра. В четвертой и пятой группах отмечалось нарастание бета активности в височной, теменной областях, что отчетливо коррелировало с нарастанием остроты психоза. В третьей группе (подобные СДВГ) отмечалась бета активность менее интенсивная, чем в предыдущих группах, в одной из височных областей. Динамика тета и дельта колебаний не отличалась от возрастной нормы.

Значения клинико-семантического анализа для диагностики явлений психического автоматизма при малопрогредиентной шизофрении

Гончарова А.В., Чарная Д.И., Ильичев А.Б.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург

Актуальность исследования: шизофрения — это один из распространенных диагнозов в психиатрической практике. Один из наиболее актуальных вопросов — дифференциальная диагностика разных клинических форм шизофрении, в частности, малопрогредиентных (вялотекущих) и прогредиентных («Крепелиновских») форм. Традиционный психопатологический анализ не всегда позволяет окончательно сделать это. Клинико-семантический подход позволяет преодолеть эти ограничения и исследовать механизм симптомообразования. Клиническая семантика является методологией установления смысла и значения психопатологической лексики, выявления наиболее общих закономерностей, регулирующих употребление слов субъектом патологии. Целью исследования стало изучение механизма патогенеза психического автоматизма посредством анализа лексико-семантических структур.

Материалом послужили высказывания 22-х больных, находящиеся на лечении Городском психоневрологическом диспансере № 7 г. Санкт-Петербург, дневном стационаре № 3, в возрасте от 18 до 30 лет, с установленным диагнозом по МКБ-10: F 21; F 21.3; F 21.4; F 21.6; F 21.8 Используемые методы: 1. Клинико-психопатологический; 2. Клинико-семантический анализ.

Полученные результаты: в лексико-семантической структуре высказываний выделены три общих семантических признака (ОСП) и три тематических ряда (ТР).

1. ТР: «Отчуждение» включил в себя лексические единицы, объединенные ОСП «Потеря целостности». Лексика данного ТР выражает субъективное переживание утраты собственного единства, самоидентичности, согласованности психических процессов.

2. ТР: «Присутствие» составляют лексические единицы объединенные ОСП «Иная активность»: появление ощущения о наличии новой психической активности «субличности».

3. ТР: «Наблюдатель», на основании ОСП «Пассивность» своё «Я» переживается в виде пассивного наблюдателя появлений иной психической активности.

Вся лексика указанных ТР объединяется ОСП «Расщепление» в общий ТР «Диалог». В высказываниях пациентов отсутствовал ОСП внешней угрозы, характерный для лексико-семантической структуры персекуторного бреда. Высказывания больных с психическим автоматизмом с параноидной формой шизофрении имеют иную лексико-семантическую структуру — объединены ОСП «Насилие».

Вывод: лексика ТР «Диалог» определяет специфическое речевое выражение психического автоматизма при малопрогредиентных формах шизофрении. В отличии от параноидной формы, психический автоматизм не сопровождается развернутыми бредовыми нарушениями, а в лексико-семантической структуре присутствует ОСП «Расщепление», и отсутствует ОСП «Насилие». Можно предполагать, что ТР обозначают динамические этапы развития патологического процесса. ТР «Отчуждение» дополняется рядом «Присутствие», и далее рядом «Наблюдатель». Субъект переживает потерю внутренней целостности своего «Я», к этому присоединяется чувство появления иной субличности и ее активности. Далее — своё «Я» переживается как потерявшее активность, отсутствующее, на первый план выступает активность «субличностей». Появление лексики всех трех ТР отражает проявление схизиса в развернутой форме. При малопрогредиентной форме шизофрении «Расщепление» остается внутри своего «Я» (ТР «Диалог»), при параноидной форме выносится во вне, с развитием бреда воздействия (насильственное овладение, «Захват»).

Начальные проявления психических заболеваний раннего возраста

Горюнова А.В., Данилова Л.Ю., Боброва Н.А.

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, г. Москва

Диагностика психических заболеваний раннего возраста сложна из-за невозможности получить у маленького ребенка вербальный отчет о переживаниях. В то же время только своевременные лечебные и психолого-коррекционные мероприятия обеспечивают стимуляцию нервно-психического развития, улучшают социальную адаптацию и снижают степень инвалидизации. В первые месяцы и годы жизни ребенка психическая патология реализуется через отдельные соматовегетативные, психомоторные, эмоциональные расстройства и нарушения развития, в которых тем не менее просматриваются тенденции формирования будущих синдромов аффективного и шизофренического круга, умственной отсталости, психогенных расстройств, которые в ряде случаев можно шифровать в соответствии с МКБ-10.

На основании лонгитудинального и катамнестического наблюдения за детьми раннего возраста с психическими расстройствами вследствие перинатального повреждения головного мозга, врожденных болезней обмена и наследственных синдромов с поражением ЦНС, а также психогений были выделены эквиваленты психических нарушений и отклонения в психическом и речевом развитии в первые годы жизни. *Изменения психической активности* в сторону общей нервности или апатии, чередование пассивности и общего двигательного возбуждения, склонность к частым сменам настроения, раздражительность, высокий уровень тревожности и реакции испуга наблюдались практически у всех детей. Также часто обнаруживались *устойчивые соматовегетативные расстройства:* дисфункции ЖКТ с упорными срыгиваниями, неустойчивостью стула, коликами, выраженное снижение аппетита с периодическим отказом от еды и рвотами, инверсия кормления, слабое сосание и жевание, предпочтение протертой пищи. Наблюдалась *затрудненная адаптация к новым условиям* и режиму, *сенсорная гиперчувствительность* или амбивалентность сенсорного воспри-

ятия. Среди частых синдромов были *нарушения пищевого поведения и сна:* изменение продолжительности и глубины сна, трудности засыпания и пробуждения, инверсия сна и бодрствования, патологические двигательные феномены во сне, ритуалы, младенческие ночные крики. Среди *расстройств психомоторики* типичны были отставание в формировании двигательных навыков при отсутствии парезов на фоне мышечной гипотонии, различные стереотипии, двигательные навязчивости и эпизоды психомоторного возбуждения. Аффективная патология проявлялась *тревогой, ранними и стойкими страхами, сниженным настроением.* Нарушение социального развития у ребенка раннего *возраста заключалось в «автономном»/ аутичном поведении, отказе от контактов с близкими,* нарушении сюжетной деятельности/игры, трудности концентрации и удержания произвольного внимания.

Важную прогностическую роль в выявлении психической патологии на первом году жизни имеют поздняя фиксация взгляда, отсутствие ответной улыбки, комплекса оживления, подражания, однообразные предметно-игровые действия, бедный лепет; у детей старше года — снижение познавательных интересов и потребности в общении, задержка речи и отсутствие коммуникативной речи, стереотипная игра. При регрессе неврологических симптомов в 1,5-2 года на первый план выступает дисгармоничная задержка психического развития или психический дизонтогенез. Как правило, недоразвитие психических функций всегда выражено больше, чем недостаточность моторных и сенсорных систем.

Таким образом, первые симптомы психических расстройств нередко могут быть выявлены уже в раннем возрасте и служить предиктором/индикатором формирующихся психических заболеваний. Выявление начальных проявлений психических заболеваний у детей раннего возраста позволяет выделять таких детей в группу высокого риска и/или раннего дебюта заболевания со своевременным началом лечебных и медицинских коррекционных мероприятий.

Особенности клиники психопатоподобного поведения у детей с эндогенными психическими расстройствами

Гранкина И.В., Иванова Т.И.

БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодникова», г. Омск;
ГБУО ВПО «Омский государственный университет», г. Омск

Среди всего спектра психических расстройств детей и подростков, психопатоподобное поведение сохраняет свою актуальность на протяжении многих лет. С одной стороны девиантные формы поведения являются социально опасными и деформирующими процессы нормального онтогенеза личности, с другой стороны сопровождается высоким риском криминального и аддиктивного поведения и снижением развития интеллектуальных возможностей ребенка. На настоящий момент расстройства поведения у детей наиболее частая причина обращения за специализированной психиатрической помощью.

Материал исследования: для оценки влияния психического расстройства на проявления отклоняющегося поведения у детей было проведено изучение невыборочной группы больных включающей все случаи госпитализации в детское стационарное отделение БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» в течение трех лет. Все дети, проходили первичное клиническое обследование (n — 1276), предметом которого являлось выявление пациентов с ведущим психопатологическим синдромом, определяемым выраженным нарушением поведения. Таким образом, объектом исследования послужили 130 детей (105 мальчиков (80,7%) и 25 девочек (19,3%)) с симптомами отклоняющегося поведения. Изучая нозологическую принадлежность основного психического расстройства установлено, что чаще девиантные формы нарушенного поведения отмечались среди детей с умственной отсталостью (F 70, F 71) (43,1%; n — 56), практически равнозначно нарушенное поведение отмечалось как у детей с органическими расстройствами (F 06.6 — 30,0%; n — 39), так и у детей с психическими расстройствами шизофренического спектра (F 20.8, F 21.8 — 26,9%; n — 35).

Результаты: рассматривая особенности отклоняющегося поведения у детей с шизофренией, были изучены 35 клинических случаев (26,9% всей исследуемой группы) детей прохо-

дивших лечение в психиатрическом стационаре. Нозологическая принадлежность основного заболевания определилась как: шизотипическое расстройство (F 21.8) — 22,8% (n=8), шизофрения детский тип (F 20.80) — 77,2% (n=27). Средний возраст детей данной группы составил 10,11+ 1,96 лет. На момент обследования, дети исследуемой группы не попадали в поле зрения правоохранительных органов и не употребляли психоактивных веществ (алкоголь, табак). Клинические особенности нарушения поведения носили характер протестного агрессивного поведения, часто принимавшего вид беспричинного двигательного метания, физической недифференцированной агрессии, детям была недоступна задержка собственных желаний, у них легко формировались патологические влечения. Кроме этого проявлялись отчетливые признаки негативизма, желание совершать недозволенное, делать «все назло». Дети часто становились объектами буллинга (bullying (анг.) запугивание, преследование, травля). Отмечались аутодеструктивные тенденции. У 8,5% детей (n=3) обнаружены нарушения поведения сексуального характера.

У 8, 5% детей (n=3) выявлялись нарушения сексуального поведения в виде расторможенности, мастурбации, высказываний и рисунков сексуального содержания.

Влияние психического инфантилизма на течение нервной анорексии подросткового возраста

Грачев В.В., Александрова О.В.

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, г. Москва

Актуальность изучения нервной анорексии у подростов обуславливается, не только отмечающимся ростом ее распространенности в этой возрастной категории, но и сохраняющейся неясностью этиопатогенетических механизмов. Особенности личности больных такие как перфекционизм, склонность к обсессивно-компульсивным проявлениям, психастенические черты нередко рассматриваются как существенные факторы развития заболевания. В ряде публикаций отмечается наличие в преморбидном периоде нервной анорексии психического инфантилизма, предполагается его роль в генезе заболевания. В то же время, по нашим данным, детальных исследований этой аномалии формирования личности у больных нервной анорексией не проводилось.

Целью настоящего исследования являлось уточнение распространенности и особенностей психического инфантилизма у больных нервной анорексией, а также его возможного влияния на течение и исход заболевания. Была обследована рандомизированная выборка, включавшая 27 больных, женского пола в возрасте от 14,9 до 17,5 лет (средний возраст составил 16,4±1,1 лет), полностью отвечавших критериям рубрики F50.0 МКБ-10 (нервная анорексия), впервые в жизни проходивших стационарное лечение в санаторном отделении НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗ г. Москвы, по стандартной терапевтической программе. Из исследования исключались больные с тяжелой сомато-эндокринной патологией и расстройствами шизофренического спектра.

Оценка психического инфантилизма проводилась с использованием опросника А.А. Серёгиной «Уровень психического инфантилизма» (УПИ), валидизированного и нередко используемого у лиц подросткового возраста. Тяжесть расстройств пищевого поведения определялась с использованием шкалы-опросника «Тест отношения к еде» (EAT-26), являющегося одним из наиболее часто применяемых во всем мире инстру-

ментов изучения этой патологии. УПИ определялся однократно в период пребывания в отделении после сглаживания проявлений активного периода заболевания. EAT-26 проводился дважды: при поступлении в клинику и при катамнестическом осмотре через 4 месяца после выписки.

Только у 2 (7%) больных показатель опросника А.А. Серегиной соответствовал группе неинфантильных личностей, в то время как у 22 (82%) — слабоинфантильных, а еще у 3 (11%) — среднеифантильных. Таким образом, проявления психического инфантилизма обнаружились у 25 (93%) больных нервной анорексией.

Несмотря на значительное преобладание слабоинфантильных личностей при суммарной оценке, наиболее высокие баллы были получены по субшкалам «позиция иждивенчества, зависимость, безответственность» и «неупорядоченность, хаотичность поведения», отражающих предрасположенность к значительной социальной дезадаптации.

Значимых корреляций показателей УПИ и тяжести нервной анорексии в периоде пребывания в клинике получено не было. Выраженность психического инфантилизма не определяла первичной реакции на терапию: все больные вне зависимости от показателей УПИ были выписаны в состоянии ремиссии с нормальными значениями массы тела. В то же время были получены значимые положительные корреляции показателей УПИ и EAT-26 полученных через 4 месяца при катамнестическом исследовании (коэффициент корреляции Пирсона $r=0,624$; $p=0,005$).

Таким образом, исследование показало, что психический инфантилизм, по-видимому, является одной из характерных черт личности больных нервной анорексией подросткового возраста. А психическую незрелость можно рассматривать как один из предполагаемых факторов определяющих худший исход и большую вероятность срыва ремиссий после успешного курса терапии в стационаре, требующий дополнительных психокоррекционных воздействий.

Психические расстройства раннего детского возраста: проблема психопатологической диагностики

Гречаный С.В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург

Актуальность исследования связана со спецификой клинико-психопатологической диагностики в раннем возрасте и методологическими сложностями выявления симптомов и синдромов психических расстройств. Целью работы было выявление нозологической структуры раннего возраста для разработки эффективных подходов к клинико-реабилитационной работе. Материал исследования включил 1309 детей в возрасте от 8 мес. до 4 лет 9 мес. (средний возраст 3,26±0,109 лет) со следующими диагнозами: смешанные специфические расстройства развития (845 чел., 54,5%), специфические расстройства экспрессивной речи (131 чел., 10,0%) легкая и умеренная умственная отсталость (291 чел., 22,2%), детский аутизм (83 чел., 6,3%), другие — 90 чел. (6,8%).

Результаты исследования показали, что неконтактность (929 чел., 70,0%) наряду с отсутствием речи (1201 чел., 91,7%) и двигательной расторможенностью (919 чел., 70,2%) были ведущими жалобами при разных нозологических формах.

В связи с объективными трудностями клинической беседы с ребенком первых 3-4 лет и ограниченностью клинико-анамнестического метода (искажающие установки родственников и законных представителей в отношении симптомов психических расстройств) основной акцент делается на ситуационное клиническое наблюдение за ребенком, дополненное контекстуальным анализом. Последний представляет собой обсуждение характера и причин особенностей детского поведения (Что и как он делает в настоящее время? Почему? и др.). Одновременно решаются психообразовательные задачи (В чем смысл поступков ребенка? Какое они имеют значение? Чего хочет добиться ребенок? В чем нуждается ребенок в данном возрасте и Ваш в частности? и др.), реализуются цели поведенческой психотерапии (Как относиться к поступкам ребенка? Как добиться эффективного воздействия на него? Какие меры допустимы по отношения малыша? Что Вы делаете не

так в общении с Вашим малышом? Какие меры будут действенны в отношении Вашего сына/дочери? и др.). Контекстуальный анализ особенно необходим в случае, когда имеет место задержка или отставание в развитии, и отдельные поступки ребенка остаются не до конца ясными родителям. Потребность в контекстуальном анализе тем выше, чем младше возраст пациента.

В психическом статусе ребенка раннего детства отражаются все те психические функции, что и при описании состояния пациента любого другого возраста. Это — сознание, восприятие, мышление, эмоции, произвольная и инстинктивная деятельность, внимание, память и интеллект. Они оцениваются на основании анализа таких важных сфер психической жизни раннего возраста, как игровая деятельность, продуктивная деятельность (включая навыки опрятности и самообслуживания), общение, речь и двигательная активность. Большое значение уделяется типу детско-материнской привязанности, роли и месту ребенка в семье, предшествующему опыту воспитания, наличию возможных пограничных психических расстройств у родителей.

Психиатрическое обследование ребенка раннего возраста всегда является сложной этико-деонтологической ситуацией. В ходе практической работы описаны типы взаимоотношений врача-психиатра с родственниками больного раннего возраста.

Феномен «переходного материнства» и синдром «грусти родильниц»

Гречаный С.В., Кожадей Е.В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург

Беременность и рождение ребенка — важный этап в жизни женщины, который можно охарактеризовать как феномен «переходного материнства», заключающийся в обретении женщиной нового психосоциального статуса, принятии себя в роли матери, осознании ответственности за жизнь своего ребенка, а также изменении жизненных ценностей и приоритетов. В первые 10-14 дней после родов женщина адаптируется к статусу матери и клиническим проявлением данной адаптации является «блюз» синдром. При неблагоприятной адаптации у матерей могут наблюдаться послеродовые аффективные расстройства, в частности постпортальная депрессия, предрасполагающими факторами для развития которой являются тревожные и депрессивные состояния в дородовом периоде, депрессивные эпизоды в анамнезе, психотравмы в период беременности, заболевания новорожденных и неблагоприятные семейные взаимоотношения. Для изучения послеродовой депрессии использовались «Эдинбургская шкала послеродовой депрессии» а также для изучения установок на материнство и брак использовалась «Методика изучения родительских установок (parental attitude research instrument)» (Е.С. Шефер — Р.К. Белл, в адаптации Т.В. Архиереевой).

Клиническая беседа проведена с 29 матерями в возрасте 22-39 лет (средний возраст матерей, медиана — 27,5 лет), чьи дети находились на лечении в отделении патологии новорожденных и детей грудного возраста перинатального центра СПбГПМУ.

Клиническая беседа показала низкую степень заинтересованность женщин в обсуждении своего психического состоянии и переживаний, что соответствует имеющимся литературным данным о психологической «закрытости» женщины в постнатальном периоде и трудностях работы с ней. Численные значения результатов Эдинбурской шкалы и «Методики изучения родительских установок» (шкалы «отношение к семей-

ной роли», «оптимальный эмоциональный контакт», «эмоциональная дистанцированность от ребенка» и «излишняя концентрация на ребенке») были подвергнуты парному корреляционному анализу. Выявлено, что суммарный балл Эдинбурской шкалы прямо умеренно коррелировал с численными значениями шкал «Негативное отношение к семейной роли» ($r=0,437$, $p<0,05$) и «Эмоциональное дистанцирование от ребенка» ($r=0,602$, $p<0,01$). Между значениями шкал «Негативное отношение к семейной роли» и «Эмоциональное дистанцирование от ребенка» также отмечена прямая умеренная корреляция ($r=0,631$, $p<0,01$).

В результате исследования выявлены особенности установок женщин с постпортальной депрессией на материнство и брак, а также связь тяжести симптомов послеродовой депрессии с такими родительскими установками как негативное отношение к семейной роли и эмоциональная дистанцированность от ребенка.

Обращаемость подростков за наркологической помощью в Российской Федерации в 2015 году

Григорова Н.И.

Научно-исследовательский институт наркологии — филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Актуальность: для оценки эффективности профилактических мероприятий в подростковой среде необходимо осуществлять мониторинг распространенности употребления психоактивных веществ (ПАВ) у подростков 15-17 лет. Одним из инструментов мониторинга является анализ показателей обращаемости за наркологической помощью населения.

Цель: провести мониторинг наркологической ситуации среди подростков 15-17 лет Российской Федерации на основе показателей их обращаемости за наркологической помощью.

Методы: проведен анализ динамики общей, первичной и госпитальной обращаемости за наркологической помощью, а также распространенности ВИЧ-инфекции среди подростков с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, зарегистрированных амбулаторной наркологической службой и госпитализированных в специализированные наркологические медицинские организации Российской Федерации за период с 2012 по 2015 г. на основе форм федерального статистического наблюдения по наркологии.

Результаты: мониторинг динамики общей, первичной и госпитальной обращаемости подростков за медицинской наркологической помощью за четырехлетний период выявил изменения наркологической ситуации в подростковой среде. Произошло изменение процентного соотношения в наркологической патологии — уменьшилась доля алкогольных расстройств (на 11 процентных пункта — п.п.) и выросла доля патологии, связанной с употреблением наркотиков (на 10 п.п.) и ненаркотических ПАВ (на 2 п.п.). Снизились показатели общей, первичной заболеваемости и госпитальной обращаемости по поводу алкогольной патологии. Так, показатель общей заболеваемости алкогольными психозами уменьшился на 52%, алкого-

лизмом — на 52%; обращаемость по поводу пагубного употребления алкоголя снизилась на 33%. Наряду с этим увеличилась обращаемость подростков с расстройствами вследствие употребления наркотиков — по сравнению с 2012 г. на 81%. При этом, прирост показателя общей заболеваемости наркоманией составил 136%. В том числе, увеличился уровень общей заболеваемостью каннабиноидной наркоманией на 149%, наркоманией вследствие употребления психостимуляторов — на 539% и наркоманией вследствие употребления других наркотиков и их сочетаний — на 352%. И лишь показатель общей заболеваемости опиоидной наркоманией снизился на 70%. Обращаемость по поводу пагубного употребления наркотиков также существенно увеличилась — на 77%. Кроме того, обращаемость подростков с расстройствами, связанными с употреблением ненаркотических ПАВ, также увеличилась, но не столь значительно — на 7,2%. Аналогичные тенденции выявлены также в первичной заболеваемости и в госпитальной обращаемости населения 15-17 лет. Также было установлено, что, несмотря на уменьшение обращаемости по поводу инъекционного употребления наркотиков у подростков (на 38%), происходило увеличение доли ПИН с ВИЧ-положительным статусом с 4,9 до 7,5%, что может быть связано с низкой эффективностью профилактики ВИЧ среди подростков и поздним обращением за наркологической помощью.

Выводы: наблюдаются позитивные сдвиги по показателям заболеваемости, связанной с потреблением алкоголя, у подростков. Наряду с этим наблюдались неоднозначные тенденции в сфере употребления наркотиков. Выявленные изменения наркологической ситуации в подростковой среде свидетельствуют о необходимости принятия профилактических мер не только в отношении проблемного потребления алкоголя, но и в отношении потребления наркотических и ненаркотических ПАВ, разработке адекватных антинаркотических программ для детей и молодежи, а также проведении дополнительных эпидемиологических исследований для выявления причин установленных негативных тенденций.

Специфика внедрения программ профилактики в образовательных учреждениях разного типа

Григорьева А.А., Зелтынь Т.В., Цветкова О.В., Цветкова Ю.В.

Научно-исследовательский институт наркологии — филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Внедрение программ профилактики потребления психоактивных веществ (ПАВ) в образовательных учреждениях должно проводиться с учетом специфических для системы образования рисков, таких как: специфические риски учащихся; специфические риски педагогов и специфические риски образовательной среды.

Специфические риски педагогов в общеобразовательных учреждениях связаны с большой учебной нагрузкой, недостаточной личностной заинтересованностью педагогов, низким уровнем компетентности в вопросах психолого-педагогической профилактики аддиктивного поведения. К специфическим рискам учащихся относятся недостаточный уровень удовлетворенности и защищенности в образовательной среде. Предупреждение специфических рисков образовательной среды заключается во внедрении технологий индикативной и селективной профилактики употребления ПАВ с учетом возраста учащихся и их принадлежности к группе риска развития наркологических заболеваний.

Среди специфических рисков педагогов в дополнительном образовании важно отметить дефицит уважительного отношения к своей деятельности, связанный во многом с недостаточным социальным признанием и оценкой важности личностного вклада педагогов в развитие личности учащихся. К специфическим рискам учащихся учреждений дополнительного образования можно отнести низкую мотивацию родителей на участие их детей во внешкольной деятельности, замкнутость детей. Профилактика специфических рисков достигается оптимально организованным свободным временем с учетом интересов подростков, возможностями учащихся заниматься актуальными для них видами деятельности.

Специфическими рисками педагогов в учреждениях среднего профессионального образования является работа со сложными подростками, необходимость наличия специальных знаний по воспитанию трудных подростков, выделению проблемных учащихся группы риска в отношении употребления ПАВ, в связи с тем, что учащиеся данных учреждений часто являются детьми из неблагополучных семей, сиротами, лицами, состоящими на учете в комиссии по делам несовершеннолетних и др. Специфическими рисками учеников учреждений этого типа являются их когнитивные особенности, проблемы адаптации в общеобразовательных школах. К специфическим рискам образовательной среды относятся необходимость особой проработки в планировании и внедрении программ профилактики употребления ПАВ с учетом индивидуальных особенностей учащихся групп риска.

Специфические риски педагогов высшего образования связаны с низким уровнем контроля над поведением студентов, и недостаточным воспитательным компонентом в образовательном процессе. Специфическими рисками учащихся в учреждениях высшего профессионального образования являются низкая способность к самоорганизации и самоконтролю в процессе учебной деятельности. К рискам образовательной среды можно отнести сложность в привлечении наименее мотивированных к учебному процессу студентов в систематическую профилактическую работу.

Учет типа образовательного учреждения и специфичных для него рисков учащихся, педагогов и образовательной среды при внедрении программ профилактики употребления ПАВ позволяет повысить эффективность внедрения профилактических программ, содействует становлению и полноценному развитию личности детей, подростков и молодежи, повысит социальную значимость и привлекательность деятельности педагогов.

Неполная семья в детстве как фактор психологической дезадаптации в юношестве

Гусева О.В., Кокоулина Ю.Ю.

Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург

Существуют различные, зачастую неоднозначные точки зрения по поводу влияния фактора неполной семьи на психологические особенности и адаптацию детей. При этом гораздо меньше внимания уделяется изучению отдаленных последствий данного микросоциального фактора, в частности вопросам психологической адаптации в юношеские годы детей из неполных семей.

Задачи исследования: изучение особенностей психологической адаптации здоровых лиц юношеского возраста, воспитанных в неполной семье.

Материал и методы: обследовано 85 здоровых лиц, в возрастном диапазоне 17-22 года, которые воспитывались в полных (54,1%) и неполных семьях (45,9%). Рассматривались 3 возрастных периода, когда ребенок начинал жить в неполной семье — ранний детский (до 5 лет), младший школьный (до 10 лет) и подростковый (после 10 лет).

Использовался комплекс методик: интегративный тест тревожности (А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, 2005); опросник для изучения копинг-стратегий Р. Лазаруса (WCQ, The Waysof Coping Questionnaire, 1988); методика «Индекс жизненного стиля» (LSI, Life style index — (в адапт. Вассерман Л.И. и др., 1998). Статистическая проверка данных проводилась с помощью непараметрического критерия U-Манна-Уитни и методом сравнения средних величин при помощи Т-критерия.

Результаты: выявлено повышение уровня личностной тревожности у респондентов юношеского возраста, воспитывавшихся в неполной семье, однако различия не достигали уровня статистической достоверности. Сравнительный профиль функционирования механизмов психологической защиты респондентов из полных и не полных семей, не выявил статистически достоверных различий.

Установлены статистически значимые различия в использовании продуктивных копинг-стратегий в 4 сопоставляемых группах: 1. Лиц из полной семьи, 2. Лиц с образованием неполной семьи в возрасте до 5 лет; 3. Лиц с образованием неполной семьи в возрасте от 5 до 10 лет; 4. Лиц с образованием неполной семьи в возрасте после 10 лет. Результаты респондентов из полных семей соответствуют нормативным данным, как и в группе респондентов, с образованием неполной семьи в возрасте ребенка до 5 лет. Выявлено статистически достоверное различие рейтинга шкал «принятие ответственности» ($p<0,05$) и «планирование решения проблемы» ($p<0,05$) у респондентов с образованием неполной семьи в возрасте от 5 до 10 лет. У этих респондентов, по сравнению с другими группами, «планирование решения проблемы» принимается в качестве основного копинг-механизма, в то время как «принятие ответственности» нехарактерно. Полученные показатели могут косвенно свидетельствовать о неудовлетворенности, повышенной потребности в изменении ситуации в сочетании с неуверенностью. В группе респондентов с образованием неполной семьи в возрасте после 10 лет, отмечается статистически достоверное снижение ($p<0,05$) рейтинга шкал, отражающих продуктивные копинг-стратегии («самоконтроль», «принятие ответственности», «планирование решения проблемы»), показатели находятся ниже нормативных значений. Полученные результаты можно интерпретировать, как снижение возможностей приспособительного поведения, что может привести к затруднению социализации в целом.

Выводы: по данным настоящего исследования наиболее чувствительным возрастом к фактору влияния образовавшейся неполной семьи является возраст ребенка от 5 лет до 10 лет, и возраст после 10 лет. Выявленные констелляции могут косвенно свидетельствовать о более низкой психологической адаптации здоровых лиц юношеского возраста из неполной семьи.

Подростковая наркомания — угроза национальной безопасности

Гусева О.И.

ГНЦ Институт медико-биологических проблем РАН, г. Москва

Целью исследования явился анализ результатов межведомственного взаимодействия по профилактике немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ среди подростков.

Материалы и методы: проанализированы данные федерального статистического наблюдения по динамике выявления подростков, потребляющих наркотические средства и психотропные вещества (далее — наркотики), подростковой преступности. Изучены результаты реализации комплексных программ профилактики немедицинского потребления наркотиков ряда субъектов Российской Федерации.

Результаты и их обсуждение: стабильный рост числа подростков в возрасте 15-17 лет, потребляющих наркотики, содержит в себе очевидные и мощные источники угроз национальной безопасности.

Согласно данным МВД России, преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков, по итогам 2015 г. заняли третье место в общей структуре подростковой преступности, а динамика таких преступлений за последние три года стабильна.

По данным Минздрава России, в 2015 г. по сравнению с 2012 г. отмечается троекратный рост показателей первичной и общей заболеваемости подростков, больных наркоманией, двукратный — подростков, потребляющих наркотические средства с вредными последствиями. По итогам 2015 г. наибольшая распространенность потребления наркотических средств подростками 15-17 лет, более чем вдвое превышающая среднероссийский показатель, выявлена в республиках Хакасия и Бурятия, Красноярском и Забайкальском краях, Амурской, Ленинградской, Магаданской, Кемеровской, Псковской и Иркутской областях. Данный факт нельзя объяснить только выстроенной системой раннего выявления незаконного потребления наркотиков. За исследуемый период в 5 раз возросло число зарегистрированных психозов, вызванных потреблением

наркотиков: с 42 в 2012 г. до 203 в 2015 г., что свидетельствует о доступности наркотиков для подростков.

Сохранение такой ситуации уже в ближайшее время приведет к росту гипосоциальных групп населения. Анализ действующих законодательных требований по допуску к выполнению трудовых и служебных функций, прежде всего, постановления Правительства Российской Федерации от 18.05.2011 № 394 «Об утверждении перечня отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, на занятия которыми устанавливаются ограничения для больных наркоманией», показывает, что деятельность, связанная с управлением всех видов транспорта, медицинская, фармацевтическая, образовательная, виды работ, выполняемые во вредных и опасных условиях труда, запрещены для больных наркоманией. В данных сферах занято 52% населения страны или 94% граждан трудоспособного возраста, дающих основной ВВП страны. Государственные расходы на больных наркоманией ежегодно составляют не 1% ВВП. Таким образом, социальное бремя колоссально.

Профилактической работой с подростками занимается более 15 субъектов профилактики: образовательные и медицинские организации, организации социальной защиты, комиссии по делам несовершеннолетних и ряд других. Во всех субъектах Российской Федерации реализуются собственные комплексные программы профилактики немедицинского потребления наркотиков среди подростков. Но несмотря на проводимые мероприятия, эффективность межведомственного взаимодействия и собственно профилактической работы остается неудовлетворительной.

Выводы: назрела острая необходимость законодательного закрепления единого алгоритма профилактической работы для всех субъектов профилактики немедицинского потребления наркотиков, обеспечивающего преемственность каждого звена единой профилактической среды, а также введение целевого показателя эффективности его функционирования для руководителей субъектов Российской Федерации.

Место предмета и специальности «детская психиатрия» в системе подготовки кадров высшей квалификации

Данилова С.В., Бородин В.И.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Существующая система психиатрической помощи детям и подросткам на сегодняшний день нуждается в дальнейшем совершенствовании. Важнейшим вопросом является пересмотр подготовки кадров высшей квалификации, восстановление специальности «детская психиатрия». Предметом изучения специальности «детская психиатрия» являются: физиология и патология психического развития ребенка от 0 до 18 лет; интеллектуальная, эмоциональная, поведенческая психопатология невротического, пограничного и психотического уровней в рамках психогенных, соматогенных, эндогенных, наследственно-конституциональных расстройств и разнообразных нарушений психического развития; медикаментозные, психотерапевтические, психокоррекционные методы лечения и реабилитации; методы первичной, вторичной и третичной психопрофилактики; междисциплинарные аспекты сохранения и укрепления психического здоровья детей и подростков.

Специфическими отличиями «детской психиатрии» от смежных специальностей — прежде всего от психиатрии и психотерапии являются следующие: изучение и лечение психических расстройств у детей и подростков с позиций глубокого знания возрастной физиологии и психологии; разные механизмы развития основных психических расстройств, определяющие интеллектуально-мнестические, эмоционально-аффективные, социально-коммуникативные, поведенческо-волевые и личностно-характерологические нарушения, дезадаптацию в обществе, раннюю инвалидизацию, бытовую беспомощность детей и взрослых; специфические симптомы, характерные для детско-подросткового возраста, и одновременно отражающие процесс созревания психики; принципиальные отличия в методах лечения и профилактики; изучение смежных областей (возрастная психология, коррекционная психология, педагогика, дефектология и др.).

Помимо всего, при выделении детско-подростковой психиатрии в самостоятельную специальность, на наш взгляд, следует учесть наметившуюся в современных международных классификациях психических и поведенческих расстройств тенденцию распространения целого ряда диагностических категорий, применимых ранее исключительно для детско-подросткового периода, на весь последующий жизненный цикл (аутистическое расстройство, дефицит внимания с гиперактивностью и ряд других), что свидетельствует и о нарастающей конвергенции между детско-подростковой и общей психиатрией.

При условии пересмотра подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре с переходом на 3-х летнее обучение, целесообразно представить программу обучения следующим образом. Обязательное освоение на первых двух годах основных модулей по психиатрии: организационно-правовые проблемы в психиатрии, пропедевтика психиатрии, общая психопатология, частная психиатрия, общая психофармакотерапия, неотложные состояния в психиатрии, основы геронтопсихиатрии, медицинской психологии, судебной психиатрии, наркологии, психотерапии, сексологии, неврологии, социальная психиатрия. Углубленное изучение модулей по детско-подростковой психиатрии на 3 году обучения: организационные и правовые вопросы детско-подростковой психиатрии, психическое развитие детей и подростков, психопатология развития, современная диагностика, общая психопатология, социальные и клинические аспекты детской и подростковой психиатрии, психофармакотерапия в детско-подростковом возрасте, основы подростковой судебной психиатрии и психологии, возрастные закономерности клинического оформления психических расстройств у несовершеннолетних, их судебно-психиатрическая оценка; вопросы профилактики; методы реабилитационной работы, оказание комплексных услуг полипрофессиональной бригадой, превенция суицида и суицидоопасного поведения. Отдельные часы при подготовке кадров должны быть определены для изучения и практического освоения клинических рекомендаций (Протоколы) и стандартов оказания помощи в детской психиатрии. Незнание предмета в полном объеме существенно снижает компетенцию специалистов и отражается на «качестве» оказываемой помощи в области детской психиатрии и психиатрической службы страны в целом.

Основные тенденции динамики показателей распространенности расстройств аутистического спектра по г. Москва

Датуашвили М.Т., Корень Е.В.

Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Актуальность повышение уровня диагностики Расстройств Аутистического Спектра (РАС) заставило многих исследователей задуматься о «всемирной эпидемии аутизма». Зарегистрированная заболеваемость аутизмом выросла с 90-х по 2007 год в 7—8 раз, при этом включение более легких случаев и более ранний возраст установления диагноза объясняет лишь 4,25-кратное увеличение. С 2002 по 2006 гг. показатель «административной распространенности» аутизма вырос на 57% (Autism Monitoring Network, 2009). В соответствии с современными данными частота аутизма составляет не менее 0,1% в общей популяции. По последним данным Всемирной организации здравоохранения (67 сессия Всемирной ассамблеи от 21 марта 2014) для Европы медианный показатель составляет 61,9/10 000 (диапазон 30,0-116,1/10 000), а для стран Америки он составляет 65,5/10 000 (диапазон 34-90/10 000). У мальчиков РАС отмечаются примерно в 4,5 раза чаще, чем у девочек. К возможным причинам такого роста можно отнести использование различных классификаций (МКБ-10, DSM-V), расширение диагностических критериев РАС, рост числа специалистов, участвующих в оказании помощи больным детям, повышение осведомленности об аутизме у населения, в ряде случаев увеличение диагноза аутизм связано со сменой диагноза умственная отсталость. Вопрос о существовании «эпидемии аутизма» на сегодняшний момент является спорным и требует дополнительного изучения.

Цель исследования: изучение динамики показателей распространенности РАС у детей по городу Москва.

Материалы и методы: клинико-статистическое исследование детей с РАС с использованием данных по обращаемости и

заболеваемости, на контингенте стационарных и амбулаторных пациентов.

Результаты: анализ полученных данных выявил отчетливую тенденцию роста числа случаев выявления РАС среди детей по г. Москва. По данным ПНД частота постановки диагноза F84.0 (детский аутизм) с 1987 г. по 2010 г. выросла более, чем в 14 раз. По результатам оценки стационарных больных за 2011-2014 гг. прослеживается отчетливый рост случаев выявления детей с РАС (F84.0, 84.1, 84.3, 84.5): за 2011-12 гг. увеличение на 20%, за 2012-13 гг. — на 17% и за 2013-14 гг. — на 34%. В 2006-2011 гг. детям, находящимся на стационарном лечении в МНИИП, диагноз РАС был поставлен в 2,5 раза чаще, чем диагноз задержки психического развития, частота которой оставалась относительно стабильной, в 18 раз чаще, чем диагноз умственной отсталости, частота которого снизилась в 4 раза, и на 70% чаще, чем детская шизофрения. В 2012 г. из 521 пациента, обратившихся амбулаторно в МНИИП, диагноз РАС был установлен у 22% детей. В том же году из 287 больных, находившихся на стационарном лечении в МНИИП, число детей с РАС составило 18,2%. Соотношение мальчиков и девочек составило 5:1.

Выводы: по результатам проведенного исследования подтверждается актуальность проблемы диагностики РАС. Отмечаемый рост частоты постановки диагноза РАС в г. Москве соответствует тенденции, наблюдаемой во всем мире. Проблема требует решения на разных уровнях — клиническом, терапевтическом, организационном, межведомственном.

Проблемы инвалидности детей с психическими расстройствами

Демчева Н.К., Макушкин Е.В.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Инвалидность детей и подростков в связи с психическими расстройствами в настоящее время является одной из наиболее острых проблем психиатрии. Актуальность проблемы определяется высокими показателями инвалидности рассматриваемой возрастной категории и интенсивным ростом инвалидизации детей в последние десятилетия. Только за период с 1999 по 2015 гг. число детей (0-17 лет) — инвалидов по причине психической патологии увеличилось с 87 329 до 130 788 (на 49,8%), а показатель инвалидности в расчете на 100 тыс. детского населения вырос с 255,8 до 461,2 (на 80,3%). Контингент психически больных детей, впервые признанных инвалидами за рассматриваемый период увеличился с 14 075 до 15 452 человек или на 9,8%, а в расчете на 100 тыс. детского населения — с 40,6 до 51,5 или на 34,1% случаев. В клинической структуре вырос процент детей-инвалидов вследствие хронических неорганических психозов (с 2,0 до 11,4%) и расстройств шизофренического спектра (с 3,2 до 4,0%). В возрастной структуре общей инвалидности по психическим расстройствам в 2015 году дети 0-17 лет составили 12,4%, а в возрастной структуре первичной инвалидности — 38,6%.

Рост инвалидности детей и подростков во многом обусловливается увеличением заболеваемости психическими расстройствами данной возрастной категории и увеличением в структуре заболеваемости тяжелых психических расстройств. С 1995 по 2015 год показатель общей заболеваемости психическими расстройствами детей (0-14 лет) вырос с 2 695,0 до 2 899,5 на 100 тыс. детского населения (на 7,6%), а показатель общей заболеваемости подростков (15-17 лет) — с 3 675,4 до 4 745,1 на 100 тыс. подросткового населения (на 29,1%). По состоянию на 2015 год показатель общей заболеваемости детей превышает аналогичный показатель для взрослых (от 18 лет и старше) на 7,9%, а показатель общей заболеваемости подростков

превышает тот же показатель для взрослых почти в два раза (на 43,7%). С 1999 по 2015 год в структуре общей заболеваемости детей (0-14) увеличился процент больных психотическими расстройствами (с 2,9 до 4,3%), а в структуре общей заболеваемости подростков — доля больных шизофренией (с 0,2 до 0,5%) и доля больных органическими непсихотическими расстройствами (с 20,8 до 24,0%). Несмотря на рост инвалидности детей по психическим заболеваниям, число специалистов в области детской психиатрии снижается. Так за период с 2005 по 2015 год число детских специалистов в области психиатрии снизилось на 9,0%, а число коек — на 30,6%.

Таким образом, приоритетной задачей организационных мероприятий в области психиатрии должны считаться усилия, направленные на борьбу с детской заболеваемостью и снижение инвалидизации. Решение поставленной задачи не возможно без адекватного, системного, стабильного финансового обеспечения территориальных программ оказания психиатрической помощи, в том числе на основании выполнения Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Депрессивные состояния у детей и подростков

Денисенко Е.Г., Валинуров Р.Г., Фролова Е.П.

ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа

Современные исследования показали, что депрессивные состояния наблюдаются у 7 —20% школьников. В результате многих исследований доказано, что в основе суицидального поведения (мысли и попытки самоубийства) у детей и подростков лежат устойчивые депрессивные состояния. Риск возникновения депрессии повышается после 12 лет.

Депрессия у ребенка практически всегда «маскирована»: это и тревожность, и школьная неуспеваемость, и нарушение отношений со сверстниками, и беспокойство за свое здоровье, и навязчивый страх за близких. Проявления депрессии в разных возрастах могут быть различными.

Наиболее частыми у детей дошкольного возраста бывают жалобы на боли в животе, а у детей младшего школьного возраста — на головную боль. Вместе с этим могут проявляться и типичные депрессивные признаки: тихий голос, печальное выражение лица, скупая мимика, старческая походка. У младших школьников более заметна замкнутость, безразличие, потеря интереса к играм, школьным занятиям, тоскливое настроение. Одним из ранних признаков детской депрессии является школьная дезадаптация. Она, как правило, нарастает постепенно, проявляясь в трудностях осмысления и запоминания учебного материала.

Первым условием грамотной поддержки страдающих депрессией детей является ранняя диагностика расстройства. Если депрессия выражена слабо, она вполне может пройти самопроизвольно, без вмешательства специалистов. Главное, необходимо внимание к душевному состоянию ребенка. Выявление ранних признаков депрессивных расстройств у детей и подростков, возможно, проводить по тестам разных авторов. Хорошо зарекомендовал себя при массовых обследованиях Опросник изучения депрессивности подростков «Депрископ» (Подольский А., Идолбаева О., Хейманс П. «Диагностика подростковой депрессивности: Теория и практика», 2004). С его помощью, например, выявлены различия в частоте проявле-

ний депрессивного настроения среди благополучных детей и детей с девиантным поведением. Соответственно 7% и 20%. При этом аффективные проявления, состояний, так же были разными.

У благополучных детей на первом месте указывалась «усталость», на втором — «раздражение». Среди «неблагополучных» детей на первом месте стоял «страх», затем — «неверие в будущее».

Депрессивные состояния у детей и подростков — не слабость или недостаток характера. Такие дети и подростки нуждаются в помощи, депрессивные состояния излечимы. Исследования и практическая деятельность показывают, что психотерапия является эффективным методом лечения депрессии. Она помогает улучшить отношения с окружающими людьми и изменить негативный образ мышления, часто связанный собственно с депрессией. Другие методы могут включать групповую или семейную терапию при необходимой современной психофармакотерапии депрессивных расстройств с учетом возраста (дети, подростки) несовершеннолетних.

Перинатальная психологическая помощь как ранняя психопрофилактика нервно-психических расстройств

Добряков И.В.

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

В конце XX и в начале XXI века, как в России, так и за рубежом, отмечается появление новых подходов к организации оказания психологической и психотерапевтической помощи во время беременности и родов. Это связано с развитием нового раздела медицинской психологии — перинатальной психологии. Выделение этого раздела инициировано актуальными проблемами общества, прежде всего, демографическими. Одним из важнейших подходов, лежащих в основе современной перинатальной психологии, является диадный, согласно которому мать и дитя (и в анте- и в ранний постнатальный период) рассматриваются как уникальное образование, состоящее из двух живых организмов, имеющих общие телесные и психические границы. Причем мать представляет собой сложноорганизованную личность, а ребенок развивающуюся (Winnicott D.W., 1966). Именно диада, диадные отношения становятся основным объектом исследования перинатальной психологии. Это в корне меняет оказание психологической помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам, младенцам, способствует становлению нового взгляда на раннюю первичную психопрофилактику. Согласно диадному подходу нервно-психические расстройства женщины и ребенка во многом связаны с особенностями отношений в диаде и в их динамике. Качество этих отношений привлекло внимание Дж. Боулби, который отмечал, что у младенцев существует необходимая для выживания врожденная потребность создания и поддержания близости и эмоциональной связи с матерью (или с заменяющим ее человеком) (Bowlby J., 1988). Удовлетворение этой потребности обеспечивает младенцу ощущение безопасности в неизвестном окружающем мире. Неудовлетворение приводит к сохранению высокого уровня сепарационной

тревоги, имеющей тенденцию к усилению в неблагоприятных ситуациях в качестве инфантильного опыта (Quinodoz J-M., 2002). M. Ainsworth выделила три типа поведения детей, формирующихся под влиянием общения с матерью (Ainsworth M., 1973). Один из них — secure attachment «B» — безопасный и надежный, встречается в 65-66% случаев. Два других — ненадежные типы: а 2 других — avoid attachment «A» (избегающая привязанность, встречается у 20-21,5%) и resistant-ambivalent attachment «C» (амбивалентная привязанность в 10-12,5% случаев). Позднее был выделен еще один тип ненадежной привязанности — дизорганизованный (disorganized attachment «D»), встречающийся в 5-10% случаев. Поскольку привязанность является используемой в будущем моделью построения межличностных взаимоотношений (Insel T.R., 2003; Siegel D.J., 2013 и др.), сформированные ненадежные типы привязанности могут быть важными факторами задержек развития, возникновения нервно-психических расстройств (van Ijzendoorn M., Backermans M., 1996). В настоящее время растет интерес к роли привязанности в этиопатогенезе различных психических расстройств (Wedekind D. et al., 2013; Добряков И.В., 2016 и др.), разработан тест, позволяющий выявлять особенности проявлений привязанности у взрослых (Main M., 1999).

В этиопатогенезе многих психических отклонений и детей, и взрослых значительную роль играют как ранняя сепарация ребенка от матери, приводящая к депривации, анаклитической депрессии (Spitz R.A., 1963), так и создание препятствий своевременной сепарации и становлению психических и физических границ при переживании «психологического рождения» после 18 месяцев (Mahler M.S., 1975). Последнее, часто встречающееся при воспитании детей по типу гиперпротекции, что провоцирует у них реакции эмансипации, нередко приобретающие девиантный характер.

Очевидно, что достижения перинатальной психологии позволяют по-новому взглянуть на проблемы психического и физического здоровья матери и ребенка и разрабатывать эффективные меры ранней психопрофилактики.

Медико-психолого-социальная реабилитация детей и подростков, находящихся в кризисном состоянии

Дуктен-оол С.М., Ондар Ю.Г., Монгуш Ч.К.

ГБУЗ РТ «Республиканская психиатрическая больница»
Центр психического здоровья детей и подростков, г. Кызыл

Республика Тыва (РТ) является одним из регионов, где сохраняется в течение многих лет стабильно высокий уровень суицидальной активности населения, в том числе несовершеннолетних. За последние три года наметились положительные тенденции, и показатель смертности от суицидов среди населения снизился с 58,8 до 39,4 на 100 тыс. населения, однако остаются высокими в Российской Федерации.

В 2015 г. в РТ было зарегистрировано 489 попыток преднамеренных самоповреждений, что составило 156.8 на 100 тыс. населения (2014 г. — 218.3). Показатели попыток преднамеренных самоповреждений у подростков самый высокий и составляет 348,6 на 100 тыс. данной возрастной группы (2014 г. — 466.5). В исследуемом году отмечались 123 завершенных суицида, показатель смертности составил 39,4 на 100 тыс. всего населения. В подростковом возрасте этот показатель оказался также самым неблагоприятным — 71.1, в абс.ч.-10 (2014 г. -54.0); у детей (до 14 лет) — 4.0, в абс.ч.- 4 (2014 г.- 3.1) на 100 тыс. соответствующего возраста.

Учитывая напряженную обстановку по случаям суицида среди детей и подростков, Правительством РТ был разработан проект целью которого являлось восстановление внутрисемейных связей и отношений, а также формирование в обществе бережного отношения к психическому здоровью детей и подростков.

Задачи проекта. Своевременное качественное оказание психиатрической, психологической, психотерапевтической помощи детям и подросткам, находящимся в кризисном состоянии, в том числе с суицидальными намерениями, нарушениями поведения и пограничными психическими расстройствами, вследствие психотравматизации (жертвы жестокого обращения и насилия, социальной дезадаптации). В рамках данного проекта в 2015 г. был открыт Центр психического здоровья детей и подростков в структуре ГБУЗ РТ «Республиканская

психиатрическая больница». В структуре Центра имеется круглосуточный стационар на 15 коек и амбулаторно-поликлиническая служба для оказания психиатрической, психотерапевтической, психологической, логопедической и социальной помощи. В работу Центра внедрена бригадная форма работы (психиатр, психолог, специалист по социальной работе, логопед, социальный работник).

За 9 мес. деятельности на лечение и реабилитацию в Центр поступили 104 детей и подростков: дети до 14 лет составили 54.8%, подростки — 45.2%; по полу: девочки — 57.6%, мальчики 42.3%.

Анализ социального положения детей и подростков, показал, что большинство детей проживают в полных семьях — 37.5%, в неполных семьях — 33.6%, опекаемые дети составили 12.5%, дети сироты из интернатных учреждений — 11.5% и дети, родители которых лишены родительских прав — 4.8%.

Причиной обращения за специализированной являлись задержка психологического развития, отклоняющееся поведение (агрессивность, уходы из дома, бродяжничество, правонарушения и т.д.), тревожно-депрессивные состояния, высказывание суицидальных мыслей и суицидальные намерения. Так, 24.0% лиц, поступили на стационарное лечение после суицидальной попытки; 12.5% — подвергались сексуальному насилию; 8.6% в связи с нарушением социальной адаптации в интернатных учреждениях.

В структуре выявленных психических расстройств выявлены: эмоциональные расстройства и расстройства поведения — 44.2%, депрессивные состояния — 16.3%, невротическое, связанное со стрессом расстройство — 14.4% , расстройство психологического развития — 12.4%, умственная отсталость — 4.8%, психотическое расстройство — 4.8% из выборки несовершеннолетних.

В рамках комплексной медико-реабилитационной помощи детям и подросткам оказывается индивидуальная, групповая, семейная психотерапия, арт-терапия и т.д., проводятся индивидуальные психокоррекционные занятия.

Клинико-эпидемиологические и социально-психологические аспекты суицидального поведения детей и подростков в Республике Башкортостан

Евтушенко Е.М., Тимербулатов И.Ф.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа

Клинико-эпидемиологический анализ смертности от суицидов среди детей и подростков в Республике Башкортостан для выявления управляемых и неуправляемых причин осуществляется впервые.

Показатели завершенных суицидов среди детского населения продолжают расти. В 2011 году этот показатель составлял 2,5 на 100 тыс. населения от 0-17 лет, в 2015 году — 5,0 соответственно. В 2015 году уровень суицидов среди населения от 0-17 лет в городах Республики Башкортостан составлял 5,2 на 100 тыс. населения. Названный показатель в той же возрастной категории сельского населения составил 4,5 на 100 тыс. населения.

В категории завершенных суицидов случаи суицидов мальчиков в среднем составляют 62%, девочек соответственно — 38%. Подростками 15-17 лет совершено 55% завершенных суицидов, в 82% случаев первично, детьми в основном из полной семьи, учащимися школ. Вид суицида: в 77% случаев — повешение, на втором месте — падение с высоты, на третьем — отравление.

Анализ случаев завершенного суицида среди детей и подростков показал значительную аффективную составляющую суицидальных действий. Девиантное поведение, как фактор возникновения суицидального поведения отмечается в 39% случаев.

Значительным компонентом суицидального поведения указанной группы детей и подростков послужил стресс, вызванный критическими жизненными событиями. В 30% случаях завершенного суицида были очевидны ситуационные индикаторы: смерть матери, смерть сестры, суицид друга, страх перед наказанием, неразделенная любовь, боязнь сдачи ЕГЭ.

Коэффициент летальности (отношение числа завершенных самоубийств и суицидальных попыток) в 2015 году составил 3,1. В динамике пяти лет указанный показатель не имел четких тенденций к росту или снижению.

В категории суицидальных попыток, на протяжении всех указанных пяти лет по гендерным особенностям выявлено двукратное, а в 2014 году почти в шесть раз преобладание девочек. Большая часть суицидальных попыток совершаются подростками, чаще всего учащимися школ. Способом суицида выбиралось в более чем половине случаев отравление. В 2015 году из всех незавершенных суицидов 75% совершено детьми и подростками — жителями городов.

При первичной беседе с психологом после совершенной попытки указывалось ощущение одиночества, своей ненужности, непонимание со стороны родителей, неразделенные чувства, переживание обиды, страх перед предстоящими экзаменами и поступлением в учебные заведения, судебными разбирательствами, боязнь наказания, осуждением родителей, чувство протеста в ответ на наказание родителей, ссоры с родителями, друзьями и т.д.

Отсутствие системы психологического консультирования в школах, низкая психологическая грамотность родителей, по сути, исключают детей и подростков в кризисном состоянии из системы психотерапевтической помощи.

Учитывая тенденции к стабилизации и даже снижению показателей смертности от суицидов в категории взрослого населения Республики Башкортостан, что напрямую связано с открытием ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики Башкортостан и формированием психотерапевтической службы, организационно отличающейся от системы «большой» психиатрии, увеличение суицидов среди детей и подростков говорит об ответственности взрослых перед названной проблемой.

Принимая во внимание многопрофессиональную и межведомственную проблему предупреждения суицидов, в республике принято стратегическое решение о создании государственной целевой программы по профилактике суицидов в рамках программы «Обеспечение общественной безопасности в Республике Башкортостан». Вопросы организации медицинской помощи несовершеннолетним в кризисном состоянии и с суицидальными проявлениями сформулированы в плане мероприятий Подпрограммы «Профилактика суицидов и иных форм аутоагрессивного поведения» Государственной программы.

Профилактика психических расстройств у студентов профессиональных образовательных организаций

Егорова П.Л.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Иваново

Качество получаемого образования студентами профессиональных образовательных организаций находится в прямой зависимости от уровня их психического здоровья. Нами была предпринята попытка оптимизировать клинико-организационные подходы к психопрофилактике психических расстройств у подростков-сирот и подростков, оставшихся без попечения родителей, обучающихся в профессиональных образовательных организациях. Психопрофилактические программы разрабатывались с учетом индивидуально-типологических особенностей. В условиях профессиональной образовательной организации города Иванова нами проводились следующие мероприятия: 1. В отношении обучающихся в профессиональном образовательном учреждении проводилось обследование на оценку психологического профиля (диагностика самооценки Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина; опросник Л.И. Вассермана, модифицированный В.В. Бойко на определение уровня социальной фрустрированности; тест Векслера; тест социально-психологической адаптации Роджерса-Даймонда; методика К. Леонгарда на выявление акцентуации характера). Проводимые мероприятия дают возможность исключить психические расстройства на субклиническом уровне, а также выделить группу риска, с дальнейшим проведением профилактической работы. 2. Проведение клинико-психопатологического исследования подростков, поступающих в профессиональное образовательное учреждение, с целью исключения психических расстройств. Тщательно изучались особенности развития учащегося, наличие отягощающих факторов (детские заболевания, семейный анамнез и др.), психосоматическое состояние подростка на момент обследования, взаимоотношения в семье (если есть), в общежитии, со сверстниками, воспитателями, педагогами и т.д. Основу беседы составила «Карта обследования учащихся учреждений среднего профессионального образования». 3. Консилиум специалистов (врач-психиатр, психотерапевт, психо-

лог) определял необходимый объем медицинской помощи студентам (психологическая, психотерапевтическая, психиатрическая), вошедшим в группу риска по возникновению психических расстройств, а также имеющим клинически очерченные психические проявления. 4. Оценка эффективности проводимых мероприятий по психопрофилактике. Таким образом, мероприятия по первичной и вторичной профилактике проводились дифференцированно в отношении студентов, имеющих риск развития психической патологии, и были направлены на их устранение и смягчение.

На основе вышеуказанных проводимых мероприятий нами были разработаны и внедрены мероприятия по организации профилактики расстройств психического здоровья у студентов. В течение года со студентами, а также с их представителями и работниками образовательного учреждения проводились следующие мероприятия. С целью создания и сохранения оптимального психологического климата велись психообразовательные беседы с родственниками и законными представителями, с педагогическим составом. С подростками, имеющими психические расстройства, а также относящимися к группе риска по возникновению психических заболеваний, проводились еженедельные индивидуальные и групповые психотерапевтические занятия с использованием когнитивно-поведенческой, рациональной психотерапии и метода аутогенной тренировки.

В ходе проведения мероприятий по профилактике расстройств психического здоровья у студентов профессиональных образовательных организаций отмечалось смягчение или полная редукция психопатологических симптомов (тревожность, агрессивность, навязчивые мысли, фобии и др.). Выявились существенные изменения в таких показателях, как пропуски занятий, суицидальные тенденции. Предложенные мероприятия способствовали улучшению социального функционирования студентов, что положительно отражалось на процессе обучения, усвоения учебной программы, взаимоотношениях в микросоциуме и с педагогическим составом.

«Звезды и волны» как ключ диадического взаимодействия «терапевт-ребенок»

Ерофеева В.В., Ивашев С.П.

ГУЗ «Клиническая поликлиника № 1», г. Волгоград

Конгломерация клинической психологии в структуру соматических лечебных учреждений породила опыт, показавший, что процедура взаимодействия с ребенком, имеющим особенности в психическом развитии, обладает некоторой спецификой: затруднительное установление контакта, более длительное проведение самих методик, упражнений, техник, а также в отдельных случаях невозможность применения некоторых тестов. Практика применения одного из универсальных тестов, проявившего себя весьма конструктивно, явилась методика «Звезды и волны» У. Аве-Лаллемант. Так как данная методика относится к числу проективных, она характеризуется: экономичностью, глубиной получаемой информации, универсальностью, значительным психокоррекционным потенциалом при консультативной работе. Дети, выполняя тест, очень быстро понимали поставленную задачу, с удовольствием выполняли задание и давали обратную связь, выражающуюся в форме рассказа-сказки по нарисованной картинке.

Психодиагностическая ценность методики «Звезды и волны» была продемонстрирована в рамках исследования системных закономерностей социально-психологического функционирования несовершеннолетних (Колесникова, Ивашев, Ерофеева, 2013), а также в рамках выявления основных факторов, значимых при построении коррекционно-обучающей программы (Ивашев, Ерофеева, 2013). Было выявлено, что системообразующим фактором подростков-детдомовцев выступает построение репрезентативной модели своего места в окружающем мире, а у школьников средних общеобразовательных учреждений — построение уже целенаправленного, совладающего поведения, что способствует выстраиванию как групповой, так и индивидуальной коррекционной работы. Кроме этого, применение теста «Звезды и волны» в практической деятельности показало, что сам процесс рисования способствует установлению контакта во взаимоотношениях «ребенок-терапевт». Обращение несовершеннолетних происходило по «сателлитному»

запросу законного представителя с соматическими расстройствами, в рамках, например, дисфункционального семейного «метаболизма» (Колесова С.Н., Новикова Е.Г., Ивашев С.П., 2012) — Z63.7. При первой встрече самым сложным является именно установление контакта, особенно с ребенком. Каждый терапевт/консультант сталкивался с проблемой отторжения ребенком подаваемого материала. Без применения вспомогательных материалов налаживание контакта может затянуться на продолжительное время, порой необходимо потратить половину консультации только на это. Однако, использование именно рисуночного теста «Звезды и волны» позволяет быстро заинтересовать ребенка, предоставить ему свободу выражения. На практике это проявляется в том, что 4 из 5 детей с радостью принимаются за рисунок, в процессе сами выступают инициаторами общения, им хочется поделиться с терапевтом нарисованным, тонкостями нарисованного: «вдруг доктор неправильно поймет, что я нарисовал», своими переживаниями, эмоциями. На завершающей стадии рисунка ребенок ждет обратной реакции терапевта, его похвалы, встречных вопросов, и таким образом выстраивается диалог, который имеет свой проясняющий, психотерапевтический эффект. Без использования рисуночного теста взаимодействие выстраивается с гораздо большими трудностями, занимает большее количество времени и нет полной открытости и доверия со стороны ребенка, что затрудняет коммуникативный процесс и последующую как диагностическую, так и психотерапевтическую процедуру. Таким образом, выстраивание процесса взаимодействия «терапевт-ребенок», применяя вспомогательный инструмент-рисуночный тест «Звезды и волны», показывает себя наиболее эффективным и результативным относительно дальнейшей работы.

Внедрение информационно-коммуникационных технологий в системе детско-подростковой психиатрической помощи

Жовнерчук Е.В.[1], Абриталин Е.Ю.[2], Федоров Н.В.[3]

[1]ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России, г. Москва;
[2]ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России, г. Санкт-Петербург;
[3]СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 60 Пушкинского района», г. Санкт-Петербург

В последние десятилетия в нашей стране отмечается неуклонный рост заболеваемости психическими расстройствами. При этом имеет место значительное увеличение частоты проявлений социальной дезадаптации, повышение уровня агрессивного и аутоагрессивного поведения, криминальности и делинквентности, злоупотребления ПАВ у детей и подростков. По официальным статистическим данным около 3% детей и подростков в нашей стране страдают психическими и наркологическими расстройствами.

На современном этапе в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь, не в полной мере используются современные средства профилактики, диагностики, лечения и реабилитации психических расстройств, что является следствием недостаточного финансирования и зачастую неудовлетворительного состояния материально-технической базы данных учреждений, и требует принятия адекватных мер на региональном и федеральном уровнях.

Исходя из вышеизложенного, современная система оказания психиатрической помощи и психопрофилактики нуждается в серьезном преобразовании.

Одна из целей приоритетного национального проекта «Здоровье» — сделать дорогостоящую медицинскую помощь доступной как можно большему числу граждан, особенно для жителей удаленных районов. Наиболее реалистичным, экономически обоснованным и эффективным способом решения данной задачи является внедрение в сфере охраны здоровья граждан современных информационно-коммуникационных технологий, в частности телемедицины.

Актуальность телемедицины в современных условиях сложно переоценить. Телекоммуникационные технологии имеют значительный потенциал для решения проблем обеспечения населения доступными, экономически эффективными и высококачественными медицинскими услугами.

Применение технологий телемедицины в психиатрической практике называется телепсихиатрией или телепсихопрофилактикой.

Проведенные в последние годы исследования в области телепсихиатрии показали ее эффективность и безопасность. Причем для представителей определенных групп, в частности для молодежи и пациентов аутического спектра, т.е. тех лиц, которые настороженно относятся к непосредственному контакту с психиатром, удаленная терапия может оказываться даже предпочтительней традиционной.

Таким образом, методы телепсихиатрии дают возможность значительно повысить качество мероприятий по психогигиене и первичной психопрофилактике у детей и подростков. Реализация данной задачи требует принятия соответствующих законодательных мер, а также обеспечения учреждений начального и среднего образования соответствующим оборудованием, которое позволит осуществлять дистанционную консультативно-лечебную психиатрическую помощь на базе медицинских кабинетов данных учреждений.

Благодаря повышению доступности психиатрической помощи при активном развитии телемедицинских технологий можно ожидать повышения выявляемости начальных форм психических заболеваний у детей и подростков, что будет в свою очередь приводить не только к улучшению качества медицинской психиатрической помощи данному контингенту, но и к отдаленному экономическому эффекту за счет повышения успешности мероприятий медицинской и социальной реабилитации, и, в конечном итоге, к снижению уровня детской инвалидизации.

Особенности иммунологических показателей у детей с расстройствами аутистического спектра

Забозлаева И.В., Малинина Е.В.

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск

Актуальность: интерес к расстройствам аутистического спектра (РАС) в современном научном мире перестал быть узкой проблемой детской психиатрии и переместился в область клинико-биологических исследований с поиском генетических, иммунологических, нейробиохимических, нейрофизиологических маркеров.

Цель исследования: изучение иммунологических показателей у детей с РАС.

Материал и методы исследования: было обследовано 138 пациентов (108 мальчиков и 30 девочек) в возрасте от 2 до 5 лет. Критериями включения были общие расстройства психического развития рубрика F80 МКБ-10: с детским аутизмом (F84.0), атипичными формами (F84.1) аутистических расстройств и задержками психоречевого развития (F80.8). Использовались методы: клиническо-психопатологический, клинико-анамнестический, клинико-динамический и лабораторные. Исследовались иммунологические показатели с определением количества форменных элементов крови, их процентное соотношение и абсолютное количество, фагоцитарной активности нейтрофилов, фенотипирование лимфоцитов для цитофлюориметрии на проточном цитометре Navios (Beckman Coulter, США), определение уровня иммуноглобулинов. Статистический метод Тьюки.

Результаты и обсуждения: пациенты были разделены на 3 группы. В 1-ую — с атипичным аутизмом (n=52) вошли дети после перенесенного аутистического регресса на 2-5 году жизни с остановкой или утратой речи, коммуникативных и игровых навыков (по шкале CARS от тяжелого до крайне тяжелого (37-60 баллов). Во 2-ую — с детским аутизмом (n=53) были отнесены пациенты с синдромом Каннера и инфантильным психозом с перенесенным регрессом в возрасте до 3-х лет (по шкале CARS — от умеренно выраженного до тяжелого (36-42 балла). Для сравнения была взята 3-ая группа, которая вклю-

чала детей с задержкой психического развития (ЗПР) (n=33). В проведенном исследовании иммунологических показателей у детей с РАС в сравнении с 3-ей группой ЗПР статистически значимыми различиями были *снижение абсолютного количества лимфоцитов*, *CD3+ Т-лимфоцитов*; *повышение абсолютного количества CD3+CD4+ Т-хелперов*, уровня *IgA* и *С3 компонента комплемента* ($p<0,05$). Несмотря на общие изменения иммунитета, внутри групп аутистических форм статистически значимых отличий не было выявлено. Однако намечались тенденции к различиям по следующим показателям: при атипичном аутизме зарегистрировано *повышение интенсивности фагоцитоза нейтрофилов* и *снижение абсолютного числа Т-цитотоксических* в сравнении с детским ($0,05<p\leq0,10$). Таким образом, выявленные отличия в показателях иммунитета на уровне тенденций у детей с разными формами РАС позволяет выдвинуть гипотезу, что при атипичном аутизме основным фактором развития данной формы является бактериальная инфекция, а при детском — вирусная. Для подтверждения (или опровержения) данной гипотезы необходимы дальнейшие исследования иммунной системы на большей выборке респондентов и с расширенным изучением иммунологических показателей: цитокинов, антител к основному белку миелина (ОБМ), нейротрофического фактора головного мозга, цилиарного нейротрофического фактора, IgE, антител к вирусам герпеса человека (1, 2, 3, 4, 5, 6 типов).

Заключение: таким образом, выдвинутая гипотеза о природе аутистических расстройств заставляет сформулировать алгоритм диагностики «иммунологической панели», которая должна включать анамнестические сведения о наличии аллергических реакций и аутоиммунных заболеваний, как в семье, так и у самого пациента, характере реакций на вакцинацию, инфекционные и другие агенты. Такой подход в детской психиатрии позволит расширить поиск иммунологических маркеров у детей с аутизмом, значительно повысить качество и доказательность клинической диагностики.

Психические нарушения у детей, пострадавших при крушении плавсредств в Республике Карелия

Захарова Н.М., Баева А.С.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Любая чрезвычайная ситуация служит этиологическим фактором развития психоэмоциональных нарушений и последующих психогенных расстройств у пострадавших. Наиболее уязвимыми для стрессовых расстройств являются дети, которые очень остро воспринимают ситуации на грани жизни и смерти. Сильный испуг, беспомощность перед внезапным, угрожающим жизни событием, которое превосходит его защитные возможности, нередко приводит к развитию серьезных психических нарушений.

18.06.2016 г. во время сплавления детского туристического отряда на Сямозере в Республике Карелия в результате внезапно начавшегося шторма произошло затопление плавсредств, в результате чего погибло 14 детей, 33 ребенка пострадали.

При оказании психолого-психиатрической помощи детям на этапе транспортировки из Петрозаводска в Москву, были выявлены состояния, которые характеризовалось симптоматикой, специфичной для острой реакции на стресс (F 43.0) различной степени выраженности. Однако, учитывая, что с момента спасения прошло более суток, и пострадавшим уже была оказана первая терапевтическая помощь, в клинической картине не было зафиксировано выраженных вегетативных расстройств, а преобладали специфические психологические реакции. Условно можно было выделить 2 группы. В первой — на общем депрессивном фоне отмечались признаки тревоги, раздражительности, достигающей в отдельных случаях уровня агрессивности. Для данной категории детей были характерны навязчивые воспоминания о пережитой трагедии и их активная вербализация в небольших группах. При этом они достаточно активно шли на контакт с сопровождающими, стараясь максимально поделиться своими переживаниями, снять напряжение. У другой части пострадавших выявлялись более выраженные депрессивные расстройства. Они неохотно шли на

контакт, выказывали чувство вины перед погибшими ребятами, за то, что не смогли им помочь, при этом демонстративно отказывались от приема пищи и намерено «ущемляли» себя в комфорте (отказывались от пледов и подушек, держали рюкзаки и сумки с вещами на коленях, тем самым создавая для себя максимальный дискомфорт, как бы наказывая себя). Однако, в целом, вся указанная симптоматика носила неустойчивый характер и быстро редуцировалась под воздействием психотерапевтической интервенции.

Был использован ряд психотерапевтических техник, которые помогали детям снять эмоциональное напряжение, давали возможность отреагировать случившееся и способствовали формированию у ребенка ощущения психологической безопасности.

В дальнейшем, на этапе передачи пострадавших их родственникам и опекунам, состояние большинства детей было оценено, как ситуативная реакция на перенесенный стресс и не вызывало опасения. Однако, во время комплексного психолого-психиатрического осмотра девочки 12 лет, была обнаружена острая симптоматика в виде депрессивной реакции с устойчивыми идеями самообвинения и суицидальными высказываниями. После коллегиального обсуждения специалистов и с согласия опекуна, было принято решение о госпитализации ребенка в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ с диагнозом: Острая реакция на стресс (F43.0), депрессивный синдром.

Опыт показал, что психические нарушения, возникшие у большинства детей в результате пережитой чрезвычайной ситуации развивались в рамках ситуационной реакции на стресс и не достигали выраженного клинического уровня, требующего лечения в специализированных медицинских учреждениях.

Когнитивный дизонтогенез при расстройствах аутистического и шизофренического спектра (структура, содержание, виды)

Зверева Н.В.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва;
Московский государственный
психолого-педагогический университет, г. Москва

Значительное увеличение частоты встречаемости аутистических расстройств (РАС) в последние 20 лет оказало влияние на исследования и взгляды клиницистов и психологов. Новый взгляд в 90-х гг. XX в. на нарушенное развитие при психической патологии (М. Раттер, Ю. Фриц, Х. Ремшмидт, В.М. Башина, Д.Н. Исаев, Н.В. Симашкова и др.) обеспечил выделение РАС в отдельную категорию, не всегда совпадающую с расстройствами шизофренического спектра. Психологи еще в 80-х гг. прошлого столетия показали своеобразие познавательного развития при шизофрении у детей (Т.К. Мелешко, С.М. Алейникова, Ю.Ф. Поляков, Н.П. Щербакова, Н.В. Захарова) — диссоциацию предметно-содержательного и операционного компонентов познавательной деятельности, нарушения ее избирательности, особый вид формирования.

С 2005 г. в отделе медицинской психологии НЦПЗ разрабатывается концепция когнитивного дизонтогенеза. Использован комплексный подход с учетом клинических, психологических и возрастных факторов нарушенного развития, сочетание качественного и количественного анализа. Психика растущего ребенка всегда пластична и постоянно изменяется согласно возрастным законам, изменению социальной ситуации развития и под воздействием болезни. Структура когнитивного дизонтогенеза — это соотношение вызванных болезнью дефицитов и дефектов функционирования познавательных психических процессов, модальностей их реализации на разных возрастных этапах. Сотрудниками отдела медицинской психологии проведены клинико-психологические исследования шизофрении у детей с наличием аутистических расстройств в клинической картине болезни (выделены три варианта когнитивного дизонтогенеза — искаженный, дефицитарный, регрессивно-дефектирующий), изучалась специфика изменений в по-

знавательной деятельности — стойких, динамических, типических для какого-либо варианта болезни\нарушения развития в широком возрастном диапазоне (7-17 лет); систематизированы особенности формирования когнитивного дефекта при шизофрении. Анализируется значение раннего онтогенеза и нарушений общения для возникновения дефицитарности и формирования дефекта при психической патологии. Интерес психиатров и клинических психологов к теме когнитивных нарушений (дефицитов, дефекта) инициировал разработку этой тематики в детском возрасте на стыке расстройств шизофренического и аутистического спектров. Поставлен вопрос об общих и специфических особенностях нарушенного развития (психического дизонтогенеза) при шизофрении и РАС у детей и подростков. Нормативная гетерохрония и патологическая асихронность проявляются в развитии когнитивной и эмоционально-личностной сферы субъекта. Когнитивное развитие детей и подростков при шизофрении преимущественно представлено вариантами когнитивного дизонтогенеза (искаженный, дефицитарный, регрессивно-дефектирующий), а в меньшей степени — вариантами нормального.

При разных вариантах РАС у детей представлены все виды когнитивного дизонтогенеза. На формирование дефекта вследствие болезни, его содержание, структуру оказывают влияние индивидуальные особенности формирования психики («слабые» и «сильные» стороны психической деятельности), которые имеют определенные совпадения при шизофрении и РАС. Познавательное развитие при эндогенной психической патологии и РАС сопоставлялись на примере профиля развития отдельных психических процессов (мышления, восприятия, памяти, внимания) и модальности их исполнения (зрительная, слуховая, тактильная). Показана связь возраста начала заболевания (инициальные проявления, время появления патологической симптоматики и т.п.) и видов когнитивного дизонтогенеза. Использованный методический инструментарий (и методологический подход) применимы для вариантов детской шизофрении и других видов отклоняющегося психического развития, прежде всего аутистического спектра.

Показатели врожденного и приобретенного иммунитета в оценке тяжести детской шизофрении

Зозуля С.А., Симашкова Н.В., Андросова Л.В., Отман И.Н., Клюшник Т.П.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва

Одним из перспективных направлений изучения патогенеза шизофрении является исследование нейро-иммунных взаимодействий. Выявление в крови больных шизофренией воспалительных медиаторов (врожденный иммунитет) и аутоантител к нейроантигенам (приобретенный иммунитет), взаимосвязанных с особенностями клинического состояния пациентов, помимо патогенетического и, вероятно, потенциального терапевтического аспекта, представляет значительный интерес в связи с тем, что их идентификация может не только улучшить надежность ранней диагностики, но также обеспечить лабораторный мониторинг развития заболевания и его прогноз.

Цель исследования: сопоставление ряда иммунологических показателей сыворотки крови с особенностями клинического состояния детей с шизофренией, а также оценка возможности использования этих иммунологических показателей для определения степени активности патологического процесса.

Материал и методы: было обследовано 62 пациента (39 мальчиков и 23 девочки) от 4 до 17 лет (средний возраст 10,9±3,2 года) с диагнозом «Шизофрения, детский тип» — F20.8xx3 по МКБ—10 (1994). Контрольная группа состояла из 44 детей (28 мальчиков и 16 девочек) соматически и психически здоровых, от 4 до 16 лет (средний возраст 10,0±2,8 года). Клиническое состояние больных оценивалось психопатологическим методом, а также психометрически с использованием шкал PANSS и CGI-S. Иммунологические показатели определяли в сыворотке крови, взятой из пальца. Активность воспалительных медиаторов лейкоцитарной эластазы (ЛЭ) и α1-протеиназного ингибитора (а1-ПИ) определяли спекторофотометрическим методом. Для определения уровня аутоантител (аАТ) к нейроантигенам S-100B и ОБМ использовали иммуноферментный анализ.

Результаты: в настоящей работе выявлена активация врождённого (по показателям активности ЛЭ и а1-ПИ) и приобретённого (по уровню аАТ к нейроантигенам S-100B и ОБМ) в сыворотке крови детей с шизофренией. Выявлена положительная корреляция между активностью ЛЭ и негативными симптомами по шкале PANSS (r=0,28, p=0,05) и между уровнем аАТ к S-100B и баллами по шкале CGI-S (r=0,29, p=0,02). Также выявлена отрицательная корреляция между функциональной активностью α1-ПИ и уровнем аАТ к S-100B (r=-0,30, p=0,04), а также положительная взаимосвязь между аАТ к S-100B и к ОБМ (r=0,47 p=0,0001).

При проведении корреляционного анализа выявлена достоверная положительная связь между комплексной оценкой уровня активации иммунной системы пациентов и тяжестью состояния пациентов по шкале CGI-S (r=0,64, p=0,000001), а также выраженностью психопатологической симптоматики по подшкале негативных симптомов шкалы PANSS (r=0.34, p=0.0077).

Выводы: таким образом, в крови больных шизофренией детского возраста выявлена активация как врожденного (по активности ЛЭ и α1-ПИ), так и приобретенного иммунитета (по уровню аАТ к нейроантигенам S-100B и ОБМ). Комплексная оценка состояния иммунитета, отражающая взаимосвязи между врожденным и приобретенным иммунитетом, тесно коррелирует с особенностями клинического состояния пациентов, оцененного по психометрическим шкалам. Выявленные взаимосвязи свидетельствуют о возможности использования этих иммунологических показателей в качестве дополнительного лабораторного метода обследования для объективизации клинического состояния детей с шизофренией.

«Материнское» как феномен и его вклад в основы психической жизни

Зуева Ж.В.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Психоаналитическая парадигма, которая основана на клиническом опыте и работе перенос — противоперенос в паре пациент — аналитик, в последние десятилетия пытается описать «материнское», как психический феномен, который базируется на материнстве, но описывает психические функции, которые должна выполнять мать в процессе ухода и воспитания ребенка для формирования основ его психической жизни.

В работе «Три очерка по теории сексуальности» (1905) описывая стадии психосексуального развития ребенка, З. Фрейд отметил связь между сексуальностью индивида и любовью в материнской заботе, указывая на то, что «мать не довольствуется тем, что кормит ребенка, но еще и тем, что провоцирует в нем приятные и неприятные физические ощущения», говоря о матери как *о первой соблазнительнице*. Уже в первых работах З. Фрейда была сформулирована метапсихологическая гипотеза о присутствии — отсутствии матери для запускания галлюцинаторной активности индивида.

Первые работы психоаналитиков о «материнском» появились в 50-ые годы прошлого века в связи с лечением пациентов, страдающих смятениями идентичности и нарциссизма. Важный вклад сделал Д. Винникотт (1953) введя понятия: «достаточно хорошая мать», переходного объекта и переходного пространства, связывая с материнской функцией способность матери принимать свои агрессивные чувства к ребенку и, одновременно, быть чувствительной к физическим и психическим потребностям и нуждам ребенка; мать, которая может создавать переходное пространство между собой и ребенком для формирования у него способности использовать объект и играть. У. Бион, работая со взрослыми пациентами, страдающими психозами, описал другую функцию материнского, которую он назвал «мечтание матери» — функция, которая необходима для формирования символической функции у пациента.

В 80-ые годы А. Грин описал феномен *«нормальное материнское безумие»,* связав со способностью матери к психической регрессии, когда чувствительность матери к самым незаметным сигналам ребенка приобретает для других *почти галлюцинаторный* характер. Одновременно, он же описал *«комплекс мертвой матери»*, последствия которого в психике мы можем обнаружить через отсутствие интереса, неудачи в профессиональной и любовной жизни взрослого. Важные дополнения сделал Р. Руссийон (1991) связав *качества* материнского с особенностями психического аппарата символизации субъекта. Ю. Кристева (2006, 2013), ввела понятие *«материнской страсти»*, подчеркивая важность связи материнского с женским и эротическим у женщины.

В современных психоаналитических взглядах разделяется мнение: «материнское» — это основа, на которой поддерживается субъективное ощущение существования, способность видеть сновидения и процесс мышления, при этом важно качество материнского присутствия и все эффекты для психики, связанные с ее отсутствием (концепция «цензуры любовницы» М. Фэйн, Д. Брауншвейг).

«Материнское», которое остается в психике индивида: как негативная галлюцинация материнского объекта, выступающая обрамлением первичного нарциссизма (А. Грин); как экран сновидения для проекций фантазий (Б. Левин); как поддержка инфантильного Я (Д. Винникотт); как содержащее для аффектов, смятений, фантазий (У. Бион), как кожа — Я (Д. Анзьё), но материнское может оставаться и как ужасное, которое может преследовать, захватывать и поглощать, поэтому отец (реальный и/или символический) с его функцией третьего необходим для поддержки материнского в выполнении базовых функций для основ психической жизни ребенка.

Родительское отношение к болезни ребенка (на примере расстройств аутистического спектра)

Иванов М.В.[1], Богачева О.И.[2]

[1]ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва;
[2]ГАОУ ВО «Московский городской педагогический университет», г. Москва

Наличие психической патологии у ребенка является тяжелым бременем для всей семьи, вызывает эмоциональное напряжение в семье, и в свою очередь, может деструктивно влиять на состояние ребенка. Роль родителей в стабилизации течения психического заболевания, во вторичной и третичной профилактике чрезвычайно велика.

Научный и практический интерес представляет исследование особенности родительского отношения к болезни ребенка, на примере расстройств аутистического спектра (РАС). Результаты данного исследования позволят внести вклад в разработку психолого-педагогических программ поддержки и сопровождения семей с детьми-аутистами. Данные программы должны быть направлены на повышение приверженности лечению, соблюдению рекомендаций лечащего врача и др.

Цель исследования: изучить особенности родительского отношения к болезни ребенка, страдающего психическим расстройством (РАС), в сравнении с родительским отношением к болезни ребенка с соматическим расстройством (сахарный диабет 1 типа).

Выборка исследования. Экспериментальная группа: 20 матерей детей, страдающих РАС (дети 3-9 лет), находящихся на амбулаторном лечении на клинической базе ФГБНУ НЦПЗ (кабинет раннего возраста Научно-практического центра им Г.Е. Сухаревой). Группа сравнения: 20 матерей детей с соматической патологией (сахарный диабет 1 типа (СД 1 типа), находящихся на лечении в ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии» Минздрава России.

Методики исследования: методика диагностики отношения к болезни ребенка (Каган В.Е. и соавт.); опросник механизмов психологической защиты «Индекс жизненного стиля» (в адаптации Романовой Е.С. и соавт.); анкета-интервью для родите-

лей по определению уровня осведомленности о болезни ребенка (Иванов М.В.); математические методы (описательная статистика, U-критерий различий).

Результаты исследования. Исследование показало, что родители детей, страдающих РАС более склонны к приуменьшению тяжести состояния ребенка, отрицанию (анозогнозии), по сравнению с родителями детей с СД 1 типа. Это можно объяснить тем, что лечение детей с данным соматическим заболеванием связанно с ежедневной необходимостью измерения уровня сахара в крови, введением инсулина, что непосредственно влияет на осознание родителями болезни ребенка. Родители детей с психической патологией зачастую не осознают болезненного характера изменений в поведении ребенка, и расценивают его в большей степени как избалованность, своенравность ребенка и т.п.

У родителей детей с РАС преобладают менее адаптивные психологические защиты: реактивное образование (90 баллов), отрицание (81 балл) и интеллектуализация (81 балл). Этим родителям более свойственна подмена восприятия реальной окружающей обстановки на диаметрально противоположный образ, что также подтверждается предыдущими данными об имеющейся у них анозогнозии. Состояние ребенка часто трактуется не верно, родители находятся в поиске рациональных объяснений, ищут причины, повлиявшие на возникновение изменений в поведении, не редки случаи объяснения состояния ребенка его особенностью, одаренностью, которую окружающие не способны оценить.

К настоящему периоду получены предварительные данные об особенностях родительского, материнского отношения к болезни ребенка, на примере РАС. Результаты исследования позволят разрабатывать индивидуальные программы психологической поддержки семей, что должно повысить эффективность лечебно-коррекционных мероприятий и снизить уровня стресса внутри семьи.

Скрининг риска рас у детей раннего возраста: современное положение и перспективы

Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва

Одним из основных приоритетов национальной политики в области психического здоровья детей и подростков выступает работа по снижению числа инвалидов вследствие психических заболеваний, путем предотвращения развития психических расстройств и нарушений развития у детей.

С целью организации системы раннего выявления психических расстройств и нарушений развития, Минздравом РФ (приказ № 1346н от 21 декабря 2012 г.) врачу-психиатру поручено и разрешено курировать психическое здоровье детей на предмет раннего выявления у них психических расстройств и оказания психопрофилактической помощи начиная с 1 года жизни ребенка.

С 2015 г. Минздравом РФ проводится пилотный проект в трех крупных федеральных округах России (УФО, ЮФО, СФО) — эпидемиологический безвыборочный сплошной скрининг детской популяции раннего возраста в поликлинических условиях, направленный на выявление большого диапазона психических нарушений от легких пограничных (состояния риска) до тяжелых, с акцентом на выявление расстройств аутистического спектра (РАС). Скрининг проводится посредством анкетирования родителей (анкета для родителей, скрининг риска РАС, авторы: Симашкова Н.В., Иванов М.В., Козловская Г.В., 2013, 2014). На настоящий момент проведена работа по выявлению детей группы риска возникновения РАС (детей с ранними нарушениями психического (психологического) развития). За период 2015 года проанкетировано 34770 родителей детей в возрасте 16-24 месяцев жизни. Из этого числа группу риска возможного возникновения РАС составило 4102 ребенка или 11,8% (118:1000). Родителям, чьи дети попали в группу риска возможного развития РАС, было рекомендовано обратиться за консультацией к врачу-психиатру. Дальнейшая консультация у специалиста осуществлялась на добровольной основе в соответствии с российским законодательством.

Из числа детей группы риска по РАС, проконсультированных врачом-психиатром в федеральных округах (2774 случаев), 0,4 случаев на 1 тыс. детского населения имеют выраженные клинические нарушения, квалифицируемые по диагностическим критериям МКБ-10 (F84.0; F84.1; F84.8; F83). Стоит отметить, что данный показатель распространенности РАС (0,4:1000) не позволяет в полной мере экстраполировать средний уровень пораженности на общую популяцию детей данного возрастного периода. Необходимо учесть отечественный и зарубежный опыт детских психиатров, которые отмечают рост количества случаев РАС с увеличением возраста детей. Соответственно Минздравом РФ предполагается включить в исследование детей в возрасте 16-36 месяцев жизни, путем анкетирования их родителей.

Несмотря на то, что дети из общей популяции, попавших в группу риска, имеют мягкие предиспозиции аутистических расстройств, они нуждаются в проведении комплексных мероприятий специализированной психопрофилактической помощи, по предотвращению перехода предболезни в болезнь.

Выводы: проведение скрининга детей раннего возраста общей популяции является перспективным направлением. В настоящее время ведутся подготовительные работы по запуску скрининга не фокусированного только на проблеме РАС. Данная инициатива позволяет выявлять начальные проявления психической патологии, что создает возможность уже на ранних этапах определять детей группы риска и разрабатывать оптимальные алгоритмы мероприятий психопрофилактической помощи. Недостаточное число подготовленных специалистов в области психического здоровья детей раннего возраста затрудняет выявление нарушений психического развития в раннем возрасте.

Клинические проявления психопатоподобного поведения у детей с умственной отсталостью

Иванова Т.И., Гранкина И.В.

БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодникова», г. Омск;
ГБУО ВПО «Омский государственный университет», г. Омск

Материал исследования: Для оценки влияния психического расстройства на проявления отклоняющегося поведения у детей было проведено изучение невыборочной группы больных включающей все случаи госпитализации в детское стационарное отделение БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» — в течение трех лет. Все дети, проходили первичное клиническое обследование (n — 1276), предметом которого являлось выявление пациентов с ведущим психопатологическим синдромом, определяемым выраженным нарушением поведения. Таким образом, объектом исследования послужили 130 детей (105 мальчиков (80,7%) и 25 девочек (19,3%)) с симптомами отклоняющегося поведения. Изучая нозологическую принадлежность основного психического расстройства установлено, что чаще девиантные формы нарушенного поведения отмечались среди детей с умственной отсталостью (F 70, F 71) (43,1%; n — 56), практически равнозначно нарушенное поведение отмечалось как у детей с органическими расстройствами (F 06.6 — 30,0%; n — 39), так и у детей с психическими расстройствами шизофренического спектра (F 20.8, F 21.8 — 26,9%; n — 35).

Результаты: Рассматривая особенности отклоняющегося поведения у детей с умственной отсталостью, были изучены 56 клинических случаев (43,1% всей исследуемой группы) детей проходивших лечение в психиатрическом стационаре. Нозологическая принадлежность основного заболевания определилась как: умственная отсталость легкой степени (F 70.0) — 91,1% (n-51), умственная отсталость умеренной степени тяжести (F 71.0) — 8,9% (n—5). Средний возраст детей на момент исследования составил 9,75+1,59 лет. На момент обследования 14,3% детей (n—8) данной группы состояли на учете в инспекции по делам несовершеннолетних в связи с регулярным совершением противоправных деяний (кражи, хулиганство, участие в коллективных актах насилия над взрослыми и детьми и инди-

видуальная агрессия по направлению к сверстникам). Эпизодически курили либо пробовали курить 24 (42,8%) ребенок, среди которых 7 детей (12,5%) курили систематически. Алкоголь к моменту обследования пробовали, либо употребляли редко 43 ребенка (76,8%), систематически употребляли и имели симптом зависимости 3,6% детей (n—2). Клиника отклоняющихся форм поведения определялась раздражительностью, неустойчивостью настроения, грубыми шалостями, наклонностью к примитивным двигательным реакциям на фоне низкой психической активности. Эмоциональные реакции отличались поверхностностью. В предпубертатном возрасте отмечались грубость, раздражительность, колебания настроения становились более выраженными, кроме этого имело место повышение сексуальных влечений, наклонность к агрессивно-насильственным способам разрешения конфликтов, высокая частота рискованного поведения, стремление к быстрому получению простых удовольствий без волевого напряжения, неумение предвидеть последствия своих поступков. У 3,6% (n—2) детей выявлены нарушения поведения сексуального провоцирующего характера.

Проективное пространство диалога ребенка и психотерапевта

Ивашев С.П., Ерофеева В.В.

ГКУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница», г. Волгоград

Территория доверия, складывающаяся в ходе общения психотерапевта с детьми и подростками, предполагает общее пространство, выражаясь метафорически, некоторую «песочницу», в пределах которой среда максимально оптимизирована по параметру свободы. В этих условиях ребенок, с одной стороны, репрезентирует себя как автор собственных деяний, а, с другой, как герой, — чувствует себя принятым vis-a-vis, в свою очередь совершающим акт уважения. Важно отметить безоценочный статус подобного рода взаимодействия, приобретающим облик взаимосодействия, партнерства. Ключевым качеством диалога становится восхождение участников из категории «действие» в категорию «бытие» (ср. «как хорошо, что ты сделал» и «как хорошо, что ты есть»). Здесь важно подчеркнуть роль категории бытия в качестве фактора сберегающего и формирующего как общее равноправное информационное пространство сосуществования, так и психологические границы субъектов диады.

Проективная методика представляет собой арену диалога партнеров объединенных общей целью — прояснить актуальный запрос и перевести его в формат проблема-решающей процедуры. Сложившаяся рутинная практика применения модифицированного теста Урсулы Аве-Лаллемант (2002) «Звезды и Волны» (ТЗВ) представляет собой опыт, который, как оказалось, обладает конструктивным потенциалом. В соответствии с замыслом автора испытуемым предлагалось задание: «Нарисуйте звездное небо над волнами моря». Воплощенные в графике проекции ТЗВ отражают архетипические аспекты индивидуальности, базовые приоритеты саморегуляции, коллизии, особенности развития, частные проблемные области. Обогащение рисуночной процедуры нарративной, вербальной составляющей позволило значительно повысить разрешающие свойства теста в плане прояснения как рациональной, логической, так и сферы эмоционального интеллекта, лекситими-

ческой компетентности ребенка. Согласно предпринятому дизайну, пациент средствами воображения 1) давал «название» книги, в которой в качестве иллюстрации помешен его рисунок, 2) «цитировал» небольшой фрагмент текста из этой книги, 3) озвучивал «разговор» ожившего предметного мира — героев, изображенных на картинке и, в конце концов, 4) давал последнюю реплику от первого лица. Предложенная процедура средствами наглядной, предметной обратной связи обеспечивала «общий язык» взрослого и ребенка, создавая тем самым конгруэнтную, эквивалентную констелляцию субъектов. Графика и «лексический минимум» ребенка, репрезентируемый в вербальной части процедуры позволяют создать «экологическую чистоту», проясняющую предмет информационного пространства общения, ресурс артифициальных новообразований. В частности, это касается диссоциации когнитивной и аффективной компонент графики: когнитивная сфера неба может быть представлена звездами, исполненными эмоционально легким, приближающимся к маятниковому штриху, а представительницы аффективной сферы, волны, напротив, выполнены одиночным, рационально контролируемым штрихом, что делает их более похожими на твердь. Ученица, рисующая корявые, исполненные грубым штрихом звезды и легким маятниковым штрихом — волны, испытывает затруднения с выполнением элементарных школьных заданий, но превосходно ведет себя в диалоге, тонко чувствует контекст беседы, задает тон разговору. Месяц в правой части рисунка, в ту же сторону направленными «рогами» может быть метафорически осмыслен и как опрометчивые «ничтоже сумняшеся», «сжечь свои корабли». Богатую почву дает сопоставление рисуночной и словесной компонент: от простого синергично-эстетического комментария графического образа, до их облической, антагонистической, ортогональной дискордантности, удаленной ассоциации (например, сенсибилизированная тема «моя семья»).

Влияние показателей качества жизни на агрессивность в молодёжной среде

Ивашиненко Д.М., Бурделова Е.В.

ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», г. Тула

Подходы к научному исследованию агрессии различаются в зависимости от целей и задач, которые ставят перед собой специалисты различных областей знаний. На данный момент психиатры и психологи, которые разрабатывают данную проблему, имеют разные взгляды (иногда совершенно противоположные) при оценке данного феномена. Это может быть обусловлено полиморфностью проявлений, неоднозначностью последствий для личности и её окружения агрессивного поведения. Таким образом, ситуация, которая сложилась в научном мире, обуславливает существование различных дефиниций терминов «агрессия», «агрессивность», «агрессивное поведение».

Существенный вклад в развитие этого явления вносит междисциплинарный характер, рассматриваемого феномена. Его исследуют в психиатрии, психологии, социологии, философии, юриспруденции и т.д. При этом представители одной научной дисциплины, в свою очередь, также могут давать различные определения понятию агрессии в зависимости от принадлежности к той или иной научной школе. Особенно ярко это проявляется в психологии. Например, выявлены существенные различия в подходах к изучению агрессии таких деятелей науки как А. Бандура, А. Бассе, С.Л. Колосова, Т.Г. Румянцева, С. Фешбах и других.

Цель исследования: выявление качества жизни на уровень агрессии в студенческой среде.

Материалы и методы исследования: SF 36, опросник Спилбергера по оценке агрессии, тест Басса-Дарки в модификации Г.В. Резапкиной.

Респондентами исследования являются студенты первого курса Тульского государственного университета, в возрасте от 17 до 21 года. Исследование прошли 721 юношей и девушек.

Результаты исследования: было выявлено, что для юношей характерен более высокий уровень физической агрессии ($t=2,18\pm0,08$, $p<0,001$), чем для девушек ($t=1,1\pm0,06$, $p<0,001$). Для девушек более характерна косвенная агрессия (юноши

t=1,54±0,08, девушки t=1,85±0,07, p<0,01), раздражительность (юноши t=2,32±0,08, девушки t=2,82±0,07, p<0,001) и обидчивость (юноши t=1,73±0,06, девушки t=2,04±0,06, p<0,001).

Агрессия как состояние (юноши t=12,53±0,25, девушки t=11,47±0,14, p<0,001) и агрессия как темперамент чаще встречается у юношей, нежели у девушек (юноши t=4,84±0,12, девушки t=1,1±4,37, p<0,01). А агрессия как черты характера более характерна для девушек (юноши t=15,57±0,3, девушки t=20,19±0,28, p<0,001). При этом уровень контроля агрессии в большей степени развит у юношей (юноши t=20,54±0,26, девушки t=19,86±0,21, p<0,05).

Физический компонент складывается из таких показателей как физическое и ролевое функционирование, интенсивность боли и общее состояние здоровья. При снижении данного компонента повышается физическая (r=-0,101, p<0,001), косвенная агрессия (r=-0,145, p<0,001), раздражение (r=-0,111, p<0,001), обидчивость (r=-0,183, p<0,001), подозрительность (r=-0,156, p<0,01), агрессия как состояние (r=-0,204, p<0,001), как черта характера (r=-0,178, p<0,001), как темперамент (r=-0,143, p<0,001), ауто- (r=-0,136, p<0,001) и гетероагрессия (r=-0,140, p<0,001). А также снижается уровень контроля агрессии (r=0,091, p<0,01).

Психологический компонент складывается из психического здоровья, эмоционального и социального функционирования и жизненной активности. При снижении данного компонента повышается косвенная агрессия (r=-0,226, p<0,001), раздражение (r=-0,294, p<0,001), негативизм (r=-0,116, p<0,001), обидчивость (r=-0,255, p<0,001), подозрительность (r=-0,248, p<0,01), словесная агрессия (r=-0,089, p<0,001), агрессия как состояние (r=-0,226, p<0,001), как черта характера (r=-0,301, p<0,001), как темперамент (r=-0,314, p<0,001), ауто- (r=-0,372, p<0,001) и гетероагрессия (r=-0,198, p<0,001). А также снижается уровень контроля агрессии (r=0,129, p<0,01).

Таким образом, снижение качества жизни повышает агрессивность.

Профилактика агрессивного и аддиктивного поведения в ВУЗе

Ивашиненко Д.М.

ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», г. Тула

В настоящее время в мировом научном сообществе активно исследуется проблема подросткового и юношеского насилия. Данное явление опосредовано насущной потребностью многих стран — обезопасить образовательную среду. В ЕС проведены многочисленные программы и осуществлены различные проекты, которые были направлены на исследование и профилактику агрессивного поведения у школьников. В проекте Violence in Schools (1998—2000) была проведена серия пилотных исследований и психо-социальных тренингов, а также обмен информацией и практиками интервенции. В дальнейшем был профинансирован проект Connect, в котором участвовало 15 стран-членов ЕС, а также Исландия и Норвегия. Благодаря этим проектам было определено, что хотя некоторые страны (Бельгия, Великобритания, Германия, Ирландия, Финляндия, Франция, Швеция) разработали и внедрили правовую систему, направленную на проведение профилактических мероприятий по предотвращению насилия в образовательной среде, но, прогностически, предпринятые меры не способны быть продуктивными без объединения с другими программами. Целевые программы проводятся в таких странах, как Австрия, Германия, Испания, Португалия, Финляндия, Швеция.

Как одну из Европейских программ по борьбе с формированием агрессивного поведения в подростковой среде хотелось бы отметить проект «Ответ на Насилие в Повседневной жизни» (2002-2004 гг.), и программу Совета Европы «Дети и насилие», которая направлена на разработку и внедрение в образовательную среду мер профилактических мер. Эти проекты вошли в трехгодичную программу Building a Europe for and with Children. Хотелось бы подчеркнуть, что в дальнейшем эти программы были доработаны и продлены.

В Тульском государственном университете ежегодно реализуются мониторинговые и профилактические программы агрессивного и аддиктивного поведения. В 2016 году были полу-

чены следующие результаты: 15,2% — студентов, живут в семьях, в которых хотя бы один из её членов является зависимым (из них: 17,4% — алкогольная зависимость; 71,9% — табакокурение; 0,04% — наркотическая зависимость; 10,7% — другие виды зависимости (интернет-зависимость, гэмблинг, от сосудосуживающих капель, от телевидения и т.д.); 15,7% — студентов признались в том, что они курят (из них: 70% — курят меньше 1 пачки в день; 15,9% — пачку сигарет в день; 3,5% — больше пачки в день; 10,6% — только при употреблении алкоголя); употребляют пиво: 0,1% — 1-2 раза в неделю; 29% — употребляют 1-2 раза в месяц; 62,7% — не употребляют; 9,2% — реже 1 раза в месяц. Было выявлено, что 13% — имеют знакомых употребляющих наркотики; 5% — знают, где можно купить наркотик; 8,9% — знают, где купить Спайс; 23,8% — не считают, что в состав Спайсов входят наркотические вещества.

Распространённость различных видов агрессии: 10,1% — студентов имеют высокий уровень физической агрессии; 11,4% — косвенной; 30,5% — высокий уровень раздражения; 24,4% — высокий уровень негативизма; 9,1% — обидчивости; 13,9% — подозрительности; 30% — высокий уровень вербальной агрессии.

Для юношей более характерно проявление физической агрессии. У девушек же большей степени выражена косвенная агрессия, раздражение и обидчивость.

Обидчивость в большей степени проявляется у студентов, живущих в отдельных квартирах и в общежитии, а подозрительность — у студентов, живущих в общежитии и на съёмной квартире. Наименее обидчивы и подозрительны студенты, проживающие дома с родителями. Чем выше студент оценивает свою успеваемость, тем в меньшей степени у него проявляется склонность к физической агрессии.

Студенты, имеющие никотиновую зависимость более раздражительны и склонны к вербальной агрессии. У тех из них, у кого нет желания бросить курить, в большей степени выражен негативизм.

Уровень негативизма пропорционален частоте употребления, такого алкогольного напитка как пиво. В наибольшей степени подозрительность выражена у студентов ответивших, что употребляют алкогольные напитки (кроме пива) 1 раз в месяц.

Студенты, которые нейтрально относятся к лицам, употребляющим алкогольные напитки, имеют более выраженный негативизм, чем студенты, имеющие негативное отношение.

Студенты, которые указывали в анкете, что хотя бы раз пробовали наркотическое вещество, в 1,5 раза более обидчивы, чем остальные респонденты.

Сенсорная интеграция как метод работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья

Игнатова А.Б.

Центр социального развития и обучения «Мир ощущений», г. Москва

Дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) — это категория лиц с физическими и (или) психическими недостатками, нуждающаяся в обеспечении особых образовательных условий, социальной поддержке и медицинской реабилитации.

В настоящее время количество лиц, в том числе детей, с ОВЗ резко возросло: если в 2014 году количество лиц с ОВЗ до 18 лет составляло 582 тыс. чел, то к 2016 году оно достигло 613 тыс. чел. (Положение инвалидов: Федеральная служба государственной статистики от 08.06.2016 г.). Численность детей-инвалидов в дошкольных образовательных организациях РФ в 2012 году равнялась 42029 чел., в 2013 году — 46456 чел. При этом у многих детей с ОВЗ наблюдаются нарушения процесса сенсорной интеграции.

Под сенсорной интеграцией понимают неврологический процесс, в ходе которого пространственные и временные аспекты входящих стимулов от разных сенсорных модальностей, как от тела, так и от окружающей среды, интерпретируются, сопоставляются и объединяются, что позволяет эффективно функционировать организму в окружающей среде.

В большинстве случаев интеграция происходит автоматически, без видимых усилий, но если у человека имеются трудности восприятия, недочувствительность или сверхчувствительность в какой либо из сенсорных систем, что часто встречается у лиц с ОВЗ, информация об окружающем искажается и, как следствие, невозможен адекватный ответ.

Нарушения процесса сенсорной интеграции проявляются в следующих трудностях:

– поддержания уровня активации и внимания;

– формирования когнитивных и моторных навыков, праксиса;

– эмоциональной регуляции;

– социальной коммуникации и взаимодействия;

– организации поведения во времени и пространстве.

Основная цель занятий по сенсорной интеграции — достижение баланса между базовыми сенсорными системами. На этой основе в дальнейшем возможно развитие перцептивных, моторных, познавательных процессов ребенка.

Аддиктивная идентичность подростков с формирующейся зависимостью от синтетических каннабиноидов

Игумнов С.А., Лобачева А.С., Козырева А.В., Жердева М.А.

Научно-исследовательский институт наркологии — филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Проведено исследование социально-психологических особенностей подростков, систематически потребляющих синтетические каннабиноиды (СК).

Материал и методы: обследованы 100 подростков обоего пола, в возрасте от 15 до 17 лет. Критерием формирования групп выступило наличие/отсутствие аддиктивного поведения в виде систематического потребления СК. Представители основной группы (50 чел., из них 29 юношей и 21 девушка) характеризовались систематическим потреблением СК. Контрольную группу составили подростки (50 чел, 26 юношей и 24 девушки) с нормативным поведением, не имеющие аддикций и девиантного поведения. Применены следующие психодиагностические методики: методика диагностики аддиктивной идентичности; шкала поиска ощущений (по М. Цукерман); Калифорнийский психологический опросник (в адаптации Н.В. Тарабриной и Н.А. Графининой. Проведено также социально-психологическое анкетирование, которое проводилось отдельно с каждым пациентом на основе принципа информированного согласия на участие в исследовании, а также анализ их социально-педагогических характеристик (согласно которым 75% испытуемых основной группы состояли на внутришкольном учете; 38% состояли на учете в комиссии по делам несовершеннолетних; 26% привлекались к административной ответственности).

Результаты: между показателем аддиктивной идентичности подростков основной группы и подростков контрольной группы отмечаются статистические различия высокого уровня значимости ($t=3,16$; $p<0,01$). Полученные данные свидетель-

ствуют о том, что подростки основной группы отличаются значительно большей склонностью к уходу от реальности с помощью химического аддиктивного агента, и стойкой, сильной эмоциональной фиксации на воздействии, изменившем дискомфортное психическое состояние. Выявлены статистические различия высокого уровня значимости ($t=3,92$; $p<0,001$) между показателем потребности в ощущениях подростков, характеризующихся систематическим потреблением СК, и подростков с нормативным поведением.

Выводы: высокий уровень аддиктивной идентичности взаимосвязан с неорганизованностью, трудностями в следовании долгосрочным целям, что может свидетельствовать о нарушениях формирования исполнительных психических функций (планирования и принятия решения), приводящих к школьной дезадаптации. Аддиктивная идентичность подростков коррелирует с высоким уровнем тревожности, сниженным настроением, низкой самоидентификацией, враждебностью, отсутствием доверия в межличностных отношениях.

Педагогическая деятельность в структуре лечебного учреждения, оказывающего психиатрическую помощь детям

Исупова Н.В.

Центр психического здоровья детей и подростков, г. Волгоград

Педагогический коллектив ГКУЗ «ВОДКПБ» обеспечивает коррекционно-развивающее воздействие на пациентов в рамках оказания психиатрической помощи. Коллектив воспитателей, учитывая рекомендации врачей, психологов, логопедов, подбирает комплексы игр и упражнений, способствующих коррекции ведущих нарушений у детей. Используя знания в области психических расстройств в детско-подростковом возрасте, воспитатели подбирают в индивидуальном порядке различный рекомендованный авторитетной педагогической литературой материал для мероприятий, проводимых с детьми.

В работе с пациентами воспитатели используют рисование, игры и упражнения, связанные с двигательной активностью. Для детей младшего возраста предлагается чтение сказок, совместный просмотр мультфильмов с последующим обсуждением сюжета. Также большим интересом у детей пользуются музыкальные упражнения, пластилинография, которые регулярно проводятся воспитателями с пациентами стационарных отделений. Педагогами разработан широкий спектр занятий с использованием средств ИЗО, музыки, сказкотерапии, телесно-ориентированных методик для преодоления сенсорного и эмоционального дискомфорта, коррекции негативного влияния микросреды, получения позитивного эмоционального опыта, социализации через игру.

Регулярно проводится подготовка к детским утренникам, посвященным таким праздникам, как Новый год, 8 Марта, День защиты детей и мн. др., с разучиванием с детьми стихов, песен, танцев. Такие мероприятия проводятся как для маленьких пациентов, так и для их родителей или законных представителей.

Необходимость воспитательного компонента в деятельности Центра психического здоровья продиктована потребностью в коррекции деструктивных и дефицитарных форм психопатологических расстройств у детей.

Программы медико-психолого-воспитательного коррекционного воздействия разрабатываются индивидуально бригадой специалистов (психиатр, психолог, логопед-логопатолог, воспитатель, психотерапевт) с учетом возраста ребенка (от 3-х до 18-ти лет), онтогенетических особенностей и характера психопатологических расстройств.

Таким образом, деятельность воспитателей учреждения относится к коррекционной лечебно-педагогической и психолого-педагогической, использующей приемы педагогического воздействия на психические процессы ребенка с лечебной целью.

Анализ кадрового потенциала врачей-психиатров для детей и подростков

Казаковцев Б.А., Сидорюк О.В.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

В 2015 году в Российской Федерации число *штатных должностей врачей-психиатров для детей* уменьшилось по сравнению с 2014 годом на 1% и составило 2427,50. Число *занятых должностей* снизилось на 2,2% и равнялось 2157,75. Укомплектованность — 88,1%, что ниже соответствующего показателя у врачей-психиатров для взрослых (90,5%). В подразделениях, оказывающих помощь в стационарных условиях, показатель укомплектованности детскими психиатрами составил 82,1%, в амбулаторных — 89,8%.

Показатель обеспеченности населения детскими психиатрами снизился на 2,5% и составил 0,88 на 10 тысяч человек 0-14 лет включительно или 0,75 на 10 тысяч человек 0-17 лет включительно.

Психиатрическую помощь детям оказывали 1368 врачей *(физических лиц)*. Коэффициент совместительства составил 1,56. 98,4% врачей имеют сертификат специалиста (против 98,8% врачей-психиатров для взрослых). 58,4% имеют квалификационную категорию (против 53,1% врачей-психиатров для взрослых). У большей части (62,7%) высшая категория, 29,2% имеют первую категорию, лишь 8,1% — вторую.

44,5% от общего числа штатных должностей врачей-психиатров для детей приходится на долю *участковых детских психиатров*. Из 1080,25 должностей по штату у них занято 1011,00 (укомплектованность — 93,6%). На этих должностях работу проводят 743 врача (коэффициент совместительства составляет 1,36), из них 94,6% имеют сертификат специалиста, 55,6% — квалификационную категорию, из них 59,8% — высшую, 35,6% — первую, 4,6% — вторую.

Врачей-психиатров для подростков в 2015 году на местном уровне не было в 14 субъектах РФ. В 9 субъектах страны они не указаны даже по штату. Из 260 *штатных должностей* было *занято* 223,25 *должностей* (0,56 на 10 тысяч человек населения

15-17 лет включительно). Укомплектованность составила 85,9%. Следует отметить, что подразделения, оказывающие помощь в стационарных условиях укомплектованы подростковыми психиатрами полностью, а в амбулаторных — только на 84,1%. Физических лиц на этих занятых должностях было всего 120, поэтому коэффициент совместительства составил 1,86, что выше, чем у психиатров для детей (1,56) и для взрослых (1,45). Все 100% подростковых врачей имеют сертификат специалиста, 58,3% имеют квалификационную категорию, из них 61,4% — высшую, 30,0% — первую, 8,6% — вторую).

Доля *участковых* врачей-психиатров для подростков составила 63,5%. Из 165 *штатных* должностей ими *занято* 142,75 (укомплектованность — 86,5%). Высоким оказался коэффициент совместительства — 2,04, т.к. физических лиц всего 70. Все специалисты имеют сертификат, 62,9% квалификационную категорию.

Выводы для принятия необходимых управленческих решений:

1. при формировании штатных должностей необходимо учитывать прогноз численности населения (в 2015 году по сравнению с 2014 годом число детей в возрасте 0-14 лет увеличилось на 2,7%, а штатных должностей стало меньше на 1%);

2. необходимо обратить внимание на недоукомплектованность врачей—психиатров для детей и подростков, высокий коэффициент совместительства врачей-психиатров для подростков;

3. необходимо прекратить отток медицинских кадров в непрофильные учреждения;

4. обратить внимание на вопросы специализации и подготовки (переподготовки) медицинских работников (5,4% участковых психиатров для подростков не имеют сертификата специалиста).

Устранение отмеченных недостатков позволит повлиять на развитие детской и подростковой психиатрии на региональном уровне, что будет прямо коррелировать с повышением качества оказываемой помощи детскому и подростковому населению.

Профилактика психических расстройств. акушерство и гинекология

Казаковцев Б.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

За период с 1990 по 2015 гг. в масштабе страны эпидемиологическому анализу подвергнуты показатели первичной заболеваемости психическими расстройствами и первичной инвалидности вследствие психических расстройств в их сопоставлении с показателями патологии беременности и родов. На материале 25-летнего наблюдения установлена хронологическая связь между динамикой указанных показателей.

По полученным данным, скорость реагирования показателей первичной заболеваемости и первичной инвалидности при психических расстройствах на начало и продолжение процессов динамики показателей, характеризующих нормальное или патологическое течение беременности и родов, может измеряться 15-летним, либо 5-летним периодами. Кроме того, скорость реагирования может очень быстрой (процессы с самого начала протекают синхронно), либо реагирование может отсутствовать вообще.

К процессам первого рода относится неуклонное снижение показателя первичной заболеваемости психическими расстройствами н показателя первичной инвалидности вследствие психических расстройств, начинающееся спустя 15 лет после начала процесса снижения показателя «преждевременные роды».

К процессам второго рода относится неуклонное снижение показателей первичной заболеваемости психическими расстройствами н первичной инвалидности вследствие психических расстройств, начинающееся спустя 5 лет после начала процесса роста показателя «роды в срок» и спустя 5 лет после начала процесса снижения заболеваемости беременных анемией, заболеваемости поздним токсикозом, а также показателей «нарушения родовой деятельности», «число случаев заболеваний системы кровообращения, анемией, осложняющих роды».

К процессам третьего рода относится неуклонное снижение показателя первичной заболеваемости психическими расстройствами н показателя первичной инвалидности вследствие психических расстройств, начинающееся в стране одновременно с прекращением роста показателя диагностики заболеваний мочеполовой системы у беременных и показателя «число случаев выявления позднего токсикоза, осложняющих роды».

К процессам четвертого рода относится неуклонное снижение показателя первичной заболеваемости психическими расстройствами н показателя первичной инвалидности вследствие психических расстройств, несмотря на увеличение в период с 1995 по 2014 гг. доли женщин из числа закончивших беременность, страдающих сахарным диабетом. Возможно, это обусловлено невысоким уровнем заболеваемости беременных данной патологией.

Результаты исследования подтверждают гипотезу о существовании причинной связи между состоянием здоровья беременных и рожениц, состоянием психического здоровья их потомства и состоянием психического здоровью населения в целом.

Полученные данные могут быть использованы в качестве исходных для проведения углубленных сравнительных исследований профилактического влияния на показатели психического здоровья в стране факторов, связанных с качеством организации акушерско-гинекологической помощи. Началом подобного рода исследований может служить изучение эффективности внедрения в регионах страны Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), утвержденного приказом Минздрава России от 01.11.2012 № 572н с последующими изменениями.

Медико-социальные проблемы психического здоровья детей с сенсорными нарушениями и психическими расстройствами

Карауш И.С.

НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ, г. Томск

В Российской Федерации стабильно сохраняются показатели детской инвалидности как по собственно психической патологии, так и по болезням нервной системы, врожденным и приобретенным аномалиям развития, что определяет необходимость разработки и своевременного обновления как общей лечебно-реабилитационной стратегии в отношении таких детей, так и дифференцированных оздоравливающих, развивающих и социализирующих программ.

С *целью* характеристики психического здоровья и определения модели формирования психических расстройств у детей с сенсорными нарушениями было проведено комплексное клинико-психологическое исследование детей с нарушениями зрения и слуха. Методом сплошной выборки обследовано 368 учащихся 7-18 лет специальных (коррекционных) школ-интернатов (средний возраст 12,49±0,17); из них — 186 детей с дефектами слуха (100% имеют статус инвалида) и — 182 учащихся с дефектами зрения (45% имеют статус инвалида). *Методы исследования:* клинический; психологический, статистический. *Результаты.* Выявлена высокая (79,1%) распространённость непсихотических психических расстройств, клиническая структура и динамика которых имеет тесную связь с основным дефектом, определяясь его влиянием на когнитивное, речевое развитие и эмоционально-волевую сферу. Среди слабослышащих и глухих детей значимо чаще ($p=0,00001$) встречались смешанные специфические расстройства развития (64%), умственная отсталость (21%) и расстройства развития речи — 94%. У детей с нарушением зрения чаще отмечались органические расстройства (19%, $p=0,001$), гиперкинетические расстройства (13%, $p=0,0001$). В сравнении с группой детей с сенсорными нарушениями без психических расстройств, органические расстройства, специфические расстройства психического развития, умственная отсталость статистически чаще ($p<0,001$, $p<0,01$

и $p<0,01$ соответственно) отмечались у детей с перинатальной энцефалопатией. У 19,4% подростков выявлен средний уровень суицидального риска и у 6,9% — высокий. Среди учащихся без психических расстройств 57% представляют собой группу риска психической дезадаптации.

Общая тенденция клинической динамики психических расстройств у детей с нарушениями слуха включает формирование сочетанной психической патологии (38,2%), алекситимических черт (42,3%), дис/анозогнозического типа внутренней картины болезни (51%), рентных установок, прогрессирование недостаточности абстрактного мышления, при низком уровне тревоги и депрессии. Общая тенденция клинической динамики психических расстройств у детей с нарушениями зрения характеризуется повышением уровня тревоги (34%), развитием страхов (32,4%), фрустрирующих переживаний по поводу наличия зрительного дефекта (37,9%). С учетом выявленных особенностей на региональном уровне разработаны и внедрены реабилитационные программы психосоциальной направленности, включающие психотерапевтические, психопрофилактические, психогигиенические, психокоррекционные мероприятия и психофармакотерапию, при психосоциальной направленности и участии семьи и ресурсов образовательной среды. Перспективой дальнейшего развития темы является применение разработанных подходов и принципов в процессе сопровождения учащихся с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования.

Психоаналитические взгляды на этиопатогенез предвестников психотических состояний у подростков

Качалов П.В.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

«Шизофрения — склонный к хроническому течению психоз, состоящий в закупорке и отрицании всех вопросов связанных с родством, происхождением и отношениями между больным его ближайшими предками» (Paul-Claude Racamier, 1992).

Большинство современных психоаналитических авторов согласны в том, что предпсихотическая психопатология задолго до манифестации психоза заметна в трудностях понимания ребенком или подростком всех аспектов филиации и в трудностях интеграции представлений о своих ближайших предках (чаще и более всего — об отце и предках по отцовской линии).

Обычная проблематика матерей психотиков (Piera Aulagnier, 1979) состоит в ее собственной сильнейшей фиксации на собственной матери и на ужасе, внушаемом ей вероятность вступления ребенка в Эдипову фазу развития, когда ребенок может и должен полюбить кого-то еще кроме собственной матери. Такая мать не желает видеть в своем ребенке ничего, кроме собственного клона, которого она произвела на свет без всякой посторонней помощи, что делает почти невозможным для ребенка развитие адекватных психических представлений о себе, о своей семье и, вообще, — о мире нормальных людей. Задолго до манифестации развернутого психоза у такого ребенка или подростка можно заметить т.н. «первичное бредовое мышление», при помощи которого ребенок пытается угодить желанию матери и пытается осмыслить немыслимое происхождение самого себя. В более легкой форме — это механизм отнекивания («а у меня нету папы»), а в более тяжелой — механизм отрицания (ребенок просто игнорирует прямые или косвенные вопросы клинициста, или называет «папой» бабушку по материнской линии).

Матери таких детей обычно боятся даже собственных желаний, чтобы не пробудить желания в ребенке: идеальным ребенком для них является ребенок нерожденный (отсюда — странное поведение некоторых беременных женщин: гипоманиакально довольные своей беременностью, они всячески уклоняются от разговоров о родах и от подготовки к ним).

Патологическим выходом из навязываемой матери ситуации психической нерожденности для будущего психотика становится фантазия самопорождения (Paul-Claude Racamier, 1980). Ребенок или подросток, независимо от пола, ставит себя самого на место собственного отца. Такого рода фантазии, обычно поддержанные матерью, и даже всей семьей, задолго до манифестации психоза несет в себе черты будущей мегаломании: столь чудесно самопорожденный ребенок не может быть обычным человеком, в нем заранее видят необычайные, выдающиеся черты («предопределенный фигурант» по Racamier). Столкновение с реальностью — экзамены, поступление в вуз, вступление в брак, служба в армии и т.д. — становятся заведомо катастрофичными события для человека, которому было предопределено чудесное будущее.

Многие авторы подчеркивали роль семейных секретов, способствующих такому замыканию друг на друге матери и ее ребенка. Пустота, оставленная семейными тайнами вторично окрашиваются во все более мегаломанические тона по мере взросления «предопределенного фигуранта».

Другой важный аспект — неизбежная инцестуозная окраска таких отношений между матерью и ее самопорожденным, занявшем в свои фантазиях место своего отца, ребенком. И эта инцестуозная окраска только нарастает по мере полового созревания, по мере приближения к возрасту манифестаций шизофренических психозов (Paul-Claude Racamier, 1978).

Факторы риска формирования аддиктивного поведения у подростков с умственной отсталостью

Кирина Ю.Ю., Красноперова А.О., Лопатин А.А., Селедцов А.М.

ГБУЗ КО Кемеровский ОКНД, г. Кемерово;
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Кемерово

В Российской Федерации отмечается рост вовлеченности детей и подростков в употребление наркотических средств, в том числе — синтетических наркотиков, продолжает расти и число злоупотребляющих алкоголем. К группе особого внимания относятся несовершенолетние с умственной отсталостью. Для таких подростков характерна ранняя алкоголизация, что связано с их легкой внушаемостью, снижением критики. Мотивом «первых проб» психоактивных веществ (ПАВ) являются обычно любопытство и подражательство сверстникам и более старшим приятелям.

Для проведения адекватной коррекционной работы с умственно отсталыми подростками, имеющими склонность к формированию аддиктивного поведения, проявляющегося употреблением ПАВ, был проведен клинико-психологический анализ их состояния в зависимости от наследственной отягощенности алкоголизмом и некоторых особенностей микро-социальной (семейной) среды.

Материал исследования: проанализированы истории болезней 40 пациентов мужского пола с умственной отсталостью легкой степени, в возрасте от 15 до 17 лет. Все представители исследуемой группы являлись выпускниками коррекционных школ-интернатов VIII вида.

Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-динамический, экспериментально-психологический, математико-статистический.

Результаты и их обсуждение: группа исследования характеризовалась высоким процентом родительского алкоголизма — в 34 случаях из 40, что составляет 85%, причем в 18 случаях алкоголем злоупотребляли и отец, и мать (45%). Большая часть обследованных — 37 человек (92,5%) воспитывались в дис-

функциональных семьях. Формирование жизненных установок подростков изучаемой группы происходило в условиях эмоциональной депривации, отвержения родителями, на фоне узкого, ограниченного круга интересов, односторонности запросов, безразличия родителей к собственной судьбе.

Анализ состава семьи участников исследования показал, что 16 человек (40%) воспитывались в неполных семьях. 6 несовершеннолетних (15%) воспитывались в многодетных семьях. В связи с лишением родителей прав у родителей 8 подростков (20%) была оформлена опека и подростки проживали с опекунами или воспитывались в приемных семьях. Воспитанниками государственных учреждений являлись 9 человек (22,5%). Таким образом, в большинстве случаев обследованные воспитывались в условиях недостаточной заботы, ухода и внимания со стороны матерей и семьи, а часть из них с раннего возраста не воспитывались родителями.

Заключение: полученные результаты свидетельствуют о необходимости разработки и проведения с подростками с умственной отсталостью, склонным к злоупотреблению ПАВ, программ коррекционных и лечебно-реабилитационных мероприятий, направленных на повышение уровня их знаний в части вредных последствий употребления наркотических средств и злоупотребления алкоголем, формирование сопротивляемости влиянию со стороны сверстников, антинаркотических установок, обучение более конструктивным формам реализации потребности в социализации. Особое внимание следует уделять работе с родителями и ближайшим социальным окружением несовершеннолетних с умственной отсталостью и аддиктивными расстройствами.

Актуальные вопросы подготовки кадров: аттестация специалистов

Клименко Л.Д., Портнова А.А., Серебровская О.В.

Экспертная группа по аттестации врачей по специальностям «Психиатрия», «Психотерапия», «Медицинская (клиническая) психология» (детская), «Логопедия» Департамента здравоохранения города Москвы

Актуальность: перед современной психиатрической практикой стоит ряд задач, среди которых можно выделить задачу повышения эффективности работы и функциональной грамотности специалистов в области психического здоровья детей и подростков. Актуальность усиления заинтересованности врача, психолога, логопеда в повышении своей квалификации привела к необходимости переосмысления аттестации в указанном плане.

Целью исследования явилось создание эффективной модели проведения аттестационной процедуры, которая основывалась бы на объективных критериях роста профессиональной компетентности специалиста.

Материалы и методы: проведен анализ 760 аттестационных процедур, проведенных экспертной группой по аттестации врачей г. Москвы по специальностям «Психиатрия», «Психотерапия», «Медицинская (клиническая) психология» (детская), «Логопедия» за период с 1998 по 2016 годы. Методы: анализ документации, метод теоретического моделирования, метод экспертной оценки.

Результаты и их обсуждение: процесс получения квалификационных категорий включает в себя несколько этапов, важнейшими из которых являются оценка соответствия профессиональных знаний и навыков специалистов требованиям, предъявляемым к соответствующим категориям, на основе представленной претендентом документации и очное собеседование. В первые годы существования экспертной группы при аттестации специалистов основным критерием выступал стаж работы по специальности и аттестация представляла собой процедуру формализованной оценки соответствия деятельности конкретного специалиста стандарту выполнения работы на данном рабочем месте в данной должности за конкретный пе-

риод. Постепенно задачами аттестации стало стимулирование целенаправленного личностного профессионального роста, что отразилось на механизме оценки результатов работы. Среди документов, которые представляются в аттестационную комиссию, особую роль стал играть отчёт о профессиональной деятельности. Если содержательный анализ отчетных работ аттестуемых ранее предполагал оценку умения продемонстрировать свои профессиональные возможности, то в последние 10 лет большое значение стало придаваться способности решать профессиональные проблемы в сотрудничестве со специалистами смежных областей. Экспертами стали учитываться творческое отношение специалиста к профессиональной деятельности, открытость инновациям, готовность внедрять в работу новые технологии оказания врачебной, психологической и логопедической помощи. Соответственно, отчеты специалистов приобрели аналитический характер, нередко специалисты (психологи, логопеды) прилагают к отчету авторские программы и научно-практические материалы.

При работе экспертной группы процесс аттестации кадров организован таким образом, что при оценке деятельности каждого специалиста обеспечены независимость, объективность, открытость квалификационных процедур.

Выводы: созданный механизм аттестации специалистов, работающих в области охраны психического здоровья детей и подростков, позволил в корне изменить подход к целевой функции аттестации, превратив ее из способа диагностики актуального уровня профессиональной квалификации в способ, направленный на повышение профессиональной компетентности врачей, психологов, логопедов.

Превентивные аспекты тестирования обучающихся образовательных учреждений на потребление наркотических средств

Клименко Т.В.

Научно-исследовательский институт наркологии — филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Целью тестирования обучающихся образовательных учреждений на потребление наркотиков является выявление наркопотребителей для проведения с ним профилактической и терапевтическое работы. Это соответствует части 1 статьи 41 Конституции РФ, согласно которой «каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь», части 2 статьи 41, по которой «...поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека...», и части 1 статьи 38, согласно которой «.....детство... находится под защитой государства».

Доказано, что один наркопотребитель в течение одного года вовлекает в употребление наркотиков до 10-15 человек. Следовательно, употребляющий наркотики учащийся (школьник или студент) представляет серьезную социальную опасность для других обучающихся. В этой ситуации государство обязано в соответствии со статьей 42 Конституции РФ обеспечить право не употребляющих наркотики учащихся «.... на благоприятную окружающую среду...» и предпринять в соответствии с законом все меры по очищению данной среды от наркотиков и наркопотребителей.

Необходимость организации раннего выявления наркопотребления в образовательных учреждениях определяется следующими обстоятельствами: 1) вследствие анозогнозии наркопотребители не обращаются за медицинской помощью, либо обращаются на отдаленных этапах болезни 2) выявление наркопотребления на начальных этапах повышает эффективность терапевтических вмешательств; 3) ранее выявление наркопотребления обеспечивает возможность адресной работы; 4) выявление и организация с наркопотребителями социотерапевтических интервенций является превентивной мерой по отношению к интактным обучающимся 5) регулярное тестирова-

ние снижает пораженность образовательного коллектива наркопотреблением.

Эффективность процедуры тестирования определяется соответствием используемой методологии заявленной цели, а также соблюдением основных гражданских прав и этических принципов. Для этого необходимо четко выдерживать алгоритм процедуры тестирования и использование корректных технологий на всех ее последовательных этапах: 1) исследование проводится анонимно или конфиденциально; 2) исследуемый биологический материал (кровь, моча, слюна), 3) место сбора биологического материала (лечебное или образовательное учреждение), 4) контроль за получением биологического материала для исследования (для исключения подтасовок материала), 5) методика исследования (психологическое исследование, социологическое анкетирование, медицинское наркологическое обследование, экспресс-тесты, химико-токсикологическое исследование), 6) основные исполнители (учреждения образования — на этапе социально-психологического тестирования, медицинские наркологические организации — на этапе профилактических медицинских осмотров), 7) дифференцированные тактические мероприятия в отношении выявленных наркопотребителей, 8) объем конфиденциальности полученных в ходе тестирования результатов (кто имеет доступ к этой информации — педагоги, врачи или представители правоохранительных структур, например, подразделения полиции, нанимающиеся проблемными несовершеннолетними лицами), 9) правовая оценка факта потребления наркотиков учащимся образовательного учреждения — это административное правонарушение или одно из проявлений наркологического заболевания.

От грамотного решения всех этих процедурных аспектов зависит эффективность выявления наркопотребителей среди учащихся и соблюдение основных правовых и этических норм.

Семьи детей-аутистов: система семейных взаимоотношений и психодинамика

Клинков В.Н.

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», г. Крым

В настоящее время, среди болезней, налагающих большую нагрузку на общество, детский аутизм (ДА) занимает одно из первых мест. Его частота за последнее десятилетие увеличилась на порядок. В общей структуре лечения психических заболеваний реабилитация является одним из важнейших звеньев. Семья больного ДА является наиболее приемлемой точкой приложения работы специалистов в целях снижения негативных эффектов заболевания. Важным считается изучение функционирования семейной системы, значение семейных взаимоотношений в процессе адаптации к проблемам воспитания ребенка-аутиста.

С этой целью было обследовано 140 членов семей, в которой воспитывался ребенок с ДА. Использовалась модифицированная Шкала Семейного окружения (FES) и методики «Общение в семье» (Ю.Е. Алешина с соавт., 2001).

Выделены 2 группы родственников, имеющих маловыраженные клинические проявления дезадаптации (р1 — 84) и значительно выраженные ее проявления (р2 — 56). По шкале FES показатели рубрики «Сплоченность» в первой группе на 38% выше, чем во второй. Для 2-й группы родственников показатели «Конфликта» были на 42% выше, чем в 1-й группе. Показатели «Экспрессивности» в двух группах существенно не отличались (на 14% выше в 1-й группе.

При оценке результатов методики «Общение в семье» обнаружено, что для 2-й группы семей характерным является недостаточная сформированность коммуникаций, проявляющаяся в низких баллах доверительности общения (7-10 баллов), сходстве во взглядах (9-12 баллов). Все это проявлялось в слабости эмоциональных связей, эмоциональной отверженности, конфликтности.

Таким образом, использование Шкалы Семейного окружения (FES) и методики «Общение в семье» в структуре лечебно-диагностических мероприятий способствует: 1) прогнози-

рованию риска нарушения семейной адаптации; 2) выявлению мишений для психокоррекции и психосоциальной реабилитации семей, имеющих детей-аутистов.

Мультидисциплинарный подход при работе с детьми, страдающими расстройствами аутистического спектра

Коваль-Зайцев А.А.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва

Интерес специалистов к расстройствам аутистического спектра (РАС) обусловлен как устойчивым ростом выявления данной патологии, так и необходимостью оказания помощи детям, страдающим РАС. При этом наиболее актуальными представляются вопросы дифференциальной диагностики видов и проявлений когнитивного дизонтогенеза у детей с РАС, построение и реализация клинико-психологического маршрута сопровождения таких детей и их дальнейшая социализация. В отделе детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ свыше 30 лет проводится эффективная клинико-психологическая работа с детьми, страдающими РАС. Используются современные средства диагностики, оценки эффективности лечения, прогноза, правильной организации обучения и проведения психологической коррекции.

Одной из методик, используемых для оценки выраженности когнитивного дизонтогенеза у детей с РАС, является Психологообразовательный тест (Psychoeducation Profile, далее — PEP) (Schopler E., Reichler R., 1979, 2000, 2004). В ходе психологической работы проводится соотнесение диагностических возможностей PEP с традиционными отечественными патопсихологическими методиками, направленными на исследование когнитивной сферы, а также выявление «зоны ближайшего развития» у детей с РАС, для проведения дальнейшей психологической коррекции.

Обозначенный подход позволяет изучать когнитивный дизонтогенез 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: дифференциальная диагностика видов когнитивного дизонтогенеза у детей с РАС для дальнейшего построения клинико-психологического маршрута сопровождения.

Выборки испытуемых: исследование проводилось на базе детского стационара ФГБНУ НЦПЗ и включало 129 детей (30 девочек и 99 мальчиков) в возрасте 7 лет до 10 лет (средний возраст 8,75 лет), проходивших стационарное лечение в детской клинике ФГБНУ НЦПЗ. Критерии включения в экспериментальную группу: наличие РАС в структуре эндогенного психического заболевания, лечение в стационаре.

Дизайн исследования: патопсихологическая диагностика когнитивного дизонтогенеза у больных оценивалась с помощью РЕР и патопсихологических методик (Фигуры Липера, Идентификация формы, Конструирование объектов, Малая предметная классификация, Рисунок себя) [2]. Результаты их выполнения после сравнения с нормативными данными 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 1 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.

Результаты исследования: в зависимости от тяжести проявлений когнитивного дизонтогенеза были выделены три различных, качественно отличающихся друг от друга вида: искаженный, дефицитарный и регрессивно-дефектирующий. Когнитивное развитие детей с РАС отличается от нормы, своеобразие каждого выделенного вида когнитивного дизонтогенеза проявляется в сочетании опережения, нормативного и задержанного уровня развития когнитивной сферы, что позволяет построить максимально эффективный индивидуальный клинико-психологический маршрут сопровождения ребенка с РАС.

Проблема определения варианта дизонтогенеза при мультивариативных проявлениях дефекта

Кожалиева Ч.Б., Шулекина Ю.А.

ГАОУ ВО «Московский городской педагогический университет», г. Москва

В настоящее время перед исследователями в области специальной психологии и педагогики остро стоит задача систематизации новых мультивариативных проявлений ненормативного (отклоняющегося) развития. Решение этой задачи связано с пересмотром существующих классификаций. Особую важность данная проблема приобретает сегодня, когда лица с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) обучаются в условиях инклюзивного образования.

Разработанная авторами психолого-педагогическая технология первичного определения проявлений дизонтогенеза предназначена для педагогов, психологов, психиатров, не знакомых с особенностями психофизического развития разных категорий лиц с ОВЗ, но связанных с сопровождением детей в образовательной среде. Впервые описание данного опросника представлено авторами в журнале «Проблемы современного педагогического образования» (Серия: Педагогика и психология. Вып 52. Ялта, 2016). В опроснике даны характеристики, отражающие специфические проявления у детей при различных вариантах психического дизонтогенеза.

Оригинальность опросника — в новых возможностях, позволяющих опосредованно выявить латентно присутствующие у ребенка проявления дизонтогенеза, зачастую составляющие суть мультивариативности дефекта. Учитывая требования к лаконичности изложения материалов, представим краткое описание опросника.

I кластер опросника: оценка состояния коммуникативной сферы ребенка (невербальные и вербальные средства общения).

II кластер опросника: оценка поведения и поведенческих реакций ребенка (в ситуациях взаимодействия со взрослыми и детьми, а также когда ребенок один; в ситуациях свободной и обусловленной деятельности).

III кластер опросника: оценка эмоциональной сферы ребенка (вербальные и невербальные формы агрессивности, эмоциональная ригидность, лабильность, др.).

IV кластер опросника: оценка особенности сенсорной сферы ребенка.

V кластер опросника: оценка деятельности ребенка (психологические атрибуты деятельности — целенаправленность, осмысленность, переключаемость, темп и возможные ее особенности в разных видах деятельности).

VI кластер опросника: оценка актуальных навыков бытовой ориентировки и самообслуживания, а также новых навыков, которым ребенок научился, попадая в новую для него социальную (в том числе детскую) среду.

VII кластер опросника: оценка двигательной и моторной сфер ребенка (в организованной взрослым и самостоятельной деятельности).

Предлагаемый опросник содержит характеристики психологических, педагогических и клинических проявлений, которые при своевременном и обязательном медикаментозном лечении могут быть скорректированы. Игнорирование важности лечения может спровоцировать у ребенка ухудшение психофизического состояния, усугубляя проявление других (в том числе, латентных) характеристик дизонтогенеза, которые в единичных случаях не вызывают опасений у взрослых.

Таким образом, опросник полезен в рамках междисциплинарного подхода при необходимости определения варианта дизонтогенеза и выбора образовательного маршрута, в том числе при оказании консультативной помощи родителям и лицам их заменяющим.

Условия эффективной психологической реабилитации ребенка с атипичным аутизмом

Кожалиева Ч.Б., Новикова Е.В.

ГАОУ ВО «Московский городской педагогический университет», г. Москва;
КСУ № 10, г. Москва

Система психологической помощи детям с аутизмом в РФ на рубеже 20-21 столетий существенно изменилась и динамично развивается в позитивном векторе в наши дни, демонстрируя открытость и широкий охват разных учреждений медицинского и образовательного профилей. Данные учреждения в рамках своей профессиональной деятельности проводят реабилитационную работу: медицинскую, психологическую, педагогическую. В комплексную систему, в том числе, входит психолого-педагогическая помощь в специальных образовательных учреждениях, куда в последние годы все чаще медико-психолого-педагогические комиссии (ПМПК) направляют детей с атипичным аутизмом. Общая тенденция увеличения числа детей с аутизмом в специальных школах наглядно прослеживается в рамках одного учреждения, где процент этой категории детей в последние годы составляет 15% от общего числа обучающихся в школе, среди вновь поступающих — 30%. Обсуждение сложностей качественной квалификации состояния ребенка, страдающего расстройствами аутистического спектра, в том числе, атипичным аутизмом, и корректности диагностического заключения является актуальной проблемой не первый год и затрагивает всю детскую популяцию, особенно, когда решается вопрос выбора образовательной программы. Педагоги и психологи работают с ребенком вне зависимости от того в какой форме он получает образование и в каком типе образовательной организации (общий, специальный, инклюзивный), вместе с тем последнее зачастую оказывается решающим в содержании и качестве психологической помощи детям с аутизмом. Не каждый тип школы имеет квалифицированных специалистов и условия для комплексного сопровождения такого ребенка (психолого-педагогические, медико-социальные и т.п.) Только в специальной школе есть условия для комплексного сопровождения ребенка, включающие, так-

же специальные коррекционно-развивающие программы, а именно — работа по специальным учебным планам, ориентированным на образовательные потребности и возможности аутичного ребенка; оптимальный численный состав обучающихся в одном классе, что позволяет максимально индивидуализировать коррекционную работу; соблюдение щадящего режима дня, что предупреждает повышенную утомляемость и быструю пресыщаемость, в том числе сенсорную, такого ребенка; соблюдение требований СанПиН по организации образовательного пространства.

Несомненно, что эффективность реабилитации во многом определяется профессионализмом специалистов, которые сопровождают ребенка, и это требует особого внимания. Вопрос профессиональной компетенции психологов лежит в плоскости системы вузовской подготовки, которая не предлагает специальных программ по по обучению особенностям дизонтогенеза, по овладению специальным диагностическим инструментарием и эффективными реабилитационными практиками, включая зарубежные. Сотрудничество вузов и учреждений (в РФ и за рубежом), в которых успешно решаются задачи медико-психолого-педагогической реабилитации детей с аутизмом, проведение на их базе учебной практики студентов повысило бы их профессиональные знания и навыки, сократив срок «вхождения в профессию» молодых специалистов, что способствовало бы продуктивности и качеству психологической реабилитации детей с аутизмом.

Таким образом, в настоящий момент, при наличии методических разработок и технологических возможностей, максимально действенную психологическую помощь, являющуюся частью комплексной реабилитации, необходимо оказывать в профильных учреждениях квалифицированными специалистами с широкими профессиональным кругозором.

Перспективные направления превентивной работы с учетом особенностей современной наркоситуации

Козлов А.А., Клименко Т.В., Романов А.А.

Научно-исследовательский институт наркологии — филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Последние годы в Российской Федерации последовательно реализовывались алкогольная и антинаркотическая политики, ориентированные на снижение потребления населением алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ. Одновременно во был реализован комплекс мер по модернизации наркологической службы страны и совершенствованию системы оказания специализированной медицинской помощи лицам с наркологическими расстройствами, в том числе детско-подросткового возраста.

По результатам реализованных мер последние 5 лет наблюдается устойчивая тенденция к снижению большинства показателей наркологической заболеваемости, в том числе среди подростков: алкогольными психозами — на 84,4%; пагубное потребление алкоголя — на 40,5%; синдром зависимости от опиоидов — на 91,4%. Одновременно отмечено снижение первичной наркологической заболеваемости, в том числе и среди лиц подросткового возраста: алкогольными психозами — на 80,1%; синдром зависимости от алкоголя — на 75,2%; пагубное потребление алкоголя — на 48,5%; синдром зависимости от наркотиков — на 10,3%.

Об улучшении наркологической ситуации в стране свидетельствуют данные о наблюдающейся с 2006 по 2015 год устойчивой тенденции к снижению потребления психоактивных веществ среди организованных групп обучающихся разного возраста: опыт потребления алкоголя снизился с 80,7% до 59,7%; опыт потребления наркотиков — с 17,3% до 11%.

Отмеченные особенности современной наркоситуации в стране являются результатом выстраиваемой в стране трехуровневой системы комплексной профилактики потребления психоактивных веществ. Однако, на фоне отмеченных позитивных тенденций все более отчетливо выступают проблемы,

связанные с ростом показателей наркологической заболеваемости вследствие потребления наркотических средств: рост показателей по пагубному потреблению наркотиков на 15%; рост первичного выявления пагубного потребления наркотиков на 19,6%; рост первичного выявления пагубного потребления наркотиков у лиц подросткового возраста на 49,9%. Это говорит о появлении новых наркопотребителей, а также может быть отражением эффективно работающей системы раннего выявления потребителей ПАВ за счет организации профилактических медицинских осмотров, наркологических освидетельствований и наркологических экспертиз.

Таким образом, особенности современной наркоситуации в стране свидетельствуют о недостаточно эффективной системе первичной профилактики потребления психоактивных веществ, что обеспечивает рост первичной наркологической заболеваемости, и о недостаточно эффективно функционирующей системе комплексной реабилитации лиц с наркологическими расстройствами, что сохраняет на достаточно высоком уровне пораженность общества потреблением психоактивных веществ. И именно в развитии этих направлений профилактической работы находится основной потенциал принципиального улучшения наркоситуации в стране.

Шизотипический диатез (предикторы, дифференциальный диагноз с шизофренией)

Козловская Г.В., Калинина М.А.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва

«Диатез», в широком смысле понимания термина, есть состояние риска или промежуточное между нормой и патологией состояние. Термин широко употребляется в педиатрии в отношении детей раннего возраста, но также в онкологии, гематологии и других медицинских дисциплинах. В общей патологии диатез рассматривается И.В. Давыдовским как недифференцированный риск или общая повышенная уязвимость к патологии, а в психиатрии с позиций А.В. Снежневского как PATHOS и NOSOS или дифференцированный риск как предрасположение к определенной психической болезни.

Известны ряд типов диатезов в психиатрии — недифференцированный диатез С.Ю. Циркина и дифференцированные диатезы — невропатия Г.Е. Сухаревой, депрессивный диатез А.Б. Смулевича, психовегетативный диатез А.А. Северного, и наконец, шизотипический диатез А.К. Ануфриева и Г.В. Козловской.

Шизотипический диатез (ШД) — это клиническое выражение геноносительства шизофрении или высокий риск шизофрении у пробандов больных шизофренией или расстройствами шизофренического спектра (РШС) родителей. К РШС в научной практике отнесены — шизофрения, аффективные и инфантильные психозы, личностные расстройства — циклотимия, шизоидия. В основе этого объединения — концепция единого психоза и диатез- стресс теория начала эндогенного процесса.

В основе клинической картины ШД лежат четыре признака особенностей психофизического развития. Это дизгармония, дизрегулярность, дефицитарность и диссоциация, как отдельных неврологических, психологических и психосоматических функций, так и всего организма в целом. Дисгармония — это несоответствие паспортного возраста ребенка его настоящему психофизическому состоянию. Дизрегулярность — это

непоследовательная смена одного этапа развития другим (остановки, скачки, одновременное опережение и задержка развития психических функций и др.). Дефицитарность — сглаженность психического развития в целом, особенно эмоционально-волевой сферы. Диссоциация (расщепление, схизис) — типичный признак, присущий шизофрении вообще и наблюдаемый в рамках ШД. Все четыре признака характерны для всего периода раннего онтогенеза, начиная с первых месяцев жизни, которые проявляются во всех психофизических системах организма (вегетативной, соединительнотканной, неврологической, биоэлектрической и психической).

В процессе динамического наблюдения (катамнез более 20 лет) за клиническими проявлениями ШД были определены три типа диатеза: стигматизированный ШД, ШД с проявлениями непсихотических нарушений и ШД с форпост симптомами (эпизодами) психоза. Были выделены критерии перехода форпост симптомов в патологический процесс. Это продолжительность эпизода и острота симптомов, нарастание полиморфизма клинических проявлений (страхов, стереотипий, ритуалов ит.п.) их вычурность, а также ундулирующий тип динамики. Главный критерий процессуальности — регресс развития как вовремя психопатологического эпизода, так и после него и нарастание специфического дефекта личности в виде дефицитарности и диссоциации основных психических функций. Психическое развитие в рамках ШД (все формы) сохраняет нормативную эволютивную динамику без снижения уровня формального интеллекта, но с шизотипальными особенностями мышления.

Предикторы (маркеры) шизофрении, определились на психическом, неврологическом, вегетологическом, психологическом и биологическом уровнях. Начало процесса или обострение его маркеры становятся более заметными и сочетаются с облигатным признаком шизофрении — расщеплением. В качестве диагностического шифра ШД в ряде случаев может быть использована рубрика F21 (шизотипическое расстройство) с пояснением — продромальное, латентное состояние или F84.8 — другие общие расстройства развития.

Проблемы организации психиатрической помощи детскому населению Вологодской области

Кокарева О.А.

БУЗ ВО «Вологодская областная психиатрическая больница», г. Вологда

Отличительной особенностью Вологодской области является удаленность некоторых населенных пунктов от областного центра и крупных городов более чем на 300-400 км, что значительно ограничивает доступность специализированной психиатрической помощи населению сельских районов.

Психиатрическая помощь детскому населению области осуществляется внебольничной и стационарной службами. Амбулаторное звено представлено детскими кабинетами диспансерного отделения БУЗ ВО «Вологодская областная психиатрическая больница» (далее — ВОПБ) и Вологодского психотерапевтического центра (далее — ВПЦ), психо-неврологических диспансеров в г. Череповце и г. Великий Устюг и кабинет детского психиатра в Сокольской ЦРБ.

Стационарную психиатрическую помощь оказывает детское отделение БУЗ ВО ВОПБ на 35 коек, детское психиатрическое отделение г. Череповца на 25 коек, а также дневные стационары в городах Вологда и Череповец на 35 и 50 мест соответственно. Таким образом, на 01.01.2016 г. количество круглосуточных коек — 55, обеспеченность койками на 100.000 населения — 23,2; количество мест дневного стационара — 85, обеспеченность на 100.000 населения — 35,9.

Всего в области работает 17 детских психиатров, все они сосредоточены в крупных городах области. Обеспеченность штатными должностями на 100.000 населения составляет — 7,2, что ниже среднероссийских показателей практически 2 раза. В сельской местности функции по оказанию психиатрической помощи детям возлагаются на районного психиатра или ответственного за психиатрическую помощь-фельдшера, при этом в 10 районах области из 26 районов нет врачей-психиатров.

Детское население Вологодской области на конец 2015 года составило 236 991 человек. 3,4% детей и подростков от общего количества детского населения области состоит под наблюдением психиатра, что меньше, чем на начало 2015 г. на 2,7%.

Распространенность психических расстройств среди детского и подросткового населения области в 2015 году снизилась по сравнению с 2014 г. (3434.1) и составила 3276,1 на 100 тыс., и ниже среднероссийских показателей.

Показатели заболеваемости детского населения за последний год незначительно увеличились с 471,3 случаев на 100 тыс. детского населения в 2014 году до — 482,0 в 2015 году, и ниже средних показателей заболеваемости психическими расстройствами у детей в Российской Федерации.

Отмечается рост заболеваемости тяжелыми формами психических расстройств, подтверждением чему служат высокие показатели инвалидности детей и подростков и их значительный рост за период с 2011 по 2015 год. Отмечается значительное увеличение числа детей-инвалидов по психическому заболеванию с 972 детей в 2014 году до 1037 человек в 2015 году, что составляет 446,4 на 100.000 детского населения и практически сравним с показателем по РФ — 449,8 (в 2012 году) и выше, чем в СЗ ФО, где он составляет 424,3 на 100 000 детского населения.

Пути решения проблем: 1. Необходимость региональной целевой программы в области охраны психического здоровья детей, совершенствование системы профилактики и активного выявления психических расстройств на ранних этапах их проявления, в том числе за счет выездной бригадной работы специалистов. 2. Продуманный подход при решении вопроса о сокращении детских и подростковых коек и необходимого сохранения специалистов в области детской и подростковой психиатрии. 3. Необходимо повышать престиж профессии психиатра.

Психические расстройства у детей и подростков, подвергшихся сексуальному насилию

Колесниченко Т.Н.

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск

Актуальность: сексуальные насилия относительно детей и подростков являются серьезной проблемой, представленной юридическим, социально-педагогическим и медицинским аспектами.

Цель исследования: изучение психопатологических расстройств у детей и подростков, подвергшихся сексуальному насилию.

Материалы и методы исследования: было обследовано 37 девочек в возрасте 8-15 лет, находящихся в детском психиатрическом стационаре после сексуального насилия (однократного или хронического). Использовались клинико-психопатологические, клинико-анамнестические, психологические и нейропсихологические методы исследования.

Результаты и обсуждения: выделено 3 группы пациентов. Группа 1 (n=16). Включены подростки в возрасте 12-15 лет с ведущими клиническими проявлениями в виде навязчивых воспоминаний, повторяющихся кошмарных сновидений, аффективных вспышек и панических реакции при упоминании о случившемся, пассивности, потери прежних увлечений, интересов, ангедонии. Эти проявления расценивались как посттравматическое стрессовое расстройство в детском возрасте. В момент психогенного события наблюдались выраженные психопатологические расстройства в виде острых реакций на стресс, характеризующиеся страхом, растерянностью, сужением сознания, сопровождающиеся психомоторным возбуждением либо заторможенностью. После выхода из этого состояния пациенты часто не могли четко воссоздать последовательность событий, чувствовали себя беспомощными, испытывали стыд и вину. В ряде случаев жертвы насилия не находили психологической поддержки в семье, что усиливало психогенный стресс. Группа 2 (n=12). Отнесены пациенты 8-15 лет с клиническими признаками депрессивного расстройства в виде сниженного фона настроения, отгороженности, безразличия, плаксивости. От-

мечались страхи одиночества, темноты, выхода из дома, суицидальные мысли. Соматические проявления депрессии выражались потерей аппетита, бессонницей, кошмарными сновидениями. Наблюдалась школьная дезадаптация — снижение успеваемости, школьные прогулы или отказ от учебы. 7 девочек не смогли сразу рассказать о случившемся родственникам, в содеянном винили себя, боялись осуждения и наказания. У 4 девочек (8-12 лет) возникла регрессивная симптоматика в виде энуреза, элективного мутизма. Группа 3 (n=9). Составили девочки — подростки в возрасте 13-15 лет, у которых не было диагностировано клинически выраженных психических расстройств, в связи с перенесенным насилием. Несмотря на то, что совершенное сексуальное действие они расценивали как насилие, отнеслись к этому достаточно спокойно, не фиксируясь на нем как на психотравмирующем событии. До эксцесса все эти несовершеннолетние входили в асоциальные подростковые группы. Большинство из них находились в алкогольном опьянении в момент совершения противоправных действий против них. 3 девочки страдали легкой умственной отсталостью, у остальных выявлено патологическое формирование характера.

Выводы: результаты указывают, что жертвам сексуального насилия необходимо оказание адекватной ранней медико-психологической помощи, способствующей предотвращению развития психопатологических расстройств, самостигматизации и социальной стигматизации. При оказании психиатрической помощи необходимо учитывать личностные особенности пациенток, а также проводить психологическое семейное консультирование. Работа с детьми, перенесшими насилие, повседневно требует знания не только норм законодательства, этики, но и опыта, высокого профессионализма всех медицинских специалистов, оказывающих помощь на диагностическом, экспертном и реабилитационном этапах.

Применение нейропсихологических методов в терапии дошкольников с задержкой психического развития

Колышницына С.В.[1], Шабалина Ю.В.[1], Злоказова М.В.[2]

[1]Кировская областная клиническая психиатрическая больница имени акад. В.М. Бехтерева, г. Киров;
[2]Кировская государственная медицинская академия, г. Киров

В структуре непсихотических психических расстройств у детей дошкольного возраста диагноз «задержка психического развития» (ЗПР) занимает одно из ведущих мест. Отсутствие своевременных лечебно-реабилитационных мероприятий у детей с ЗПР приводит к значительным проблемам в обучении, социальной дезадаптации, девиантному поведению (Злоказова М.В., 2010).

В подразделении детского дневного стационара № 3 (ДДС) Кировской областной клинической психиатрической больницы им. акад. В.М. Бехтерева, расположенном на базе МКДОУ № 159, в комплексной терапии детей с ЗПР используется нейропсихологическая коррекция на основе метода замещающего онтогенеза (Семенович А.В., 1997).

Цель исследования: оценка эффективности применения нейропсихологической коррекции в комплексной терапии детей с ЗПР в условиях дневного стационара на базе детского сада № 159.

Материал и методы: было выделено 2 группы пациентов с ЗПР церебрально-органического генеза в возрасте 5-7 лет: экспериментальная группа — 84 чел., получивших комплексное лечение в ДДС № 3 с использованием методов нейропсихологической коррекции; контрольная группа — 83 чел., которые проходили курс комплексного лечения без использования методов нейропсихологии.

Применялись клинико-психопатологический и экспериментально-психологические методы исследования: «Перекодировка» из детского варианта теста Векслера — для изучения внимания; «Домик» (Гуткина Н.И.) — мелкая моторика кисти; «10 слов» (Лурия) — слуховая память; вербальный субтест Йерасека — вербальный интеллект; тест «Цветные матрицы Равена» — невербальный интеллект. Достоверность оценивалась методом Стьюдента.

Обсуждение результатов: наряду с медикаментозной и психологической коррекцией в экспериментальной группе проводилась нейропсихологическая коррекция индивидуально и в группах 4-7 человек 1-2 раза в неделю, с обязательной отработкой родителями домашних заданий в виде нейропсихологических упражнений. Длительность занятий — 40-45 минут, количество — 10-12. Занятия включали в себя разминку (дыхательные упражнения, массаж, глазодвигательные упражнения, растяжки); основную часть (пальчиковая гимнастика, упражнения на развитие внимания, памяти, мышления); рефлексию и ритуал прощания.

Использовались глазодвигательные упражнения: слежение за предметом, перемещаемым по воображаемым контурам круга, овала, треугольника, квадрата, восьмерки, знака бесконечности и др. на расстоянии вытянутой руки, на расстоянии локтя и около переносицы. Особое внимание уделялось двигательным упражнениям: «Перекрёстные шаги», «Робот», «Крюки», «Огонь-лед», «Росток», «Репка», «Кошка» и др.; пальчиковой гимнастике: «Пальчики здороваются», «Ладушки», «Змейки», «Ножницы», «Щелчки», «Прыг-скок», «Камень-ребро-ладонь», «Кольцо-заяц-коза» и др.

При сравнении изменений показателей высших психических функций в 2 группах после проведенной комплексной терапии было выявлено, что в экспериментальной группе показатели разницы показателей до и после терапии в баллах были достоверно более высокими ($p<0,05$): скорость внимания в 1 группе повысилась на 6,1, в контрольной группе — 3,8; мелкая моторика кисти — 2,3 и 1,1; интеллект вербальный — 7,0 и 4,2; интеллект невербальный — 3,9 и 1,8 — соответственно. Показатели слуховой памяти достоверных различий в группах не имели.

Выводы: применение коррекционных методов нейропсихологии у детей с ЗПР в комплексной реабилитации повышает ее эффективность, улучшая уровень развития познавательных процессов (внимания, мышления) и мелкой моторики кисти.

Феноменология суицида: мероприятия & культура

Кондратович А.В., Мещерякова К.Ю., Ивашев С.П.

ГКУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница», г. Волгоград

Показавшееся очевидным мероприятие — сформировать группу индикаторов риска суицидального поведения в детско-подростковом возрасте, рассматриваемые с позиций рутинной психиатрической практики как проекция движущих сил его системной организации, породило парадокс. Запрос может быть сформулирован как высокая «резистентность» первичных данных к попыткам снижения размерности пространства признаков и описания его компактным каноническим минимумом. В этом плане решение иных задач с нозоцентрической методологией, как показал прошлый опыт, оказывается значительно более успешным. В качестве практического примера можно упомянуть случаи групповой психотерапии, при которой участники с суицидальной тематикой и без нее тем не менее оказываются сходными по спектру психопатологии и патопсихологии. Осмысление проблемы в форме парадокса породило идею уровневой несовместности деяний, характеризующих различные проявления суицидогенной мотивации, — «действие» и «бытие». Парадокс заключается в том, что бытие не может быть сведено к суммарной и, даже, интегративной процедуре объединения отдельных паттернов поведения. Здесь будут трудности и в применении системных, синергетических технологий. Требуемая суперпозиция оказывается глубоко нетривиальным инструментом описания, приближающемуся к художественному тексту. Бытие обладает особым качеством, особой статью, играет самостоятельную «скрипичную партию» в ансамбле различных проявлений жизнедеятельности человека. Воплощение данной темы, например, может быть проиллюстрировано прояснением такой категории, как «любовь».

В этой связи дизайн исследования рассматривался как осмысление 40 рандомизированных случаев, каждый из которых несёт на себе печать уникальности как по параметрам психолого-психопатологической феноменологии, так и по применяемой палитре терапевтической интервенции. Признаковая база формировалась по бинарному принципу регистрации фе-

номенов, выявляемых посредством сбора жалоб, анамнестических сведений и патопсихологического описания. В выборке оказались представители следующих рубрик: F00-F09, F30-F39, F40-F48, F60-F69, F70-F79, F90-F98. Обращает на себя внимание оказавшаяся существенной доля расстройств рубрики F60-F69 (почти четверть респондентов). Возраст пациентов представлен в интервале 10 — 15 лет. Ранжированная кривая возрастов приближалась к логарифмической функции, так что чем старше возраст, тем меньше разница между соседними значениями. Отобранная по частоте и корреляционной «активности» (фи-коэффициент корреляции) феноменология позволила смоделировать «контрастный портрет суицидального прецедента». В категории жалоб уверенно лидируют с оттенком непринятия, озабоченности диффузное «повышенная раздражительность», запоздалое указание на уже совершенную суицидальную попытку. Прояснение картины средствами анамнестического исследования указывает на отягощенную наследственность не только по биологической линии, но и затрагивающей аспекты воспитания. Этот ряд продолжают: раздражительность, демонстративность респондента, трудности в обучении, конфликты в школе, подтверждается факт суицидальной попытки. Психологическое исследование выявляет негрубые психоорганические нарушения: активного внимания, памяти, акцентуацию характерологических черт, тревогу, внутрисемейные проблемы. Вызвана к жизни идея, что «кризисцентрический» метод купирования проблемы суицидов в детско-подростковом возрасте едва ли может быть принят как оптимальный. Поддержка семьи в ее каждодневном существовании, в обыденности складывающихся коллизий, в культуре уважительного отношения всех без исключения институтов к этой фундаментальной части жизни — простое и понятное правило.

Перспективы классификации в детской психиатрии

Корень Е.В.

Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Проблемы классификации относятся к центральным вопросам в психиатрии, объединяющих ее теорию и практику, и определяющих перспективы ее развития. Это напрямую касается и детской психиатрии, являющейся неотъемлемой, но вполне самостоятельной частью общей психиатрии. Признание того факта, что не менее половины психических расстройств начинается в детском и подростковом возрасте, определяет особую важность их рассмотрения в классификации. Рассмотрение вопросов классификации в детской психиатрии возможно только в контексте общих теоретических позиций, при наличии определенной специфики в квалификации психических нарушений в детском возрасте. Необходимость учета этапно-возрастных аспектов развития, эволюционно-биологических и сравнительно-возрастных закономерностей формирования клинической картины и динамики психических расстройств в детском и подростковом возрасте существенно усложняет задачи классификации.

Несмотря на ряд положительных моментов (в МКБ-10 впервые была обозначена необходимость выделения специфического «детского» раздела классификации, выделены «новые» для детского возраста расстройства, например, рубрики, описывающие раннюю психопатологию), стало очевидным, что имеющиеся недоработки затрудняют ее применение в практической работе. В частности, в МКБ-10 нет единых принципов систематики, что привело к некоему разрыву между взрослой и детско-подростковой психопатологией. Кроме того, при выделении «детского» раздела, акцент делался исключительно на возрасте начала психических расстройств, с одновременным стремлением к более четкому разграничению отдельных форм патологии. Вместе с тем, у многих детей и подростков с психическими расстройствами не только начало, но и основные проявления наблюдаются преимущественно в детско-подростковом,

и даже продолжаются во взрослом возрасте. Некоторые часто возникающие в подростковом возрасте расстройства (нервная анорексия, дисморфофобия) кодируются без указания возрастной специфики в соответствующих разделах МКБ-10. Кроме того, необходимо отметить статичность и недостаточную проработанность механизмов рубрификации психопатологических состояний с атипичной клинической картиной.

В качестве общих рекомендаций для МКБ-11 предлагается, помимо помещения раздел «нарушения психического развития» в начало классификации, расширение его за счет включения умственной отсталости и перенесения аутистических и гиперкинетических расстройств, специфических задержек развития, тиков и нарушений поведения из фактически убираемого «детского» раздела, с одновременным сокращением общего числа рубрик, в том числе исключением «парадиагнозов», и уточнением клинического содержания диагностических категорий, относимых к подрубрикам «прочие...» и «другие уточненные...». Необходимо также пересмотреть имеющиеся описания по основным диагностическим категориям (с введением дополнительного «детского подраздела») в сторону их большей клинической четкости в структуре диагностических критериев и более подробным описанием подраздела «дифференциальный диагноз», с учетом возрастных особенностей. Выделить критерии для верифицированной диагностики «пограничной умственной отсталости», включая относительно обратимые состояния интеллектуальной недостаточности, имеющие иную структуру, чем при умственной отсталости. Целесообразно внести коррективы в квалификацию гиперкинетических нарушений — обозначение возраста диагностики, сравнительно-возрастные клинические критерии, с возможной заменой названия рубрики на СДВГ. В рубрику «Расстройства поведения» включить гебоидный синдром для разграничения патологических форм нарушенного поведения от нормальных возрастных этапов развития.

Холдинг-терапия в контексте нейропсихологической коррекции

Корнеева В.А., Шевченко Ю.С., Зубова Е.А.

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, г. Москва

Наш опыт использования холдинг терапии позволяет говорить о ее эффективности в отношении широкого круга психических расстройств, характерных для детского возраста. В частности, данная технология с успехом используется в комплексном лечении детей в возрасте от 3 до 12 лет (а в отдельных случаях и в более старшем возрасте), не только страдающих расстройствами аутистического и шизофренического спектра, но также с различными формами пограничных состояний: истерических, фобических, психопатических и психопатоподобных, системных сомато-вегетативных и поведенческих расстройств (элективный мутизм, СДВГ, патологические привычные действия, патохарактерологические реакции протестного, агрессивного, аутоагрессивного типа и др.). При этом холдинг осуществлялся не только матерью или другим родственником после соответствующего обучения, но и самим психотерапевтом во время занятий, в частности, на начальном этапе нейропсихологической коррекции или в контексте групповой психотерапии.

Основными показаниями к использованию данного приема являлись отказ ребенка от выполнения инструкций родителей или психотерапевта и/или проявление агрессии по отношению к окружающим. Технически холдинг-терапия осуществлялась в виде нескольких вариантов. Так, например, в зависимости от физического развития и степени сопротивления ребенка человек, проводящий холдинг, может уложить его на жесткую поверхность (кушетка, пол) и лечь сверху, максимально ограничив движения ребенка. Другой вариант — взрослый самостоятельно или с помощью ассистента фиксирует конечности ребенка в лежачем или сидячем положении. В зависимости от смысла инструкции, предлагаемой ребенку (налаживание взаимодействия с терапевтом, или воссоединение с родителем) он располагается либо «лицом к лицу», либо спиной к взрослому. Фиксация должна быть безопасной, но жес-

ткой, что позволяет нам использовать понятный для ребенка рабочий термин «железные объятия», подчеркивающий позитивно-заботливое отношение к нему (обнимают тех, кого любят). Удержание осуществляется до тех пор, пока ребенок не перестанет сопротивляться и не вступит в продуктивный диалог (хотя бы невербальный). После того, как ребенок согласится выполнить предъявляемую инструкцию (на первых порах — самую элементарную), холдинг прекращается, и после ее выполнения, ребенок получает поощрение. В случае обмана холдинг возобновляется и назначается штрафное время, после которого продолжается диалог.

Критерием эффективности удержания является то, что ребенок начинает себя вести «по правилам», отказавшись от деструктивных поступков, подчиняясь старшим и старательно работая. В нашей практике не было случая, чтобы после достижения цели холдинга (на что порой требуется несколько часов «железных объятий»), ребенок не демонстрировал бы непосредственного положительного результата — успокоения, открытости к реальному окружению, адекватности поведения, позитивных эмоций в отношении и к родителям и к взрослому, проводившему холдинг. Опыт показывает, что эффект данного приема сохраняется как минимум несколько дней и в последующем не всегда требует повторения, поскольку часто достаточно только напоминания о возможности его применения.

Этологические аналоги холдинга широко представлены в поведении многих животных, в частности, в их взаимоотношениях как друг с другом, так и со своими детенышами. Насильственно прижав и обездвижив более молодого и слабого, но не навредив ему, доминантная особь фактически мгновенно простраивает иерархию в их взаимоотношениях. В отношении ребенка данный этологический механизм может быть дополнен когнитивным сопровождением «железных объятий» в виде следующего тезиса: «Сильный и любящий родитель — это тот «президент», которого дети сами бы избрали, если бы имели такую возможность».

Гендерные особенности аддиктивного поведения у подростков

Королева Е.В.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

В современных условиях отмечается значительная распространенность синдрома зависимости от алкоголя в подростковом периоде, в том числе и у несовершеннолетних женского пола. Раннее начало алкоголизации определяло трудности своевременной диагностики и оказания лечебно-реабилитационной помощи в связи со сложностью клинической картины и выраженными негативными социально-правовыми последствиями. Из факторов, влиявших на формирование синдрома зависимости от алкоголя у девушек, следует отметить высокий уровень наследственной отягощенности злоупотреблением психоактивными веществами и, вследствие этого, неблагоприятные условия в родительской семье, определившие раннее начало алкоголизации из-за безнадзорности и подражания. В случае воспитания в условиях эмоционального отвержения, чрезмерной строгости и необоснованных ограничений, на начало злоупотребления алкоголем оказывала влияние утрата контакта с близкими, легкостью подпадания под влияние группового окружения и вовлечению в общение с лицами, злоупотребляющими психоактивными веществами. При этом употребление алкоголя сопровождалось заменой круга общения с ощущением разрешения сложной ситуации, возникновением эмоционального отклика, с формированием представления о собственной исключительности, морально-этическим снижением. Также в раннем формировании синдрома зависимости от алкоголя большое значение имели органические вредности, личностные особенности с преобладанием эмоциональной неустойчивости, стертые аффективные нарушения. Совокупность указанных факторов уже на начальных этапах определяла безудержный характер злоупотребления алкоголем, без учета социальной ситуации и возможных последствий. По мере развития клинических признаков синдрома зависимости от алкоголя движущим мотивом злоупотребления становилось стремле-

ние к изменению сознания и своего психического состояния, не устраивающего в данный момент, устранение внутреннего конфликта с уходом от реальности. В последующем желание достичь состояния измененного внутреннего состояния становилось доминирующим, уже на ранних этапах злоупотребления алкоголем возникала глубокая перестройка личностно-мотивационной сферы с сужением круга интересов и обеднением эмоциональных реакций. Злоупотребление алкоголем часто сочетается с другими видами аддиктивного поведения, в частности злоупотребления различными формами психоактивных веществ без формирования зависимости, зависимости от компьютера и иных гаджетов, бродяжничество, промискуитетом склонностью к экстримальному и провоцирующему поведению, что приводило к усугублению состояния измененного сознания. Взаимосвязь с другими формами аддиктивного поведения во многом определялась сходством мотивации, с деятельностью, направленной на достижение особого, единственно комфортного состояния, резким изменением рисунка поведения с отрывом от реальности и остановкой в духовном развитии.

Атипичность клинической картины в связи с ранним началом алкоголизации проявлялась отсутствием четкой стадийности в с утратой ситуационного и количественного контроля, возникновением атпичных усложненных формы опьянения с амнезией. В структуре патологического влечения к алкоголю преобладал сложный симптомокомплекс, обусловленный совокупностью клинических, в том числе и аффективно обусловленных и личностных факторов, а также употреблением и других форм психоаткивных веществ. Течение психического расстройства проявлялось усугублением аффективных расстройств с преобладанием дисфорического аффекта. Злоупотребление алкоголем на фоне личностной несформированности, определяло выраженную деформацию структуры личности по истеро-эксплозивному типу с агрессивными и эксплозивными реакциями в сочетании с личностной незрелостью, при этом на первый план выступают проявления морально-этического снижения.

Ночные страхи и ночные кошмары у детей и подростков

Короленко Ц.П., Шпикс Т.А.

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Новосибирск

Обследовано две группы клиентов в возрасте от 5 до 16 лет с нарушениями эпилептоидного и пограничного спектров. Одна группа была представлена детьми и подростками, преобладающие нарушения у которых проявлялись в дефиците внимания с гиперактивацией поведения. Во вторую группу входили клиенты с чертами, характерными для височной личности. Ночные страхи преобладали в первой группе, в то время как ночные кошмары были прерогативой второй группы.

Дифференциация между ночными кошмарами и ночными страхами заключается в том, что содержание ночных страхов остаётся нераскрытым, возникающее обычно ночью пробуждение не является полным, клиент остаётся дезориентированным, не в состоянии сообщить о том, что с ним/ней происходило. Не узнаёт человека, который пришёл, чтобы помочь и успокоить. Состояние ночного страха кратковременно, длится обычно несколько секунд, не больше минуты, сменяется засыпанием. Проснувшись на следующее утро, клиент не помнит о происходившем ночью и не пытается оценить его в перспективе бодрствующего состояния. Отсутствует страх перед повторением этого нарушения следующей ночью.

Ночные кошмары имеют разные устрашающие содержания, которые остаются в памяти после просыпания. При этом наблюдается тенденция к расширению их содержаний с привлечением активного фантазирования на темы ночных кошмаров. Для клиентов характерен страх повторения ночного кошмара, что проявляется как страх перед засыпанием.

В исследованных случаях было установлено, что терапия ночных кошмаров транквилизаторами и антиэпилепическими средствами в целом оказалась мало эффективна и в случаях уменьшения и даже полного исчезновения ночных кошмаров приводила к ухудшению общего психического состояния, что выражалось в развитии инсомнии, появлении раздражитель-

ности, дисфории, генерализованной тревоги и депрессии, а также проблем с концентрацией внимания.

Наиболее эффективным методом лечения клиентов с ночными кошмарами и страхами стала психодинамическая психотерапия (кратковременная и длительная). Особенностью психодинамической психотерапии при ночных кошмарах была фиксация как на содержании ночных кошмаров, так и на скрытых в бессознании травматических событиях раннего детства. Психодинамическая терапия ночных страхов, в отличие от терапии ночных кошмаров была фокусирована исключительно на травматических событиях раннего периода, в связи с отсутствием данных о содержании ночных страхов.

Значимость эпидемиологических исследований при разработке методов профилактики наркологических заболеваний

Корчагина Г.А., Фадеева Е.В.

Научно-исследовательский институт наркологии — филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Определение эпидемиологии наркологических заболеваний было дано еще в середине 90-х годов Б.Д. Петраковым, Б.Д. Цыганковым, в котором эпидемиология рассматривалась как научное направление, имеющее целью изучить основные закономерности возникновения и распространения наркологических заболеваний среди населения и факторы риска, обуславливающие эти закономерности, с целью научной разработки мероприятий по их предупреждению и лечению. Перспективы использования эпидемиологических методов исследования применительно к разработке и внедрению профилактических мероприятий имеют большое практическое значение. Необходимость взаимодействия эпидемиологических исследований и профилактических интервенций объясняется высокой распространенностью наркологических заболеваний в мире и тяжелыми социально-экономическими последствиями, вызванными употреблением ПАВ. Так по оценкам UNDOC в 2013 году запрещенные наркотики принимали в общей сложности 246 млн. человек, или каждый двадцатый житель планеты в возрасте от 15 до 64 лет. Масштабы мировой проблемы наркотиков становятся еще более очевидными, если учесть, что по меньшей мере каждый десятый наркопотребитель страдает каким-либо наркологическим расстройством или наркозависимостью. Почти половина из них (12,19 млн.) употребляет наркотики путем инъекций, и в их число входят около 1,65 млн. человек, которые в 2013 году жили с ВИЧ. Во всем мире растет также число лиц, нуждающихся в лечении в связи с употреблением стимуляторов амфетаминового ряда. Новые психоактивные вещества (НПВ) предлагаются на рынке в качестве альтернативы ПАВ, находящихся под международным контролем. Информация и исследования о потенциальном вреде НПВ

являются довольно ограниченными, однако их распространение создает угрозу для здоровья и ведет к повышению обращаемости за наркологической помощью. Все перечисленные эпидемиологические данные свидетельствуют о необходимости усиления мер профилактики.

Эпидемиологический анализ предлагает мощный инструментарий для изучения уровня распространенности наркологических заболеваний, позволяет выделить сложные элементы феномена, определить факторы риска, группы риска и рисковые ситуации, связанные с употреблением наркотиков, с развитием зависимости и ее последствия. Эпидемиологический анализ может внести свою лепту в идентификацию возникающих тенденций и в оценку принимаемых мер. При помощи эпидемиологических исследований можно выявить модели употребления наркотических и психоактивных веществ и проблемы, связанные с употреблением наркотиков, которые имеют важное значение для разработки теоретических обоснований профилактических мероприятий.

Потенциал эпидемиологических исследований до сих пор полностью не используется и еще реже результаты этих исследований используются в практической деятельности лиц, вовлеченных в профилактическую работу. Необходимо отметить, что информация и анализ данных на национальном уровне дают общую картину, но для повышения эффективности профилактической работы на местах необходимо взаимодействие, как властей, так и законодателей, исследователей и работников практических сфер.

Стандарты профилактики и мониторинга ситуации с употреблением психоактивных веществ

Корчагина Г.А., Фадеева Е.В.

Научно-исследовательский институт наркологии — филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Разработка и внедрение единых, научно обоснованных стандартов профилактики потребления психоактивных веществ (ПАВ), включая табак, алкоголь и наркотики, для различных категорий населения является одним из приоритетных направлений государственной политики, а также насущной необходимостью учреждений здравоохранения и образования. Несмотря на большое количество уже существующих антитабачных, антиалкогольных и антинаркотических программ они с большим трудом поддаются стандартизации и оценке их эффективности, и как следствие, не могут быть рекомендованы к использованию и внедрены в федеральном, либо муниципальном масштабе. В Европейских странах, Соединенных Штатах Америки и мировом сообществе в целом действуют и регулярно обновляются международные стандарты профилактики потребления психоактивных веществ. В Российской Федерации в 2011 г. Министерством образования и науки России была утверждена Концепция профилактики употребления психоактивных веществ в образовательной среде. Данный документ предлагает утвердить общегосударственные нормы в области деятельности по первичной профилактике употребления ПАВ, осуществляемой в образовательной среде. Разработчики предлагают регламентировать деятельность специалистов различного профиля в условиях образовательного пространства согласно единым научно-обоснованным требованиям, обозначенных в рамках программно-целевого подхода и строго координируется в соответствии с нормативной базой для взаимодействия специалистов различного профиля. Проект государственного стандарта первичной профилактики злоупотребления ПАВ в образовательной среде, предложенный управлением социально-педагогической поддержки и реабилитации детей Минобразования России так и не был утвержден. Опира-

ясь на опыт реализации и внедрения программ профилактики в Европейских странах, Соединенных Штатах Америки, Канаде важно отметить, что в Российской Федерации разработаны и функционируют все ключевые составляющие стандартизированных основ первичной профилактики: — единая нормативно-правовая база, определяющая законодательные нормы проведения данных программ; — единая концепция превентивных программ, опирающаяся на отечественные и зарубежные научно-обоснованные методы профилактической помощи; — успешно действующие программы мониторинга, позволяющие обозначить реальные масштабы ситуации с употреблением ПАВ среди различных категорий населения; — организована координация многочисленных секторов и уровней, участвующих в профилактике, на национальном и муниципальных уровнях. Отсутствует только единая система оценки действующих профилактических программ, позволяющая оценить эффективность их функционирования в различные промежутки времени. В заключение следует отметить, что приоритетной целью внедрения единых основ эффективной национальной системы профилактических вмешательств являются стандартизированные действия, направленные на поддержку детей и молодежи в критические периоды их развития, когда они наиболее уязвимы, а именно в младенчестве, в раннем детстве, при переходе от детства к юности. Государственные и гражданские институты, принимая активное участие в планировании, осуществлении, мониторинге и оценке компонентов профилактических стандартов, структурируя и интегрируя последовательную реализацию стандартов на федеральном и муниципальных уровнях, четко определяют роли и обязанности для всех заинтересованных сторон, включая деятельность национальных и муниципальных органов администрации, услуги неправительственных организаций, религиозных общин, университетов и других научных учреждений. Полноценное функционирование данной системы должно подкрепляться адекватными ресурсами: эффективная превентивная работа возможна при условии адекватного финансирования и подготовки соответствующих заинтересованных сторон на постоянной основе. Внедрение международных стандартов профилактики потребления ПАВ и системы оценки, адаптированных к государственным, национальным, политическим и об-

щественным условиям Российской Федерации, вовлечение в профилактическую деятельность различных общественных институтов и уровней, обеспечивающих адекватные ресурсы и поддерживающих устойчивое развитие и функционирование целой системы первичной профилактики аддиктивного поведения, позволит создать целостную систему национальной профилактики на долгое время.

Клинические особенности психопатоподобного поведения у детей с органическими психическими расстройствами

Крахмалева О.Е., Гранкина И.В., Иванова Т.И.

БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодникова», г. Омск;
ГБУО ВПО «Омский государственный университет», г. Омск

Материал исследования: для оценки клинических особенностей отклоняющегося поведения у детей с органическими расстройствами было изучено 39 детей (F 06.6) с ведущей в клинической картине психопатоподобной симптоматикой, находящихся на стационарном лечении в детском отделении психиатрической больницы.

Результаты: рассматривая особенности отклоняющегося поведения, у детей с органическими расстройствами, изучено 39 клинических случаев у детей находящихся на госпитализации в детском психиатрическом стационаре. Среди них 15,4% девочек (n — 6) и 84,6% (n — 33) мальчиков, средний возраст которых составил 9,43+1,43 лет. Нозологическая принадлежность основного заболевания определилась как органическое эмоционально лабильное расстройство (F 06.6). На момент обследования 12,7% (n — 5) детей данной группы состояли на учете в инспекции по делам несовершеннолетних в связи с регулярным совершением противоправных деяний (кражи, хулиганство, агрессия по направлению к сверстникам). Все дети исследуемой группы эпизодически курили либо пробовали курить, среди них 10% (n — 13) детей курили систематически. Алкоголь к моменту обследования пробовали, либо употребляли редко так же все дети (100%), систематически употребляли и имели симптом зависимости 3,6% детей (n — 1). Клиника отклоняющихся форм поведения определялась повышенной аффективной возбудимостью, импульсивностью, суетливостью, не целенаправленным двигательным беспокойством, неумением подчиняться требованиям дисциплины, что затрудняло их адаптацию в детском коллективе. У 35,8% (n — 14) обследованных детей проявлялись симптомы буллинга, сформированные по отношению к определенным детям в коллективе. Дети высме-

ивали, вербально и физически унижали определенную группу сверстников на протяжении длительного времени. В предподростковом возрасте присоединялись реакции оппозиции, компенсации, гиперкомпенсации, группирования, что усугубляло социальную дезадаптацию. Симптомы индивидуального булинга перемещались в структуру групповой травли запугиваемых детей с присоединением криминальных форм унижения.

В процессе исследования у 17,9% (n — 7) детей с органическими расстройствами выявлены нарушения сексуального поведения.

Склонность к агрессии и совершению сексуального насилия отмечались у 7,7% (n — 3, все мальчики).

У 17,9% (n=7) детей выявлялись нарушения сексуального поведения.

Материнская депривация в семье — последствия для детей раннего возраста

Кремнева Л.Ф., Крылатова Т.А.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва

Материнская депривация является сегодня важной социальной проблемой во всем мире, наша страна не исключение. Полноценное развитие ребенка может осуществляться только в контакте с матерью. В то же время, многие дети, растущие в семье, страдают от материнской депривации, которая может иметь самые разные причины: чрезмерная занятость матери, отсутствие интереса к ребенку, озабоченность собственными проблемами, заболевание матери (соматическое, психическое), заблуждения, предрассудки, непонимание своей родительской роли и т.п. В итоге ребенок с первых дней своей жизни не чувствует себя ценным, нужным, любимым, вне зависимости от своего поведения и своих качеств.

Различают парциальную депривацию — когда не удовлетворена какая-либо одна потребность и полную (тотальную), когда одновременно не удовлетворены многие потребности или одна, но настолько важная, что ее неудовлетворение вызывает тотальные нарушения. Примером последней является материнская депривация. Ее крайне пагубные последствия объясняются тем, что сенсорная, двигательная, эмоциональная и социальная депривация являются ее следствием — следствием лишения ребенка с раннего возраста заботы матери, ее тепла. Последствия материнской депривации начинают появляться со второго, третьего месяца жизни и, без преувеличения можно сказать — звучат на протяжении всей жизни человека.

Изучена группа детей в возрасте от 8 месяцев до 4 лет (83 ребенка и их матери), с депривирующим типом воспитания. Эта группа составила 30% от всего контингента детей, обратившихся за год в один из центров психолого-медико-социального сопровождения детей г. Москвы. Характеризуя психическое состояние и развитие детей, следует отметить, что при разнообразных вариантах нарушения поведения матерей, в рамках депривационного типа воспитания, дети раннего возраста отвечали следующим спектром болезненных проявлений: задержками развития (психического, речевого, физического),

нарушениями поведения в форме истерических реакций, синдрома отрицательного самопредъявления, черт тормозимости в характере с уходом от трудностей, либо агрессивности, двигательной расторможенности, фобических реакций и невротических тиков, склонности к психосоматическим заболеваниям, проявлениями формирования патологических типов привязанности. Тяжесть болезненных проявлений зависела от длительности воздействия депривационного фактора (то есть с возрастом усиливалась) и степени его выраженности, так как некоторые матери не сразу и не в полном объеме, но все же удовлетворяли потребности ребенка, другие — почти полностью их игнорировали и тогда судьба ребенка, даже его физическое выживание, зависело от степени участия в нем ближайшего окружения. Таким образом, отклоняющееся, неправильное поведение матери может быть причиной психической патологии у детей, начиная с раннего возраста.

Хотя механизмы воздействия ребенка на мать и матери на ребенка во многом являются врожденными, закрепившимися в филогенезе, однако результат их функционирования не предопределен. Все зависит от того, какой характер взаимодействия будет установлен между матерью и ребенком, насколько реакция матери в ответ на разные формы проявления активности младенца будет своевременной, точной, адресной. В настоящее время требуется целенаправленная организация профилактической работы с матерями, изменение отношения матери к ребенку в процессе коррекционной работы, осознавание ею принципиальной важности именно материнской роли, особенно в период младенчества и раннего детского возраста. Необходимо понимание матерью содержания и процесса развития личностных потребностей ребенка, начиная с момента рождения, важной роли синхронизации, «сонастройки» ритмов поведения матери и ребенка, теплоты материнской заботы и ее постоянства, для формирования гармоничной диады «мать-дитя».

Психопрофилактика в детстве — залог здоровья общества

Крылатова Т.А., Козловская Г.В., Иванов М.В., Кремнева Л.Ф.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва

Психиатрия не только как медицинская, но и как социальная дисциплина — переживает сложные времена. Это касается и детской психиатрии. В детском возрасте во всей полноте можно осуществлять меры первичной психопрофилактики, что имеет колоссальное значение для будущего благополучия общества в целом. На рубеже XX-XXI вв. детские психиатры успешно занимались первичной психопрофилактикой в рамках открытых тогда, по их инициативе психолого-медико-социальных центров. Но в начале 2010 годов эти центры были упразднены, переведены в сферу социальных служб, с исключением медицинской составляющей в их деятельности. Кроме того, перепрофилированы два отделения для подростков в остром психотическом состоянии, единственные в г. Москве.

В последние годы последовательно осуществляется давление на психиатрию, размываются границы психической нормы и патологии, дезавуируются позиции, выработанные отечественной психиатрией в течение десятилетий. Психиатрическую составляющую в медицинском обслуживании населения целенаправленно стараются заменить «социально ориентированными» НКО. В рамках НКО формируются бригады «специалистов» широкого профиля с неясной подготовкой, не имеющих медицинского образования, но якобы гарантирующих решение сложных вопросов быстро, простыми и «недорогостоящими» методами.

Множественные вопросы вызывает вошедший в силу ФЗ «О социальном обслуживании населения», который предлагает проводить обязательный мониторинг семей через социальные службы, в то время как помощь, в том числе психолого-психиатрическую, необходимо проводить преимущественно на добровольной основе, однако в настоящее время государственные центры такой помощи свернуты. На этом фоне наша группа детских психиатров, сформированная в 80-х годах, пришла к пониманию необходимости большего участия в общественном

процессе и вошла в Совет при Уполномоченном при Президенте РФ по правам ребенка, который осуществляет постоянный мониторинг помощи детям во всех регионах РФ.

Работа в Совете осуществляется в течение последних 3-х лет и носит постоянный характер, заключающийся в проработке проблем, связанных с психопрофилактикой. Проведен анализ деятельности зарубежных патронатных служб, развитие этих служб в нашей стране, с департаментом соцзащиты населения Правительства Москвы обсуждены острые вопросы психопрофилактического направления. Осуществляется постоянное участие в круглых столах, конференциях. Особенно важно наше участие в расширенных Съездах региональных Уполномоченных по правам ребенка. Отделом была разработана методика для раннего выявления риска возникновения психических заболеваний у детей, которая, в противовес зарубежным аналогам, приспособлена к отечественным реалиям, культурным особенностям и пр. При активном взаимодействии с юристами, психологами, нами проводился анализ законопроектов и положений, связанных с психопрофилактическим направлением, таких как проект ФЗ «О психологической помощи», проект ФЗ «О предупреждении и профилактике семейно-бытового насилия» и др. Проведен анализ работы крупного форума «Права детей в России и Финляндии», выводы которого часто носили весьма спорный характер, ввиду активного развития в Скандинавских странах отъема детей из кровных семей.

В последнее время дискуссия развернулась вокруг «Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Инициировано принятие ряда поправок, имеющих немедицинский, а по сути антипсихиатрический подход, проведение в жизнь которых планируется доверить НКО (т.е. непрофессионалам). Необходима детальная проработка данного законопроекта рабочей группой психиатров совместно с юристами.

Алекситимия у подростков с нарушениями развития: психоаналитический вектор

Куприянова И.Е., Карауш И.С.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр, г. Томск

Особенности эмоционального статуса и эмоционального реагирования являются одними из наиболее значимых психологических свойств, влияющих на адаптацию в детско-подростковом и юношеском возрасте. Малоизученным относительно детей с нарушениями развития феноменом является алекситимия, описываемая с современных позиций как недостаток когнитивной обработки и регулирования эмоциональных состояний. С точки зрения психоанализа алекситимия рассматривается как защитный механизм, действующий против непереносимых аффектов. *Целью* представляемого фрагмента *исследования* являлось изучение алекситимии у детей с нарушениями развития с позиции психоаналитического подхода.

Материал: методом сплошной выборки обследовано 368 учащихся 7-18 лет специализированных (коррекционных) школ: 186 учащихся с нарушениями слуха (100% имеют статус инвалида) и 182 учащихся с нарушениями зрения (45% имеют статус инвалида). Психические расстройства выявлены у 79% учащихся; чаще встречаются смешанные специфические расстройства развития (42,4%), органические расстройства (13,3%) и умственная отсталость легкой степени (12,5%). *Методы:* клинический, психологический и статистический (дискриминантный анализ, корреляционный анализ Спирмена).

Алекситимия, в контексте изучения эмоциональных состояний детей и подростков с сенсорными нарушениями рассматривалась как недостаток в вербальном и невербальном поведении эмоциональных составляющих (эмоциональной лексики, жестов, мимики), трудностей в межличностном общении, предъявление жалоб на физическое здоровье при отрицании наличия психологических проблем, трудности описания и определения чувств; все это приводит к проблемам социального функционирования. У 35% детей с сенсорными нарушениями выявлены алекситимические черты, значимо чаще ($p=0,023$) — у детей с нарушениями слуха; 34% имеют риск развития

алекситимии. Наличие психиатрического диагноза является основным признаком, который значимо увеличивает вероятность наличия алекситимических черт. Другими выявленными дискриминантными признаками, разграничивающими группы «алекситимия»-«риск»-«норма», являются: тип воспитания, нарушения адаптации к детскому саду, уровень тревоги и психотравмирующий фактор «осознание физического дефекта» (статистическая значимость различий $p<0,00001$). Традиционно психиатрами либо не исследуется наличие алекситимии, либо она рассматривается исключительно как перспектива развития психосоматических расстройств в будущем.

С позиции психоанализа, алекситимию можно рассматривать по аналогии с психологическими защитами, в частности, с вытеснением, удаляющим аффекты в неосознаваемый полюс, ограничивающим психические реакции, заменяя их более приемлемыми (или менее травматичными) физиологическими. Переживание — это основной элемент жизненного опыта; алекситимическое реагирование препятствует его получению, у рассматриваемого контингента усугубляя инфантилизм, равнодушие и обедняя социальное взаимодействие.

Для подростков с нарушениями зрения травмирующий фактор осознание собственного дефекта, коррелирующий с тревогой, часто является источником внутреннего конфликта, и решением проблемы является попытка её «отрицания», уход от негативных эмоций, вытеснение осознания их наличия. У подростков с нарушениями слуха «фасадом» алекситимических черт является агрессивное поведение как отражение негативных эмоциональных переживаний, не осознающихся детьми. Психотерапевтическая работа в таких случаях должна включать аспект принятия собственного дефекта, поиск различных вариантов социального взаимодействия, снижение уровня тревоги.

Для большинства родителей детей с алекситимическими характеристиками, также было характерны подобные черты. Они больше говорили о физическом самочувствии их детей, затруднялись или отказывались обсуждать эмоциональные характеристики, «вытесняя» или «отрицая» даже возможность душевного неблагополучия ребёнка, предпочитая обсуждение продления статуса инвалида, стандартного лечения сопутствующих соматических расстройств, жалобы на недостаток вни-

мания со стороны школы к ребенку. Эти наблюдения определяют еще одно направление терапевтической деятельности — анализ эмоциональных проблем родителей, принятие ими ребенка с дефектом и идентификация их собственных чувств.

Таким образом, психоаналитическая трактовка полученных данных помогает лучшему их пониманию и определению перспективы психотерапии и психосоциальной реабилитации подростков с нарушениями развития.

Групповая психосоциальная терапия с родителями детей с гиперкинетическими расстройствами

Куприянова Т.А.

Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Актуальность: современные требования к лечению детей и подростков с психическими расстройствами, основанные на доказательном подходе, выводят на первый план не только контроль над симптомами, но и достижение и поддержание приемлемого уровня социального функционирования и качества жизни детей. Учитывая это, терапия гиперкинетических расстройств (ГР), относящихся к наиболее часто диагностируемым психическим нарушениям у детей, не должна ограничиваться лишь медикаментозным лечением, а быть комплексной с активным и обязательным вовлечением в лечебно-реабилитационный процесс родителей с целью повышения их ответственности, коррекции их поведения и отношения к ребенку. Это тем более важно, так как в семьях детей с ГР имеются специфические психосоциальные проблемы: воспитание по типу гиперопеки со вседозволенностью, предъявление к этим детям завышенных требований, которые они не в состоянии выполнить, что должно учитываться при проведении психосоциальной терапии в содержательной стороне модулей психосоциальной работы с семьями.

Цель: изучение влияния групповой психосоциальной терапии с родителями на динамику социального функционирования и качества жизни детей с ГР.

Материалы и методы: динамически обследовано 65 родителей (матерей) и детей (51 мальчик, 14 девочек) в возрасте 6-12 лет (средний возраст 9,6±2,8) с ГР (по МКБ-10), длительность заболевания — 3,1±1,8 года. Интеллектуальное развитие детей соответствовало возрастной норме. Все дети получали терапию атомоксетином в возрастных дозировках. При инициальной оценке, через 3 и 6 месяцев были использованы оп-

росник для оценки проблем, возникающих при уходе за больным ребенком (CGSQ), шкала общего уровня функционирования (CGAS), адаптированный опросник по исследованию качества жизни детей и подростков (ILC). Психосоциальная терапия с родителями проводилась в группах с количеством участников в каждой 8-9 человек. Общее количество рабочих сессий составляло 8 занятий. Частота занятий — 2 раза в неделю. Продолжительность каждого занятия — 90 минут.

Результаты: в результате проведения групповой психосоциальной терапии родители стали более адекватны в оценке состояния и понимания своего ребенка, у них появились новые цели и пути их решения, с уменьшением чувства вины они стали более уверенными в решении проблем. Сравнительный анализ данных по шкале CGSQ показал явную тенденцию к уменьшению семейного бремени, особенно в субшкалах, касающейся субъективных внутренних чувств — с 4,95 баллов до 3,75 баллов ($p<0,05$). Улучшение отмечалось также по шкале общего функционирования (CGAS) — повышение баллов с тенденцией к уменьшению числа детей и подростков со стойкой социальной дезадаптацией, что значительно улучшило адекватную реализацию лечебно-реабилитационных мероприятий ($p<0,01$) и по шкале ILC. При сопоставлении полученных показателей семейного бремени с оценкой общего функционирования по CGAS установлено наличие отрицательной корреляционной связи ($r=-0.463$, $p=0.005$), то есть снижение показателей семейного бремени ведет к повышению уровня социального функционирования детей и подростков с ГР.

Выводы: групповая психосоциальная терапия с родителями детей с ГР способствует снижению уровня семейного бремени и достоверно повышает уровень социального функционирования и качества жизни больных детей и подростков. Значительная роль в объяснении данного феномена отводится психосоциальным семейным факторам, способствующим или препятствующим формированию и закреплению дезадаптивных форм личностного реагирования, являющихся значимыми факторами риска формирования нарушений психосоциального развития.

Психическое здоровье детей и подростков в регионе Сибири

Куприянова И.Е., Солонский А.В., Дашиева Б.А.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр, г. Томск

Для Сибирского федерального округа в целом характерны более высокие показатели как первичной, так и общей заболеваемости психическими расстройствами детей и подростков по сравнению с показателями России. Республику Бурятия выделяют самые низкие показатели в течение девяти лет. Для Томской области характерны более высокие показатели среди детского населения, для Кемеровской — подросткового.

Анализ основных показателей распространенности психических заболеваний в городском и сельском населении Томской области выявил неравномерность распределения показателей первичной и общей заболеваемости, разные темпы прироста:

- более высокий уровень распространенности психических расстройств в городе Томске по сравнению с сельскими районами;
- в структуре первичной заболеваемости детского возраста максимальный удельный вес имеют психические расстройства непсихотического характера 77%, умственная отсталость составляет 10%;
- у подростков наиболее часто диагностируются поведенческие и эмоциональные нарушения (39,3%), на втором месте по частоте непсихотические органические расстройства (21%), и невротические расстройства (19,6%), умственная отсталость выявляется в 10%.

Методом главных компонент выделены факторы риска, способствующие развитию психических расстройств: алкоголизация матери, семейный алкоголизм, школьная дезадаптация (когнитивный и поведенческий компонент), нарушение поведения вне школы (семья, окружение сверстников). В меньшей степени влияют психологические паттерны (патология воспитания, нарушенная коммуникация в среде сверстников агрессивность, конфликтность, тревожность, застенчивость, сниженная самооценка) и особенности раннего развития (перинаталь-

ная патология, соматические заболевания, асинхрония, ретардация, энурез, сомнамбулизм, страхи, тики).

Исследования алкогольного синдрома плода выявило ультраструктурные изменения, качественно и количественно отличающие мозг эмбрионов и плодов при пренатальном влиянии алкоголя на мозг. Этот комплекс включает изменения функционального и пролиферативного характера, а также элементы ускоренного развития. Первый компонент включает в себя различные по степени выраженности изменения ядра, митохондрий и включений. К элементам пролиферативного характера относятся увеличение протяженности внутренней и наружной ядерных мембран с образованием выростов, появление внутриклеточных мембранных структур с образованием многочисленных мембранных телец.

Для достижения успешного развития превентивного направления необходимо внедрение научно обоснованных организационных моделей взаимодействия; выявление ранних форм психических и соматических расстройств; использование инновационных высокоэффективных диагностических, фармако- и психотерапевтических подходов.

В научном плане планируется развивать фундаментальные исследования психического здоровья детей (морфологические характеристики развития мозга плода, генетические исследования), исследование психического здоровья у детей с ограниченными возможностями здоровья (ДЦП, нарушения слуха, нарушения зрения), развитие детской суицидологической службы, разработать превентивные психокоррекционные программы для женщин с патологией беременности.

Особенности психического дизонтогенеза у детей дошкольного возраста с перинатальной патологией

Луговых Н.А., Пирогова М.Ю., Малинина Е.В., Юркина Н.В.

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск

Цель исследования: определить особенности психического дизонтогенеза у детей дошкольного возраста, перенесших критические состояния в период новорожденности.

Материал и методы: в группу обследования вошел 101 ребенок дошкольного возраста 5-6 лет. В неонатальный период все они перенесли критическое состояние (реанимационные мероприятия). Использовались клинико-психопатологический и экспериментально-психологический методы обследования.

Результаты исследования и обсуждение: группу исследования составили 100 детей, которые в клинической картине имели разнообразную психопатологическую симптоматику отвечающую критериям резидуально-органических психических расстройств. Один ребенок был признан здоровым. В процессе дальнейшего обследования было выделено 3 группы по результатам IQ тестирования методом Цветных прогрессивных матриц Равена. Первая группа детей с нормальным уровнем интеллекта (n=60); 2-я группа (n=21) — дети с пограничной интеллектуальной недостаточностью (ЗПР); 3-я группа (n=19) — дети с умственной отсталостью (УО). Осевым психопатологическим симптомокомплексом у всех обследуемых был церебрастенический синдром, проявлявшийся высокой истощаемостью и значительным снижением работоспособности. Особенность клинической картины проявлялась в парциальности интеллектуальных нарушений, разнообразии речевых, невроподобных и эмоциональных расстройств. Нейропсихологический анализ состояния психических функций у детей позволил обнаружить особенности когнитивного дизонтогенеза у обследуемых. Так, 60% детей к старшему дошкольному возрасту продемонстрировали нормальный уровень интеллекта (1 группа), полную готовность к обучению в школе. В тоже

время имели место бедная речевая продукция, снижена обобщающая функция речи при интактности базисных характеристик (артикуляция, фонематический слух). Кроме того, у большинства детей отмечены колебания уровня внимания, истощаемость, трудности включения в деятельность и автоматизации ее протекания, излишняя лабильности/инертности, что свидетельствовало о нарушении «энергетического обеспечения» мозга или нейродинамическом факторе. За этой феноменологией, по-видимому стоят сложные мозговые механизмы, своеобразные отклонения церебрального морфо- и функциогенеза в большей степени подкорковых образований. Вторую группу (21%) по результатам тестирования составили дети с пограничной интеллектуальной недостаточностью. И здесь наблюдалась несформированность кинестетического праксиса, нарушения памяти, внимания и речи, а также нейродинамические симптомокомплексы. Т.е. нейропсихологический синдром в большей степени отражал диффузную несформированность психических процессов. В третью группу (19%) вошли дети с умственной отсталостью, у которых были диагностированы все основные признаки недоразвития психики. Когнитивные расстройства имели различную степень выраженности: от легкой до глубокой умственной отсталости. Тяжесть психического статуса соответствовала тяжести структурных нарушений головного мозга и выраженности неврологических симптомов (параличи, парезы, атаксия, гиперкинезы). Нейропсихологически выявлялись дефицитарные нарушения как на уровне стволовых, так и на уровне корковых образований.

Выводы: таким образом, клинико-нейропсихологическая оценка когнитивного дизонтогенеза после перенесенных критических состояний в неонатальный период демонстрирует нарушения функционирования ЦНС в большей степени диффузного характера на уровне нескольких систем мозга (стволовой, кортикальный, корково-подкорковый). Преобладание того или иного уровня дизрегуляции определяет особенности клинической картины в группах обследуемых.

Изменения в системе ценностей молодых потребителей наркотиков с ВИЧ-инфекцией

Любаева Е.В., Должанская Н.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Цель: провести анализ изменений в системе ценностей молодых потребителей инъекционных наркотиков после сообщения им диагноза «ВИЧ-инфекция».

Объект исследования и методы: основная группа: юноши и девушки с опытом употребления инъекционных наркотиков и с ВИЧ-инфекцией — 30 чел.; контрольная группа: юноши и девушки, учащиеся колледжа, не употреблявшие наркотики и без ВИЧ-инфекции — 30 чел. Возраст испытуемых в обеих группах от 15 до 20 лет. Для анализа использовался метод ценностных ориентаций Фанталовой Е.Б. (1992) и программы статистической обработки данных «Stadia» и «Excel».

Обсуждение результатов: анализ системы ценностей подростков основной группы выявил характерные для них проблемные зоны в адаптации: выраженность внутренних конфликтов в сферах «здоровье», «наличие хороших и верных друзей», «уверенность в себе»; и несформированность таких ценностей, как «активная, деятельная жизнь», «познание», «творчество»; «свобода как независимость в поступках и действиях». Ведущими ориентационными ценностями у подростков основной группы являются «здоровье», «любовь», «счастливая семейная жизнь», «наличие хороших и верных друзей». Неравномерность распределения выборки при оценивании доступности «Счастливой семейной жизни» говорит о тревоге испытуемых в отношении своего собственного семейного благополучия в будущем. Так 56% испытуемых высоко оценивают доступность семейного счастья, в то же время 41% считают его недоступным в своем будущем. В основной группе испытуемых достоверно чаще ($p<0,01$) здоровье оценивается как высокозначимая жизненная сфера.

Выявленные у подростков основной группы внутренние конфликты (ВК) по отношению к некоторым жизненным сферам свидетельствуют о наличии наиболее болезненных острых и

сложных психологических переживаний. У них были максимально выражены внутренние конфликты в сферах «здоровье», «наличие хороших и верных друзей», «уверенность в себе». Содержательный набор конфликтных сфер у подростков основной группы был обусловлен имеющимся заболеванием и актуальными проблемами. В этой группе достоверно чаще, чем в контрольной, выявилось расхождение между доступностью и значимостью «активной, деятельной жизни» (внутренний вакуум) ($p<0,05$).

Выводы: анализ психологических особенностей молодых людей, употребляющих наркотические вещества и страдающих инфекцией ВИЧ, подтверждает, что эти пациенты находятся в состоянии дезадаптации и нуждаются в специализированной психологической помощи. Выявленные особенности в системе ценностей у молодых людей, употреблявших наркотики, определяются наличием у них актуальной проблемы — установленного диагноза ВИЧ-инфекции — тяжелого заболевания, представляющего реальную угрозу жизни и налагающего ряд ограничений на социальную активность. Это объясняет появление мотива сохранения жизни и осознание ценности здоровья пациентов основной группы. Этот мотив может быть использован в практике консультирования для изменения поведения пациента на более безопасное в плане передачи ВИЧ-инфекции инфекции и отказа от употребления наркотиков. Психологическая помощь этим больным предполагает в качестве стратегической цели восстановление чувства личной ценности, утверждение своей индивидуальности и ответственности через конструктивное поведение, а также снижение тревоги и напряженности.

Душевнобольные матери несовершеннолетних детей: портрет и нужды

Любов Е.Б.

Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Цели и задачи: изучить социально-демографические и клинические характеристики психически больных матерей (на примере больных шизофренией) несовершеннолетних детей и их нужды

Материалы и методы: на участках московского, ставропольского и тульского ПНД невыборочно выделены и опрошены посредством оригинального опросника 117 женщин-больных шизофренией, имеющих несовершеннолетних (≤ 16лет) детей.

Результаты: доля матерей составила <3% охваченных лечением на участках больных шизофренией. Средний возраст 38,2±7,3 лет, у каждой 1,5±0,9 детей (1-14 лет), 3/4 родили до дебюта болезни. Образовательный ценз выше среднего в населении: неполное среднее, среднее образование — 40%; высшее — 60%. Более 1/2 замужем. Работают 40% (со снижением квалификации, неполный день 1/3); инвалиды по психическому заболеванию — 1/2 Доход на члена семьи в 2-3 раза ниже среднедушевого в регионе. У всех жильё, у 1/3 задолженность по квартплате. Треть женщин злоупотребляет спиртным. Большая часть (3/4) больна 10,8±7,9 лет. Доля недобровольно госпитализированных за последние 3 года наблюдения 1/3 (вдвое более, чем на участках); число госпитализаций — 1,5±1,3; эпизоды физической и вербальной агрессии в отношении детей у 1/3 уклоняющихся от лечения; Более 1/2 сообщили, что они «плохие матери», так как вынуждены лечиться в ПБ, но все заявили, что лишение родительских прав было бы для них «трагедией». Доля передавших детей социальным службам < 10%. Лишь 1/4 полагает, что детям без них лучше, выявляя суицидальные мысли (1/2 совершила ранее попытки суицида). Более 3/4 матерей боятся развития у их чад психического расстройства, но не информированы о ранних его проявлениях. Ни одна не готова более рожать, у 1/2 медикаментозная аме-

норея, что воспринимается ими как «старость». Четверть озабочена сексуальными проблемами (аноргазмия) и потерей женской привлекательности (излишний вес), объясняя это лишь приемом лекарств, > 1/2 уклоняется от лечения, но остальные подчеркивают, что ответственность перед детьми — стимул к выздоровлению при соблюдении режима лечения вопреки нежелательным действиям (остаточные симптомы болезни обычно смешаны с первыми).

Выводы: большинство женщин, смирившись (как и большинство населения) с низким доходом и узким кругом общения (семья), тяготятся психическими симптомами и побочными действиями лекарств, невозможностью полноценного воспитания детей, более рассчитывая на семью, чем социальные службы. Душевнобольные матери представляют показательную группу пациентов с сочетанными клиническими и социальными проблемами, их изменчивые нужды важно учитывать при организации междисциплинарной и межведомственной реабилитационной программы, включающей и психогигиенические мероприятия в отношении детей пациенток, относящихся к группе риска психических и физических расстройств.

Проблемы участия родителей в тестировании школьников на наркотики

Макаров А.В., Мирошниченко Е.Л.

Научно-исследовательский институт наркологии — филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Проводимое добровольное тестирование учащихся на потребление наркотиков отражает позицию государства о неприемлемости наркотических проб вообще и в подростковом возрасте в частности. Оно способствует формированию безопасной среды, позволяет выявить риски формирования наркозависимости на ранней стадии, но организация тестирования в школах требует доработки. Прежде всего, это касается мотивации к участию в тестировании как учащихся, так и их родителей. Накопленный за несколько лет опыт показывает, что далеко не во всех случаях удается получить информированное согласие на тестирование от учащихся или их законных представителей. Часть родителей отказываются от проведения тестирования их детям со ссылкой на формальное благополучие своей семьи. Поэтому при проведении разъяснительной работы с родителями и учащимися необходимо акцентировать внимание на следующих моментах. Во-первых, наркотические пробы обусловлены психологическими механизмами подросткового взросления (от скуки, из любопытства, за компанию и т.п.). Во-вторых, эти пробы случаются с детьми из разных социальных слоев (чиновники, бизнесмены, продавцы, врачи, безработные и т.д.). В-третьих, родители обычно последними узнают о наркотизации своего ребенка, хотя также, как и государство, заинтересованы в предупреждении и раннем выявлении приобщения подростка к наркотикам. В-четвертых, результаты тестирования защищены законом о врачебной тайне — при выявлении факта наркопотребления врачи беседуют учащимися и их родителями и никогда не сообщают об этом в правоохранительные структуры и педагогам. Это связано с тем, что задача тестирования — помочь подростку и семье справиться с трудной ситуацией. В-пятых, тестирование — это забота о создании здоровой среды в учебном учреждении.

Из всевозможных опасений родители блокируют участие своего ребенка в тестировании, подвергая сомнению принцип анонимности, качество диагностики, совершенство методов исследования.

Один из этапов тестирования учащихся на потребление наркотиков является осмотр врачом психиатром-наркологом. В ходе такого осмотра специалист фиксирует психический статус ребенка, может выявить признаки предрасположенности к наркотизации или иные нарушения психического здоровья. Необходимо обратить внимание родителей на уникальную возможность получить результаты квалифицированного обследования профильным специалистом и совместно с ним спланировать дальнейшие профилактические мероприятия. Однако, практика показывает, что значительная часть родителей не заинтересована в таком сотрудничестве.

Специалисты и население обсуждают экономическую целесообразность тестирования школьников на наркотики. Справедливо указывается на высокую стоимость процедуры при мизерном выявлении наркотических проб. Можно предложить сократить расходы и смягчить процедуру «полицейского» подхода в тестировании, если обучить часть родителей — после мотивации и информированного согласия — на забор анализов на наркотики в домашних условиях. Снимается вопрос о доверии к государственным органам, сокращается количество бесполезных анализов у не пробовавших наркотики детей, не нарушается семейное взаимопонимание и т.п.

Есть мнение, что тестировать детей на потребление наркотиков надо в принудительном порядке и в полном объеме. Оппоненты данного подхода исходят из логики охраны прав учащихся, а также высказывают сомнение в соблюдении принципа врачебной тайны. Авторы считают, что защита учащегося включает охрану его от вредных воздействий окружения, в том числе влияния СМИ, нередко пропагандирующих «свободу» и «толерантность», заражения «плохой компании» во дворе и др. В этом направлении усилия государства пока недостаточны. Вопросы врачебной тайны также следует включать в программы повышения квалификации медицинских работников. Вовлечение родителей в тестирование школьников на наркотики повысит эффективность процедуры и усилит ее значение в антинаркотической профилактике.

Организация антисуицидальной помощи несовершеннолетним в Сибирском федеральном округе

Макашева В.А., Суворова Д.С., Леденева И.Г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Новосибирский областной детский клинический психоневрологический диспансер», г. Новосибирск

Психическое здоровье детского населения и молодежи региона — определяющий фактор не только будущего, но и его настоящего демографического, социально-экономического состояния. Низкое качество жизни, бедность населения, социально-экономическая нестабильность формируют высокий риск социально-психологической дезадаптации. Психическое неблагополучие молодежи ведет к росту агрессии в обществе, правонарушениям, ранней смертности от самоубийств, алкоголизации и иным формам социально деструктивного, саморазрушающего поведения.

Уровень и динамика самоубийств — один из важнейших индикаторов социальной, экономической и политической ситуации в обществе. Организация Объединенных Наций внесла эти показатели в число критериев, отражающих качество жизни населения, являющихся интегральной характеристикой физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека.

Снижение частоты суицидов является одним из приоритетных условий в реализации Программы действий ВОЗ по ликвидации проблем в области психического здоровья, развернутой в мире, в Плане действий для стран-участников рекомендуется сокращение показателя суицидов ориентировочно на 10% к 2020 году.

Округ является одной из неблагополучных территорий по суицидальному поведению несовершеннолетних: показатель завершенных суицидов 3.1 на 100 тыс. соответствующего населения против 1.6 по России. За период 2006-2015 гг. регистрируется снижение показателя в России на 61%, в СФО на 50% за счет таких территорий, как Новосибирская область, Алтайский, Красноярский края, где организована мультимодальная система предотвращения суицидов, созданная на основе современных представлений о факторах и механизмах суицидального поведения детей и подростков, которая доказала свою эффективность. Так, в Новосибирской обла-

сти в исследуемый период зарегистрировано снижение показателя на 64%: с 4,8 до 1,73, т.е. с 24 случаев до 8.

Ключевыми факторами снижения смертности от суицидов стало внедрение эпидемиологического мониторинга суицидального поведения. Регистрация самоубийств является сложной процедурой, вовлекающей различные органы и учреждения, включая органы правопорядка, поэтому формирование единой системы сбора данных требует развития. Отсутствие единой стандартизованной процедуры расследования, приема сообщений и ведения случая актуализирует проблему эпидмониторирования суицидов в стране.

Другим важнейшим фактором превенции стало раннее\своевременное выявление психических расстройств (тревожно-депрессивных состояний, нарушений поведения и т.д.), в том числе при проведении психологических скрининг—исследований несовершеннолетних группы риска, с предоставлением спектра психиатрических лечебно-реабилитационных услуг.

Нами установлено, что учтенная заболеваемость психическими расстройствами в СФО тесно связана с частотой суицидов среди детей и подростков: чем больше выявляется психических расстройств и расстройств поведения и чем больше частота встречаемости впервые в жизни установленных диагнозов у несовершеннолетних, тем меньше завершенных суицидов несовершеннолетних в регионе. В результате выявляемость психических расстройств у детей объясняла 40% вариации детских суицидов среди двенадцати субъектов СФО, а общая учтенная подростковая заболеваемость объясняла более половины вариации (57.5%) завершенных суицидов среди подростков.

Высокий уровень распространенности суицидов в административно-территориальном образовании представляет собой один из показателей общего неблагополучия населения на данной территории проживания: в нашем исследовании семь регионов с уровнем суицидов, значительно превышающих средний, по качеству жизни в рейтинге РФ занимают места ниже 60-го, шесть из них — 70-е и ниже, а Республика Тыва — последнее, что подтверждает мнение экспертов о роли детско-подростковой психиатрической службы на государственном, региональном и территориальном уровне в профилактике суицидов и предоставляет серьезные основания для ее развития и укрепления в каждом субъекте.

Организация психиатрической помощи детям с расстройствами аутистического спектра: популяционный скрининг, многокомпонентная реабилитационная система

Макашева В.А., Суворова Д.С., Тарасенко Е.И.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Новосибирский областной детский клинический психоневрологический диспансер», г. Новосибирск

В Российском сообществе семей с детьми, страдающими расстройствами аутистического спектра (РАС), сформирован медико-социальный запрос на получение эффективной психиатрической лечебно-диагностической и реабилитационной помощи, основанной на принципах доказательности, системности и преемственности с учреждениями социальной защиты и образования.

Внедрение популяционного скрининга групп риска РАС на территории Новосибирской области в соответствии с поручением МЗ РФ с 2015 года обусловило необходимость формирования системы диагностических, лечебно-реабилитационных и социально-педагогических мер в рамках единой концепции и методологии.

Подготовительный этап внедрения популяционного скрининга детей группы риска РАС проводился с использованием разработанной в 2014 году в отделе детской психиатрии ФГБУ «Научный центр психического здоровья» ФАНО России «Анкеты для родителей по выявлению нарушений психического (психологического) развития, риска возникновения расстройств аутистического спектра у детей в возрасте 16-24 месяцев» (далее — Анкета) и опросника M-CHAT. В результате исследования соответствия поставленным задачам используемого инструментария нами зарегистрирована высокая чувствительность (1), специфичность (0,95), прогностическая ценность отрицательного результата (0,99) опросника M-CHAT и низкая специфичность Анкеты в отношении РАС и нарушений развития (группу риска составило 70% детей — участников исследования из обычной популяции). Таким образом, опросник M-CHAT был выб-

ран для внедрения популяционного скрининга в региональную систему первичной медико-санитарной помощи.

Первичная психиатрическая помощь детям группы риска РАС обеспечивается в амбулаторных условиях врачами-психиатрами, обслуживающими прикрепленное детское население, в том числе в удалённых районах, которые проводят психопатологическое обследование, осуществляют синдромальную и нозологическую квалификацию психического расстройства, разрабатывают комплексную маршрутную карту медико-психолого-социального сопровождения ребёнка с РАС, координируют и контролируют исполнение её мероприятий по месту проживания ребёнка.

Консультативная помощь детям с РАС организована в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Новосибирской области «Новосибирский областной детский клинический психоневрологический диспансер», который предлагает современные лечебно-диагностические, медико-социальные и иные технологии, где для ребёнка с РАС, с использование ряда доказательных методик (ADI-R, ADOS), а также комплексного экспериментально-психологического и нейропсихологического исследований устанавливается полифункциональный диагноз. С учётом нейро- и патопсихологического профиля, зоны ближайшего развития ребёнка уточняются и контролируются объёмы лечебно-реабилитационных мероприятий по единым целям и задачам для специалистов различных заинтересованных ведомств.

Организация эффективной системы помощи сохраняет ресурсы семьи в кризисный период «принятия» диагноза, обеспечивает реструктурирование семьи для концентрации внутрисемейных ресурсов с целью снижения/сокращения периода деструктивных (реактивных) реакций, формирование потенциала семьи в отношении психического развития ребёнка с РАС, повышение качества жизни.

В соответствии с критериями эффективности и оптимальной достаточности, а также оптимизации ресурсов служб психического здоровья разработана и внедрена региональная модель раннего выявления и формирования лечебно-диагностической и реабилитационной системы для детей с РАС.

Расширение функций среднего медицинского персонала при оказании амбулаторной психиатрической помощи детям

Макашева В.А., Леденева И.Г., Толмачева Л.Д.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Новосибирский областной детский клинический психоневрологический диспансер», г. Новосибирск

В условиях оптимизации отечественного здравоохранения совершенствование первичной медико-санитарной помощи, в том числе, специализированной, приобрело особую актуальность в контексте доступности для населения, удовлетворенности пациентов качеством данного вида помощи, а также более эффективном использовании финансовых и человеческих ресурсов в отрасли. В здравоохранении России профессия медицинской сестры рассматривается не только как одна из самых массовых, но и наиболее социально значимых.

Важнейшая роль принадлежит специалистам со средним медицинским образованием, расширение функций которых последовательно внедряется в российское здравоохранение с 2010 года в соответствии с Программой развития сестринского дела в Российской Федерации на 2010-2020 гг. Основные задачи Программы: реформирование существующей нормативно-правовой базы, определяющей компетенции и ответственность специалистов со средним медицинским образованием; создание соответствующих условий труда и социальной защищенности; повышение престижа профессии специалистов сестринского дела. Также в рамках доклада Министра здравоохранения РФ на расширенном заседании коллегии Минздрава России «Об итогах работы Министерства в 2013 году и задачах на 2014 год» было отмечено то, что «назрела необходимость внедрения новых технологий в деятельности среднего медицинского персонала с дифференцированным расширением его функций на разных уровнях оказания медицинской помощи».

Развитие сестринского дела в системе оказания психиатрической помощи детям связано с формированием новой модели организации первичной специализированной помощи, в которой среднему медицинскому персоналу передаётся ряд

врачебных функций, в результате чего специалист самостоятельно оказывает медицинскую помощь в рамках своей компетенции.

Нами изучен опыт Европы и США, где медицинская сестра рассматривается как полноценный помощник врача, осуществляющий симптоматический контроль и ведение процесса лечения, т.е. медицинская сестра должна и может самостоятельно выявить синдром/симптом и предложить врачу способ его лечения, соотношение между врачебным и средним медицинским персоналом составляет 1:4.

В Новосибирской области на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области «Новосибирский областной детский психоневрологический диспансер» внедрена модель организации первичной специализированной помощи с расширением функций среднего медицинского персонала, сформирована нормативная база. Основной функцией среднего медицинского персонала является ведение психиатрического доврачебного приема пациентов в рамках своей компетенции, а также координация деятельности специалистов в рамках бригадного метода оказания помощи. В рамках доврачебного приёма осуществляется сбор анамнеза, в том числе социального; проведение диагностических мероприятий с использованием стимульного материала, имеющего доказательную базу; оказание психологической поддержки ребенку и его семье; динамическое наблюдение за состоянием пациента; оказание помощи в решение социальных и психологических проблем ребенка и его семьи.

Внедрение новой модели оказания психиатрической помощи детям в амбулаторных условиях выявило следующие риски: несовершенство нормативно-правовой базы, не предусматривающей полноту полномочий и ответственности среднего медицинского персонала; отсутствие соответствующих образовательных программ; традиционно заниженная роль в системе оказания психиатрической помощи.

Для минимизации указанных рисков предпринят ряд организационно-методических мероприятий: изданы методические рекомендации по организации доврачебного приёма врача-психиатра, проведен цикл усовершенствования специалистов среднего медицинского персонала по актуальным вопросам психиатрии, внедрена специализация в области психиатрии в ба-

зовую образовательную программу Новосибирского медицинского колледжа, сформирован ряд локальных нормативно-правовых документов для обеспечения самостоятельной работы специалистов.

Сохранение психического здоровья детей и подростков в мегаполисах и отдаленных районах (на примере СФО)

Макашева В.А.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Новосибирский областной детский клинический психоневрологический диспансер», г. Новосибирск

В правительствах ряда стран, международных сообществах, в т.ч. стран Европейского союза, все больше аргументов в пользу расширения и интенсификации научных исследований в области психического здоровья (ПЗ). Для стимулирования исследований по наиболее значимым проблемам в рамках европейского проекта Роумер (Roamer), объединившего известных ученых в области психического здоровья, была разработана «дорожная карта» (опубликована в марте 2015 г.). Среди шести рекомендуемых научных направлений на ближайшие 5-10 лет, первое, наивысшей степени приоритетности, — исследования в области профилактики психических расстройств и укрепления психического здоровья детей, подростков и молодежи.

Вопросы, связанные с сохранением ПЗ детей и подростков, приобрели особенную остроту в России, принимая во внимание ухудшение экономической ситуации и прогнозируемое значительное увеличение потребности в ресурсе ПЗ подрастающего поколения, что требует оценки патологических процессов и их интеграцию для определения востребованности медицинских технологий, соответствующих структурно-функциональных, кадровых изменений в организации психиатрической помощи.

Актуальность задачи сохранения ПЗ детского населения России была достоверно подтверждена рядом недавних международных эпидемиологических исследований. Так, в популяционном исследовании на базе 7 стран (Бангладеш, Бразилии, Британии, Индии, Норвегии, России, Йемена) с использованием единых методов оценки уровней распространенности психической патологии среди населения в возрасте от 7 до 14 лет, самый высокий в России — 17,1%.

На территории СФО уровень психической патологии среди детско-подросткового населения выше, чем в России на

24% (расчет проведен по формам государственной статистической отчетности) за счет высоких показателей учтенной заболеваемости в Алтайском и Красноярском краях, Томской области. В то же время, в Республиках Хакасии, Алтая, Тывы показатели заболеваемости в десятки раз ниже, включая данные пилотных эпидемиологических исследований, проведенных на этих территориях, поэтому тренд учтенной заболеваемости — дальнейший рост при условии улучшения выявления по ряду удаленных, сельских территорий/районов субъектов СФО. По категориям расстройств наиболее востребованы медицинские технологии, связанные с расстройствами поведения и эмоций.

По округу регистрируется высокая инвалидность в связи с психическими заболеваниями, которая составляет 0,5% в детской популяции. Средний показатель выше, чем в России, в два раза в Алтайском крае, и в 1,5 раза — в Иркутской, Омской областях. На протяжении 13 лет уровень первичной инвалидности в СФО имеет незначительную тенденцию к снижению, но остается выше общероссийских значений: в 2013 году — на 11%.

Наряду со слабой материально-технической базой, дефицитом площадей, скудным финансированием, остро стоит и кадровая проблема, особенно в отдаленных от мегаполиса регионах. Обеспеченность врачами детскими психиатрами практически в 2 раза ниже, чем в России. В округе крайне мало психотерапевтов, психологов, логопедов, особенно в Республиках Хакасии, Тывы, Красноярском крае.

Структура психиатрической помощи в ряде субъектов и для сельских районов округа имеет ярко выраженный госпитальный характер, особенно для населения удаленных от мегаполиса районов проживания, что нарушает права детей на получение комплексной полипрофессиональной медицинской услуги в несоответствующих условиях.

Организация системы психиатрической помощи в СФО в целом диспропорциональна: по ряду территорий, в мегаполисе и крупных городах, предоставляются современные медико-социальные технологии, основанные на принципах доказательности и эффективности, индивидуально ориентированные, предоставляемые в соответствие с оптимальной достаточностью\рентабельностью. Сельские, удаленные районы, несмотря

на ряд преимуществ в организации медико-социальной адаптации лиц, страдающих психическими расстройствами, до настоящего времени не формируют необходимую структуру сопровождения в сообществе.

Организация специализированной помощи детям с расстройствами аутистического спектра

Максимова Н.Е., Селянина М.Н.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областной клинический психоневрологический диспансер», г. Тверь

Расстройства аутистического спектра (РАС) в большинстве случаев приводят к оформлению инвалидности и ограничению социального функционирования детей и их семей. Существует прямая связь между возрастом начала проведения лечебно-коррекционных мероприятий и клинико-социальным прогнозом больных аутизмом. Необходимо на самых ранних этапах развития аутистических расстройств проводить профилактические и коррекционные мероприятия для предотвращения тяжёлых дефектов или минимизации нарушений.

Анализ выявления аутистических расстройств у детей г. Твери и Тверской области за период с 2005 г по 2015 год показал, что данная патология увеличилась в 5,7 раза с 50 человек до 286 детей за счет создания в 2010 году в диспансере специализированной помощи детям до 3-х летнего возраста, проведения ранней диагностики, улучшение выявления патологии, увеличения обращаемости к детским психиатрам, учета заболеваемости. Было обследовано 286 детей с аутистическими расстройствами в возрасте от 1 до 8 лет с применением клинико-психопатологического, патопсихологического, генеалогического методов, проведение ЭЭГ. Отмечена корреляция величины психической болезненности с фактором пола, мальчиков с РАС в 2.4 раза больше, чем девочек. В зависимости от возраста среди детей с РАС впервые диагноз выставлен до двух лет в 5,7%, с 2-3 лет в 59,6%, 4-5 лет в 24,1%, с 6 лет и старше — 9% случаев. Наибольшее количество больных выявлено в возрасте 2-3 лет. У 69,2% выявлена патология беременности: токсикозы 1-й и 2-й половины беременности, гипертония и гипотония, анемия, угроза выкидыша и др. В целом патология беременности была в 3,4 раза чаще при рождении мальчиков с РАС. Патология родов — составила 73,4%. В 19,5% произведено Кесарево сечение, в 13% — преждевременные роды, стимуляция в родах — 41,3%, асфиксия в родах 9,1%. Оценка по Апгар: 9

баллов — 10,3%, 7-8 баллов — 70,5%, 6 баллов и меньше — 18,6%. В 16,4% выявлены колебания веса плода при рождении от нормы, гипотрофия плода 84,6%, гипертрофия — 15,4%. Колебания веса плода в 4 раза чаще среди новорожденных мальчиков. Наследственность отягощена по психическим расстройствам в 31% случаев. Интеллектуальная недостаточность зарегистрирована у 87,8% пациентов: задержка психического развития в 59,4% случаев, умственная отсталость — 40,6%. Инвалидность оформлена в 43,6% случаев.

Реабилитационная работа строится на базе клинико-нозологической оценки состояния больного ребенка с учетом его индивидуальных особенностей и представлена разными видами терапии: психофармакотерапия, физиотерапия, ТКМП, массаж, лечебная физкультура, индивидуальная и семейная психотерапия, педагогическая, логопедическая коррекция и др. Положительный эффект при разработке психокоррекционных занятий оказывает стимулирование сенсорной чувствительности, развитие и коррекция зрительно-моторной координации и сенсорно-перцептивной чувствительности, применения методика сенсорной интеграции и стимуляции. В сенсорной комнате проводятся коррекционные занятия с детьми с использованием игровой терапии, песочной терапии, сказкотерапии, арт-терапии, релаксационных техник. Основное внимание при проведении психокоррекционных мероприятий уделяется работе с семьей: актуализируются ресурсы семейной системы для вывода семьи на новый уровень функционирования, где семья максимально будет задействована в реабилитационном процессе. В большинстве случаев при проведении комплексной работы специалистов отмечается положительная динамика.

Реабилитация детей с аутистическими расстройствами методом садовой терапии

Максимова Н.Е., Селянина М.Н.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областной клинический психоневрологический диспансер», г. Тверь

Аутизм в детстве проблема многоплановая и нуждается в разработке новых клинико-биологических программ, новых реабилитационных и терапевтических подходах. В 2005 году в Тверской области психиатрами зарегистрировано 50 детей с расстройствами аутистического спектра, в 2016 — 368 детей. Общее увеличение детей с расстройствами аутистического спектра за 10 лет составляет более чем в 7.3 раза. В большинстве случаев аутистические расстройства приводят к ограничению социального функционирования детей, а также их семей, к инвалидизации ребенка. Существует прямая связь между возрастом начала лечебно-коррекционных воздействий и клинико-социальным прогнозом больных аутизмом.

При разработке психокоррекционных занятий положительный эффект оказывает стимулирование сенсорной чувствительности, развитие и коррекция зрительно-моторной координации и сенсорно-перцептивной чувствительности. В Твери в течении 6 лет работает проект «Садовая терапия: системная реабилитация и социальная адаптация семей с особыми детьми (с аутизмом) средствами арт -педагогики на базе Ботанического сада» под контролем детского психолога и психиатра. Целью работы является развитие коммуникативных навыков детей, развитие мелкой моторики, речи, улучшение социальной адаптации не только ребенка, но и семьи. В проекте участвуют 16 детей (14 семей). Занятия проходят еженедельно. Семьи разделены на две группы, в каждой группе по 8 детей. Программа включает в себя психокоррекционные занятия направленные на развитие коммуникативных навыков в семье и обществе, социальную интеграцию семьи в коллектив и творческую деятельность, семейную арт — педагогику в природном ландшафте, садово-парковое искусство и ландшафтный дизайн как метод арт — терапии, телесную терапию, танцевальную терапию, музыкальную терапию, игровое моделиро-

вание и др. Отмечена выраженная положительная динамика в виде снятия эмоционального и мышечного напряжения, повышения психической активности за счет положительных эмоциональных реакций, коррекции психоэмоциональных состояний, фиксирования внимания и управления им, развитие коммуникативных функций речи и других способов коммуникации.

В проекте приняли участие дети 5-11 лет. С начала проекта трое детей 5 лет не были организованы, находились в семье, трое в возрасте 5, 6, 11 лет посещали реабилитационный центр для детей с ограниченными возможностями здоровья, 6 человек в возрасте 5 — 6 лет посещали специализированный детский сад для детей с нарушением психологического развития, один — логопедический детский сад, трое — в возрасте 7-8 лет учились по программе 8 вида.

По результатам работы: двое посещают реабилитационный центр для детей с ОВЗ, шесть детей обучаются по программе 8 вида, при чем трое из них находились на индивидуальном обучении, в настоящее время один ребенок остается на комбинированном индивидуальном обучении. Шестеро детей обучается по программе 7 вида, из них двое находятся на комбинированной форме индивидуального обучения. Два ребенка было переведено из коррекционной школы 7 вида в массовую школу.

Для минимизации нарушений и предотвращения тяжёлых дефектов необходимо проведение ранних и адекватных реабилитационных мероприятий в отношении детей с аутистическими расстройствами. Представленный проект является успешным и крайне перспективным.

Тенденции развития детской психиатрии в контексте задач превентивной медицины

Макушкин Е.В.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Одним из стратегических направлений государственной социальной политики является охрана здоровья, защита интересов и прав наиболее уязвимых категорий детей, нуждающихся в особой заботе государства, детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Это дети, воспитывающиеся в домах ребенка, в детских домах и школах интернатах, интернатах социального обеспечения и проч. С 2007 года в Российской Федерации проводится ежегодная диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а с 2008 года и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях системы здравоохранения, образования и социальной защиты. В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2013 г. № 116 (ред. от 02.07.2013) «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей» утвержден Порядок диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью. Региональные органы управления здравоохранения под эгидой и при участии главных детских психиатров субъектов организовали эту работу в большинстве субъектов страны. В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская помощь должна организовываться в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи. Также на сегодняшний день оказание медицинской помощи детям и подросткам при психических расстройствах и расстройствах поведения практически регла-

ментировано Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения». Данный приказ на сегодняшний день уже нуждается в профильных структурных уточнениях, но он определяет перечень медицинских организаций и их подразделений, оказывающих психиатрическую помощь; правила организации их деятельности; штатные нормативы и оснащение. В основе организации психиатрической помощи РФ заложены три основных принципа: дифференцированность помощи различным контингентам больных, ступенчатость и преемственность помощи во всей системе психиатрических учреждений. Преемственность помощи детям и подросткам обеспечивается тесной функциональной связью психиатрических учреждений разных ступеней, что регламентируется положениями и инструкциями Минздрава России, упомянутым Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения. Крайне важным для практического здравоохранения стал Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. № 1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них», заложивший наряду с календарным онтогенетическим принципом обследования ребенка, обязательное участие психиатра уже на ранних этапах развития. Не случайно, соответственно этому наметилась тенденция «роста заболеваемости расстройствами аутистического спектра (РАС)», как констатируют детские специалисты ряда регионов. С другой стороны, правильным образом организованная психопрофилактическая диспансерная работа в амбулаторном поликлиническом звене детской педиатрической службы и дала адекватный своевременный персонифицированный результат. Наиболее верно решаются задачи ранней диагностики, выявления расстройств, этапности звеньев служб (педиатрия — неврология — психиатрия — психология) регионального здравоохранения и комплексного сопровождения ребенка не только ведомственными подразделениями, но и системой образования, органами социальной защиты.

Опора на законодательную, нормативно-правовую базу позволяет организовать непрерывное наблюдение за ребенком и его лечение при переходе из одного лечебного учреждения в другое, а при межведомственном сотрудничестве, верным образом рекомендовать психокррекцию и коррекционные мероприятия вне системы здравоохранения.

Для дальнейшего развития наиболее качественных услуг в детском здравоохранении перспективным остается все более широкое использование бригадных форм работы в городах, мегаполисах, отдаленных участках с опорой на клинические рекомендации (клинические протоколы), стандарты оказания помощи, решение профилактических вопросов с обеспечением регулярной диспансеризации, регионального раннего скрининга расстройств, развитием медицинской реабилитации с акцентом на клиническую специфику и динамику течения психического расстройства и нарушений поведения, онтогенеза и дизонтогенеза у несовершеннолетних пациентов разных возрастных групп (младенчество, раннее детство, детство, подростки). В этом и есть смысл развернутой территориальной политики в сфере здравоохранения, охраны и заботы о психическом здоровье детей, при организации всех уровней взаимодействия смежных специалистов и переводе рутинной работы на качественно новый уровень превентивной медицины. Руководители здравоохранения субъектов РФ и психиатрической службы местного уровня при постановке вопроса о дальнейшем, необходимом и планомерном развитии детской психиатрической службы с организацией детского психиатрического учреждения (стационар с диспансером), могут руководствоваться методическими рекомендациями Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Современная детская психиатрическая больница: специализированная комплексная внебольничная, стационарная, профилактическая и лечебно-коррекционная помощь несовершеннолетним» (М., 2009). Соответственно крайне важными остаются задачи регионального целевого планирования в области экономического обеспечения деятельности службы и подготовки кадров. Новые и обновленные клинические рекомендации (протоколы) и стандарты помощи, разрабатываемые в федеральных НИИ и кафедрами по профилю услуг «оказание психиатрической помощи детям» представляются профессио-

нальному сообществу регулярно для практического руководства на сайте Российского общества психиатров.

Подготовка новых кадров и сочетание всех векторов деятельности детской психиатрии на территориальном уровне, приближают всю службу к планомерному развитию регионального здравоохранения и освоению чрезвычайно важных задач превентивной медицины, определяемых федеральным здравоохранением.

Суицидоопасные тенденции у подростков: субклиническая феноменология психической «индукции» при нахождении в киберпространстве

Макушкин Е.В.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Стремительный рост информационных технологий, постоянно обогащающих киберпространство, определяет проблемы виртуального межличностного взаимодействия, в том числе деструктивного. Так, не достаточно на сегодняшний день осознается новая волна суицидоопасного поведения у несовершеннолетних, наблюдаемая в сетевом информационном пространстве. Психологически незрелая психика, акцентуированная из-за возрастной специфики, приводит к аномальному, практически новому субкультуральному групповому поведению. Общение, осуществляемое таким способом не непосредственное, а дистанционно-информационное. При этом коммуникация в режиме онлайн специалистами уже может рассматриваться как очная, тесная, межличностная, и по своим патопсихологическим (иногда клиническим) механизмам, как чрезвычайно интенсивная и опасная. В данном случае речь идет о групповом социальном и (доклиническом) психологическом копировании и даже провоцировании, «подталкивании» друг друга к совершению суицида.

Феноменология психического заражения, индуцирования в психиатрии описывается уже в середине XIX века. Но в XXI веке становится известно, что индивидуальное или групповое погружение в киберпространство снижает и видоизменяет все чувства реального восприятия. Подросток как бы присутствует в псевдореальности, где подлинные ощущения оказываются искаженными или даже подмененными противоположными, что может приводить к нивелированию подлинных эмоций, в том числе страха смерти. Групповой механизм становится опасным. В подростковых группах обсуждение поведения с агрессивными тенденциями приводит и к «растворению» своего «я», и снижению чувства опасности, самоконтроля, саморегуляции, распределению некой ответственности перед поступком и бу-

дущими событиями. Возрастная психологическая незрелость также определяет такие качества психики как внушаемости и подчиняемость. Таким образом, интенсивное воздействие того или иного виртуального индуктора суицидоопасных идей, в совокупности с импритинговыми моделями группового поведения могут приводить к так называемым суицидам «кластерного типа», особенно частыми у молодежи в возрасте 15-19 лет.

Разумеется, подобная восприимчивость к идеям саморазрушения часто сопряжена с наличием субклинических депрессивных расстройств, которые не редкость в детско-подростковой среде. Общие симптомы депрессии у детей и подростков включают пониженное настроение, потерю интереса к повседневной деятельности, трудности с концентрацией и мотивацией, изменения аппетита и сна, раздражительность, соматические проявления, такие как головные боли или боли в животе и в некоторых случаях мысли о самоубийстве. Особенностью депрессий в этом возрасте является слабая способность к вербализации собственных переживаний, что мешает адекватно осмыслить происходящее и принять правильное решение, в том числе обратиться за помощью к окружающим. Находясь в подобном состоянии, подросток интуитивно ищет выход, возможность избавиться от тяжело переносимых душевных страданий, и участники деструктивных сайтов «подсказывают» что нужно сделать — проще всего уйти из жизни. Конечно, значительную роль в выявлении депрессий играет диспансеризация, но зачастую этого не достаточно и депрессивные расстройства среди подростков продолжают занимать лидирующие позиции в структуре психической патологии.

Однако профилактика суицидоопасных действий находится не только в компетенции психиатрических служб. Так психопатология, идеи, намерения могут быть обнаружены членами ближайшего окружения подростка, вследствие этого проблема раннего выявления суицидальных тенденций должна активно решаться и в среде образования. Общественные родительские организации, педагоги, психологи, представляющие систему образования должны направить содружественные усилия на предотвращение получения подростками деструктивной информации. Тем не менее, совокупность указанных мероприятий может принести лишь частичный эффект. Необходима активизация деятельности, прежде всего направленной

на разработку альтернативных антисуицидальных информационных ресурсов. Эти ресурсы должны содержать информацию о доступных источниках помощи людям, находящихся в кризисной ситуации, способах и примерах успешного преодоления жизненных трудностей, давать положительные установки на достижение душевного благополучия. Информационное пространство, информационный космос нужен и необходим, когда он обладает силой позитивного развивающего воздействия («киберспейс»).

Таким образом, назрела потребность незамедлительного взаимодействия и развития межведомственных мероприятий (региональный, федеральный уровень) по профилактике суицида у детей и подростков, погруженных в киберпространство. Но превентивные медицинские, педагогические и социальные составляющие в комплексе профилактических мероприятий в киберпространстве, к сожалению, не первичны. Речь идет о необходимости развития законодательных, информационно — ограничительных мер, направленных на сбережение детского здоровья в конкретно выявляемых малых социальных группах. Собственно анализом провокаций, призывов к активным, суицидоопасным действиям, если такие существуют на незарегистрированных в государстве информационных ресурсах, должны заниматься специальные ведомства и подразделения по кибер-преступлениям. Создание информационно псевдо- привлекательных образов, коллекций суицидентов, распространение призывов к совершению суицида — вопросы, относящиеся к проблемам национальной безопасности. Соответственно, можно выразить надежду на организацию высокой профилактической активности специальных правоохранительных структур. Создатели сайтов, популяризирующие аутоагрессию и подвергающие психику несовершеннолетних деструктивному аутоагрессивному воздействию, должны отвечать по закону в рамках максимально суровой уголовной ответственности.

В целом, отмеченная проблема чрезвычайно многогранна и нуждается в тщательном изучении и психологами, и педагогами, и клиницистами, данные которых необходимо учитывать при разработке национальной стратегии, направленной на превенцию (первичную профилактику) суицида в детско-подростковой популяции, включая всю информационную среду.

Актуальные вопросы профилактики общественной опасности несовершеннолетних в психиатрической службе страны

Макушкина О.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Проведен анализ динамических тенденций общественной опасности несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами, показателей работы психиатрической службы по ее профилактике. Использованы данные государственной статистической отчетности.

Установлено, что за 10-летний период (2006-2015 гг.) в стране имело место сокращение числа несовершеннолетних, привлеченных к уголовной ответственности, равно как и количества преступлений, совершенных в состоянии невменяемости лицами, не достигшими 18-летнего возраста. Данный факт может быть связан как с повышением эффективности профилактических мероприятий и снижением криминализации подростковой популяции, так и с уменьшением ее численности.

Выявлены значительные различия в показателях, характеризующих первичную и вторичную профилактику противоправного поведения несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами, между субъектами РФ. К примеру, в 2015 г. в 11 регионах число психически больных подростков, находившихся под активным диспансерным наблюдением (АДН) в расчете на 100 тыс. населения в возрасте 14-17 лет, в разы превышало среднее значение данного показателя по стране. В то же время в 26 субъектах под АДН не было ни одного несовершеннолетнего. Как известно, данный вид наблюдения является действенной мерой предупреждения общественно опасных действий (ООД). Отмеченные диспропорции требуют специального анализа на региональном уровне и могут, в определенной мере, свидетельствовать о несоблюдении требований по формированию группы АДН (приказ МЗ РФ и МВД РФ от 30.04.1997 г. № 133/269), что не может не сказаться на эффективности профилактики ООД подростков, страдающих психическими расстройствами.

Установлена нозологическая специфика общественной опасности несовершеннолетних с преобладанием умственной отсталости и психических расстройств непсихотического характера, отличающая их от пациентов более старших возрастных групп, что необходимо учитывать при определении тактики лечебно-реабилитационного воздействия, требующей особых форм коррекционного и реабилитационного вмешательства с участием педагогов, психологов и социальных работников.

Определена высокая доля (52,2% в 2015 г.) принудительного наблюдения и лечения у психиатра в амбулаторных условиях среди видов принудительных мер медицинского характера, исполняемых в отношении несовершеннолетних.

Учитывая современные социальные и экономические условия, не вызывает сомнений необходимость оптимизации функционирования всей системы специализированных медицинских учреждений, осуществляющих профилактические мероприятия. Необходимо дальнейшее расширение психосоциальной работы, направленной на предупреждение опасного поведения; организация в психоневрологических диспансерах кабинетов активного диспансерного наблюдения; создание медицинских регистров несовершеннолетних, представляющих потенциальную общественную опасность, решение проблемы их бесплатного медикаментозного обеспечения. Важен ежеквартальный мониторинг показателей, отражающих эффективность работы подразделений психиатрической службы в аспекте профилактики опасных действий несовершеннолетних в целях своевременного принятия мер со стороны главных психиатров региональных органов управления здравоохранением и главных врачей психиатрических учреждений.

Необходимой составляющей эффективной профилактики противоправного поведения подростков является межведомственное взаимодействие органов здравоохранения, образования, социальной защиты и полиции.

Организация помощи детям с аутистическими расстройствами в Челябинской области

Малинина Е.В., Косов А.М., Смирнова Т.А., Юркина Н.В.

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск; ГБУЗ Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница № 1, г. Челябинск

Частота встречаемости аутистических расстройств за последние 30-40 лет поднялась от 4-5 человек на 10 000 детей до 50 — 100 случаев на 10 000. По последним данным Всемирной организации здравоохранения [67 сессия Всемирной ассамблеи, пункт 13,4 А67/17 (от 21 марта 2014)] один ребенок из 160 страдает нарушением аутистического спектра с последующей инвалидностью.

В 2014 году в Челябинской области в государственных специализированных учреждениях наблюдалось 565 детей с расстройствами аутистического спектра (РАС), что составило 8,9% на 10 000 дет. населения и 2,3% от всех состоящих на учете. В 2015 году таких детей стало 711 (10,7 на 10 000 дет. населения и 2,8% от всех состоящих на учете у психиатра).

Актуальность проблемы детского аутизма обусловлена не только высокой частотой данной патологии развития, но и большим процентом инвалидов детства. Как показывает зарубежный и отечественный опыт ранняя диагностика, длительная комплексная, адекватная медико-психолого-педагогическая коррекция дает возможность большинству аутичных детей обучаться в школе, социализироваться.

Систематическая комплексная психолого-педагогическая коррекция таких детей возможна лишь в специально организованных условиях, когда имеется возможность проследить динамику развития каждого ребенка, начиная с раннего возраста.

В этой связи в Челябинской области был открыт Областной Консультативный Кабинет для коррекции данных расстройств на базе ГБУЗ «ОКСПНБ № 1».

Целью открытия Кабинета стало совершенствование оказания специализированной медицинской психиатрической помощи пациентам детского возраста с РАС (до 17 лет включительно).

Задачи:

1. создание регистра больных с РАС по г. Челябинску и Челябинской обл.;
2. формирование диагностической модели для детей с РАС;
3. осуществление мониторинга и динамического наблюдения детей с РАС в разные возрастные периоды;
4. составление индивидуальных программ;
5. оказание комплексной медико-социальной помощи детям с РАС;
6. информирование населения Челябинской области по профильным вопросам;
7. обучение родителей по воспитанию детей с РАС и коммуникации с ними.

В 2015 г. Министерство здравоохранения Российской Федерации во исполнение п.4 пп.3 Протокола Заседания Комиссии при Президенте Российской Федерации по делам инвалидов внедрило скрининг детей в возрасте 16-24 месяцев для выявления групп риска возникновения РАС у детей и оказания им ранней комплексной помощи в Челябинской области. Скрининг проводится с помощью анкетирования родителей детей при их обращении в детскую поликлинику. За полтора года число проанкетированных детей составило 32 153. Число детей, выявленных из группы риска РАС — 2 461. Число детей с установленным диагнозом аутизма — 17 или 0,05% от всех проанкетированных детей.

Рост детей с РАС требует совершенствования всех видов медико-социальной помощи таким детям, а скрининговые мероприятия позволят улучшить раннюю диагностику и выявляемость аутистических расстройств.

Особенности семейных отношений, как факторы риска формирования интернет-зависимости

Малыгин В.Л., Смирнова Е.А.

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

Интернет используется все чаще в самых разных сферах жизни. Он стал распространенным у подростков всего мира средством, помогающим в учебе и предоставляющим неограниченные ресурсы для развлечений. В то же время нередко отмечается злоупотребление подростками Интернет-ресурсами, а в ряде случаев и формирование зависимости от Интернет-среды. В тяжелых случаях интернет-зависимость приводит к фактической социальной инвалидизации молодого человека, так как он теряет возможность поддерживать социальные контакты, оказывается неспособен создать семью, не готов к самостоятельности, не только не заинтересован в поиске работы, но и является недостаточно компетентным для нее. Обследовано 247 человек: 176 школьников в возрасте от 13 до 17 лет и их матери — 71 человек. Методы исследования: методика ПОР (Вассерман Л.И. и др.), проективная методика «Семейная социограмма» (Эйдемиллер Э.Г.), проективная методика «Мать и Дитя» (Мельникова М.Л.), проективная методика «Социальный атом» (теория Морено), опросник АСВ (Юстицкис В., Эйдемиллер В.Г.).

Выявлены следующие особенности коммуникаций в семьях Интернет-зависимых подростков: из всех обследованных подростков 100% демонстрируют негармоничный образ семьи. В 92% случаев отмечают черты дисгармонии в контакте с матерью. В 87% семей наблюдаются различия в восприятии образа семьи у матери и подростка. В 75% семей желание близости не приводит к ее возникновению. В 25% наблюдений имеются симбиотические связи между детьми и родителями. В 87% семей наблюдается дефицит требований, запретов и наказаний. При этом 62% матерей не способны работать со своими детьми в сотрудничестве и кооперации. Из всех обследованных девочек 90% чувствуют эмоциональную дистанцию с от-

цом. А сами отцы лишены традиционной мужской роли. При этом 26% матерей испытывают недоверие к мужчинам. Выявлено, что матери подростков, склонных к Интернет-зависимости, делятся на две группы по типу воспитания: придерживающиеся стиля воспитания с чертами гипопротекции (75%), которые делятся на два подтипа: эмоционально отвергающие детей и воспринимающие их как равных партнеров; придерживающиеся стиля воспитания с чертами гиперпротекции (25%), которые также разделяются на доминирующих и потворствующих.

Таким образом, вышеуказанные особенности семейных отношений являются факторами риска формирования Интернет-зависимости. Психологический климат в семье «интернет-зависимого» подростка нуждается в коррекции с целью сближения членов семьи, обучению открытости в выражении чувств и создании безопасной для подростка атмосферы. При работе с «Интернет-зависимым» подростком рекомендуется включение всей семьи в терапевтическую работу, основным фокусом которой было бы укрепление связи между ребенком и родителями, построения доверительных отношений между членами семьи, обучение эффективным способам взаимодействия между членами семьи. Запреты на использования Интернет-ресурсов усугубляют конфликты в семье и способствуют бегству в интернет-пространство. Поэтому нами рекомендуется поиск альтернативных способов решения проблемы чрезмерного пребывания ребенка за компьютером, такие как установление лимита на время, проведенное в Интернете, проведение большего количества времени всей семьей вне дома, поощрение увлечений ребенка, не связанных с компьютером, предоставление возможностей для встречи подростка с друзьями.

Неврологические аспекты при судебно-психиатрической экспертизе несовершеннолетних с органическим психическим расстройством

Мамонова И.П., Бадмаева В.Д.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

В практике судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) несовершеннолетних отмечается преобладание ранних церебральных резидуально-органических состояний, которые могут представлять интерес как с позиций исследования патологической почвы, так и выходя за пределы легкой органической дисфункции под влиянием соматоэндокринного сдвига в пубертате, массивных экзогенно-органических вредностей оформляться в четкую картину органического психического расстройства (ОПР), часто сопряженного с психическим дизонтогенезом. При дифференциации этих состояний и диагностике собственно ОПР важное значение имеет исследование несовершеннолетних специалистом неврологом.

Обследованы 100 несовершеннолетних с верифицированным диагнозом ОПР, квалифицированного в рубриках МКБ-10: «Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга» (F06) и «Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга (F07).

Средний возраст подэкспертных в период совершения правонарушения составил 15,7±1,0 года; на момент экспертного освидетельствования — 16,5±1,3 года.

Неврологическое обследование подростков выявляло преимущественно умеренно выраженную (75.0%) и остаточную «мягкую» (рассеянную) (25.0%) симптоматику. У подростков отмечалась патология различных структур головного мозга, в том числе и дисфункция вегетативной нервной системы (ВНС), когнитивные нарушения различной степени. Следует отметить, что ослабление корригирующего влияния прецентральной коры лобной доли головного мозга на функцию ВНС, контролиру-

ющую эмоциональную сферу, проявлялась в агрессивном поведении подэкспертных, и нередко обуславливало совершение деяний с нанесением телесных повреждений потерпевшим. У обследуемых подростков нарушения двигательных функций носили, как правило, невыраженный характер. Из неврологических симптомов наиболее часто выявлялись различные стигмы дизэмбриогенеза, скрытая диссинергия взора (верх, вниз, к наружным и внутренним углам глаз), слабость конвергенции, легкая девиация языка в одну из сторон, повышение рефлексов и анизорефлексия, чаще слева выше, чем справа, а также расширение рефлексогеннных зон. При выраженном органическом процессе у несовершеннолетних отмечалась очаговая неврологическая симптоматика с пирамидными и экстрапирамидными нарушениями (27.0%). Практически у всех подростков выявлены патологические рефлексы: легкий рефлекс Бабинского, частично редуцированный лабиринтно-тонический на пальцы стоп, кистевые защитные, а также положительные верхняя и нижняя пробы Баре. Отмечались легкая статическая атаксия, положительный адиадохокинез, признаки дисфункции ВНС.

При скиаскопии выявлялось расширение вен глазного дна (умеренно выраженное — 38.0%, выраженное — 18.0%, невыраженное — 17.0%), венозный застой, точечные кровоизлияния. На краниограммах наиболее выражены признаки внутричерепной гипертензии в виде усиления сосудистого рисунка (56.0%), пальцевых вдавлений свода черепа (26.0%), очагов обызвествления (12.0%). При электроэнцефалографии отмечены преимущественно умеренные (57.0%) и выраженные (25.0%) диффузные общемозговые нарушения биоэлектрической активности мозга, которые проявлялись в виде снижения лабильности и слабой реактивности мозговых структур по органическому типу, признаки снижения порога судорожной готовности преимущественно с акцентом в височных отделах (28.0%). При эхоэнцефалографии у большинства подростков с органической патологией выявлены признаки гидроцефально-гипертензионного синдрома (легкие и умеренные у 58,0%, практически у трети выраженные — 28.0%).

Итак, требования к аргументированности и обоснованности экспертных выводов, необходимость соблюдения определенного алгоритма (стандарта) обследования подэкспертных

требует при СПЭ несовершеннолетних с ОПР верификации органического субстрата с выявлением типичной неврологической симптоматики, подтвержденной параклиническими методами исследования.

Особенности психогенных расстройств в детском возрасте

Манучарян Ю.Г.

Ярославский государственный медицинский университет, г. Ярославль

Распространенность психогенных расстройств в детском возрасте до настоящего времени остается высокой. Основные причины психогенных расстройств у детей лежат в семье, во взаимоотношениях между родителями и детьми. Неправильные типы воспитания с игнорированием основных потребностей и интересов ребенка, отсутствием презумпции изначального уважения к личности способствуют формированию невротической структуры. У таких детей уже на доболезненном уровне имеют место преневротические черты: нарушение самооценки с зависимостью от оценки окружающих, повышенная тревожность, стеснительность, скрытые социофобии. В отличие от взрослых, дети более эмоциональны и потому более уязвимы, ранимы, подвержены большим эмоциональным реакциям. Под влиянием эмоционально-стрессовых событий на фоне повышенной базальной тревожности легче образуются разнообразные по содержанию фобические переживания. Наряду с этим, дети, в силу возрастной недееспособности, более зависимы от взрослых, определенные потребности и интересы могут удовлетворять только через взрослых — родителя, воспитателя, учителя и других значимых лиц. Это создает дополнительные трудности в социальной адаптации ребенка. На фоне эмоциональной незрелости в стрессовых ситуациях, связанных с фрустрацией, чаще включаются малоэффективные психологические защитные механизмы: вытеснение, регрессия, ретрофлексия, конверсия, соматизация и др. Дети неспособны, как взрослые, высказать или выразить свои эмоциональные переживания, справиться с травматической ситуацией. Поэтому их эмоциональные расстройства (тревожные, депрессивные и др.) могут быть внешне невыразительны и долгое время оставаться скрытыми от окружающих. Подавленное эмоциональное напряжение, преломляясь через психологические защиты, может конвертировать в напряжение гладкомышечных органов и клинически проявляться в разнообразных со-

матоформных вегетативных дисфункциях, чаще, абдоминальных — дискинезиях кишечника и желчевыводящих путей, энкопрезе, рвоте, абдоминальных болях и др. Со стороны скелетных, мимических мышц аналогичный механизм приводит к невротическим компульсивным, тикозным расстройствам.

С точки зрения нейробиологических аспектов предрасположенность к психогенным расстройствам в рамках модели «стресс-диатеза» может быть генетической или конституциональной. Однако, даже на фоне биологической предрасположенности, именно хроническая травматизация психики в детстве приводит к формированию стресс-уязвимого фенотипа с устойчивым стилем эмоционального и поведенческого реагирования в последующих стрессовых ситуациях.

Исходя из этого, в основе лечения возникающих в детском возрасте психогенных расстройств, как форм социальной дезадаптации, лежат методы психотерапии. Специфические для детей методы (игровой терапии, сказкотерапии, арттерапии и др.), безусловно, способствуют клиническому улучшению. Однако для восстановления социальной адаптации и последующей стрессоустойчивости необходимо устранить основные социально-психологические причины болезни. В качестве патогенетической психотерапии невротических расстройств у детей выступает семейная психотерапия, направленная на устранение микросоциальных факторов риска, нормализацию межличностных взаимоотношений в «разлаженной» семье, коррекцию педагогических подходов.

Нарушения пищевого поведения в раннем и дошкольном возрасте

Марголина И.А., Шимонова Г.Н.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва

Актуальность проблемы нарушений пищевого поведения обусловлена как высокой распространенностью, так и тяжестью их последствий в виде серьезных психических и соматических заболеваний, сопровождающихся в ряде случае угрозой летального исхода.

С целью изучения нарушений пищевого поведения у детей сотрудниками отдела детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ проведено исследование на примере детей с психической патологией, вызванной различными этиологическими факторами в возрасте от 6 месяцев до 6 лет 11 месяцев.

В задачи исследования входило описание типологии нарушений пищевого поведения в раннем и дошкольном возрасте, встречающихся при тех или иных видах психической патологии, выявление взаимосвязи нарушений пищевого поведения с общей клинической картиной психического расстройства, разработка методов их коррекции. Из исследования исключались тяжелые пороки развития или приобретенные органические нарушения пищеварительной системы, препятствующие поступлению пищи в организм или ее перевариванию, тяжелые органические поражения ЦНС, в результате которых пероральный прием пищи был невозможен, глубокая степень умственной отсталости (имбецильность, идиотия).

В исследование вошли три группы: дети с расстройствами аутистического спектра; дети с резидуальной церебральной недостаточностью; дети из ситуации психической депривации (дети-сироты, дети, изъятые из неблагополучных семей). В первой группе детей нарушения были тесно спаяны с симптоматикой эндогенного психического расстройства и включали в себя неприятие новых видов пищи, крайнюю избирательность аппетита, медленное пережевывание пищи, недостаточное пережевывание пищи, синдром пика, мерицизм, ритуалы, связанные с едой. Во второй группе нарушения пищевого поведения возникали на фоне таких функциональных расстройств пищеварения как пилороспазм, эзофагальный рефлюкс, и про-

являлись в основном сниженным, реже повышенным аппетитом, едой малыми порциями, регургитационным расстройством, поздним переходом к твердой пище. Особенностью этой группы было заметное уменьшение выраженности описанных расстройств с возрастом. Для третьей группы детей было характерно сочетание нарушений пищевого поведения с аффективными нарушениями и прямая корреляция с их выраженностью. Пищевые нарушения проявлялись преимущественно в виде аноректических и булимических расстройств на фоне тревоги и депрессии.

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

Заключение. Нарушения пищевого поведения у детей отличаются большим разнообразием, различной степенью выраженности и обусловлены сочетанием многих факторов. Являясь нарушением инстинктивной сферы, они наиболее глубоки и разнообразны при более выраженной психической патологии, которой являются расстройства аутистического спектра. В то же время при состояниях, вызванных экзогенными факторами (органическими и психогенными) они также представлены достаточно широко. Нами были обследованы дети, имеющие те или иные психические отклонения, в то же время распространенность нарушений пищевого поведения у взрослых, носящих характер самостоятельных психических заболеваний, позволяет предположить возможность существования нарушений пищевого поведения, как самостоятельного расстройства, также у детей.

Нарушения психического развития у детей из условий внутрисемейного насилия

Марголина И.А., Платонова Н.В., Иванов М.В.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва

В последние десятилетия в современном обществе особенное значение придается отрицательному влиянию неблагоприятных факторов микросоциальной среды на психофизическое развитие ребенка, в частности перенесенного в детстве насилия и жестокого обращения.

Сотрудниками научной группы раннего возраста отдела детской психиатрии НЦПЗ было изучено влияние внутрисемейного физического и сексуального насилия на психическое развитие детей начиная с раннего возраста. Последствия хронического внутрисемейного физического насилия были изучены на примере 72 детей в возрасте от 7 месяцев до 14 лет. Группа изучения влияния сексуального насилия на психическое развитие составила 60 детей в возрасте от 2,5 до 10-ти лет. Обе группы детей были изучены комплексно, ретроспективно и проспективно. Результаты исследования показали, что и тот и другой вид насилия вызывают нарушения психического развития детей, выраженность которых зависит от длительности воздействия данного фактора и его интенсивности.

Выявлено, что хроническое внутрисемейное физическое вызывает психические расстройства, которые ограничиваются преимущественно непсихотическим уровнем нарушений и носят как неспецифический, так и специфический характер Неспецифические психические расстройства проявлялись задержкой психического развития, астеническими симптомами, нарушением соматовегетативного уровня, фобическими нарушениями. Специфические психические расстройства проявлялись аффективно-волвыми нарушениями, расстройствами влечений, искажением формирования личностных черт.

Хроническое внутрисемейное сексуальное насилие вызывало сходные с физическим насилием неспецифические нарушения в виде эмоциональных, когнитивных, астенических и соматовегетативных расстройств. Помимо этого, у обследованной группы детей отмечались психические расстройства характерные именно для данной психогении: расторможенность

сексуального влечения, сексуализированность игр, фантазий и поведения, а также аутизация и деперсонализация. По мере взросления детей, как и в первом случае, происходит нарастание признаков искажения формирования личности.

Таким образом, хроническое физическое и сексуальное насилие являются психосоциальными дизонтогенетическими факторами, вызывающими как неспецифические психические нарушения, наблюдающиеся как в первом, так и во втором случае, и свойственные другим видам психогении в детском возрасте, так и специфические симптомокомплексы, характерные для конкретного психотравмирующего фактора. Общим является то, что при пролонгированном воздействии оба фактора ведут к искажению формирования личности. Фактом, имеющим важное психосоциальное значение является тенденция к повторению лицами, подвергшимися воздействию данных психогений, пережитых в детстве жизненных сценариев по отношению к своим детям и иным окружающим их лицам во взрослой жизни.

Реабилитационные мероприятия включали медикоментозное лечение и психотерапию. Во всех случаях необходима психотерапевтическая работа, направленная как на дезактуализацию переживаний ребенка, так и стимуляцию развития дефицитарных психических функций, таких как эмоциональность, коммуникативность, навыки социального взаимодействия. Широко использовались активные (арт-терапия, сказкотерапия, игротерапия, игра с песком, и пассивные (сухой бассейн, сенсорная комната) виды психотерапии.

Особенности психотерапии школьников с психосоматическими и соматоформными расстройствами в дневном стационаре

Маринчева Л.П.[1], Злоказова М.В.[2]

[1]Кировская областная клиническая психиатрическая больница имени акад. В.М. Бехтерева;
[2]Кировская государственная медицинская академия, г. Киров

В современных условиях лечение психосоматических расстройств (ПСР) и соматовегетативных дисфункций (СВД) основано на биопсихосоциальном подходе с обязательным применением психотерапии (Исаев Д.Н., 2000; Великанова Л.П., Шевченко Ю.С., 2006).

Цель исследования: изучение особенностей психотерапии школьников с психосоматическими и соматоформными расстройствами в детском дневном стационаре с учетом многофакторной природы данной группы расстройств.

Материалы и методы: было обследовано 103 пациента, из них с ПСР — 82 чел., (заболевания желудочно-кишечного тракта — 29 чел., аллергодерматозы — 25 чел., бронхиальная астма — 16 чел., артериальная гипертензия — 12 чел.) и с СВД — 21 чел., средний возраст — 10,5+1,5 лет, проходивших комплексную терапию в детском дневном психиатрическом стационаре (ДДПС) на базе общеобразовательной школы. Применялись клинико-психопатологический и аналитический методы исследования.

Результаты исследования: на основе данных ранее проведенных нами исследований мишенями психотерапии у школьников с ПСР и СВД являлись: узость спектра адаптивных реакций (уход от разрешения проблемных ситуаций, избегание обсуждения конфликтов, подавление эмоций); последствия перенесенных психотравмирующих обстоятельств; тревожность, депрессия, эмоциональная лабильность; личностные особенности реагирования: ригидность, сенситивность, алекситимия; нарушенная система детско-родительских отношений и неконструктивные стили воспитания в семье (Маринчева Л.П., Злоказова М.В., 2013).

С данными пациентами в условиях ДДПС наряду с фармакотерапией бригадой специалистов под руководством психотерапевта проводилась интегративная психотерапия.

Психотерапия школьников с ПСР и СВД включала следующие методы:

· арттерапию — необходима при наличии у пациентов алекситимии и укоренившейся «соматической внутренней картины болезни»;

· гештальт-терапию, способствовавшую завершению психотравмирующих ситуаций, проработке наиболее актуальных на данный момент переживаний, осознанию внутренних конфликтов, формированию чувства ответственности за принимаемые решения;

· кататимно-имагинативную терапию (символдраму), позволявшую осознать эмоциональные переживания, неосознаваемые глубинные конфликты личности, лежащие в основе развития расстройства с помощью анализа визуальных символов;

· рациональную психотерапию, позволявшую корректировать искаженную «внутреннюю картину болезни»;

· методы суггестии (обучение приемам саморегуляции, аутогенной тренировки);

· семейную психотерапию, направленную на коррекцию стиля воспитания и детско-родительских отношений. Использовался системный подход к решению проблем пациента и его семьи.

Со всеми пациентами проводилась индивидуальная и групповая психотерапия (группы 8-12 человек, количество занятий — 10-12).

После проведения комплексной терапии, включавшей психотерапию, положительная динамика была отмечена у 101 (99,7%) школьника с ПСР и СВД и выражалась в улучшении настроения, нормализации сна, снижении тревоги, раздражительности, стабилизации эмоционального статуса, уменьшения соматических проявлений, нормализации самооценки и формировании хорошей социальной адаптации, отсутствии повторных обращений в течение года.

Выводы: использование интегративного направления психотерапии в комплексной терапии школьников с ПСР и СВД в условиях ДДПС на базе общеобразовательной школы является эффективным, позволяет устранять неблагополучие в психической и соматической сферах, препятствует хронизации процесса и развитию социально-психологической дезадаптации.

Эмоционально-волевые и характерологические особенности лиц, участвующих в «трайнсерфинге»

Милехина А.В., Баева А.С.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

В последние годы проезд на неприспособленных для проезда пассажиров местах приобрел массовый характер и стал восприниматься многими подростками как доступное экстремальное увлечение. В 2002 г. сотрудниками транспортной безопасности на Российских железных дорогах было задержано 345 несовершеннолетних «зацеперов» («трайнсерферов»), в 2014 г. их количество составило 424 человека. В 2015 году на железной дороге травмы получили 255 подростков, из них 114 — погибли. Значительную долю пострадавших составляют несовершеннолетние «зацеперы», получившие электротравмы или пострадавшие в результате падения с крыш или подножек электропоездов. Сложность разрешения данной проблемы заключается в том, что подростки организуются в закрытые строгорегламентируемые группы, и до момента попадания в поле зрения сотрудников правоохранительных органов за медицинской или психологической помощью не обращаются. В результате чего, в 2015 году из 141 выжившего участника экстремального увлечения, за профессиональной помощью обратились только 12 подростков и члены их семей.

Цель исследования: изучить психоэмоциональные, поведенческие и личностные особенности лиц, учувствовавших в трейнсёрфинге.

Материалы и методы исследования: объектом настоявшего исследования явились 12 подростков — «зацеперов», в возрасте от 14 до 17 лет, обратившихся за специализированной помощью в Центр, после неудачного опыта трейнсерфинга. Для исследования психоэмоциональной сферы использовались Госпитальная шкала тревоги и депрессии, для определения личностных особенностей применялся тест Шмишека-Леонгарда.

Результаты исследования: у обследованных были обнаружены такие характерологические особенности как демонстра-

тивность (4 чел.), гипертимность (3 чел.), циклотимия(1 чел.), эмоциональная лабильность (4 чел.). В ряде случаев (7 чел.) отмечалось расстройство типа зависимой личности (по МКБ-10, F60.7х). У всех обследованных выявлено стремление к получению новых ощущений, к физическому и социальному риску, у части из них синдром дефицита внимания и гипереактивностью (3 чел.). Практически у всех обследованных (9 чел.) выявлялись черты личностной незрелости, зависимость от мнения значимого окружения, внушаемость, стремление привлечь внимание асоциальным поведением, склонность к агрессии, дисфория. У 3-х подростков (25%) была выявлена субклинически выраженная тревога и депрессивные расстройства, у 2 пациентов (17%) можно было констатировать депрессивное расстройство (по МКБ-10, F32.1). При беседе с пациентами, были констатированы специфические переживания в виде непреодолимого влечения к экстремальному времяпрепровождению, поглощенность такими переездами и стремление с каждой новой поездкой увеличивать степень риска и «техническую сложность» «трейнсерфинга». Подростки также описывали приподнятое настроение, прилив энергии и радость оттого, что цель достигнута в случае если поездка прошла успешно, при этом сложности удержания на электропоезде возникавшие во время поездки пациентами не оценивались критично. У 10 опрошенных ребят (83%), во время всего экстремального переезда отмечались различной степени выраженности вегетативные расстройства — тахикардия, потливость, ощущение жара и покраснение лица. Для всех обследуемых, значимым являлась принадлежность к группе «зацеперов», что подразумевало активное общение с единомышленниками в социальных сетях, обсуждение результатов поездок, обмен «опытом». Следует также отметить, что у всех обследуемых подростков существовал текущий конфликт с членами семьи, либо семейная нестабильность — потеря жилья, развод родителей, безработица одного из родителей.

*Заключе*ние: проведенное исследование позволило сделать вывод о наличие эмоционально-волевых и личностных особенностей у подростков, которые способствуют формированию зависимости от экстремальных увлечений и позволяют врачам психиатрам проводить в их отношении лечебно-реабилитационные мероприятия.

Расследование суицидов несовершеннолетних

Минаева Е.В.

Следственный комитет Российской Федерации, г. Москва

Суициды несовершеннолетних на протяжении нескольких лет находятся в фокусе внимания Следственного комитета Российской Федерации.

Согласно ведомственным статистическим данным, в 2015 году в следственные подразделения поступило 1190 сообщений о суицидах несовершеннолетних (в том числе о 685 случаях гибели детей в результате самоубийств). По результатам их рассмотрения возбуждено 421 уголовное дело. За 1 полугодие 2016 года количество поступивших сообщений составило 752 (354 ребенка погибло), возбуждено 232 уголовное дело.

По каждому из них следователями выполняется необходимый комплекс следственных действий, направленных на установление мотивов и причин, обусловивших принятие решения о самоубийстве, в том числе на основании собранных данных проводятся посмертные комплексные психолого-психиатрические судебные экспертизы.

В текущем году следователям пришлось столкнуться с проблемой пропаганды самоубийств в Интернете. Существование групп в социальных сетях, объединявших склонных к суициду подростков и в какой-то мере подталкивавших их к смерти, широко освещалось в прессе и нашло свое подтверждение в ходе расследования.

В связи с этим остро встал вопрос экспертного определения степени влияния полученной из Интернета информации на психическое состояние подростка, предшествовавшее самоубийству. В ходе совместной работы с сотрудниками ФГБУ «ФМИЦПН им В.П. Сербского» были сформулированы два основных вопроса, разрешение которых может способствовать установлению истины в уголовном судопроизводстве:

имеется ли причинно-следственная связь между информацией, полученной несовершеннолетним посредством сети Интернет, и психическим состоянием несовершеннолетнего в период, предшествовавший его самоубийству?

имеется ли причинно-следственная связь между действиями обвиняемого, совершенными посредством сети Интернет,

и психическим состоянием несовершеннолетнего в период, предшествовавший его самоубийству?

Существенную помощь экспертам в области психологии и психиатрии может оказать предварительное назначение лингвистических экспертиз содержания интернет-переписки.

Вместе с тем методологические разработки по данной тематике в настоящее время отсутствуют, что существенно затрудняет работу экспертов, и, как следствие, принятие окончательных процессуальных решений по уголовным делам.

По некоторым уголовным делам выводы экспертов носят весьма вероятностный характер, например следующий: «Информация полученная в сети Интернет, с большой долей вероятности способствовала развитию или усугублению эмоционального состояния, облегчающего принятие решения о суициде. Однако говорить о связи данной информации с возникновением эмоционального состояния, которое привело к решению о суициде, не представляется возможным, поскольку нет информации о начале возникновения этого состояния».

Такие выводы не позволяют судить о степени влияния информации из сети Интернет, в том числе целенаправленно направляемой отдельными пользователями подростку, на принятие им суицидального решения. Между тем практически все самоубийства несовершеннолетних были обусловлены сочетанием множества факторов, например, недостаток внимания в семье и учебном заведении, проблемы с самооценкой, влюбленность и кризис отношений со сверстниками. В такой ситуации определение степени влияния конкретного фактора, например, полученной в сети Интернет информации, приобретает первостепенное значение, и выработка соответствующих методик чрезвычайно важна.

Новый групповой метод личностно-ориентированной профилактики аддиктивного поведения школьников

Москвитин П.Н.

ФБУН «Новосибирский НИИ гигиены» Роспотребнадзора, г. Новосибирск;
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ» Минздрава России, г. Новокузнецк

Неблагоприятная алкогольная и наркотическая ситуация в стране создает актуальность разработки новых мер профилактики аддиктивного поведения школьников. Важным мотивационным фактором, приводящим к отказу от употребления психоактивных веществ, является изменения внутриличностного уровня убеждений на ценности здорового образа жизни. Одной из основных задач первичной профилактики является закрепление эффективных антиаддиктивных паттернов социально-личностной компетентности контингента риска.

Контингент и методы исследования. Обследовано 300 школьников 8-х, 9-х и 10-х классов основной и контрольной групп. С основной группой проведена годичная программа тренингов по авторскому методу «Профилактическая психодрама», в контрольной группе школьников велась традиционная антинаркотическая работа лекционными методами санитарной пропаганды и наглядной агитации. Гипотезой было предположение, что изменения аддиктивного поведения детей и подростков могут достигаться использованием когнитивно-поведенческих механизмов группового психопрофилактического тренинга, способствующих появлению новой личностной компетенции, помогающей преодолению трудностей в разрешении неизбежных жизненных конфликтов. Целью личностно-ориентированной психопрофилактики является формирование надлежащей когнитивно-поведенческой компетентности человека, необходимой для дезактуализации личностного конфликта.

Метод. Целям первичной профилактики в тренинге «Профилактической психодрамы» служит творческая психопрофилактическая игра, предлагаемая как «сценарий психодрамы», в которой проявляется своеобразная проективная матрица внутреннего «аддиктивного негатива». Уникальное сочетание трех

составляющих — творческой деятельности, самоорганизации и спонтанности (конгруэнтности) является наиболее важным отличием разработанного нами метода «Профилактической психодрамы» по сравнению с другими существующими методами и приемами первичной профилактики зависимости от психоактивных веществ. Роль ведущего позволяет провести сопровождение процесса личностной трансформации в процессе творческой игры в группе и есть своеобразный «коучинг» социальной компетентности. Сочетание, с одной стороны, неких заданных социально-психологических ситуаций и типичных конфликтов, возникающих во время общения в подростковой среде — и, с другой стороны, совместное обсуждение в ситуации психопрофилактической дискуссии и принятие наиболее эффективных подходов в наработке устойчивых когнитивно-поведенческих моделей конструктивных реакций на неизбежные конфликты подросткового возраста создают преимущество методу «Профилактической психодрамы» перед методами санпросвета.

Таким образом, групповая динамика в тренинге «Профилактической психодрамы» развивает новые способности у школьников, вследствие чего расширяется диапазон антиаддиктивных поведенческих реакций. Творческое отыгрывание обеспечивает процесс достижения социальных целей, формирует позитивные убеждения на базе конструктивного взаимодействия в определенных «рамочных» условиях. Далее намечается процесс «позитивной идентификации», где условные «субличности» образуют новую личностную мозаику. Тем самым завершается подготовка к процессу личностной реконструкции, осуществляемой в дальнейшем в ходе взаимодействия подростка с существующей социальной средой. Наиболее значимыми ценностными ориентирами являются ключевые факторы «поиска смысла», формируя поведенческие стратегии «саногенеза», обеспечивающие развитие психического здоровья школьников и формирование навыков здорового образа жизни в постпубертате.

Особенности психических и поведенческих расстройств опекаемых детей

Мурзакаев А.А., Ильяшева Л.Б.

ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница № 1», г. Екатеринбург

Целью исследования являлось установление особенностей психических и поведенческих расстройств детей, воспитывающихся в семьях опекунов.

В настоящем исследовании представлен анализ особенностей эмоциональной, поведенческой и когнитивной сферы 10 детей с психическими расстройствами в возрасте от 14 до 17 лет, воспитывающихся в семьях опекунов по сравнению с контрольной группой, состоящей из 10 детей с психическими расстройствами в возрасте от 14 до 17 лет, воспитывающихся в семьях родителями. Использован сравнительный анализ по следующим параметрам: код диагноза (по МКБ-10), особенности эмоциональной и поведенческой сферы, сведения о злоупотреблении или зависимости в результате употребления ПАВ, показатели интеллекта по результатам теста Векслера.

В ходе проведенного исследования в основной группе было выявлено нарушение эмоционального состояния у всех пациентов (100%, n=10), в том числе неустойчивое у 6 пациентов (60%, n=10). В то время как в контрольной группе неустойчивое эмоциональное состояние было выявлено только у 2 пациентов (20%, n=10), а у 2 пациентов даже было выявлено ровное эмоциональное состояние (20%, n=10).

В основной группе более разнообразными оказались расстройства поведения, выражающиеся в психопатоподобном поведении у 2 пациентов (20%, n=10), демонстративности у 2 пациентов (20%, n=10), а также в сексуальной расторможенности, суицидальном поведении, бродяжничестве, ведомости, кататоническом возбуждении. В то время как пациенты контрольной группы характеризовались более сходными друг с другом проявлениями расстройств поведения. Сведения наркоанамнеза, коды диагнозов (МКБ-10) и результаты теста на интеллект не имели столь значимых для исследования различий.

Выводы. Таким образом, были выявлены характерные особенности эмоционально-волевой сферы опекаемых детей с

психическими расстройствами, проявляющиеся в большей выраженности аффективной неустойчивости, демонстративности и ведомости.

Вероятно, эти нарушения эмоционально-волевой сферы являются следствием множества факторов, воздействовавших на ребенка в течение его жизни, начиная с наследственной отягощенности, осложненного акушерско-гинекологического анамнеза, социально-эмоциональной, материнской и родительской депривации с раннего возраста и заканчивая условиями воспитания в социальных детских учреждениях, спецификой, либо полным непониманием опекунами или приемными родителей тех особенностей психологического развития проблемного ребенка, с которыми им приходится иметь дело.

Нозологическая структура и особенности суицидального поведения в подростковом возрасте

Мыльникова Ю.А., Бойко Е.О., Ложникова Л.Е., Зайцева О.Г., Сочивко Ю.А.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар

Введение: показатель смертности в России на 2013 год остается достаточно высоким — 19,6 на 100 тыс. населения. Суициды у подростков в РФ составили 24,1 на 100000 населения у мальчиков и 8,1 на 100000 — у девочек. В течение последнего десятилетия эти показатели остаются достаточно стабильными.

Высокие показатели аутоагрессивного поведения в детско-подростковой популяции — каждый двенадцатый подросток в возрасте 15-19 лет совершает суицидальную попытку.

Цель исследования: выявление нозологической структуры и особенностей суицидального поведения у лиц подросткового возраста.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» министерства здравоохранения Краснодарского края.

С помощью клинико-патопсихологического метода были обследованы 100 юношей в возрасте от 17 до 20 лет, средний возраст 19±1,6, с суицидальным поведением в анамнезе, направленных на стационарное обследование военными комиссариатами Краснодарского края для решения вопроса о годности к военной службе. Клинико-диагностическая квалификация выявляемой психической патологии проводилась на основании рубрик МКБ-10 «Классификация психических и поведенческих расстройств».

Результаты и обсуждение: самоповреждающие действия исследуемого контингента совершались в возрасте 15 — 16 (15±0,6) лет. 79 человек (79,0%) совершили аутоагрессивное действие однократно и 21 человек (21,0%) — повторно. В 88 случаях (88,0%) способом суицидального поведения были самопорезы предплечий, в 12 случаях (12,0%) юноши совершили попытки повешения и отравления. В момент совершения

суицидальной попытки находились в состоянии алкогольного опьянения 58 обследуемых (58,0%), 42 человека (42,0%) отрицали употребления алкоголя. Во всех случаях самоповреждения юноши попадали в поле зрения врача-психиатра только в период прохождения призывной комиссии. Нозологическая принадлежность суицидентов: транзиторные расстройства личности — 71 чел. (71,0%), органические расстройства — 15 чел (15,0%), невротические расстройства — 8 чел (8,0%), умственная отсталость легкой степени — 6 чел (6,0%).

Выводы: проведенное исследование позволило увидеть нозологическую структуру психических расстройств у подростков с аутоагрессивным поведением в анамнезе. Триггером суицидогенеза является отклонение от социальных норм поведения. Алкоголизация играет существенную роль в формировании суицидального поведения. Полученные данные определяют необходимость раннего выявления и позволяют более дифференцированно подходить к терапии и профилактике психических расстройств. Результаты исследования говорят о необходимости коррекции аддиктивного поведения у лиц подросткового возраста.

Диагностическое значение нейропсихологического исследования для оценки дизонтогенетических расстройств

Новикова Г.Р.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Учитывая влияние нарушений развития на клиническое оформление психических расстройств в детском возрасте, безусловное значение для построения многоосевых клинических конструкций имеет выделение дизонтогенетических расстройств в отдельную ось и описание признаков, через которые представлены диагностические категории.

В нашей работе с применением нейропсихологического метода изучались структурно-динамические особенности дизонтогенетических механизмов у детей 6-8 лет с пограничными психическими расстройствами. На основании ведущих психопатологических симптомокомплексов были сформированы группы исследования: дети с задержанным личностным или собственно психическим развитием (76 чел.), дети с расстройствами по типу церебральной альтерации в виде органических эмоционально-лабильных астенических проявлений в сочетании с легкой когнитивной недостаточностью (30 чел.) и дети с психогенно обусловленными астено-невротическими и аффективными нарушениями (38 чел.). Контрольную группу составили нормально развивающиеся сверстники (25 чел.).

Выделено два варианта структурно-динамических отклонений, характеризующих дизонтогенетические расстройства. Первый вариант наиболее близок к норме и связан с замедлением темпа становления механизмов возрастной динамики нормального онтогенеза (в виде нарушения процесса перехода к более сложным функциональным системам). Диагностически значимыми признаками выступают а) снижение процессов регуляции и контроля на этапе реализации усвоенных программ, б) замедление интериоризации высших психических функций (ВПФ) при сохранении полноты состава их компонентной структуры, в) зависимость недостаточности нейропсихологических факторов от сложности функциональных систем

(группы 1, 2). Группа 1: дезавтоматизация относительно элементарных функций, которая сочетается с усилением контроля над деятельностью со стороны ребенка; затруднение процесса формирования внутренних умственных действий и их применения в качестве элементов ориентировочной основы других задач. Группа 2: при повышении уровня произвольности, включенности интеллектуальных действий страдает устойчивость, прочность регулирующей роли программы с нарушением самостоятельного контроля и коррекции ошибок. Второй вариант структурно-динамических отклонений отражает линию дефекта и тяготеет к полюсу стойкой несформированности ВПФ (поврежденное развитие). Его характеризует многоплановость недостаточности нейропсихологической картины. С одной стороны, имеются признаки замедления темпа формирования психических функций: затронуты не только наиболее произвольные виды деятельности с включением интеллектуальных действий, но и относительно элементарные процессы сенсомоторной базы (акустический гнозис, двигательная сфера, фонематический слух, речевая моторика). С другой стороны, отмечаются качественные структурные изменения при усложнении форм межанализаторной интеграции и произвольной организации ВПФ (включая звено программирования). Патология активационных и нейродинамических компонентов усугубляет функциональное несовершенство и затрудняет формирование и автоматизацию ВПФ. Независимо от соотношения признаков ретардации и повреждения в структуре недостаточности психической деятельности сохраняется ресурс позитивной динамики нарушенного системогенеза. Ведущую роль в реализации тенденции к обратимому развитию и компенсации играет помощь взрослого.

Описанные нейропсихологические особенности отклоняющегося развития могут быть использованы для отграничения дизонтогенетических расстройств от психопатологических феноменов (связанных с органическими поражениями головного мозга), а также от возрастных (индивидуально-психологических) аналогов и непатологических девиаций формирования ВПФ.

Профилактика стрессов у детей в образовательной среде

Нурлыгаянова Л.Р., Тулбаева Н.Р.

ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа

Общеизвестно, что школа является одним из ведущих источников стрессов, и как следствие, невротизации, для учащихся. Специалистами Республиканской ПБ (г. Уфа) разработана комплексная программа профилактики конфликтных и иных стрессогенных ситуаций среди школьников. В программе участвовали дети (возраст 10-11 лет), учащиеся 4-х классов средних общеобразовательных школ г. Уфы, их родители и педагогические коллективы.

Программа включала три блока: два блока были посвящены выстраиванию отношений внутри семьи и школы (участвовали дети, родители и педагоги, состав групп динамично трансформировался в зависимости от поставленных терапевтических целей), проводилась групповая полимодальная психотерапия, базирующаяся на техниках поведенческой терапии (тренинг) с опорой как на когнитивный, так и на эмоциональный компоненты. Дополнительно использовались техники релаксации, контроля за собственным поведением, личностного развития. Третий блок был посвящен индивидуальной работе с детьми группы риска по формированию пограничных психических расстройств.

Работа в школах проводилась на протяжении 9 месяцев (учебный год). Отмечено существенное повышение успеваемости (средний балл повысился с 3,77 до 4,14 баллов), улучшение внутрисемейных и внутришкольных отношений, выразившееся в снижении числа конфликтов, выборочный контроль за детьми группы риска показал резкое снижение невротической симптоматики. Таким образом, проведение поддерживающей (с преобладанием психопрофилактической и психогигиенической составляющих) психотерапии представляет собой одно из наиболее перспективных направлений работы с детьми в образовательной среде.

Структура клинико-психологических последствий сексуального насилия и злоупотребления в отношении детей и подростков

Нуцкова Е.В.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Активное изучение и выделение проблемы последствий сексуального насилия и злоупотребления в отдельный предмет исследования началось в США и Западной Европе в 60-е гг. XX в. В России изучением данной проблемы специалисты разного профиля занимаются около 20 лет. Несмотря на продолжительную историю исследований, посвященных психологической травме до сих пор остаются недостаточно разработанными критерии диагностики и оценки реакций на травму у детей и подростков. До настоящего времени не была выработана и описана структурная модель психологических последствий сексуального злоупотребления в отношении несовершеннолетних.

Цель исследования: выявить и описать структурную модель психологических последствий сексуального злоупотребления по отношению к несовершеннолетним для ее дальнейшего использования в диагностической и экспертной оценке.

Материалом исследования стала сплошная выборка из 175 несовершеннолетних потерпевших. Возраст потерпевших от 3 до 17 лет. В зависимости от психического состояния потерпевшего были выявлены психологические последствия сексуального насилия и злоупотребления клинического и психологического уровней. Описаны 4 группы последствий, различающихся по степени выраженности: психогенное состояние в форме расстройства (1) и психогенное состояние в форме реакции (2) (клинический уровень); неблагоприятное психологическое состояние (3) и минимально неблагоприятное психологическое состояние (4) (психологический уровень). По результатам психологического обследования всей выборки несовершеннолетних потерпевших были выделены 30 психологических признаков последствий сексуального злоупотребления в отношении детей и подростков, которые были объеди-

нены в шесть сфер: сфера отношений и смыслов; сфера самосознания; эмоционально-волевая сфера; поведенческая сфера; психосексуальная сфера и психосоматическая сфера. Были обнаружены статистически значимые различия ($p<0,01$, по критерию Манна-Уитни) выраженности признаков во всех сферах в группах психически здоровых потерпевших и потерпевших с психогенном состоянием. Сравнительный анализ выраженности психологических последствий сексуального насилия и злоупотребления в группах потерпевших с психогенным состоянием в виде расстройства (1 группа) и реакции (2 группа) и психически здоровых потерпевших с неблагоприятным (3 группа) и минимально неблагоприятным (4 группа) психическим состоянием показал, что психологические последствия сексуального насилия и злоупотребления у детей и подростков затрагивают все сферы жизни и деятельности потерпевшего, оказывая влияние на качество его жизни в целом. Охват психических сфер и их наполненность психологическими признаками перенесенного сексуального насилия увеличивается с нарастанием тяжести состояния. В 1 группе потерпевших в отличие от остальных групп, затронутыми оказываются все сферы личности, в том числе психосексуальная и психосоматические сферы, что обуславливает посттравматические изменения личности, которые нельзя наблюдать у оставшихся групп потерпевших. Потерпевшие 2-ой группы в отличие от психически здоровых потерпевших, демонстрируют статистически значимо ($p<0,05$) большее количество негативных признаков во всех сферах, кроме психосоматической и психосексуальной. Нарушения сферы отношений и смыслов и сферы самосознания, проявляются в эмоционально-волевой сфере и поведении потерпевших, что и приводят к выраженной дезадаптации. Выраженность нарушений, характерная для группы психически здоровых потерпевших с минимально неблагоприятным состоянием, показывает, что, как правило, данные нарушения имеют преходящий характер, не приводят к дезадаптации, но сказываются на качестве их жизни.

Состояние компенсаторных возможностей организма подростков и юношей

Османбекова З.З.[1], Тургумбеков А.З.[2]

[1]ОАНО ВО «Московский социально-психологический университет», г. Москва;
[2]Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан

Проблема охраны здоровья подрастающего поколения является актуальной и важнейшей народнохозяйственной, социально-экономической и политической проблемой. От эффективности ее решения во многом зависит уровень развития страны. Мальчики в этом возрасте становятся призывниками, и состояние здоровья этого контингента является важным социальным звеном исследования, так как обладает стратегическим значением. служба в армии сопровождается большими физическими и эмоциональными нагрузками, которые протекают в виде физических и психических стрессов. Напряженная физическая и психическая нагрузка приводит к деструктивным изменениям, как со стороны внутренних органов, так и со стороны психической сферы. Поэтому большое значение имеет физическая и психическая адаптивность юношей к высоким нагрузкам.

Целью исследования стала оценка состояние здоровья подростков и юношей от 15 до 18 лет по показателям функционирования вегетативной нервной системы, чтобы выявить слабые звенья в формировании заболеваний как соматической, так и нервной системы. Нами было обследовано 230 подростков и юношей, которые относились к первой и второй группе здоровья. Всего было обследовано 230 подростков, первой и второй группы здоровья. Средний возраст исследуемого контингента был 16,3 лет. Преобладали молодые люди в возрасте от 16 (37,3%) до 17 лет, 15-летних было (20,2), 18-летних-10,5%. Для исследования функционального состояния вегетативной нервной системы использовалась адреналин-гистаминовая проба, электротермометрия с холодовой пробой, сердечно-сосудистые рефлексы положения, вариционная пульсометрия.

В процессе проведенного исследования выявлено, что самым уязвимым является подростковый возраст, (14-16 лет)

вследствие чего, он таит в себе опасность перенапряжения и срыва адаптации с развитием патологического процесса. Все эти изменения в ВНС, приводят к срыву компенсаторных возможностей организма и при небольшой дополнительной нагрузке в виде предстоящих трудностей в физическом и психологическом аспекте, могут привести к болезненным состояниям у подростков. В заключение следует отметить, что одной из задач предлагаемого исследования является разработка методов коррекции направленных на стимуляцию ВНС, что решит вопрос улучшения адаптивных процессов, что приведет к улучшению состояния здоровья подростков и юношей призывного возраста. Выполняя эту задачу, мы могли бы решить некоторые проблемы здоровья населения.

Стандартизованная оценка факторов риска противоправных действий у подростков, страдающих психическими расстройствами

Ошевский Д.С.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Серьезной проблемой при профилактике правонарушений у подростков является неточная и несвоевременная клинико-психологическая оценка факторов риска и ресурсных сторон личности несовершеннолетнего. В результате вероятность повторных деликтов существенно возрастает.

В нашей стране исследование факторов риска противоправного поведения у подростков достаточно новая тема, в то время как за рубежом ей занимаются не одно десятилетие. Начиная с конца 60-х гг. XX в., большинство исследований сконцентрировалось на изучении внутренних (психобиологических) факторов риска. Среди них наибольшее значение отводилось наследственной отягощенности психическими и наркологическими расстройствами; ранним вредностям; нейрофизиологическим предиспозициям; интеллектуальной недостаточности; так называемому «трудному темпераменту» и т.п. Однако в авторитетных лонгитюдных исследованиях было показано, что внутренние факторы следует рассматривать в контексте сопутствующих негативных социальных влияний. В конце 80-х гг. XX в. полюс исследований сместился в сторону внешних (социальных) факторов. Среди них выделяют: раннюю депривацию, семейное насилие, неадекватные родительские тактики воспитания, включенность в группы дисоциальных сверстников, неорганизованный досуг, негативное влияние СМИ и т.п. Эти факторы было предложено подвергать стандартизированной оценке для прогнозирования противоправного поведения у несовершеннолетних. На современном этапе отдельные инструменты включены в структуру кейс-менеджмента — индивидуального процесса непрерывного комплексного многопрофильного сопровождения подростка-правонарушителя на всех этапах работы с ним. В нем объединяются оценка факторов риска, планирование, помощь и поддержка. Примером таких

методик является «Оценка риска и криминальных потребностей несовершеннолетних» (RNA). Российская адаптации методики — «Оценка риска и возможностей» (ОРВ). В рамках пилотных проектов была показана продуктивность такого подхода, поскольку он позволяет своевременно выявить подростков группы риска и организовать их сопровождение. Вместе с тем стандартизованные методы оценки факторов риска не свободны от недостатков. Учитывая высокую представленность среди подростков-правонарушителей лиц с психическими расстройствами, целесообразно включать в методики скрининговые оценочные шкалы. Они позволяют выявлять подростков с клинически очерченными проблемами. В большинстве существующих инструментов, ориентированных на прогнозирование социальных рисков, такая возможность отсутствует. За рубежом для предварительной оценки психического здоровья несовершеннолетних, склонных к нарушению закона, используется ряд профильных методик. Одна из наиболее широко применяемых — Массачусетский юношеский скрининговый инструмент (MAYSI-2). Инструмент охватывает широкий спектр проблем психического здоровья несовершеннолетнего. Его использование позволяет принять срочные меры и направить подростка к специалисту в тех случаях, когда требуется непосредственная помощь, или при отслеживании динамики психического состояния в течение продолжительного времени.

Адаптация к российской практике подобных методик или разработка собственных инструментов, возможно, позволит преодолеть имеющиеся проблемы и более эффективно проводить работу с несовершеннолетними правонарушителями, страдающими психическими расстройствами.

Эффективные методы подготовки детских врачей-психиатров в условиях реформ здравоохранения и образования

Панкова О.Ф.

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

Проводимые в течение последних лет реформы в здравоохранении и профессиональном образовании требуют внедрения новых подходов к профессиональному образованию, так как успешность реализации национальных проектов в медицине зависит от состояния профессионального уровня и качества подготовки медицинских кадров, являющихся главным ресурсом здравоохранения. В качестве новых эффективных форм подготовки и непрерывного профессионального образования могут рассматриваться создаваемые университетские клиники, учитывая, что во всем цивилизованном мире именно университетские клиники аккумулируют в себе все самое передовое в лечении больных и подготовке специалистов, отвечающих современным требованиям.

Первичная последипломная подготовка детских психиатров проводится в клинической ординатуре и интернатуре на кафедре психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова в тесном сотрудничестве с руководством и врачами НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗ г. Москвы. Руководство Центра входит в состав экзаменационной комиссии по приему сертификационного экзамена у выпускников. После завершения обучения и получения сертификата специалиста руководством клиники проводится отбор молодых врачей для работы в ЛПУ с учетом представленных характеристик, как с кафедры, так и от заведующих и кураторов отделений, на базе которых проходили практику обучающиеся в интернатуре и ординатуре. Гармоничное и взаимовыгодное сотрудничество кафедры и клиники в вопросах профессиональной подготовки способствует тому, что приступающим к работе в клинике молодым врачам не требуется адаптационный период ознакомления с организационными и методическими требованиями, предъявляемыми к работе детского врача-психиатра. Тесное

сотрудничество университетских клиник детской и подростковой психиатрии РНИМУ им. Н.И. Пирогова и РМАПО (зав. кафедрой проф. Ю.С. Шевченко) обеспечивает возможность дальнейшего непрерывного образования в области детской психиатрии.

Современные формы профессионального взаимодействия кафедры и клинической базы, нашедшие отражение в договоре об университетской клинике, помимо уже традиционных консультаций пациентов сотрудниками клиники, совместных клинических разборов и конференций, предполагают работу кафедральных сотрудников в должности врачей клиники и научных сотрудников и врачей Центра в качестве преподавателей на кафедре. Многие молодые врачи активно занимаются научной работой, результаты которой публикуются в отечественных и зарубежных журналах и сборниках, докладываются на конференциях, в том числе зарубежных. Необходимо отметить трудности с организацией защиты диссертаций практическими врачами, так как в настоящее время в программе образования ликвидировано соискательство, преобразованное в так называемое прикрепление. Последнее возможно только в научных и учебных учреждениях, в которых имеются профильные ученые советы. Минздраву необходимо совместно с Министерством образования и науки найти оптимальное решение данной проблемы, иначе интерес к науке у молодых практических врачей может быть утрачен.

Дисфункциональная семья как фактор формирования девиантного поведения подростков

Панченко Е.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Известно, что особенности функционирования семьи являются определяющими при формировании личности. Большинство дезадаптивных реакций начинают закладываться еще в детстве на фоне психотравмирующих условий воспитания. Так, у большинства подростков из неблагополучных семей отчетливо прослеживалась взаимосвязь поведенческих девиаций и семейного неблагополучия — только треть таких подростков характеризуют отношения в семье как гармоничные, спокойные, стабильные. Остальные оценивают обстановку в родительской семье как деструктивную — скандалы, пьянство родителей и т.п. Подобные семьи можно отнести к так называемым «зависимым» или «дисфункциональным» семьям, в которых частота различных проблем (медицинских и психологических) у детей значительно больше. Члены таких семей не уделяют должного внимания друг другу, и в особенности детям; вся их жизнь характеризуется непостоянством и непредсказуемостью, в правилах семьи значительное место занимают запреты на свободное выражение своих потребностей и чувств, используются эмоциональные репрессии.

Зависимая семья предполагает развитие определенных ролевых сценариев. Ролевые функции детей — это реакция на стресс, причиной которого являлось поведение родителей. Согласно нашим исследованиям, половина подростков в таких семьях относились к так называемым *«проблемным»* детям. Чувствуя себя эмоционально отвергнутыми, они своим поведением бросали вызов семье, использовали негативные формы поведения для привлечения к себе внимания. Эта стратегия закреплялась и проявлялась при формировании девиантного поведения, чаще всего демонстративно-шантажного характера.

Треть детей в родительских «зависимых» семьях относились к так называемым *«потерянным»* детям. Обычно они про-

водят большую часть времени в одиночестве, сильно страдая от этого. Для «потерянных» детей характерен уход в мир фантазий, склонность к развитию магифренического мышления. Эти дети имели высокий риск развития суицидальных тенденций.

Некоторых дети становились так называемым *«беспокойным»* детям. Им были свойственны гиперактивность, дурашливость, склонность к невротическим и психосоматическим реакциям.

Лишь незначительную часть детей можно было характеризовать как *«успешных»*. Они отличались хорошими успехами в учебе и поведении. Однако при этом у них формировались такие качества как перфекционизм и нестабильность самооценки, что приводило к внутреннему конфликту с объективным миром, а затем и к формированию невротических реакций и зависимостей. Таким образом, все типы подобного формирования жизненного сценария, так или иначе, приводили к появлению деструктивных стратегий поведения.

При проведении психотерапии наиболее эффективным оказалась семейная форма, позволяющая участникам психотерапевтической сессии максимально полно осознать особенности внутрисемейной динамики. Понимание и принятие ими ригидности и деструктивности своих реакций способствовало выработке новых, саногенных форм поведения, что в свою очередь улучшало семейный микроклимат в целом.

Структура контингента подросткового психиатрического стационара

Пашковский В.Э.[1], Ефимова Е.Ю.[2], Громова В.А.[2]

[1]ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург;

[2]СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 имени И.И. Скворцова-Степанова», г. Санкт-Петербург

В период реформирования психиатрической службы объективные данные, касающиеся деятельности психиатрических учреждений, играют немаловажную роль.

Целью данного исследования являлось изучение распределения по нозологическим группам подростков 15-17 лет с психическими расстройствами, поступивших в СПбГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова.

Материалом для исследования послужили отчетные данные за 2013, 2014, 2015 гг.

Результаты исследования: в 2013 г. в стационар поступило 335 больных, в 2014 — 365 и в 2015 — 364. По нозологическим группам пациенты распределились следующим образом: Психозы и состояния слабоумия диагностировались в 2013 г. в 84 (25,1%) случаях, в 2014 г. в 92 (25,2%) и в 2015 г. в 113 (31,0%). Из них органические психозы отмечались у 61(18,2%), у 65 (17,8%), у 77 (21,1%) пациентов, соответственно; психические расстройства шизофренического спектра — у 18 (5,4%), у 24 (6,6%), у 32 (8,8%) пациентов, соответственно; аффективные психозы — у 5 (1,5%), у 3 (0,8%), у 4 (1,1%) пациентов, соответственно. Количество поступлений с непсихотическими психическими расстройствами было: в 2013 г. — 150 (44,8%), в 2014 г. — 174 (47,7%), в 2015 г. — 160 (44,0%). Из них: органические непсихотические расстройства диагностировались соответственно у 73 (21,8%), у 77 (21,1%) и у 48 (13,2%) пациентов; аффективные непсихотические расстройства — у 0 (0,0%), у 3 (0,8%), у 4 (1,1%) пациентов, соответственно; невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства — у 41 (12,2%), у 54 (14,8%), у 63 (17,3%) пациентов, соответственно; эмоциональные расстройства и расстройства поведе-

ния, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте — у 27 (8,1%), у 16 (4,4%), у 37 (2,2%) пациентов, соответственно; расстройства личности и поведения — у 9 (2,7%), у 24 (6,6%), 8 (2,2%) пациентов, соответственно; умственная отсталость — у 101 (30,1%), у 99 (27,1%), у 91 (25,0) пациентов, соответственно. Коморбидность, обусловленная злоупотреблением ПАВ, в 2013 г. встречалась в 15 (4,5%) случаях, в 2014 г. — в 6 (1,6%) и в 2015 г. в 5 (1,4%).

Статистический анализ не обнаружил различий в показателях больных с психозами и состояниями слабоумия. По сравнению с 2013 г. выявлены статистически значимое уменьшение поступлений с органическими непсихотическими расстройствами в 2015 г. (21,8% vs 13,2%, $p<0,05$), с эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте в 2014 и 2015 гг. (8,1% vs 4,4%, $p<0,05$ и 8,1% vs 2,2%, $p<0,05$), с коморбидностью, обусловленной злоупотреблением ПАВ (4,5% vs 1,6%, $p<0,05$ и 4,5% vs 1,4%, $p<0,05$). В то же время, по сравнению с 2013г в 2015г увеличилось количество поступлений с аффективными непсихотическими расстройствами (0,0% vs 1,1%, $p<0,05$), с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами: (12,2% vs 17,3%, $p<0,05$). В 2014 г. отмечалось увеличение поступление с расстройствами личности и поведения (2,7% vs 6,6%, $p<0,05$). Обращает на себя внимание стабильно высокий показатель поступлений пациентов с умственной отсталостью, что, возможно, связано с возрастной декомпенсацией, проявляющейся раздражительностью, вспыльчивостью, грубостью, агрессивностью, антисоциальным поведением.

Таким образом, полученные данные о нозологической принадлежности стационарного контингента больных подросткового возраста позволяют оптимизировать и индивидуализировать оказываемую им помощь.

Полимодальная психотерапия детей и подростков с зависимостью от интернет

Пережогин Л.О.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Зависимость от персонального компьютера, интернета и мобильных средств доступа к нему — одна из форм нехимических зависимостей. Особенность этих патологических состояний заключается в том, что в процессе их формирования реализуется аддиктогенный потенциал, присущий не химическому агенту, обладающему психоактивными свойствами, а набору действий, поведенческих реакций, сложных поведенческих стереотипов, реализующихся комплексно, как совокупность моторных, сенсорных, когнитивных и эмоциональных реакций.

Эмпирическую базу исследования составили 220 несовершеннолетних в возрасте от 9 до 17 лет (133 юноши и 97 девушек), обратившиеся в 2013-2016 годах за психотерапевтической помощью, обнаруживающие признаки зависимого от интернета поведения. У 110 детей (56 юношей и 54 девушки, из них 21 (37,9%) юноша и 32 (59,3%) девушки преморбидно психически здоровы) при лишении их возможности взаимодействовать с сетью возникли абстинентные реакции, в ряде случаев потребовавшие фармакологической терапии. У 110 детей (77 юношей и 43 девушки, из них 34 (44,2%) юноши и 27 (62,8%) девушек преморбидно психически здоровы) абстинентных реакций не наблюдалось. В группы полимодальной психотерапии были включены преморбидно здоровые дети — 17 человек (2 группы) (9 юношей и 8 девушек) с реакциями абстиненции (2 стадия зависимости), 19 человек (2 группы) (7 юношей и 12 девушек) без абстинентных реакций (1 стадия зависимости). Использовалась полимодальная терапия, включавшая базисную терапию в рамках аутогенной тренировки 1 ступени, дыхательной гимнастики (по В.В. Макарову), и техники поведенческой терапии — десенсибилизация in sensu, составление договора, техники вербализации эмоциональных переживаний, техники визуальной переработки. Продолжительность терапии

составила 6 индивидуальных занятий и 8 занятий в группе. По истечении 6 месяцев собирались катамнестические данные.

Катамнестическое исследование через 6 месяцев показало: среди несовершеннолетних с 1 стадией зависимости ремиссия достигнута в 89,5% случаев, среди пациентов со 2 стадией зависимости — в 76,5% случаев. Таким образом, полимодальная психотерапия показывает высокую эффективность при зависимости от персонального компьютера, интернета и мобильных средств доступа к нему.

Психические расстройства у детей и подростков с зависимостью от интернет

Пережогин Л.О.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Зависимость от интернета и мобильных средств доступа к нему традиционно рассматривают в контексте социальной психиатрии. Как минимум, четыре фактора лежат в основе ее формирования: информационный (иллюзия контакта с информированным источником), коммуникационный (анонимность, реальное время, множественность образов, мультипользовательская среда), идентификационный (утрата связи образа с личностью — растянутость образа во времени, самостоятельно формируемые характеристики образа, включая возраст и пол), сетевая социализация (сетевая субкультура, сообщества маргинальных групп, криминальная киберсреда и т.д.). Все эти факторы носят выраженный социальный характер. В тоже время нетрудно заметить, что по отношению к действию данных факторов особую уязвимость обнаруживают дети и подростки с определенной преморбидной патологической почвой, с личностной деформацией, с нарушениями способности к взаимодействию со сверстниками, парциальной когнитивной дефицитарностью.

Были обследованы 110 детей (54 девочки, 56 мальчиков) в возрасте 7-16 лет, обратившиеся за психотерапевтической помощью по поводу зависимости от интернет и мобильных устройств. Психически здоровы были 32 девочки (59,3%) и 21 мальчик (37,9%)* (* — различия статистически достоверны), 6 девочек (11,1%) и 8 мальчиков (14,3%) обнаруживали расстройства шизофренического спектра (в большинстве случаев диагностированные за 1-2 года до настоящего обращения за помощью), расстройства поведения и формирующиеся расстройства личности были выявлены у 5 девочек (9,3%) и 11 мальчиков (19,6%)*, невротические расстройства — у 10 девочек (18,5%) и 16 мальчиков (28,6%)*. У 1 девочки выявлена умственная отсталость (F 70.0).

Наличие преморбидной патологии позволяет дифференцированно оценить характер и значение формирующейся интер-

нет-зависимости у детей и подростков. У детей с расстройствами шизофренического спектра и отчасти — с личностной патологией — интернет выполняет преимущественно компенсирующую роль, обеспечивая общение, не доступное со сверстниками в обыкновенных социальных условиях, позволяя проявлять творческую (в том числе, патологическую) активность, презентовать свою интеллектуальную продукцию, делиться интимными переживаниями. Для остальных детей сеть обладает преимущественно деструктивным потенциалом: ведет к утрате социальных контактов, резко негативно сказывается на учебе, приводит к углублению личностной деформации. Для данной категории детей особенно актуально преодоление интернет-зависимости, которое лежит преимущественно в плоскости психотерапевтического лечения.

Психическая патология в семьях пациентов с детской шизофренией

Пилявская О.И., Малинина Е.В.

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск

Введение: показатель распространенности шизофрении в детской популяции достаточно высок — 0,175%. Это обусловливает актуальность поиска факторов высокого риска возникновения детской шизофрении. Семейное окружение играет большую роль в становлении многих психических заболеваний, в том числе и детской шизофрении. Изучение семейного анамнеза больных шизофренией детей, традиционно сводится к выявлению среди родственников лиц, имеющих шизоформные расстройства, либо к описанию потомков людей, страдающих шизофренией. Вместе с тем, клинический опыт показывает, что в семьях детей больных шизофренией помимо расстройств шизофренического спектра довольно часто встречаются и другие психические расстройства. Можно предположить, что некоторые из них наряду с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра могут быть маркерами предрасположенности к психозу. В связи с этим изучение отягощенности психической патологией в семьях пациентов с детской шизофренией для выявления факторов риска шизофрении с ранним началом является актуальной задачей.

Цель исследования: выявить особенности психической патологии в семьях детей, страдающих детской шизофренией.

Материал и методы: с помощью клинико-психопатологического, клинико-анамнестического, клинико-катамнестического и генеалогического методов изучен 61 пациент с детской шизофренией. Критерии отбора: возраст больных от 5 до 15 лет; диагноз детская шизофрения. Критерии исключения: другие типы шизофрении; атипичный детский аутизм. Диагностика осуществлялась на основании диагностических критериев МКБ-10. Семейная отягощенность психической патологией оценивалась на основании данных медицинских карт и интервьюирования ближайших родственников. Были прослежены три поколения семьи пациента (пробанда), составлены родословные.

Результаты: выделено две группы обследованных. В первую группу (n=37) вошли пациенты с диагнозом детская шизофрения, олигофреноподобный дефект. Вторую группу наблюдений (n=24) составили пациенты, в психическом статусе которых преобладала кататоно-регрессивная симптоматика, сопровождающаяся стертыми аффективными колебаниями.

В первой группе была выраженная семейная отягощенность психическими заболеваниями. Оба родителя страдали шизоформными расстройствами в 39% случаев, 12% имели пограничные нервно-психические расстройства, 15% — низкий интеллект. В этой группе у 63% пациентов среди родственников второй линии родства встречались лица с низким интеллектом, у 37% родственники страдали шизоформными расстройствами и детским аутизмом. Во второй группе оба родителя страдали шизофренией и шизоформными расстройствами в 20% случаев, пограничные нервно-психические расстройства наблюдались у 15% родителей, 10% имели невысокий интеллект. В этой же группе наблюдений у 40% пациентов среди родственников второй линии родства встречались в лица с низким интеллектом, у 25% родственники страдали шизофренией и шизоформными расстройствами. Установлено, что статистически значимым ($p \leq 0{,}005$) явилось то, что в целом у всех пациентов, страдающих рано начавшейся (детской) шизофренией, вне зависимости от преобладающей психопатологической симптоматики, среди родственников первой и второй линии родства лица с интеллектуальными нарушениями разной степени выраженности преобладали над лицами с установленной шизофренией и шизоформными расстройствами.

Выводы: в семьях детей, страдающих детской шизофренией, имеет место накопление психической патологии, не ограничивающееся расстройствами только шизоформного характера. Изучение семейного анамнеза важно для выявления этиопатогенетических механизмов шизофрении, групп ее высокого риска, включая механизмы наследственно-генетической передачи в новых семьях.

Нейрофизиологические особенности нарушений развития в детском возрасте

Пирогова М.Ю., Малинина Е.В., Прынзина Т.Н.

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск

Актуальность: на современном этапе детской психоневрологии широко обсуждаются патогенетические аспекты когнитивных, поведенческих и коммуникативных расстройств, связанные с нарушением процессов созревания головного мозга. Механизмы развития данных нарушений сложны и многообразны и касаются как генетических, морфологических изменений в мозге, так и нейрональных, обусловленных эпилептиформной активностью на электроэнцефалограмме.

Цель исследования: определить нейрофизиологические особенности психических расстройств в детском возрасте.

Материал и методы: клинико-психопатологически и нейрофизиологически изучены 379 пациентов преимущественно с дизонтогенетическими психическими расстройствами. По МКБ-10 это были нарушения психологического развития (задержки психоречевого развития) (n=223), синдром дефицита внимания с гиперактивностью (n=45) и расстройства аутистического спектра (РАС) (n=111). Нейрофизиологическое обследование проводилось в состоянии бодрствования и дневного сна (ЭЭГ-видеомониторинг).

Результаты исследования и обсуждение: на первом этапе исследования оценили картину ЭЭГ у всех изучаемых пациентов. У 44,7% (n=120) ЭЭГ была в норме, у 29,5% (n=79) наблюдались общие изменения биоэлектрической активности головного мозга, в 22,8% зарегистрирована эпилептиформная активность (n=61), причем у 13,1% из них это были доброкачественные эпилептиформные паттерны детства (ДЭПД) и у 3% (n=8) наблюдалось региональное замедление.

На втором этапе работы отдельно были изучены нейрофизиологические особенности детей с расстройствами аутистического спектра, так как одной из концепций патогенеза РАС является наличие эпилептиформной активности, объясняющей аутистический регресс. Среди 111 детей с РАС эпилептиформная активность на ЭЭГ выявлена у 34 пациентов (30,6%). В 18-

ти из них это были ДЭПД (16,2%) и в 16-ти (14,4%) — эпилептиформные разряды и эпилептиформная активность. У 20 детей (18%) обнаруживалась дезорганизация основного ритма, у 46 (41,4%) — нормальная картина ЭЭГ и у 11 (10%) — неэпилептические изменения. Формы аутизма распределились следующим образом: детский аутизм — 40 детей, атипичный аутизм — 67, синдром Аспергера — 3, синдром Ретта — 1.

Заключение: полученные результаты свидетельствуют о том, что у 55,3% детей с расстройствами развития имеются различные нейрофизиологические паттерны: дезорганизация основного ритма, эпилептиформная активность и региональное замедление. Особенно следует отметить эпилептиформную активность, преобладающую у детей с РАС (30,6%). Можно полагать, что наличие психопатологической симптоматики дизонтогенетического характера и сочетание данных нарушений с нейрофизиологическими феноменами может являться диагностическими критериями патологии созревания головного мозга, вероятно подтверждающие нарушения нормального функционирования нейрональных связей развивающегося мозга. Так, региональное замедление может свидетельствовать о корковых дисплазиях, мальформациях головного мозга. А высокий индекс представленности эпилептиформной активности на ЭЭГ, вплоть до постоянной и продолженной может говорить о когнитивной эпилептиформной дезинтеграции.

Нарушения поведения у пациентов детского возраста в контексте интеллектуального развития

Поздняков С.С.

ГБУЗ МО «Центральная клиническая психиатрическая больница», г. Москва

Поведение является отражением сложных интегративных процессов, обусловленных внутренними личностными особенностями и внешним воздействием, исходящим, прежде всего, из микроокружения индивидуума. Непосредственное участие в реализации поведенческих паттернов играет среда, в которой функционирует личность. Поэтому расстройства поведения — патологические состояния, характерные для детского и подросткового возраста, приходящиеся хронологически на период развития личности (присутствует парциальность нарушений), и столь редкие для возраста зрелого, где они носят принципиально иной характер — в виде расстройств личности (доминирует тотальность нарушений). Для детского и подросткового возраста возможно и непатологическое течение расстройств поведения. Патологические нарушения поведения всегда являются генерализованными, т.е. возникают во всех микросферах жизни ребенка.

Нарушения поведения у пациентов детского возраста могут быть следующих видов:

а) *компенсаторные нарушения поведения* (связанные со сложностями социальной адаптации детей). В первую очередь, данный тип нарушений поведения возникает у детей, имеющих интеллектуальные нарушения разной природы. Они сталкиваются с трудностями во взаимоотношениях с окружающими людьми, учителями, с нормально развивающимися сверстниками, которые в большинстве случаев не знают психических особенностей детей, в результате чего возникают конфликты. Такие дети начинают проявлять агрессию в своем поведении, которая выступает как защитная реакция на возникающие трудности или как *гиперкомпенсация* интеллектуального отставания в развитии при сохранном соматическом здоровье;

б) *структурные нарушения поведения* (возникающие вследствие органического поражения ЦНС и других грубых нарушений психической деятельности). Данная форма поведенчес-

ких нарушений отражает течение основного психического расстройства и не является следствием компенсаторных процессов или структурно-динамических перестроек;

в) *функциональные нарушения поведения* (обусловленные физиологическими перестройками в ЦНС пубертате) как и предыдущая группа, могут возникать у детей с сохранным интеллектом. Известно, что в подростковом возрасте в головном мозге происходят определенные структурные перестройки, характеризующиеся упрощением архитектоники отделов мозга, отвечающих за эмоциональное восприятие действительности, способность к сопереживанию и распознаванию чужих страданий. В норме к 17-18 годам происходит полная компенсация данных изменений. Эти перестройки и являются причинами т.наз. «переходного возраста». У детей с психической патологией в этом возрасте, на фоне происходящих структурных перестроек в головном мозге, возможна манифестация более грубых психических нарушений.

г) *клинико-патологические нарушения поведения* — это нарушения поведения у детей и подростков, возникающие не вследствие основного заболевания, а в рамках клинических проявлений сопутствующих психических расстройств.

Таким образом, для коррекции нарушений поведения у детей с психическими расстройствами наибольшим эффектом обладает сочетание психотерапевтической и медикаментозной терапии в комбинации с педагогической и коррекционной работой дефектологов и психологов образовательных учреждений. Профессиональная деятельность психиатров и психологов, по коррекции поведенческих нарушений у пациентов с нарушениями психических функций в первую очередь направлена на повышение качества жизни данной группы детей и подростков.

Разработка системы ранней диагностики расстройств аутистического спектра в Московской области

Поздняков С.С.

ГБУЗ МО «Центральная клиническая психиатрическая больница», г. Москва

В последние годы к диагностике психических нарушений, в том числе и расстройств аутистического спектра (РАС) применяют эмпирический подход. Это означает, что целью диагностики является выявление специфических нарушений, которые идентифицируются наличием определенного набора поведенческих симптомов. На данном подходе основаны и современные классификационные диагностические системы — Международная Классификация Болезней (МКБ-10) и Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (DSM-V). Эти две системы являются феноменологическими по своей ориентации, те они опираются на констатацию клинических феноменов нарушений, оставляя вторичное значение их этиологии и патогенезу. Описание поведенческих характеристик РАС в этих двух системах почти идентично. Они основываются на триаде нарушений, сформулированной Лорной Винг в 1993 году, к которой относятся: ослабление способности к социальному взаимодействию, ослабление вербальной и невербальной коммуникации, предпочтение повторяющихся, обособленных, стереотипных интересов или действий. Специфика МКБ-10 и DSM-V позволяет использовать их критерии врачам любых специальностей, что по идее, должно улучшать показатели ранней диагностики.

В то же время при анализе проблем, связанных с ранней диагностикой РАС, мы сталкиваемся с недостаточной информированностью врачей-педиатров и детских неврологов с клиническими особенностями РАС, выявляемых в раннем возрасте, что приводит к поздней диагностике данных нарушений и, соответственно, снижению эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий. Поэтому в структуре детской психиатрической помощи Московской области на сегодняшний день проводится активная разработка и введение в практическую деятельность эффективной системы межведомственного взаимодействия, направленной на повышение эффективности

и раннюю диагностику психических расстройств детского возраста, в том числе и РАС. Суть данной системы заключается в нескольких составляющих:

1) создание единой базы новорожденных детей, имеющих повышенный риск психической патологии;

2) активная информационная поддержка детскими психиатрами родителей, врачей-педиатров и детских неврологов (проведение систематических лекций, семинаров);

3) введение в практику педиатров и детских неврологов тестовых методик, направленных на выявление аутистических черт у детей от 6 мес. до 6 лет (M-CHAT — модифицированный скрининговый тест на аутизм для детей раннего возраста; Рейтинговая шкала аутизма у детей C.A.R.S. — для определения аутизма у детей от 2 до 6 лет, Скрининговый тест ASSQ — для диагностирования детей от 6 до 16 лет);

4) оптимизация и модернизация системы взаимодействия между структурами здравоохранения, образования и социального развития, направленные на создание единой диагностически-лечебно-реабилитационной системы, осуществляющей полный спектр помощи детям, имеющим расстройства психической сферы.

Только эффективное межведомственное взаимодействие может дать нам необходимый лечебный результат для детей с РАС и привести к повышению качества их жизни, а также качества жизни их родственников.

Региональные особенности частоты суицидов среди несовершеннолетних

Положий Б.С., Агеев С.Е., Фритлинский В.С.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

В последние годы проблема «омоложения» суицидов приобретает в мире все большую актуальность. Россия в этом отношении не является исключением. Более того, показатели частоты суицидов среди детей (10-14 лет) и подростков (15-19 лет) превышают среднемировые уровни в 1,5 раза. Кроме того, в нашей стране отмечаются существенные межрегиональные различия между показателями смертности населения вследствие суицида, достигающие 100 и более раз. Аналогичная тенденция отмечается и в детско-подростковой популяции. Учитывая значимость данной проблемы, нами проведен анализ частоты суицидов среди несовершеннолетних (0-17 лет) в субъектах РФ в 2015 г. Согласно данным Росстата, в 2015 г. погибли вследствие суицида 685 несовершеннолетних. Несмотря на то, что эта цифра на 14,4% меньше, чем в предыдущем 2014 г., и в 2 раза меньше, чем 10 лет назад (2005 г.), число ушедших из жизни несовершеннолетних остается высоким. Показатель частоты самоубийств в данной группе населения России составил в 2015 г. 2,4 случая на 100 000 лиц этого возраста.

Изучение региональных особенностей частоты суицидов среди несовершеннолетних позволило разделить субъекты федерации по величине данного показателя. В *первую группу* вошли 6 регионов со *сверхвысокой* частотой самоубийств: Чукотский автономный округ — 31,6; Тыва — 11,4; Забайкальский край — 9,4; Якутия — 7,4; Ямало-Ненецкий автономный округ — 6,5; Калмыкия — 6 на 100 000. *Вторая группа* включила в себя 34 субъекта РФ с *высокими* показателями, превышающими среднероссийский уровень: от 2,5 на 100 000 в Ленинградской области до 5,8 в Удмуртии. *Третью группу* составили регионы со *средним* уровнем. В нее вошли 38 субъектов федерации с частотой суицидов до 2,2 случая на 100 000. Таким образом, максимальное различие в частоте суицидов (Чукотский автономный округ, с одной стороны, и Белгородская, Ярославская,

Тверская области, с другой) составляет 79(!) раз. Кроме того, нами был выделена еще одна *(четвертая)* группа, включившая в себя 6 субъектов, в которых не было самоубийств несовершеннолетних. Сюда вошли республики Адыгея, Ингушетия, Карачаево-Черкесия, а также Магаданская, Новгородская и Тульская области. Следует, однако, заметить, что этот благополучный показатель не отличается стабильностью. В частности, только в указанных выше трех северокавказских республиках отсутствие суицидов несовершеннолетних не было зарегистрировано в предыдущем 2014 году.

Результаты проведенного исследования позволяют прийти к следующим выводам:

1. суицидальная ситуация среди несовершеннолетних в России, несмотря на некоторое улучшение, остается неблагополучной;

2. в особой степени это касается восточных регионов страны (Чукотский и Ямало-Ненецкий автономные округа, республики Тыва и Якутия, Забайкальский край), а также Республики Калмыкия, отличающихся неблагополучной суицидальной ситуацией и в общей популяции;

3. для улучшения суицидальной ситуации среди несовершеннолетних необходимо создание Государственной программы предупреждения самоубийств, предусматривающей участие органов власти и управления, всех заинтересованных ведомств в ее выполнении, а также реконструкцию существующей в стране системы суицидологической помощи с обязательным введением в ее структуру детско-подросткового звена.

Психологическая помощь несовершеннолетним потерпевшим при расследовании преступлений

Полуев А.В.

Следственное управление Следственного Комитета Российской Федерации по Ярославской области, г. Ярославль

Глубина и масштабность происходящих в Российской Федерации социально-экономических изменений, сложности адаптации к новым условиям значительной части населения обусловливают сохранение проблем в основных сферах жизнедеятельности детей. В их числе остается дезорганизация семей, в которых дети подвергаются различным формам сексуального насилия.

Вопросы защиты прав и свобод несовершеннолетних от преступных посягательств является основополагающей в деятельности Следственного комитета Российской Федерации (СК РФ). Статистические данные свидетельствуют, что несовершеннолетние составляют почти половину от числа жертв насильственных преступлений сексуального характера, а количество детей, потерпевших от других половых преступлений, возросло за последнее время в несколько раз. Повышение качества расследования преступлений, совершённых в отношении несовершеннолетних, является одной из важных задач, стоящих перед следственными органами. Для их успешного решения требуется наличие специальных познаний, как в области права, так и в сфере подростковой психологии, а также криминологии, психиатрии и ряда других смежных наук, поскольку расследование данной категории преступлений, имеет свою специфику, обусловленную возрастными и социально-психологическими особенностями таких потерпевших.

Немаловажную роль в следственном процессе занимает оказание помощи несовершеннолетним потерпевшим отсексуальных преступлений. Насилие, перенесенное в детском возрасте, неизбежно сопровождается эмоциональными и поведенческими нарушениями, и такой ребенок нуждается в психологической помощи. Такая помощь выступает в качестве вторичной профилактики последствий жестокого обращения с детьми. Она снижает риск повторного совершения насильствен-

ных действий в отношении пострадавшего ребенка и предупреждает возможность проявления насилия в последующем жертвы по отношению к собственным детям.

Для решения указанных задач следственным управлениям инициировано создание постоянно действующей службы по сопровождению детей, участвующих в следственных действиях, в том числе, пострадавших от насилия. Сотрудниками Центра корпоративного обучения и консультирования Ярославского ГУ им. П.Г. Демидова проведено обучение специалистов данной службы. В настоящее время подобные службы функционируют на постоянной основе в каждом муниципальном образовании области, специалисты-психологи активно привлекаются к следственным действиям с участием несовершеннолетних. Также следственным управлением СК РФ по Ярославской области совместно с ГУЗ Ярославской области «ЯОКПБ», отделом амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз в порядке взаимодействия организовано обучение следователей территориальных следственных подразделений, судебные эксперты принимают активное участие в учебно-практических занятиях с освещением вопросов судебно-экспертной деятельности.

Дальнейшее успешное развитие системы СК РФ делает возможным оказывать психологическую помощь несовершеннолетним потерпевшим от преступных посягательств. В структуру следственного управления области введение должности психолога, позволяет данному специалисту не только принимать участие в производстве следственных действий с несовершеннолетним, но и установить психологический контакт следователя с ним, акцентировать внимание на психологическом состоянии потерпевшего, его возрастных особенностях, взаимоотношении в семье и социальной среде. Созданные комфортныепомещения для производства следственных и иных процессуальных действий с участием несовершеннолетних обеспечивает качество производства следственных действий.

Таким образом, дальнейшее взаимодействие различных структур — правоохранительных, социальных, медицинских и иных окажут позитивную роль в помощи несовершеннолетним потерпевшим от преступных посягательств, а также профилактике правонарушений подобногорода.

Анализ детской инвалидности при эпилепсии

Попова А.А., Малинина Е.В.

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск

Актуальность: эпилепсия — тяжелое заболевание головного мозга с преимущественным дебютом в детском возрасте, относится к числу наиболее распространенных хронических болезней. Во всем мире им страдает около 50 миллионов человек. Эпилепсия является особенно значимой проблемой среди детского и подросткового населения, не только в медицинском аспекте, но и в социальном, поскольку наряду с когнитивными и поведенческими расстройствами, болезнь проявляется нарушениями взаимодействия в социуме, что в конечном итоге и приводит к установлению инвалидности.

Цель исследования: анализ инвалидности при эпилепсии у детей и подростков в Челябинской области за 2012-2014 гг.

Материалы и методы: изучены показатели детской инвалидности по эпилепсии за 2012-2014 гг. по данным бюро медико-социальной экспертизы Челябинской области.

Результаты и обсуждение: в структуре классов болезней, приводящих к инвалидности у детского населения, эпилепсия как нозология и этиологический фактор входит в две группы: первая — психические расстройства, к которой относятся тяжелые формы болезни с изменениями личности и психических процессов по органическому типу, и вторая — заболевания нервной системы с формами эпилепсии, проявляющимися только судорожными приступами. В связи с этим была изучена структура детской и подростковой инвалидности по обращаемости в бюро медико-социальной экспертизы Челябинской области вследствие эпилепсии согласно МКБ 10-го пересмотра в динамике за 3 года (2012-2014) и выделены основные тенденции.

За прошедшие годы наметилась тенденция к росту удельного веса детей и подростков, признанных инвалидами с диагнозом эпилепсия. В 2012 г. этот показатель составил 72%, в 2013 г. вырос на 2% и составил 74%, и в 2014 г. увеличился до 78%. Данное обстоятельство можно объяснить всеобщим ростом инвалидности в России среди детей по психоневрологи-

ческим расстройствам (16575 детей впервые признанных инвалидами по психическим расстройствам в 2014 г.). При этом процент проживающих в городской местности составил 82%, что свидетельствует о доступности и большей диагностической возможности специализированной помощи данному контингенту больных.

Анализ возрастной структуры инвалидности у детей и подростков с эпилепсией проводился в соответствии с основными периодами детства: в первую группу были включены дети от 0 до 3 лет, во вторую — от 4 до 7 лет, в третью — 8-14 лет и в четвертую — от 15 лет и старше. С 2012 г. по 2014 г. максимальный удельный вес имела первая группа (от 0 до3 лет) — 38%, 41% и 40% соответственно. На втором месте — школьники (группа 8-14 лет): процент колебался в пределах 29-33%. Удельный вес детей-инвалидов, страдающих эпилепсией, дошкольного возраста (4-7 лет) в 2012 г. составил 16%, а в 2013-2014 гг. возрос до 22%. В самой старшей возрастной группе (15 лет и старше) процент детей-инвалидов был незначительным и колебался от 7 до 14%. Такое возрастное распределение показателей подтверждает тот факт, что ранний дебют эпилепсии свидетельствует о резистентности таких форм и тяжести их течения. К школьному возрасту больше манифестирует идиопатических доброкачественных форм эпилепсии.

Особенности гендерной структуры инвалидности у детей и подростков с эпилепсией был представлен следующим образом: в 2012-2013 гг. отмечено преобладание мужского пола — 51% и 52% от общего числа соответственно, в 2014 г. акцент сместился в пользу женского пола — 53% от общего числа.

Выводы: на примере региона отмечается рост общего числа детей с эпилепсией, признанных инвалидами. В структуре инвалидности доминирует младшая возрастная группа (0-3 лет), с примерно равным распределением по полу. Специализированным службам это следует учитывать для проведения успешных медицинских реабилитационных мероприятий в психиатрии и неврологии.

Показатели распространенности аутизма у детей 0-14 лет в Российской Федерации и федеральных округах в 2014-2015 гг.

Пронина Л.А., Николаева Т.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Одной из актуальных проблем в настоящее время остается проблема распространенности психических расстройств среди детского населения. Несмотря на то, что психическому здоровью детей уделяется большое внимание как будущему нашей нации, эпидемиологические исследования последних лет в Российской Федерации показывают устойчивую тенденцию к увеличению числа различных форм психических отклонений среди данного контингента.

В 2014 г. в медицинскую статистическую отчетность Минздравом России были выделены строки, содержащие данные о количестве детей, страдающих аутизмом и синдромом Аспергера. Показатели, характеризующие распространенность аутистических расстройств у детей, рассчитаны по данным формы № 10 «Сведения о заболеваниях психическими расстройствами и расстройствами поведения (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ)». Все интенсивные показатели приведены в расчете на 100 тыс. детского населения 2014 г. Для анализа общей заболеваемости детей аутизмом использованы статистические данные о всех зарегистрированных психически больных детях (0-14 лет), обратившихся в амбулаторно-поликлинические учреждения психиатрической службы РФ в период с 2014-2015 гг.

В РФ с 2014 г. абсолютное число детей больных аутизмом (13057 человек) к 2015 г. увеличилось на 3666 и составило 16723 человек. Показатели распространенности возросли с 53,53 в 2014 г. до 68,56 в 2015 г. В некоторых федеральных округах показатели распространенности аутизма у детей отличаются от показателей в Российской Федерации. Например, в ЦФО показатели превышали данные по стране в 1,6 раза (85,31 в 2014 г. и 110,29 в 2015 г.), в ЮФО — в 1,3-1,2 раза (70,67 в 2014 г. и 84,31 в 2015 г.) и в Крымском ФО показатели были выше

в 1,2-1,1 раза (66,22 и 77,71, соответственно). В трех федеральных округах показатели распространенности аутизма у детей были ниже, чем в РФ: в СКФО в 2,3-2,1 раза (23,69 в 2014 г. и 32,34 в 2015 г.) в СЗФО в 1,8-1,7 раза (29,97 и 39,38, соответственно), в СФО в 1,4-1,3 раза (38,85 и 54,99, соответственно). Показатели следующих трех федеральных округов — УФО, ДФО и ПФО — приближались к данным по РФ и были немного ниже их: от 1,0 до 1,2. Такой разброс в интенсивных показателях распространенности аутизма у детей по территориям страны зависит от доступности и развитости амбулаторной службы, а также от сложившихся традиций воспитания в семьях.

В территориях ЦФО в 2015 году разброс интенсивных показателей распространенности аутизма у детей находился в довольно широком диапазоне: от 17,10 в Курской области, 44,05 — в Смоленской области, 66,67 — в Костромской области, 80,13 — во Владимирской области, 83,38 — в Ярославской области, 96,99 — в Рязанской области, 105,44 — в Орловской области, 136,02 — в Москве, 165,86 — в Московской области.

Причем, во всех территориях с 2014 к 2015 году отмечен рост показателей: в Липецкой области — в 6,9 раза, в Курской области — в 2,4 раза, в Белгородской области — в 1,7 раза, в Орловской, Тамбовской областях — в 1,6-1,5 раза, в Брянской, Владимирской, Смоленской областях — в 1,4 раза. В 3-х областях (Тверской, Калужской, Московской) показатели распространенности детского аутизма возросли в 1,3 раза.

В 6 областях (Ярославской, Воронежской, Рязанской, Московской, Ивановской, Костромской) произошел рост показателей в 1,2 раза. Наименьший рост показателя распространенности аутизма у детей отмечен в Тульской области — в 1,1 раза (с 64,84 в 2014 г. до 73,75 в 2015 г.).

Приведенные за 2 года данные статистического наблюдения не позволяют в полной мере оценить распространенность расстройств аутистического спектра у детей и динамику. показателей. В то же время можно понять, что проблема распространенности расстройств аутистического спектра актуальна и требует дальнейшего изучения.

Профилактическая направленность организации психиатрической помощи детско-подростковому населению

Раевская Л.Г.

ГКУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница (Центр психического здоровья детей и подростков)», г. Волгоград

Основными достижениями организации отечественного здравоохранения можно считать участково-территориальный принцип и этапность оказания медицинской помощи. Первичная медико-санитарная помощь — важнейший этап в охране здоровья, в том числе, психического. Основу этой помощи детскому населению, учитывая её массовый характер, должны составлять профилактика и раннее выявление заболеваний и отклонений в развитии.

При организации работ по раннему выявлению нарушений психического здоровья алгоритм эффективной медицинской помощи универсален: ранняя диагностика, раннее коррекционное вмешательство полипрофессиональной бригадой специалистов (психологи, психотерапевты, неврологи, логопеды и др.), медицинская реабилитация и ранняя социализация ребенка.

При анализе работы детских психиатров в субъектах ЮФО по реализации отдельных нормативных актов МЗ РФ профилактической направленности (приказ МЗ РФ № 1346н от 21.12.2012 г. «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них», приказ МЗ РФ от 11.04.2013 г. № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных, принятых под опеку, в приемную или патронатную семью» и др.), четко обозначилась проблема несоответствия норм нагрузки детского психиатра (затрат рабочего времени) при выполнении вышеназванных приказов рекомендуемым штатным нормативам в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения (приказ МЗ РФ от 17.05.2012 № 566н).

Во всех субъектах ЮФО доля детей, подлежащих диспансеризации, составляет от 1,0 до 1,5% детского населения территорий. Результаты диспансеризации показали высокий уровень выявляемости психических расстройств (от 18% до 26% в структуре всех заболеваний). В течение ряда лет, по итогам диспансеризации, психическая патология в группе детей-сирот и опекаемых детей устойчиво занимает первое место. Разительным контрастом выглядит эффективность профилактических осмотров: доля детей, подлежащих профилактическим осмотрам, составляет не менее половины детского населения территорий, что значительно увеличивает нагрузку врача-психиатра. Однако, в структуре всех выявленных расстройств, психические расстройства составляют менее 1%.

Помимо существенного увеличения затрат рабочего времени детского психиатра на проведение профилактических осмотров, обнаружены организационно-тактические проблемы: отсутствие на приеме объективной информации (характеристики из школ, выписки из детской поликлиники, сокрытие родителями проблемных моментов и пр.), незаинтересованность в осмотрах подростков, неподготовленность законных представителей к осмотру психиатра, о чем свидетельствует низкий процент детей с диагностированными в ходе осмотров психическими расстройствами, обратившихся за помощью к психиатру (менее 50%). Выявленные при проведении профилактических осмотров проблемы могут сформировать риски «обоюдной незаинтересованности» в профилактических осмотрах.

В этой связи становится актуальной организация доврачебного этапа профилактических осмотров, сочетающего в себе мероприятия информационно-просветительской направленности и скрининговое анкетирование, а также пересмотр норм нагрузки детского психиатра с учетом большой профилактической специфики его деятельности и межведомственного характера организации работы.

Актуальность ранней диагностики в лечении детского аутизма

Ребекина Т.Ю.

ГАУЗ «Республиканский клинический психотерапевтический центр» Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа

В отделении патологии речи (ОПР) и психотерапевтической реабилитации (ПТР) детей и подростков было проведено единовременное, выборочное исследование кагортным методом. Сбор материала осуществлялся методом выкопировки сведений из первичной медицинской документации. В результате изучения были получены данные о том, что период с 2013 года по 2015 год в отделении получили специализированную медицинскую помощь 75 детей с аутизмом и 53 ребенка с РАС. Возрастной диапазон от 1,4 и до 11лет. Среди госпитализированных детей мальчиков было больше, чем девочек, примерно в два раза (2:1).

Клинические проявления заболевания распределились таким образом. Большинство пациентов обращались с жалобами на задержку в речевом развитии (95%), замкнутость (40%), неусидчивость (80%), раздражительность (18), плаксивость, сниженное внимание, стереотипные движения и игры (52%), сниженное понимание обращенной речи (65%), тревожность (8%). Обращает внимание то, что у большей части детей раннее психомоторное и речевое развитие проходило с отставанием (87%). Также в ходе исследования было обнаружено, у детей с детским аутизмом (ДА) в 98% случаев наблюдается гиперактивность. На ранних этапах развития 78% детей наблюдались у невролога и получали назначенную терапию, остальные же либо не наблюдались вообще, либо лечились не регулярно. Чаще родители начинали беспокоиться, когда дети шли в ДДУ и начинали там общаться с типично развивающимися сверстниками.

В настоящее время в отделении патологии речи и психотерапевтической реабилитации основныо принципом в лечении и реабилитационной работе является комплексность (фармакотерапия, физиотерапия, психотерапия, коррекционная работа, логопедическая работа, педагогическая работа). Находясь на лечении, пациенты прошли диагностические консультации

у психиатра, психолога, логопеда, дефектолога, а так же выше описанный курс. Дети выписаны с улучшением состояния в различной степени выраженности.

При выписке отмечается развитие пассивного словаря, мелкой моторики (94,7%); улучшение познавательной активности и учебных навыков (43,6%); незначительная динамика в понимании установок; уменьшение эхолалий (31,6%); снижение тревожности (7,9%). У пациентов уменьшилась раздражительность, агрессия и аутоагрессия (15,8%); нормализовалось настроение (76,7%); дети стали двигательно более спокойны, усидчивы. Отмечается незначительная положительная динамика в целенаправленной мотивированной деятельности (31,6%), в развитии произвольного внимания (34,2%). Но сохраняются трудности в понимании обращенной речи, выполнении инструкций, стереотипии в играх, затруднен контакт, в том числе и зрительный, сохраняется избирательность в еде. Положительную динамику дает логокоррекция, у 80,7% детей стало формироваться звукоподражание, повторение слов и простых фраз, простые предложение (глагол + существительное), запомнили речевые игры с пальчиками и охотно выполняют их.

Большинство пациентов с аутизмом, благодаря трудоемкому комплексному лечению и реабилитации в отделении, могут обучаться и адаптироваться в социуме.

Негативные последствия от употребления ПАВ и информированность молодых людей из «групп риска»

Романяк Е.В.

Научно-исследовательский институт наркологии — филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

В ноябре-декабре 2015 года в г. Санкт — Петербурге нами проведен социологический опрос трех групп молодых людей, включая молодых людей, с установленным диагнозом зависимости от психоактивных веществ (ПАВ):

· ПН — получающие помощь в связи с зависимостью от ПАВ (N=60);

· СС — состоящие на учете в различных социальных службах (N=17);

· ССУЗ — студенты средних специальных учебных заведений (N=34)ю

Итоговый объем выборки составляет 111 человек, из которых мужчины составляют 63,1%. Средний возраст — 19 лет (15 — 23; Std. Deviation — 2).

Методики: скрининговая оценка никотиновой зависимости Тест Фагерстрема (Fagerstrom nicotine dependence test: adult version), скрининговая оценка зависимости от алкоголя (CAGE questionnaire), скрининговая оценка зависимости от наркотиков (CAGE-AID модифицированный), адаптированная из Self-Reported Delinquency (Moffitt, Silva 1988).

Результаты опроса показывают во всех трех группах относительно нормативным курение и употребление алкоголя. Наличие физической зависимости от курения более характерно для лиц, которые уже получают помощь в связи с зависимостью от наркотиков, и состоят на учете в различных службах, т.е. попали в поле профилактической работы государства. Однако, сильная табачная зависимость одинаково распространена во всех группах, но не превышает 20% от общего числа опрошенных. Признаки алкогольной зависимости (CAGE) выявлены у 68,3% группы, которая уже получает помощь в связи с зависимость от наркотиков, что существенно отличает

их от двух других групп, среди которых признаки алкогольной зависимости у тех, с кем проводится профилактическая работа — 35,3%, и студентов ССУЗ — 26,5%. Группа тех, кто получает помощь при зависимости отметили целый ряд серьезных проблем: финансовые затруднения, конфликты по месту работы/учебы, ухудшение здоровья, задержания правоохранительными органами. Последствия от употребления алкоголя у двух других групп, в основном, касаются ближайшего окружения (например, прогулы по месту работы/учебы, конфликты в семье и с друзьями). Пробы наркотиков характерны для всех трех групп, но в разном возрасте и даже периоде: имеющие зависимость и уже получающие помощь в связи с ее наличием — 12,9 лет; остальные две группы 14,5 лет и 15,5 лет, соответственно, в юношеский период.

При наличии такого широкого круга проблем уровень информированности о том, где можно получить правовую, психологическую и другую помощь, а также как защитить свои права и здоровье находится на низком уровне у всех трех групп. Соответственно, получение таких услуг в реальности стремится к нулю. Здесь необходимо отметить, что отсутствие информации о нормативном развитии и искаженные сведения и мифы, распространенные в «группах риска» косвенно свидетельствует о низкой эффективности профилактической работы, особенно среди тех опрошенных, к которым применяется индивидуальная профилактическая работа. При этом использование запрещающих мер может усиливать интерес и вовлечение подростков в антиобщественное поведение.

Результаты проведенного опроса имеют ряд ограничений, которые осознаются авторами. Во многом это фоновый замер ситуации для понимания проблемы. Главный ключ эффективности работы с подростками из групп риска — это всесторонняя и системная работа.

Проблемы комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы в спорах о воспитании детей

Русаковская О.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва;

ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет», г. Москва

За последние 10 лет комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (КСППЭ) в гражданских спорах об определении места жительства ребенка при разводе родителей, порядка общения с ребенком родителя, проживающего отдельно, из единичных случаев стала распространенным видом судебной экспертизы. Об этом свидетельствует как увеличение количества данных экспертиз, так и возрастание числа теоретических, методологических и клинических исследований по данной проблематике. Сложность КСППЭ в спорах о воспитании детей определяется, прежде всего, следующими факторами: их многопредметным характером, заключающимся в необходимости оценки особенностей психического состояния нескольких объектов экспертизы (ребенка и обоих родителей) и особенностей их взаимоотношений, с учетом социально-психологической ситуации, сложившейся в семье; сложностью и неоднозначностью основных экспертологических и общепсихологических понятий; недостаточной разработанностью ряда теоретических проблем воспитания ребенка в семье. Предметом КСППЭ в спорах о воспитании ребенка родителями, проживающими раздельно, является вред психическому здоровью ребенка вследствие его воспитания одним из родителей или общения с ним. Психологическими и клиническими категориями, подлежащими исследованию, являются 1) психическое состояние, уровень и особенности психического развития, индивидуально-психологические особенности ребенка, 2) психологическое отношение ребенка к каждому из родителей, 3) способность ребенка к принятию самостоятельных решений, 4) психическое здоровье и индивидуально-психологические особенности каждого из родителей, 5) «родительское отноше-

ние», под которым в экспертной практике понимается комплекс психологических понятий, характеризующих особенности родительства: ценностные ориентации родителя, разнообразные чувства по отношению к ребенку и привязанность к нему, особенности восприятия и понимания характера и личности ребенка, стиль воспитания и поведенческие стереотипы, практикуемые в общении с ним. Итоговый прогностический вывод о наличии вреда психическому здоровью ребенка вследствие его воспитания, как правило, является интегративным и дается на основании анализа всех перечисленных категорий. На современном этапе развития науки единственным критерием, позволяющим сделать подобный вывод, отвечающий требованиям объективности, достоверности и научной обоснованности, является выявление у ребенка в ходе экспертизы нарушений психического здоровья или психического развития, находящихся в причинно-следственной связи с индивидуально-психологическими характеристиками или поведением одного из родителей, или таких нарушений психического здоровья и развития, динамика которых при условии воспитания данным родителем (общения с ним) будет иметь негативный характер. В психологии существует большое количество теорий и концепций, касающихся семейного воспитания, формирования привязанности, преимуществ одного из стилей воспитания перед другими. Однако возможности как изолированного применения одного из подобных подходов, так и эклектичного использования нескольких из них в экспертной практике ограничены требованиями объективности, достоверности и научной обоснованности экспертного заключения, а возможность использования их в экспертных выводах является очень спорной.

Рекомендации по профилактике повторных суицидальных действий у подростков с психическими расстройствами

Рухлова И.А., Абриталин Е.Ю., Тегза В.Ю.

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны России, г. Санкт-Петербург

Увеличение частоты завершенных суицидов в подростковой популяции, наблюдаемое в последние десятилетия, требует разработки модернизированных программ коррекции и превенции подростковой суицидальности, причем не только медицинской, но и педагогической, социальной и экономической направленности.

Было проведено комплексное обследование 123 подростков с психическими расстройствами (F 43, F 07, F 60.30, F 10.2, F 11.2, F 19.2, F 20.0, F 23.1, F 23.0, F 31.5, F 32.3), которые совершили суицидальные попытки и были госпитализированы в психиатрическую больницу (сред. возраст 16,41±1,12 лет). На основании изучения особенностей суицидального поведения были разработаны научно-практические рекомендации по профилактике повторных суицидальных действий у подростков с психическими расстройствами.

Для эффективной психопрофилактической работы среди подростков, совершивших суицидальные попытки, целесообразно организовывать в учебных заведениях (школах и техникумах) центры кризисной помощи для осуществления координационной работы по раннему выявлению, ургентной коррекции, последующей реабилитации и профилактике суицидального поведения. Исходя из анализа суицидальной активности подростков, центры должны создаваться в каждом конкретном учебном заведении или один на несколько по принципу территориальной целесообразности. В состав центра необходимо включать клинического психолога, который имеет специализацию по кризисной психологической помощи и является руководителем центра, и детского психиатра, работающего на основе ежемесячного консультирования.

Детским психиатрам психоневрологических диспансеров целесообразно ежемесячно предоставлять центрам кризисной помощи при учебных заведениях необходимую информацию о

подростках, совершивших суицидальные попытки, в рамках существующего законодательства и с соблюдением прав учетного контингента: по предварительному согласию родителей или самого подростка, если ему более 15 лет. На основании полученной информации клиническим психологам центров следует разрабатывать индивидуализированные диагностические и прогностические критерии суицидального риска с использованием оценочной шкалы степени серьезности попытки самоубийства А.Г. Амбрумовой и В.А. Тихоненко с последующим выделением групп повышенного суицидального риска. Дальнейшая психопрофилактическая работа должна распределяться между субъектами социального окружения и координироваться центрами кризисной помощи в соответствующих направлениях: психиатрического характера — детские психиатры и клинические психологи, психологического характера — клинические психологи центров и психологи учебного коллектива, социального характера — семейное окружение, воспитательного и просветительного характера — семейное окружение и преподавательский коллектив.

Психотерапевтическая помощь подросткам с суицидальным поведением должна осуществляться согласно принципам кризисной психотерапии в соответствии с основными стадиями кризисного состояния. При этом для подростков с высоким риском суицидального рецидива целесообразно использование методов когнитивной и семейной психотерапии, а для подростков с низким риском суицидального рецидива — аксиологической коррекции, когнитивной и гештальт-психотерапии.

Проблемы послешкольной профилактики: новые наркотики

Рыбакова Л.Н.

Научно-исследовательский институт наркологии — филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва;
Институт социологии РАН, г. Москва

Антинаркотическую профилактику в школьных коллективах можно считать налаженной системой. Она предполагает информирование и создание поведенческих установок на отказ от всяких психоактивных веществ (ПАВ) на основе заботы о здоровье и страха перед осуждением близких.

Замечено, что значительная часть 20-30-летней молодежи, успешно завершив школьную программу профилактики, обращается к так называемым в международных документах «новым ПАВ», или «легальным наркотикам». В этой группе наиболее высока доля смертности от острых отравлений наркотическими средствами. Пробы спайсов (курительных смесей) характерны именно для этой группы населения. Результаты мониторингов по стране выявляют региональные различия, но примечателен факт обращения к потреблению ПАВ в той группе населения, которая считается достаточно зрелой, образованной, подготовленной, чтобы отказаться от предложенного наркотика. Это старшие братья и отчасти отцы тех, кому посвящена данная конференция. Эта когорта населения не будет поддерживать работу учителей, наркологов и полиции, она может демонстрировать негативные образцы поведения, она создает неблагоприятную почву для психического здоровья детей.

Но проблема состоит не в том, что школьная профилактика оказалась неэффективной. Проблема, во-первых, в обновлении наркорынка, Развивается «аптечная наркомания» («Лирика» и т.п.). Не удается прервать поставки «солей» из Китая и работу подпольных лабораторий. Трудно отследить продажу (поставки, оплата, распределение) ярких пакетиков с неопознанным порошком через интернет и электронные каналы финансовых расчетов. «Новые ПАВ» доступны как по цене, так и по месту при-

обретения. Продажа через «закладки» напоминает игру в шпионов и может также привлекать незаконопослушных.

Во-вторых, проблема в смене мотивации наркотизации. Школьная профилактика закрепляет в сознании детей образ наркомана-изгоя и признаки инъекционного употребления опиатов. «Новые ПАВ» ускользают от законодательного запрета, могут употребляться без иглы, «нормальным» вдыханием, трудноуловимы распространенными системами лабораторного контроля. Среди 20-30-летних сохраняется подростковая мотивация «просто так» и «за компанию», наряду с любопытством приобретает вес мотивация риска и модуляции самочувствия (самопознание?). Неизвестный состав, непонятное качество потребляемых веществ не снимают готовности взрослых парней почувствовать себя лабораторной мышью, подопытным кроликом. В результате — смертельные отравления и психозы, которые при низком интеллекте усугубляют патологические процессы в ЦНС. Мотивация обращения к «новым наркотикам» — проба сил уверенного в себе здорового оптимиста (или фаталиста?).

В-третьих, проблема послешкольной профилактики среди вузовской или работающей молодежи — в отсутствии целенаправленной антинаркотической профилактики среди «зрелой молодежи». Ведется пропаганда пронаркотического свойства: электронные сигареты и вайперство, излечившиеся наркоманы в шоубизнесе, неуловимая реклама отклоняющегося поведения в электронных СМИ, на форумах и чатах и т.п. При отсутствии нормативного ориентирования, задающего социально одобряемый мейнстрим, лавинообразно нарастает демонстрация нарушений всяческих норм — от однополой любви до татуировки. Мощный канал интернета почти не используется для защиты ценностей жизни. Нет опоры на более старшие возрасты с их установками и достижениями, хотя после 50 лет наши «рокеры» пересматривают свои ориентиры и сожалеют об «ошибках молодости», но очень тихо.

Профилактика против «новых ПАВ» среди «зрелой молодежи», опираясь на пропаганду разумного риска и безопасного удовольствия, затрагивает разные сферы жизни и апеллирует к главным ценностям: для чего жить, во имя чего рисковать, как получать удовольствие от жизни? Очевидно, что с этими задачами только полиции и только наркологии не справиться.

Некоторые аспекты сексуальности молодежи с гомосексуальной ориентацией

Савченко С.Н., Луговкина Д.А.

ГКУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница (Центр психического здоровья детей и подростков)», г. Волгоград

Гомосексуальная и бисексуальная ориентация не рассматривается современной психиатрией в качестве психического расстройства. Среди мужчин гомосексуализм распространен от 1 до 4%, среди женщин — от 1 до 3%. При этом значительно большее число гетеросексуальных субъектов имело в течение жизни спорадические гомосексуальные контакты, а часть из них меняла сексуальную ориентацию в зрелом возрасте. В связи с этим становится особенно важным исследование индивидуальных психологических особенностей лиц с нетрадиционной сексуальной ориентацией для лучшего понимания данного феномена.

В качестве методов исследования использовались: опросник установок к сексу Г. Айзенка; методика оценки сексуального профиля О.Ф. Потемкиной; авторская анкета.

В исследовании приняли участие 30 юношей и девушек с декларируемой гетеросексуальной ориентацией и 30 юношей и девушек с декларируемой гомосексуальной и бисексуальной ориентацией, являющиеся студентами и выпускниками ВолгГМУ. Общий объем выборки составил 60 человек в возрасте от 19 до 24 лет.

Анализ полученных результатов выявил следующие закономерности:

· Юношам, вне зависимости от сексуальной ориентации, более свойственно проявление нежности, чуткости, ласки по отношению к сексуальному партнеру ($R=0,53$ при $p=0,05$), что не соответствует традиционным представлениям о мужской грубости, брутальности, эгоистичности в плане достижения удовольствия в сексуальных контактах. Возможно результат объясняется высоким интеллектом и личностными особенностями респондентов, студентов медицинского университета, поскольку медицина ассоциируется с феминными чертами (милосердие, помощь, забота).

· Для испытуемых с нетрадиционной ориентацией не характерны бурное проявление чувств, эмоциональная выразительность и раскованность в реакциях (R= -0,63 при p=0,05), а также строгие критерии в оценке сексуального партнера (низкая избирательность) (R= -0,56 при p=0,05), что, возможно, связано с негативной реакцией общества на гомосексуальные отношения и, как следствие, с социальным запретом на открытое проявление чувств и сложностью поиска партнера.

· Девушки в большей степени, чем юноши, склонны к формированию невротических реакций в сексуальной сфере, причем данный показатель выше в группе гетеросексуальных девушек. Как следствие, девушки менее удовлетворены сексуальными отношениями. Возможно, это также следствие особенности выборки, поскольку в медицинском ВУЗе девушки преобладают среди студентов и конкуренция за партнера в их среде выше.

· Для 62,5% испытуемых независимо от ориентации наибольшую значимость в отношениях играет любовь. Это означает, что чувство любви воспринимается ими как высшая ценность, а секс без любви воспринимается часто как неудовлетворительный.

· В целом по выборке, вне зависимости от пола и сексуальной ориентации, для 68,75% испытуемых свойственен повышенный интерес к порнографической продукции.

Таким образом, можно сделать вывод о высокой значимости любви для современной молодежи, воспринимающей сексуальные отношения как закономерное дополнение к любовным отношениям, что идет вразрез с распространенным мнением о преобладании «потребительских» мотивов в партнерских отношениях.

Некоторые аспекты проведения медицинских профилактических осмотров несовершеннолетних

Самойлова Л.А., Тулбаева Н.Р., Ахмерова И.Ю.

ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа

Законодательство в сфере здоровья основывается на Конституции Российской Федерации, гарантирующей поддержку семьи, материнства и детства. Согласно Федеральному Закону РФ №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» одним из принципов является приоритет охраны здоровья детей, доступность и качество оказания медицинской помощи. Порядок прохождения несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, определен приказом Минздрава России от 21 декабря 2012 года № 1346-н. Осмотры несовершеннолетних проводятся медицинскими организациями в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

С целью реализации порядка проведения медицинских осмотров несовершеннолетних в РКПБ № 1 МЗ РБ определены следующие задачи и направления работы детских врачей — психиатров:

1. прием несовершеннолетних и их законных представителей детскими врачами-психиатрами в диспансерных отделениях и кабинетах;

2. обеспечение взаимодействия детских врачей-психиатров с ответственными должностными лицами детских поликлиник в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»;

3. проведение психиатрического освидетельствования несовершеннолетних, экспериментально-психологического обследования и других диагностических и лечебных мероприятий в случаях выявления признаков и симптомов психических расстройств.

С целью обеспечения доступности и своевременности проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в амбулаторных диспансерных отделениях был орга-

низован «Профилактический день». В течение этого дня детские участковые врачи-психиатры проводили диспансеризацию детского и подросткового населения в условиях амбулаторного диспансерного отделения РКПБ № 1 МЗ РБ или в детской поликлинике, организующей диспансеризацию. В течение первого года диспансеризации внедрение «Профилактического дня» позволило детским врачам-психиатрам разграничить посещения пациентов с профилактической целью от обращений по поводу заболеваний, требующих большего внимания и времени для освидетельствования, назначения лечения, выписку рецептов и др. В последующем, в условиях увеличения количества несовершеннолетних, необходимость в «Профилактическом дне» стала возникать практически ежедневно. Данная ситуация обусловлена улучшением регулирования механизмов проведения диспансеризации специалистами детских поликлиник. Увеличение общего количества медицинских осмотров привело к вынужденному сокращению времени приема врача-психиатра, и как следствие, снижении качества проводимого психиатрического освидетельствования, а также многократному увеличению нагрузки на приеме. Анализ данных по диспансеризации 2013-2015 годов в г. Уфа выявил увеличение доли посещений с профилактической целью до 80-85% от общего числа посещений, а также устойчивую тенденцию сокращения времени приема детского врача-психиатра до 2-5 минут на одного несовершеннолетнего. В данных условиях выполнение в полной мере задач диагностического, лечебного и профилактического направления затруднительно.

Таким образом, проведение эффективной диспансеризации детского и подросткового населения в данных условиях затруднительно. Высокая нагрузка на приеме врача-психиатра приводит к снижению доступности и качества оказания амбулаторной психиатрической помощи нуждающимся детям, проведение медицинских профилактических осмотров не обеспечивает выполнение задач и целей, утвержденных приказом МЗ РФ № 1346-н.

Возрастные и гендерные аспекты агрессии у детей и подростков

Свинцова А.В.[1], Панкова О.Ф.[1], Атмашкина О.М.[2]

[1]ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва;

[2] ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы»

Результаты проведенных ранее исследований в психиатрии показали, что от 50% до 70% подростков, совершивших агрессивные деликты, имеют психические расстройства (Гурьева В.А., 2001; Макушкин Е.В., 2009, Blair R.J.R., 2001, GrissoT. et al. 2004; Fite P.J., Stoppelbein L., Greening L., 2009).

Нами сплошным методом были изучены распространенность и структура агрессивных проявлений у 2434 пациентов, поступивших в 2014 г. в НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой.

Агрессия была выявлена у 661 (27,2%) пациентов: 501 (75,8%) мальчика и 160 (24,2%) девочек. По возрасту пациенты были разделены на четыре группы: 1) дошкольный возраст (до 7 лет), 2) младший школьный возраст (7-10 лет), 3) подростковый возраст (11-14 лет), 4) ранний юношеский возраст (15-18 лет). Наиболее многочисленными были третья и вторая группы — 269 (40,7%) и 202 (30,6%) пациентов соответственно. Во всех группах, кроме четвертой, мальчики составили подавляющее большинство (1 — 80,9%; 2 — 80,7%; 3 — 75,5%). В самой старшей группе (n=101), гендерные различия были менее заметны — 62,7% — мальчики и 37,6% — девочки.

Направленность агрессии во всех возрастных группах у мальчиков отмечалась по отношению к близким от 49,3% до 58,3%. У девочек с возрастом отмечалось постепенное ее нарастание: 41,2% -43,6% -63,3% -71,1%. Чаще мальчики проявляли агрессию к детям, в т.ч. к сибсам. Данный тип агрессии наиболее выражен в младшей группе (82,4% -69,2% -59,1% -65,8%). В меньшей степени отмечалась агрессия к посторонним взрослым — 15,3-27%. Её рост наблюдался в самой старшей группе: у 33,3% мальчиков и 34,2% девочек. Агрессивные действия к животным отмечались достаточно редко. Максимальные по-

казатели имели место во 2-й и 3-й группах — 12,3% и 12,8%. У девочек максимум по данному показателю отмечался во 2-й группе —7,7%.

В старшей группе мальчики и девочки одинаково часто угрожали расправой, в т.ч. и убийством — 20,3% и 23,7%, пытались нанести увечья — 31,7% и 36,8%, применяли холодное оружие (ножи, заточки, стекло и др.) — 13,2% и 14,3%. В качестве коморбидных расстройств во всех возрастных группах отмечались разрушительные тенденции с постепенным увеличением их представленности: от 13,9% у мальчиков младшей группы до 39,4% в третьей группе; у девочек соответственно — 11,8% в младшей группе и 44,7% в старшей группе. Так же имели место воровство, уходы из дома и бродяжничество, злоупотребление алкоголем и ПАВ, дружба с асоциальными компаниями, более выраженные в подростковом и юношеском возрасте. Гиперсексуальность была наиболее выражена у мальчиков и девочек третьей группы — 16,3% и 28,8% соответственно.

Нозологическая принадлежность была представлена следующим образом: умственная отсталость (36,3%), органическая патология головного мозга (24,8%), расстройства шизофренического спектра (14,1%) и расстройства эмоций и поведения (F90-F98 по МКБ-10) — 12,4%. Синдромальное распределение: психопатоподобный синдром — 60,7%, психоорганический — 12,4%, депрессивный — 7,3%, неврозоподобный- 5,7%, деменции — 4,1%, патологическое фантазирование — 2,1%, шизофреноподобный — 1,2%.

Имеющиеся у детей и подростков с психическими расстройствами агрессивные проявления, в том числе связанные с нарушениями влечений агрессивно-садистического спектра, способные приводить к диссоциальным расстройствам и последующему криминогенному поведению, требуют разработки полипрофессиональной системы медико-психологической реабилитации, включающей режимно-организационные мероприятия и психолого-педагогическую коррекцию.

Формирование стрессоустойчивости, как одного из факторов профилактики зависимостей у подростков

Северинова Ю.Н.

ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница», г. Тамбов

Понятие наркоустойчивости у подростков и молодежи неразрывно связано с понятием стрессоустойчивости личности. Неоднократно в медико-социальных исследованиях ставился вопрос: почему одни подростки при прочих равных условиях имеют устойчивость к зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), другие же начинают их употреблять.

В общепринятом понимании под психологической устойчивостью личности подразумевается способность к адекватному восприятию трудной ситуации. Подростки, пока не имеющие достаточного опыта анализа таких психотравмирующих моментов, не всегда могут адекватно их воспринять и, как следствие этого, бессилие перед ситуацией перерастает в тотальное бессилие, неспособность что-то делать вообще. Так формируются негативные установки типа «я ничего не могу», «я неудачник по жизни», «мне никто не поможет». Бесспорно, что представление человека о себе является основополагающим в его последующих действиях, оценках, поведенческих реакциях. Из этого следует, что если такого рода негативные установки довольно стойкие, они являются крайне благоприятной почвой для формирования у подростков различного рода зависимостей.

По нашим наблюдениям четко прослеживается следующая закономерность. Дети и подростки, обладающие личностными способностями либо обученные преодолевать стрессовые ситуации, начинают их переводить в поисковую, творческую деятельность. Очевидно, что подростки, умеющие трансформировать проблемы в задачи, а затем находить решение этих задач, гораздо реже оказываются в тупиковых ситуациях, из которых при неблагоприятных условиях прослеживается один выход — употребление ПАВ.

Определяющим фактором при работе с подростками является выявление содержания «Я — концепции», т.е. представлений о себе. Когда ребенок рисует образ собственного «Я»,

закономерно прослеживается оценка своей внешности, поведения, способностей. В дальнейшем предопределяется собственный «сценарий жизни», как идеальный путь развития, намечаются действия для его реализации. Именно на этом этапе возможно повлиять на ход событий, если есть риск, что эти события могут пойти нежелательным, дезадаптивным, разрушительным путем.

Таким образом, обучая подростка принимать самого себя, настраивая его на позитивное самовосприятие, у него тренируется способность творчески, неординарно, конструктивно подходить к решению трудных жизненных ситуаций. Как следствие этого, как личностное качество формируется стрессоустойчивость, что в свою очередь является одной из важнейших задач наркопрофилактики.

Дистанционное обучение в профилактике аддиктивного поведения несовершеннолетних

Северный А.А., Иовчук Н.М., Зарецкий В.В.

Ассоциация детских психиатров и психологов,
Центр защиты прав и интересов детей, г. Москва

Не диагностированные и своевременно не корригированные психические отклонения у детей и подростков создают «зону высокого риска» приобщения их к ПАВ. В то же время, практически полная неинформированность специалистов различного профиля, работающих с детьми и семьями по профилактике употребления ПАВ, относительно особенностей детско-подростковой психики, психологических и психопатологических проявлений реагирования детей и подростков на стрессовые воздействия, пограничной психической патологии, неинформированность о структуре и правовом регулирования службы психического здоровья — делает профилактическую работу в определенной степени неполноценной. Заполнить информационный вакуум может дистанционное обучение по программе «Детская социальная психиатрия для непсихиатров». Проведенный через Интернет и электронную почту образовательный цикл продемонстрировал его высокую востребованность широким кругом специалистов (педагогами, психологами, педиатрами, юристами, социальными работниками и социальными педагогами, выпускниками вузов, представителями общественных организаций). В сентябре 2015 г. был проведен всероссийский вебинар по теме «Формирование безопасной образовательной среды и профилактика аддиктивного поведения несовершеннолетних», охвативший более 9 500 тысяч педагогических работников из 54 субъектов РФ. Итог обучения: положительные отзывы, просьбы о повторении от отсеянных при первичном отборе. Главное — уже в процессе учебного цикла слушатели писали о том, что в своей повседневной работе стали иначе смотреть на детей, видеть многие особенности, которых раньше не замечали, находить новые пути коррекционной работы с ребенком и семьей. Из высказанных замечаний: недостаточная доступность изложения материала, излишняя критичность в оценке ответов на контрольные вопросы и излишне жесткая требовательность выполнения учеб-

ного плана. Принципы и необходимые условия дистанционного обучения:

1. Актуальность тематики.
2. Оригинальность материала.
3. Профессиональная заинтересованность обучающихся.
4. Авторитетность преподавателей и обучающей организации.
5. Приемлемые финансовые условия для преподавателей и слушателей.
6. Соблюдение авторского права.
7. Технические условия организаторов и привлеченных социальных партнеров, обеспечивающие доступность, качество и устойчивость интернет-связи.
8. Общедоступность изложения в сочетании с современным научно-методическим уровнем.
9. Максимально возможная приближенность учебного материала к реальной практике слушателей.
10. Сочетание индивидуализации в общении с преподавателями и одновременно формирования группы, т.е. возможности взаимообмена личным профессиональным опытом, взаимного анализа ошибок, взаимной оценки достижений, открытой дискуссия, т.е. по сути дистанционной формы семинарского занятия. В этом одно из основных преимуществ дистанционного обучения с использованием интернет-ресурса.
11. Четкий учебный план и стремление к его жесткому выполнению.
12. Получение от слушателей оценки качества обучения.

Соблюдение данных принципов и организационных условий формирует устойчивую развивающуюся образовательную среду, обеспечивающую обратную связь с организаторами, развивает новые профессиональные компетенции участников, осуществляет мониторинг проблем в рамках тематики курсов и демонстрирует позитивные практики профилактики аддиктивного поведения среди несовершеннолетних и молодежи.

Качество жизни матерей детей, страдающих эпилепсией

Семакина Н.В., Злоказова М.В., Багаев В.И.

ФГБОУ ВО «Кировская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Киров

Семейная среда играет важную роль в терапевтическом процессе больных эпилепсией детей.

Цель исследования: исследовать психологические и социальные характеристики качества жизни (КЖ) матерей в зависимости от клинической картины эпилепсии детей.

Материал и методы исследования: обследовано 120 матерей (37,4±7,5 лет) и 120 детей (11,2±4,7 лет), страдающих эпилепсией не менее года. Использовались клинический, экспериментально-психологический (ВОЗ КЖ-26, самооценка уровня тревожности и депрессии, уровень социальной фрустрированности) и статистический методы.

Результаты исследования: анализ психического состояния, психологических и социальных характеристик КЖ матерей позволил выделить две группы:

1 группа — 29,2% (n=35) матерей, не имевших жалоб на психическое и соматическое здоровье, удовлетворительно оценивающие свое КЖ (100%) и социальное функционирование (100% — трудоустроены, 94,2% — состояли в браке, 91,4% — воспитывали 2 детей и больше). Умеренный уровень реактивной (62,8%) и личностной (48,5%) тревожности защитно-приспособительного характера, использование адаптивных копинг-стратегий «решение проблем» поддерживали стабильную психическую адаптацию женщин. У большинства детей в данной группе матерей наблюдалась ремиссия (74,2%) и редкая частота (25,8%) эпилептических приступов без психических расстройств (40,0%) или с наличием пограничных психических состояний (60,0%). Наблюдался удовлетворительный терапевтический комплаенс и преобладание адекватных методов воспитания.

2 группа — 70,8% (n=85) матерей, имевших признаки тревожного расстройства (F 60.7) — 60%, пролонгированной депрессивной реакции (F43.21) — 30,6% и неврастении (F48.0) — 9,4%. Женщины отмечали постоянную тревогу за состояние детей и страх повторения у них приступов, переживали за со-

циально-психологическую компетенцию детей в будущей жизни. При оценке КЖ у женщин преобладала неудовлетворенность во всех сферах: психологической (преобладание негативных эмоций 64,7%), физической (нарушенный сон — 35,9%, неудовлетворенность своей работоспособностью — 12,9%), духовной (бесперспективность будущего и отчаяние — 14,1%), отношений (личных — 24,7%, социальной поддержки — 31,8%), независимости (отсутствием времени для отдыха — 57,6%, недостаток финансов — 45,9%). Высокая социальная фрустрированность в сферах профессиональной деятельности и взаимоотношений коррелировала ($p \leq 0{,}001$) с социальным неблагополучием матерей этой групп: 25,9% — осуществляли ухода за ребенком-инвалидом, 35,3% — не состояли в браке. Женщины, воспитывающие единственного ребенка (31,8%), отмечали страх рождения второго нездорового малыша. Высокая реактивная (15,3%) и личностная (100%) тревожность, предпочтение неадаптивных копинг-стратегий «избегания» и «поиск поддержки» способствовало снижению стрессоустойчивости и психической дезадаптации женщин. Клиническая картина эпилепсии у детей в данной группе отличалась наличием сохраняющихся пароксизмов — 60,0%, длительностью заболевания более 5 лет — 32,9%, выраженными психическими расстройствами — 48,3%. Матери стремились к чрезмерной опеке детей, имели склонность к самостоятельной смене схемы лечения, проведению повторных исследований для уточнения причин эпилепсии, использованию нетрадиционных способов терапии.

Выводы: клинико-психопатологическая картина эпилепсии у детей ухудшает КЖ матерей в психологической и социальных сферах, повышая риск развития эмоциональных и невротических расстройств, способствуя снижению комплаенса, а так же неблагоприятно отражается на социальном функционировании, вынуждая женщин отказываться от профессии, от рождения следующих детей, полноценного личностного общения.

Родители психически больного ребенка: преодолевая виктимность и чувство вины

Семенова Н.Д.[1], Зайцева М.С.[2]

[1]Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва;
[2]ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 3 имени В.А. Гиляровского» Департамента здравоохранения г. Москвы

Введение: пересмотр подходов к оказанию психиатрической помощи в рамках служб охраны здоровья детей и подростков (Макушкин Е.В., 2006, 2014) предполагает пересмотр и целого ряда смежных вопросов. Беседуя с родителями взрослых больных, специалист часто сталкивается с трудностью конструктивным образом построить диалог, цель которого: поддержка, снятие нагрузки на семью, помощь в выстраивании отношений с больным, в поддержании комплаенса и создании терапевтической атмосферы дома. Время беседы часто заполняется тем, что родители «скатываются» в виктимность и самообвинения на предмет своей родительской роли. Речь идет о настойчивых попытках фиксироваться на ошибках, совершенных в далеком прошлом (Почему *тогда* так поздно обратились к детскому психиатру? Почему *тогда* не видели очевидного? и т.п.). В итоге — конструктивный диалог и работа в настоящем, «здесь-и-теперь», в плане помощи психически больному пациенту — подменяется отнесенной в прошлое, к детским годам пациента, неконструктивной активностью по типу «там-и-тогда». Закономерный результат такого процесса — уход от диалога и эмоциональная захваченность ложным выводом о справедливости наказания (плохая мать — больной ребенок).

Метод: эмпирически подобранный прием, сочетающий психообразование по обновленной тематике (индивидуальный формат) и эмоциональную поддержку, оказался продуктивным. В работу были включены 5 родителей (4 матери и один отец) взрослых больных шизофренией, возраст от 25 до 31 года.

Результаты: обновленная тематика предполагала присоединение к традиционному контенту семейного психообразо-

вания дополнительного блока (био-психо-социальный подход с акцентом на «биологических» реалиях). В качестве живого и легко адаптируемого в научно-популярный психообразовательный формат материала использовались находки исследовательской лаборатории S. Pollak (2016) (waisman.wisc.edu/childemotion). Прием «нормализации» позволял избегать иатрогенизирующих и стигматизирующих моментов. Партнерский подход и «горизонтальная плоскость» контакта (родитель как студент, которого обучают; болезнь как объект изучения, а не горький личный опыт; больной человек как субъект взаимодействия, а не объект воздействия), — все это получило отражение в результатах качественного анализа ответов родителей на вопросы специально сконструированного нами полуструктурированного интервью.

Выводы: психообразование по обновленной тематике в сочетании с эмоциональной поддержкой, и проводимое в индивидуальном формате, снимает чувство вины и стигму, открывая возможности для дальнейшей психосоциальной работы с родителями психически больных детей на основании партнерства.

Психологическая диагностика в реабилитации детей и подростков больных эпилепсией

Сергеев В.А.

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск

Эпилепсия — патология преимущественно молодого возраста, манифестирующая чаще всего в детстве и пубертате. Дезадаптация, как правило, развивающаяся при этом заболевании, детерминируется целым комплексом факторов (биологических, психологических и социальных) в их единстве и взаимодействии, что обусловливает необходимость широкого использования в клинике эпилепсии (в том числе детской и подростковой) концепции реабилитации, требующей интеграции различных знаний о больном — медицинских, индивидуально-личностных и психосоциальных. Особое место здесь принадлежит психологической диагностике, так как она входит в основы системы реабилитации. Роль её высока уже в силу того, что при эпилепсии, наряду с пароксизмами различного вида и частоты, наблюдается также большое разнообразие стойкой психопатологической симптоматики далеко не всегда правильно диагностируемой и квалифицируемой исключительно клиническими методами, особенно на начальных этапах заболевания.

Использование экспериментально-психологических методов даёт возможность в значительной степени уточнить и дополнить клинический анализ состояния больных эпилепсией детей и подростков. Психодиагностика позволяет: проводить поиск конкретных психологических составляющих дезадаптации пациентов (нарушений интеллекта, памяти, эмоциональной сферы и т.д.) с выделением структуры дефекта и определением нарушенных и сохранных элементов психики; изучать индивидуально-психологические и личностные особенности, роль ситуационно-средовых факторов (влияние микросоциума, психогений и т.п.); выявлять психотерапевтические и психокоррекционные «мишени». При этом необходимо отметить, что личностные и ситуационные факторы болезни приобретают тем большее значение, чем старше ребёнок и чем меньше тяжесть патологического процесса.

Результаты психодиагностических исследований, наряду с решением выше перечисленных диагностических задач, служат основой и для оптимизации комплексной лекарственной терапии. Особо велика их роль в построении индивидуально ориентированных психокоррекционных, психотерапевтических и психопедагогических программ, способствующих улучшению адаптивного поведения больных и повышению их социальной приспособленности. Большое значение в этой работе имеет установление партнёрских взаимоотношений с семьёй больного ребёнка или подростка, что облегчается при использовании методов семейной психодиагностики, а при необходимости и психокоррекции. Психологические методы исследования незаменимы и при проведении психолого-педагогических экспертиз, а также в выработке медико-педагогических рекомендаций.

Ещё один немаловажный аспект применения психодиагностических методов — оценка динамики состояния больных детей и подростков в процессе противоэпилептической терапии и осуществления реабилитационных мероприятий. С учётом этого аспекта следует подчеркнуть необходимость как можно более раннего, то есть максимально приближенного к началу заболевания (насколько это возможно), первичного психологического обследования, позволяющего оценивать исходный психологический статус ребёнка или подростка на начало болезни. Последующие обследования, кроме контроля эффективности терапевтических и реабилитационных мероприятий, могут иметь и иную научно-практическую ценность, способствуя уточнению факторов и механизмов участвующих как в формировании личностно-характерологических и других изменений психической сферы больных эпилепсией, так и в их динамике (позитивной и негативной), с учётом возрастных особенностей пациентов.

Таким образом, психологическая диагностика должна рассматриваться как важнейшая составляющая всех этапов реабилитации больных эпилепсией детей и подростков.

Современные аспекты деятельности клинического психолога в условиях психиатрического стационара

Серебровская О.В., Портнова А.А., Усачева Е.Л.

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы», ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Современные представления о биопсихологической сущности болезни и лечения предполагают повышение значимости роли клинического психолога в психодиагностике и психореабилитации психически больных.

Целью исследования стало создание модели деятельности специалистов в условиях перестройки системы здравоохранения.

Материалы и методы: проанализирован многолетний опыт работы психологической службы детского психиатрического стационара в период с 1963 по 2015 гг., проведена оценка эффективности профессиональной деятельности специалистов (n=49). Использовались теоретический и эмпирический методы.

Результаты и выводы: психологическая служба стационара осуществляет свою деятельность в тесном контакте со смежными специалистами. Основной целью деятельности клинического психолога является оказание психологической консультативно-диагностической и коррекционно-восстановительной помощи детям и подросткам. К основным аспектам и содержанию работы специалистов относятся различные виды работы, сгруппированные в несколько направлений:

1. Аналитико-диагностическая работа — комплексное психологическое и нейропсихологическое исследование с целью дифференциальной диагностики психических расстройств; определение прогноза психологического развития и задач психологической коррекции; комплектование психокоррекционных групп и определение основных направлений психореабилитационной работы на основе полученных диагностических данных;

2. Психореабилитационная работа — направленное психологическое воздействие на определенные психологические структуры с целью обеспечения полноценного функционирования пациента; психологическое сопровождение пациентов с суицидальными проявлениями; формирование и развитие психических свойств и процессов; коррекция и компенсация нарушений психической деятельности;

3. Просветительская работа — популяризация знаний из области клинической психологии, повышение уровня профессиональной компетенции специалистов смежных специальностей;

4. Профилактическая работа — предупреждение и преодоление вторичных психологических расстройств, обусловленных первичной психической патологией;

5. Консультативная работа — консультирование родителей по проблемам психологического развития детей, обеспечение их осведомлённости о результатах психологического исследования, задачах и специфике психокоррекционной работы;

6. Экспертная работа — участие в проведении психолого-психиатрической и психологической экспертизы;

7. Методическая работа — обеспечение преемственности в работе с детским психиатром, логопедом, педагогом в рамках полипрофессионального подхода к психореабилитации детей и подростков; совершенствование научно-методического оснащения психологического процесса; внедрение в практику современных методов клинической психологии;

8. Научно-исследовательская работа — получение новых знаний в области клинической психологии и их практическое применение; участие в проведении научных исследований.

Комплексный подход в лечении и коррекции речевых расстройств

Симановская И.Э.

ГБУЗ ЯО «Ярославская областная клиническая психиатрическая больница», г. Ярославль

Речевые расстройства являются одной из часто встречающейся патологии в раннем детском и дошкольном возрасте. Развитие речи определяет успешность социализации ребенка в обществе и влияет на качество переработки когнитивной информации. В последние годы благодаря диспансеризации детского населения контакт родителей детей с психиатром происходит начиная с 1 года. Поэтому количество обращений по поводу задержки речевого развития растет с каждым годом. Так, по данным диспансерного отделения для детей ЯОКПБ были проанализированы истории болезни двух районов г. Ярославля. В 2013 году диагноз F80.1, был выставлен 235 человек, что составляет 15.3% от всех обратившихся детей с непсихотическими расстройствами; в 2014 году таких детей было 263 ребенка, что составило 16.7%; в 2015-17.6% (279 человек). По данным детского отделения ЯОКПБ из всех пролеченных детей в 2013 году логопед выдал заключение с ОНР в 24.5% случаев, а в 2015 году такое заключение получили уже 27% детей. Решение данной проблемы возможно только при комплексном подходе, при тесном взаимодействии различных организаций и ведомств. В г. Ярославле существует отлаженная система диагностики и коррекции данных расстройств. В нее вовлечены учреждения здравоохранения (детские поликлиники, ЯОКПБ), организации системы образования (ПМПК, специализированные детские сады для детей с тяжелыми нарушениями речи, специализированные классы в общеобразовательных школах, а также система интернатов, учреждения социальной защиты, которые оказывают логопедическую помощь детям не посещающие спец. учреждения).

Несмотря на налаженное взаимодействие, существуют ряд системных проблем, затрудняющих получение лечебной и коррекционно-развивающей помощи детям:

1. нет единой статистической базы (отсутствует статистическая форма для учета конкретной патологии). Речевые рас-

стройства относят к группе непсихотических расстройств, вместе с другими, такими как F 06-F 07, F-40-48, F 84.5, F83, F90-99;

2. преемственность и взаимодействие между специалистами;

3. невозможно проследить динамику изменений речевой патологии у детей. Отсюда возникает проблема учета эффективности лечения и коррекции. Невозможно планировать открытие коррекционных групп, классов, подготовки специалистов данного профиля (по г. Ярославлю на 2015-2016 учебный год открыт 1- класс.);

4. проблема раннего выявления и лечения речевой патологии;

5. недостаточная координация между выделенными структурами;

6. отсутствие современной нормативно-правовой базы, которая регулирует отношения между организациями разных систем (здравоохранение, образование, социальная защита).

Решение выделенных проблем поможет систематизировать работу всех ведомств по диагностике и коррекции речевой патологии в более раннем возрасте и упростит маршрут получения услуг детям с тяжелыми нарушениями речи для раннего начала логопедического и медикаментозного воздействия.

Организация детской психиатрической службы в Ярославской области

Симановская И.Э., Петров А.В.

ГБУЗ ЯО «Ярославская областная клиническая психиатрическая больница», г. Ярославль

Психиатрическую помощь детскому населению Ярославской области оказывают детское диспансерное отделением ЯОКПБ, психиатрические кабинеты диспансерного отделения Рыбинской психиатрической больницы, 14 психиатрических кабинетов в ЦРБ, отделение «Телефон доверия». Стационарную помощь детям оказывает детское отделение ЯОКПБ на 40 коек, в котором имеются палаты «Мать и дитя». При отделении функционирует дневной стационар на 20 мест.

Детское население, Ярославской области за последние 3 года возросло на 5%. Показатели болезненности детского (0-14 лет) населения за последние 3 года (на 10 000 населения), в нашем регионе отмечается рост общего числа психических расстройств на 5%, что можно связать с увеличением профилактических осмотров детей в школах, детских поликлиниках. Первичная заболеваемость детского населения (0-14 лет, на 10 тыс. детского населения): возросла на 7%. Показатель впервые выявленных психозов и слабоумия в Ярославской области соответствует показателям РФ. Также в области растет количество непсихотических психических расстройств на 11.1%. Первичная заболеваемость умственной отсталостью имеет тенденцию к снижению на 4%.

Диспансеризация. В 2013 году осмотрено 5 250 детей (0-17 лет), из них 3 939 (0-14 лет). Выявлено 2 282 психических расстройств. В 2015 году осмотрено 5 511 детей (0-17 лет), из них 4 178 составили дети (0-14лет). Выявлено 2 248 психических расстройств, из них 1 115 — дети с F70-79. Таким образом, с каждым годом растет количество детей осмотренных по результатам диспансеризации.

Возрастной аспект обращений: за 3 последних года количество детей до 6 лет включительно увеличилось на 20.4% в диспансерной группе наблюдения.

Первичная инвалидизация детского (0-14 лет) населения составила в 2015 году — 71 человек, в 2013 — 49 человек. От-

мечается рост первичной инвалидности за счет более раннего выявления и утяжеления психической патологии, с которой обращаются пациенты.

С 2014 года организована бригадная форма оказания внебольничной психиатрической помощи в Ярославской области. Состав полипрофессиональной бригады: психиатр, эпилептолог, медицинский психолог, психотерапевт, логопед. Участвовало 320 детей. В 2015 году эта цифра составила 1 109 пользованных пациентов детского возраста.

Необходимо учесть изменения в нормативно-правовой базе:

1. отсутствует «Положение о враче-психиатре детском»;

2. не учитывают возрастающую профилактическую направленность, действующие нормативы деятельности врача психиатра детского на амбулаторном приеме (Пр. МЗ РФ 1346н, № 72н);

3. не определены функции диспансерного отделения при проведении профилактических осмотров и диспансеризации детей (Пр. МЗ РФ № 566н);

4. рекомендованное штатное количество мед. регистраторов (1 ставка на 8 должностей врачей ведущих амбулаторный прием) уже не отвечает современным требованиям работы амбулаторной службы (Прил. № 2 Пр. МЗ РФ № 566н);

5. для оказания педиатрической помощи детям в психиатрических учреждениях необходим педиатр: 1.0 ставка на 100 стационарных коек для детей. Соответственно необходимо внести уточнение в Порядок оказания психиатрической помощи (Прил. № 2 Пр. МЗ РФ № 566н), а учреждению получить лицензию на данный вид деятельности;

6. трудности при оказании неврологической помощи детям в связи с отсутствием детской специализации у невролога ЯОКПБ. (прил. № 2 Пр. МЗ РФ № 566н) — 1,0 ставка на 500 коек (высокий процент детей с резидуально — церебральной недостаточностью);

7. невозможность организации учебного процесса и аттестации детей по программе основной общеобразовательной школы. (Отсутствует документ, регламентирующий данный вид деятельности).

Перспективы развития детской психиатрической службы Ярославской области:

1. развитие внебольничной помощи и социальной направленности в работе;

2. организация и дальнейшее развитие реабилитационной службы для детей с РАС;

3. улучшение материально-технической базы стационарного и полустационарного звена в оказании специализированной помощи детскому населению Ярославской области;

4. развитие таких перспективных направлений в диагностике и лечении, как программы БОС.

Задачи детской психиатрической службы:

1. раннее выявление психических расстройств у детей;

2. снижение уровня заболеваемости по психическим расстройствам детского населения Ярославской области;

3. снижение уровня инвалидности по психическим расстройствам у детей — жителей Ярославской области;

4. повышение информированности населения в вопросах профилактики, возникновения и развития психических расстройств у детей.

Клинико-биологические подходы к изучению расстройств аутистического спектра и шизофрении у детей в дифференциально-диагностическом аспекте

Симашкова Н.В., Клюшник Т.П., Андросова Л.В., Якупова Л.П.

ФГБНУ «НЦПЗ», г. Москва

Расстройства аутистического спектра (РАС) и детская шизофрения (ДШ) представляют наиболее сложные, дискуссионные проблемы современной психиатрии. Актуальность их изучения специалистами разных направлений определяется высокой распространенностью в детской популяции, ранней инвалидизацией, трудностями диагностики, дифференциации, недостаточной изученностью патогенеза.

Цель исследования: определение клинических и биологических маркеров для дифференциации РАС и ДШ.

Материал и методы: мультидисциплинарно психопатологическим, иммунологическим, нейрофизиологическим методами были обследованы 172 пациента, в возрасте 3-15 лет, с психотическими формами РАС [инфантильный психоз (ИП) при детском аутизме (F84.02) — 84 человека (57 мальчиков и 27 девочек), атипичный детский психоз (АДП) при атипичном аутизме (F84.11) — 41 человек (33 мальчик и 8 девочек] и детской шизофрении (F20.8xx3) — 47 человек (29 мальчиков и 18 девочек]. У всех больных в рамках технологии «Нейроиммунотест» определяли энзиматическую активность ЛЭ и функциональную активность α1-ПИ, уровень аутоантител к S-100 и ОБ.

Результаты: по фенотипической картине психотические формы РАС (ИП, АДП) и ДШ близки, имеют сходный клинический уровень продуктивных малоспецифических кататонических нарушений, социальную дезадаптацию, доманифестный дизонтогенез. Однако при ДШ, помимо кататонических расстройств в приступах, отмечаются и другие общие критерии шизофрении (по МКБ-10): бред, галлюцинации, элементы синдрома Кандинского-Клерамбо. В круге негативных нарушений при ДШ уже на доманифестном этапе присутствуют

признаки регресса, схизиса, неадекватность эмоциональных реакций. В ремиссии сохраняются двигательные стереотипии, тяжелый аутизм, когнитивный дефект. Течение болезни прогредиентное.

При АДП манифестации заболевания предшествует аутистический дизонтогенез. Регрессивные и кататонические нарушения в приступах сопровождаются когнитивным дефицитом, тяжелым аутизмом. Течение болезни приступообразно-прогредиентное. При ИП кататонический синдром занимает основное место в структуре приступа, сменяется нажитым гиперкинетическим — в ремиссии, когда смягчаются аутизм и когнитивный дизонтогенез, прослеживается положительная динамика течения болезни.

ДШ и АДП имеют сходные нейрофизиологические маркеры. В ЭЭГ 70% пациентов в клинической стадии регресса наблюдается доминирование ритмической тета-активности и достоверное снижение мощности альфа — ритма. Больные ИП по нейрофизиологическим маркерам достоверно отличаются. У 78% детей во время приступа с кататоническими проявлениями сохраняется организованный характер ЭЭГ с регулярным альфа — ритмом, в период ремиссии присутствует выраженный мю-ритм, мощность которого достоверно превышает возрастные нормативы.

У всех пациентов с психотическими формами РАС и ДШ, выявлено достоверное повышение активности ЛЭ и α1-протеиназных ингибиторов. Межгрупповых различий по этим показателям не выявлено, что свидетельствует об активации врожденного иммунитета в психозе при разных нозологиях. Но у пациентов с АДП и ДШ отмечается также повышенный уровень аутоантител к нейроантигенам по сравнению с контролем, что отражает активацию приобретенного иммунитета при тяжелых формах психической патологии.

Выделенные клинические и биологические маркеры, корреляты помогают обоснованно и достоверно дифференцировать РАС и ДШ, повышая качество диагностического, лечебного и реабилитационного процессов.

Актуальные вопросы проведения амбулаторных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз несовершеннолетним

Спадерова Н.Н.

ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Тюмень

Актуальность: судебно-психиатрическая экспертиза является гарантом соблюдения прав человека. В судебной практики и судебной психиатрии несовершеннолетние выступают в роли подозреваемых, обвиняемых, свидетелей, потерпевших и даже «громоотводов» при семейных спорах. Большое значение для вынесения адекватного экспертного решения имеет качественное оформление уголовных и гражданских дел, предоставляемых на СПЭ, с наличием полного объема медицинских документов и характеризующих данных, квалифицированного проведения следователями и дознавателями допросов подэкспертых.

Целью исследования: было изучение особенностей проведения амбулаторных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз несовершеннолетним, проходящим по уголовным и гражданским делам в 2013-2015 гг. в отделении амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы в ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница».

Материалы и методы: клинико-психопатологическое исследование (анамнез, катамнез, медицинское наблюдение, клиническая беседа, описание психического состояния, анализ имеющихся симптомов психических расстройств) в сочетании с анализом данных соматоневрологического состояния, а также данных лабораторных, инструментальных и экспериментально-психологических методов исследования. С 2013 г. по 2015 г. в отделении АСПЭ было проведено 1579 экспертиз несовершеннолетних (18,97% от всех экспертиз). Превалирующее количество экспертиз (70,68%) несовершеннолетним осуществлялось по уголовным делам. Из них, подследственные освидетельствованы в 67,38% случаях. За исследуемые три года отмечается уменьшение количества невменяемых несовершеннолетних с 11,45% в 2013 г. до 9,37% в 2015 г. Среди данных лиц преобладали испытуемые с умственной отсталостью

(79,76%), на втором месте были подэкспертные с органическими заболеваниям (в т.ч. органическим расстройством личности) — 17,86%. Несовершеннолетние, признанные экспертами «невменяемыми» совершали правонарушения против собственности (ст. 158-162 УК РФ) — 2013 г. 53,33%, в 2015 г. — 79,16%., реже (16,6%) они подозревались по ст. 213, 214, 119, 116 УК РФ. Всем невменяемым рекомендовались принудительные меры медицинского характера. Чаще (83,38%) предлагалось применить принудительное лечение в медицинской организации, оказываемой помощь в стационарных условиях общего типа. Активно используется формула ограниченной вменяемости, ст. 22 УК РФ (в 2013 г. — 4,19% подэкспертных, в 2015 г. — 10,93%). АКСППЭ несовершеннолетним потерпевшим и свидетелям проводилась в 334 случаях (53,95% от всех экспертиз). Не способными правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать показания было 11,37% подэкспертных. Среди них преобладали лица с органическими непсихотическими нарушениями (42,85%) и расстройствами психологического (психического) развития (35,71%). Особая категория КСППЭН — это посмертные по ст. 110 УК РФ и 105 УК РФ (37,50% — 15 случаев), в возрасте с 10 до 17 лет, средний возраст 15,4+/-2,1 лет. Даны заключения о состоянии 4 девочек (26,67%) и 11 мальчиков (73,33%). Подэкспертные чаще (53,33%) совершили завершенный суицид в вечернее время у себя дома. Практически все (86,66%) предприняли завершенную попытку через самоповешение (единичные случаи — самострел и падение с высотных зданий). Большинство детей (42,8%) оказались из социально неблагополучных семей, у 71,4% семейный анамнез психопатологически отягощен (зависимость от алкоголя, суицидальное поведение родственников). У 5 подростков наблюдалось суицидальное поведение, но за медицинской помощью их родные не обращались. В 53,33% случаев завершенный суицид носил аффективный характер, в 33,33% — рациональный. У большинства (40,0%) подэкспертных не выявлено каких-либо грубых психических расстройств, у 13,33% лиц — «Умственная отсталость легкой степени» (F70) и «Депрессивный эпизод средней и тяжело степени» (F32). В единичных случаях диагностированы «Социализированое расстройство поведения» (F91), дебют шизофрении (F20), «Острые и преходящие психические расстройства (F23)

и органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство (F06).

В гражданском судопроизводстве дети и подростки в амбулаторных условиях освидетельствованы в связи с семейными спорами родителей. С 2013-2015 гг. осмотрено 187 семей, из них 76 детей (40,64%) от 2 до 14 лет. У 46,05% (n=35) детей были выявлены психические расстройства, причем у 26% детей достоверно установлена и квалифицирована связь между изменением психического состояния ребенка до уровня психиатрического расстройства, в связи с возникновением родительского спора. Наиболее часто (45,72%) были диагностированы «Органические психические расстройства, вследствие повреждения или дисфункции головного мозга» (F06), реже — «Поведенческие и эмоциональные расстройства детского и подросткового возраста» (F90) (28,57%) и «Нарушение психологического развития» (F80) (25,71%). У психически здоровых детей и подростков в 63,41% (n=26) случаях отмечались донозологические формы пограничных нервно-психических расстройств: аффективный (46,15%; n=12), вегетативный (30,76%; n=8) и астенический (23,08%; n=6) варианты.

Вышесказанное приводит к необходимости разработки новых уточненных алгоритмов профилактики как ООД, так и психического здоровья детей. Это возможно лишь при дифференцированном подходе, развитии включающем мероприятия по психологической, социальной и педагогической поддержке, психиатрической помощи (осуществление индивидуального подхода в образовании и воспитании детей; формирование здорового образа жизни учащихся; усиление профилактической работы с семьей; межведомственное взаимодействие здравоохранения, системы образования, МВД, прокуратуры, общественности; повышение квалификации работников образования по затронутым проблемам; нормализация внутрисемейной обстановки, социального микроклимата) на региональном уровне с опорой на федеральное законодательство и ведомственные нормативно-правовые акты.

Роль конституционально-биологических факторов в формировании никотиновой зависимости у подростков

Сперанская О.И.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Распространенность подросткового курения и потребления электронных сигарет в регионах страны остается высокой, как в крупных городах, так и в сельской местности. При этом имеется тенденция к дальнейшему росту.

Несмотря на принятие законодательных актов, ограничивающих курение, в частности, запрет на курение использование электронных сигарет в общественных местах, интенсификацию, совершенствование форм и методов антиникотиновой пропаганды в учебных заведениях, средствах массовой информации, среди населения, Российская Федерация, на сегодняшний день, занимает одно из первых мест в мире по количеству курящих подростков.

Это свидетельствует о недостаточности профилактических мер в здравоохранении и системе образования. Не учитывается роль патобиологической почвы в формировании никотиновой зависимости у подростков.

Традиционно курение подростков рассматривается как случайный фактор, как вредная привычка, возникающая у подростков при отсутствии высокой познавательной активности, вовлеченности в спортивные, культурные и другие массовые мероприятия, сниженной потребности в приобретении новых навыков и знаний.

Курительное поведение подростков, как вариант аддиктивного поведения, формируется при определенных условиях. К ним относятся: преморбидные характерологические особенности, составляющие структуры личности курящих подростков; дисфункции вегетативной нервной системы; особый психофизиологический тип реакции на первичную никотиновую интоксикация (вдыхание табачного дыма или пара электронных сигарет).

Эмоционально-личностные проявления, играющие роль в реализации острой никотиновой интоксикации и способству-

ющие успешному закреплению курительного поведения, можно охарактеризовать как неустойчивость психоэмоциональных черт, склонность к аффективному реагированию, психическую истощаемость.

В реализации и закреплении курительного поведения играют дисфункции вегетативной нервной системы, возникающие при опережающем физическом развитии ребенка и тревожные состояния, которые возникают при отставании в развитии. В обоих случаях основной формой реагирования на изменение внешних условий является развитие аффективной симптоматики с доминированием соматовегетативных проявлений и так называемой «аффективной дисбалансировкой».

Еще одним важным фактором формирования никотиновой зависимости является наличие извращенной реакции на первичное вдыхание табачного дыма, которая проявляется либо в расщепленной либо в ареактивной форме.

Знание особенностей действия никотина как психоактивного вещества на механизмы, лежащие в основе обучения, запоминания, формирования краткосрочной и долговременной памяти, помогают понять механизмы формирования никотиновой зависимости и проводить научно обоснованную стратегию профилактики и коррекции, терапевтические мероприятия по борьбе с курением подростков.

К проблеме взаимодействия детских онкологов и психиатров

Суетина О.А., Кравченко Н.Е., Титова Ю.А.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва

Вопросы диагностики и лечения психических расстройств, сопутствующих злокачественным новообразованиям в детско-подростковом возрасте, изучение их типологии, клинических особенностей и терапии при разных формах и стадиях соматического заболевания можно назвать одними из значимых в детской психоонкологии. Вместе с тем распространенность психических нарушений среди больных онкологической патологией считается весьма высокой вне зависимости от возраста заболевших и этапа злокачественного процесса.

Несомненно, что тяжелая стрессовая ситуация, в которую в связи с онкозаболеванием попадает ребенок и его семья, приводит к появлению не только большого числа реабилитационных и психологических проблем, но и к развитию психических расстройств, которые могут сказываться на здоровье детей в их последующей жизни и уже на начальных этапах терапии тяжелого соматического недуга. Проведенный нами пятилетний мониторинг психического состояния пациентов, поступивших на лечение в детский онкологический стационар, показал, что те или иные нарушения психического здоровья имеют место у всех детей и подростков. В большинстве случаях речь идет о нетяжелых расстройствах непсихотического уровня, среди которых преобладают стрессогенно обусловленные состояния: тревожно-фобические, депрессивные, поведенческие реакции. Однако результаты проведенного нами невыборочного исследования обнаружили недостаточность объема специализированной помощи, возможной у этих больных. Между тем нельзя забывать, что психическое состояние пациента может существенным образом влиять не только на ход специфического противоопухолевого лечения, но и на исход заболевания в целом. Накопленный многолетний опыт позволил увидеть, что правильно подобранные психотропные средства, назначаемые с учетом всех обстоятельств, в значительной мере облегчают процесс лечения собственно онкологического заболевания, при чем необходимый уровень доз пре-

паратов, требующихся для достижения терапевтического эффекта, может быть намного ниже, чем в общепсихиатрической практике.

Несмотря на очевидную значимость мультидисциплинарного подхода в лечении детских онкологических заболеваний, приходится с сожалением констатировать, что вектор внимания онкологов сосредоточен только на противоопухолевой терапии соматического заболевания. Вероятно, это можно объяснить загруженностью врачей, их недостаточной осведомленностью в области психиатрии, отношением к легким проявлениям психической патологии, как к не имеющей существенного значения для процесса лечения основного соматического недуга, а также отсутствием простых и не занимающих много времени унифицированных методик диагностики психических нарушений, возможных для использования врачами общей практики.

Таким образом, одной из приоритетных задач современной психиатрической науки может быть разработка системы формализованной оценки психических нарушений у несовершеннолетних с онкологической патологией, с помощью которой детским онкологам будет не трудно выявлять нуждающихся в консультации и лечении психиатра пациентов.

Нейропсихологическая коррекция в реабилитации детей с нарушениями развития и психическими расстройствами

Султанова А.С.

Институт изучения детства, семьи и воспитания Российской академии образования, г. Москва

В течение последних десятилетий в нашей стране отмечается тенденция к довольно существенному повышению распространенности различных отклонений в состоянии здоровья и развитии детей. Увеличивается количество детей как с негрубыми нарушениями, т.н. пограничными состояниями, так и с тяжелыми инвалидизирующими заболеваниями (РАС, ДЦП, умственная отсталость и др.).

С нашей точки зрения, необходим комплексный подход к этой проблеме. Исключительно медикаментозное лечение ребенка с отклонениями в психическом развитии, без привлечения коррекционных мероприятий, как правило, неэффективно. Также малорезультативным является довольно распространенное в настоящее время семейное «самолечение» ребенка, когда родители самостоятельно, ориентируясь на рекламу, отзывы других родителей, интернет-форумы и пр., выбирают те или иные способы реабилитации ребенка (зачастую — небезобидные или сомнительные). По нашему мнению, устойчивый положительный результат может обеспечить сочетанная комбинированная работа различных специалистов с ребенком. Одной из дисциплин, разрабатывающих научные и прикладные аспекты здоровьесберегающих технологий, является нейропсихология детского возраста. Нейропсихологический подход к анализу различных отклонений в развитии детей становится в последнее время все более популярным. Качественный синдромный анализ, принятый в отечественной детской нейропсихологии, способствует более полному пониманию механизмов развития той или иной формы дизонтогенеза, а также позволяет по-новому подойти к коррекционной работе. Многолетний опыт работы в данной области показывает, что оптимальной является ситуация, когда «особый» ребенок находится под длительным наблюдением специалиста (или группы специалистов), который ведет коррекционно-развивающую

работу с постепенным включением дополнительных техник, своевременным привлечением краткосрочных методов. Основой такой работы и может служить нейропсихологическая коррекция. В большинстве случаев при работе с более легкими отклонениями в развитии задачи нейропсихологической диагностики и коррекции — выявить и устранить недостаточность каких-либо нейропсихологических факторов, слабых «звеньев» психических функций. Главные задачи нейропсихологической работы с ребенком, имеющим тяжелые формы дефекта, — улучшение функционального состояния нервной системы в целом, стимуляция развития когнитивных, речевых и моторных функций, повышение адекватности поведения ребенка, создание предпосылок и возможности («почвы») для обучения и социальной адаптации. В качестве базы для работы в данном случае оптимальна сенсомоторная коррекция. Нейропсихологическая коррекция улучшает крупную и мелкую моторику, повышает понимание речи, способность следовать инструкции, обучаемость ребенка. На этом фоне эффективность работы других специалистов (педагога-психолога, дефектолога, логопеда и др.) существенно возрастает.

Только с помощью междисциплинарного подхода, взаимодействия компетентных, практикующих специалистов можно улучшить состояние психического здоровья и гармонизировать развитие детей и подростков.

Суицидальное поведение в подростковом возрасте: клинические и психологические факторы

Сыроквашина К.В.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Суицид — это глобальная проблема. По данным ВОЗ, к настоящему времени, несмотря на некоторое снижение уровня самоубийств в международной практике, суицид является третьей причиной смертности среди несовершеннолетних девушек и четвертой среди юношей. Каковы основные клинические и психологические факторы суицидального поведения в подростковом возрасте.

Традиционно выделяется несколько форм суицидального поведения: суицидальные мысли, суицидальные попытки и завершенные суициды. Около трети подростков имеет опыт переживания суицидальных мыслей. Суицидальные попытки являются одним из наиболее точных предикторов совершения самоубийства в будущем. Вместе с тем, именно завершенные суициды имеют наиболее тяжелые последствия для микро- и макросоциального окружения подростка и наибольший общественный резонанс.

Дискуссии относительно превалирования биологических или социально-психологических факторов в формировании суицидального поведения постепенно уходят в прошлое, уступая место интегративному подходу в рамках биопсихосоциальной модели, в соответствии с которой суицидальное поведение возникает как результат взаимодействия биологических, социальных и психологических факторов.

В рамках подросткового возраста выделяется период с 15 до 19 лет, в пределах которого частота суицидов возрастает. Среди основных характеристик данного периода наиболее значимыми являются формирование идентичности и представлений о мире, которые определяют дальнейшее личностное развитие человека. Целый ряд характеристик подросткового возраста, таких как эмоциональная нестабильность, несформированность регуляторных структур, неустойчивость идентичности, тенденция к реализации рискованного поведения, прогно-

стический дефицит, повышают уязвимость несовершеннолетних и способствуют формированию различных форм аутоагрессивного и суицидального поведения.

В качестве одного из важнейших факторов, влияющих на формирование решения о суициде, выделяется наличие психического расстройства у лица, совершившего самоубийство. Среди лиц подросткового возраста наиболее частыми являются расстройства аффективного спектра (преимущественно депрессии), кроме того, расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ и нарушения поведения. Небольшую часть суицидентов составляют лица с расстройствами шизофренического и органического спектра. При этом в ситуациях глубоких нарушений психики поведение суицидента определяется психопатологическими механизмами, в то время как в случаях с психопатологическими проблемами пограничного уровня механизм совершения самоубийства носит, как правило, клинико-психологический характер.

В качестве основных психологических факторов суицидального поведения у подростков выступают личностные аномалии, проблемы идентичности (социальной и гендерной), а также внутриличностный конфликт, трудности межличностного взаимодействия, когнитивный фактор (проблемы убеждений и установок подростков, их представления о смерти).

Одной из практических областей современного психологического знания, занимающейся проблемой суицидального поведения, является комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза по делам о самоубийстве, которая является актуальным видом исследования, позволяющим выстроить достаточно полную картину обстоятельств произошедшего, исходя из информации, собранной следствием из широкого круга источников. Это перспективный вид исследования, позволяющий выявить полиморфизм факторов, обуславливающих суицидальное поведение в подростковом возрасте.

Психиатрическая помощь детскому населению 0-14 лет в 2011-2015 годах в России и Ярославской области

Творогова Н.А., Николаева Т.А., Сидорюк О.В., Пронина Л.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Психическое здоровье подрастающего поколения было и всегда остается актуальным для общества. Для его должного обеспечения из общей психиатрической службы была выделена детская, которая отвечает за возрастную категорию от 0 до 17 лет. Нами использованы материалы государственного статистического наблюдения с 2011 по 2015 гг., касающиеся детского возраста 0-14 лет. Приведены интенсивные показатели, традиционно используемые для анализа показателей медицинских служб.

Показатели занятых должностей детских врачей психиатров, работающих по участковому (территориальному) принципу в указанный временной период уменьшились в обоих субъектах: в Российской Федерации (РФ) с 0,57 до 0,5, в Ярославской области (ЯО) с 0,59 до 0,51. Показатели общего числа посещений к детским врачам психиатрам, работающим по участковому принципу, показало противоположную с предыдущим показателем динамику — в РФ с 1565,93 до 2025,77, в ЯО с 1637,3 до 2305,93. Число посещений к детским врачам-психиатрам, работающим по участковому (территориальному) принципу, по поводу заболеваний в расчете на 10 тыс. населения уменьшилось в РФ с 1134,05 до 998,13, в ЯО с 1382,33 до 882,22. Число посещений на 1 занятую должность детского врача психиатра, работающего по участковому (территориальному) принципу, по поводу заболеваний имело следующий расклад: выросло в РФ с 1965 до 1999, снизилось в ЯО с 2313 до 1714 (уменьшение почти на четверть).

Контингент зарегистрированных в течение года больных психическими расстройствами детей 0-14 лет в динамике уменьшился: по всем психическим расстройствам (на 100 тыс. соответствующего населения) в РФ с 3087,17 до 2899,47, в ЯО с 5517,81 до 4667,64, по психическим расстройствам непсихоти-

ческого характера в РФ с 2233,29 до 2079,22, в ЯО с 4480,62 до 3600,71, по умственной отсталости в РФ с 756,77 до 696,7, в ЯО с 958,06 до 955,76. Показатели психических расстройств с психозом и/ли слабоумием обнаружили положительную динамику в РФ с 97,11 до 123,55, в ЯО с 79,13 до 111,17.

Выявилась динамика в сторону уменьшения числа детей 0-14 лет с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства всего в РФ с 585,81 до 541,92, в ЯО с 827,7 до 611,96, психических расстройств непсихотического характера в РФ с 478,28 до 431,3, в ЯО с 673,43 до 501,3, умственной отсталости в РФ с 95,11 до 90,11, в ЯО с 147,44 до 95,73. Число детей с первичным выявлением психического расстройства с психозом и/ли слабоумием в обоих субъектах увеличилось в РФ с 12,43 до 20,51, в ЯО с 6,83 до 14,93.

Уменьшались показатели госпитализации детей больных с психическими расстройствами всего в расчете на 100 тыс. населения в РФ с 263,3 до 230,19, в ЯО с 165,65 до 98,82, с непсихотическими психическими расстройствами в РФ с 166,19 до 133,48, в ЯО с 68,31 до 37,06, с умственной отсталостью в РФ с 77,3 до 70,82, в ЯО с 84,82 до 53,01. Показатель госпитализации детей 0-14 лет в связи с психическими расстройствами с психозом и/ли слабоумием в РФ вырос 19,82 до 25,89, в ЯО уменьшился с 12,52 до 8,75.

Даже краткие приведенные данные говорят о тенденции к ухудшению ситуации с психиатрической службой, призванной помогать детскому населению, имеющему ряд отличительных особенностей от взрослого: несвоевременность специализированной медицинской и восстановительной помощи грозит изменением (нарушением) дальнейшего гармоничного развития и становления психически здорового человека и гражданина.

Распространенность психических расстройств и заболеваемость ими детей 0-17 лет в 2015 году в Ярославской области и Российской Федерации

Творогова Н.А., Николаева Т.А., Сидорюк О.В., Пронина Л.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Проблема заболеваемости психическими расстройствами, особенно детского населения, в настоящее время продолжает оставаться актуальной, что обусловлено высоким уровнем этого показателя, их неблагополучными медико-социальными последствиями для самих детей и общества в целом, необходимостью особой организации профилактики, оказания психиатрической помощи и многоуровневой медико-педагогической реабилитационной службы. В работе был использован материал государственного статистического наблюдения за 2015 год. Сравниваемые показатели приведены в расчете на 100 тыс. населения в возрасте от 0 до 17 лет.

Основными медико-статистическими показателями, характеризующими уровень общей заболеваемости той или иной патологией, являются данные о заболеваемости (первичной заболеваемости) и распространенности.

Контингент обратившихся в психиатрические учреждения детей 0-17 лет в течение года в связи со всеми психическими расстройствами в Российской Федерации (РФ) составил 3157,57, в Ярославской области (ЯО) — 4826,28, т.е. выше на почти 53%. Уровень распространенности психотическими расстройствами в РФ был равным 138,99, в ЯО — 125,29, из которых группа шизофренических расстройств составляла 29,87 и 32,43, группа эпилепсии с психотической симптоматикой и слабоумием 9,72 и 0 соответственно. Показатели психических расстройств непсихотического характера имели следующий расклад: в РФ 2151,72 и в ЯО 3579,62, эпилепсии с непсихотическим расстройствами равны в РФ 30,61 и ЯО — 8,0. Показатели распространенности умственной отсталости были равны в РФ 866,86, в ЯО 1121,38, из них легкой умственной отсталости в

РФ 622,91, в ЯО 788,16, других видов умственной отсталости в РФ 243,94, в ЯО 333,21.

Число детей с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства также значимо для анализа заболеваемости и распространенности. Показатель в этой возрастной группе по психическим расстройствам всего был равен в РФ 531,4 и в ЯО 623,78, т.е. выше на 17,3%. В группе психотических психических расстройств показатель соответствовал в РФ 21,5 и в ЯО 15,99, в группе шизофренических расстройств 4,17 и 4,0, эпилепсии с психотическими включениями и слабоумием 0,63 и 0 соответственно. Первичная заболеваемость непсихотическими психическими расстройствами была равна в РФ 419,37 и в ЯО 513,15, эпилепсией с непсихотическими расстройствами в РФ 2,6, в ЯО 0,44. Показатели первичной заболеваемости умственной отсталостью составили в РФ 90,53, в ЯО — 94,63, из них легкой умственной отсталостью в РФ 68,03, в ЯО — 67,98, другими формами умственной отсталости в РФ 22,5, в ЯО — 26,66.

Приведенные показатели первичной заболеваемости и распространенности психических расстройств у детей 0-17 лет как в РФ, так и в ЯО говорят о значимости этой проблемы для общества, поскольку здоровье детей, как будущего всей страны, постоянно требует к себе пристального внимания и организационных мер профилактики, терапевтических подходов и ресоциализации-реабилитации. В ряде случаев эти показатели по РФ и ЯО заметно отличаются, что требует дополнительного изучения и анализа причин этого. Также для полного охвата медико-социальной проблемы психических расстройств у детского населения важное значение имеет динамическое наблюдение и глубокий многофакторный анализ.

К проблеме клинико-психологической оценки несовершеннолетних в ситуации развода в родительской семье

Терехина С.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Развод в последние десятилетия все чаще используется как способ решения внутрисемейных проблем и конфликтов. Примерно в половине разводящихся семей воспитываются несовершеннолетние дети. Согласно прогнозам социологов к 2020 г. в России распадется одна из каждых трех семей с детьми. Высоким риск развода является и для семей с двумя и более детьми. В связи с этим число несовершеннолетних, чье психическое развитие будет проходить в условиях распада родительской семьи, в ближайшие годы будет расти. В настоящее время развод рассматривается как один из наиболее серьезных стрессогенных факторов, которые могут оказать влияние на все стороны жизни несовершеннолетних, включая состояние их психического здоровья и психологическое благополучие. Не вызывает сомнений необходимость оказания комплексной психолого-медико-социальной помощи разводящимся семьям с несовершеннолетними детьми, имеющими высокий риск развития различных нарушений психического и психологического здоровья. Прежде всего, это дети и подростки, у которых психическое расстройство было выявлено на ранних этапах онтогенеза, задолго до развода родителей. Также к группе риска можно отнести несовершеннолетних, оказавшихся в ситуации «высококонфликтного развода» родителей, характеризующегося затяжным протеканием внутрисемейного конфликта. Значительному риску формирования психических расстройств и отклонений в психическом развитии подвергаются несовершеннолетние, чьи родители инициируют судебное разбирательство по поводу места жительства и порядке воспитания детей после развода. Пристального внимания специалистов требуют несовершеннолетние, у которых обнаруживаются выраженные эмоциональные и поведенческие нарушения, связанные с ситуацией развода родителей. Однако в настоящее время пере-

численные категории несовершеннолетних зачастую не получают систематической помощи специалистов, что, в свою очередь, может усугублять их психическое состояние, а также препятствовать их адаптации к послеразводной ситуации. В случае нерешенных мирным путем семейных споров часть детей и подростков становится объектом психологической или комплексной психолого-психиатрической экспертизы, проводимой в рамках гражданского судопроизводства. Однако значительное число несовершеннолетних, нуждающихся в оказании им помощи, не попадают в поле зрения детских специалистов. Для своевременного выявления детей и подростков группы риска целесообразным представляется проведение психолого-психиатрического обследования с целью определения актуального состояния, оценки выраженности проблем, связанных с переживанием ситуации развода в семье, индивидуально-психологических особенностей, способов совладания с неблагоприятной семейной ситуацией, специфики взаимоотношений с каждым из родителей. В качестве отдельной задачи может выступать поиск внутренних и внешних ресурсов, необходимых для преодоления сложной жизненной ситуации и адаптации к новым семейным условиям. Подобное обследование может проводиться в скрининговой форме в качестве обязательной меры на этапе подачи родителями заявления на развод в органы власти окружного уровня. Предлагаемые меры позволят охватить большее число несовершеннолетних, оказавшихся в трудной жизненной ситуации в связи с разводом родителей и нуждающихся в оказании им комплексной психолого-медико-социальной помощи.

Опыт оказания психотерапевтической помощи детям и подросткам в Республике Башкортостан

Тимербулатов И.Ф., Евтушенко Е.М.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа

Здоровье ребенка — прежде всего оптимальный уровень достигнутого соматического, физического, психического и личностного развития.

К сожалению, одной из самых главных проблем детской психотерапевтической помощи является отсутствие отлаженной системы раннего выявления заболевания и восстановительного лечения. Несовершенство Закона о психиатрической помощи обусловило организационное отдаление психотерапевтической службы от нуждающихся в ней граждан. Необходимость обращения к психиатру в связи с наличием проблем у ребенка часто пугает родителей и вызывает у них, по меньшей мере, смущение. Зачастую оттягивание посещения психиатра, обращение к другим специалистам, а порой и к безответственным шарлатанам, отказ от медикаментозного лечения создают проблему ранней хронизации расстройства и в дальнейшем социальной дезадаптации.

В связи с необходимостью совершенствования медицинской помощи пациентам с пограничными психическими расстройствами, распоряжением Правительства Республики Башкортостан от 14.11.2011 г. № 1435-р создано Государственное автономное учреждение здравоохранения Республиканский клинический психотерапевтический центр Министерства здравоохранения Республики Башкортостан. В своей деятельности Центр руководствуется действующим законодательством, приказами, указаниями и распоряжениями Минздрава Российской Федерации и Минздрава Республики Башкортостан. Организационно-методическое руководство Центром осуществляется главным специалистом психотерапевтом МЗ РБ.

Основными задачами Центра является проведение диагностики и лечения больных с пограничными нервно — психическими расстройствами с использованием современных методов и средств.

Реализация современных направлений организации психотерапевтической помощи детям и подросткам диктует использование полипрофессионального подхода. На основе интеграции смежных дисциплин в Центре созданы детские отделения и структурные подразделения, обеспечивающие полноценную специализированную психотерапевтическую помощь.

Принимая во внимание широкую распространенность расстройств невротического уровня среди населения, учитывая социальную значимость неврозов *особое внимание специалистов Центра уделяется диагностике и лечению этого заболевания*. Помимо клинического и лабораторного, обследования применяется использованием различных аппаратов — ЭЭГ, УЗДГ, депплерография, мультипсихометр.

Широко используется физиолечение, массаж, сенсорная комната, «соляная шахта».

Приоритетными направлениями развития системы региональной охраны психического здоровья детей и подростков, являются:

· разработка и внедрение системы ранней диагностики и превенции нервно-психических расстройств;

· приближение помощи к населению за счет организации психотерапевтической помощи в учреждениях здравоохранения, образования и социальной защиты;

· изменение кадровой обеспеченности детско-подростковыми психиатрами в районах и городах;

· отработка модели межведомственного взаимодействия со специалистами системы образования и социальной защиты для внедрения принципов психосоциальной реабилитации детей и подростков;

· осуществление поддерживающей помощи родителям или лицам их заменяющим в семьях, имеющих психически больного ребенка;

· развитие организационно-методической помощи педагогам, психологам систем образования и социальной защиты.

Проблема профессионального самоопределения у подростков с интернет-аддикцией (клинико-психологический и социологический анализ)

Тимербулатова М.Ф., Тимербулатов И.Ф.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа

Юношеский возраст (16-19 лет) — это период перехода к действительно взрослой жизни, переосмысления многих моментов, связанных с осознанием противоречий в жизни, с установлением независимости и ответственности за себя, за свои поступки и за судьбу близких людей.

Цель: исследовать профессиональную ориентацию и уровень мотивации учащихся первого курса ВУЗов г. Уфы, имеющих признаки Интернет-зависимого поведения, выявив студентов группы риска по формированию неадекватной идентичности.

Материал и методы: нами было проведено обследование студентов первого курса филологического факультета Башкирского Государственного Университета и педиатрического факультета Башкирского Государственного Медицинского Университета (БГУ И БГМУ соответственно), у которых в процессе скринингового исследования по методике оценки риска Интернет — зависимого поведения Юрьевой отмечалось более 38 баллов (до 15 баллов — отсутствие Интернет-зависимости; 16-22 балла — стадия увлеченности Интернетом; 23-37 баллов — высокий риск развития Интернет-зависимости; более 38 баллов — наличие Интернет-зависимости). Применялся опросник «Потребности в достижении, Ю.М. Орлова и ориентационная анкета В.М. Баса в модификации В. Смекала и М. Кучеры. Было обследовано 62 человека, из них 47 юношей и 15 девушек. Контрольная группа была представлена 148 студентами обоего пола этих же факультетов, у которых в процессе исследования по методике Юрьевой отмечалось менее 15 баллов. Средний возраст всех испытуемых составил 17,54±0,6 лет.

Результаты: в ходе исследования было выявлено, что среди студентов с синдромом Интернет — зависимого поведения 75,1±0,5% имеют внешние мотивы получения высшего обра-

зования, что свидетельствует о незрелой идентичности. Распределение по ВУЗам следующее: БГУ-85,7±0,4%, БГМУ-69,2±0,7%. Среди этих студентов ориентированы на себя: в БГУ- 27,6%±0,4, в БГМУ- 44,7%±0,7; на общение: в БГУ-70,4±0,6%, в БГМУ — 48,1±0,7%; на дело: в БГУ-2,0±0,1%, в БГМУ — 7,2±0,3%. Из них, будучи абитуриентами БГМУ, с репетиторами занимались 56,4±0,5%, на подготовительные курсы ходили 72,9±0,6%, в БГУ соответственно — 48,6±0,7% и 19,2±0,4%.

Для сравнения у большинства студентов контрольной группы (61,3±0,5%) преобладали внутренние мотивы обучения. Из них большинство ориентировано на профессиональный рост: в БГУ — 56,7±0,5%, в БГМУ — 73,2±0,6%. Ориентация на дело и общение в БГУ — 26,9±0,5% и 16,4±0,4%, в БГМУ — 17,5±0,4% и 9,3±0,3% соответственно. На подготовительные курсы БГМУ ходили 61,3±0,7%, БГУ — 22,7±0,4%. С репетиторами занимались 35,3±0,7% абитуриентов контрольной группы БГМУ и 65,2±0,6% — в БГУ. Межгрупповые различия значимы (уровень достоверности $p<0,001$).

Выводы: среди студентов контрольной группы БГМУ меньшее количество дополнительно занимались с репетиторами или на подготовительных курсах, что свидетельствует о лучшей профессиональной мотивации и социализации последних. В БГУ студенты контрольной группы, наоборот, усиленно занимались с преподавателями и репетиторами, в отличие от своих сокурсников с синдромом Интернет-зависимого поведения, что может быть обусловлено как сравнительно более низкой мотивацией студентов БГУ, так и их более низкой тревожностью, что требует дальнейших доказательных исследований.

Страхи ребенка как маркер дисгармоничных семейных отношений

Тихонова И.В.[1], Синицына А.В.[2]

[1]Костромской государственный университет, г. Кострома;
[2]ОГБУЗ Костромской медицинский центр психотерапии, г. Кострома

Согласно классификации разновидностей детских страхов можно говорить об их клинической полиморфности. Страхи могут составлять клиническую картину многих психических заболеваний. Практическая консультативная и психотерапевтическая деятельность, осуществляемая нами на базе «Центра психотерапии и практической психологии», столкнула нас с проблемой детских страхов носящих так называемую «условную выгодность». Это страхи, которые изначально несли в себе отрицательный эмоциональный заряд и, как правило, имели под собой реальную психотравмирующую ситуацию. Но в последствии переживания отступают на второй план, уступая место желательным моментам в жизни ребенка, создаваемым этими переживаниями, фиксируются в поведении, имея вторичную выгоду. В этом случае страх для ребенка служит регулятором устойчивости таких отношений, позволяет регулярно напоминать родителю о своей зависимости от него. Для подтверждения данного предположения нами было проведено исследование, включающее катамнестический анализ, наблюдение, использование опросника «Анализ семейных взаимоотношений». В исследовании принимали участие 16 семей. Все они обратились на консультацию с проблемами страхов у детей. Страхи имели разнообразный характер, чаще всего дети боялись остаться одни, боялись ответить или сделать что-то неправильно. Опросник «Анализ семейных взаимоотношений» выявил в наблюдаемых семьях значимые различия ($p \leq 0,05$) между отцом и матерью по следующим воспитательным факторам: уровень протекции, расширение родительских чувств, предпочтение женских качеств. У матерей доминирует гиперопека ($Г+ = 5,90$). Это говорит, что матери уделяют крайне много времени и сил ребенку, ребенок постоянно находится в центре внимания мамы, его воспитание становится главным делом ее жизни. Для отцов характерна гипоопека ($Г- = 4,58$),

что указывает на недостаток внимания с их стороны. Отцы интересуются ребенком, если он что-то натворил, или что-то случилось. Для матерей детей со страхами свойственно расширение родительских чувств (РРЧ = 5,67). Такой тип нарушения воспитания возникает, когда супружеские взаимоотношения между родителями оказываются нарушенными, или, если эти отношения не удовлетворяют родителя, играющего основную роль в воспитании. В нашем случае это подтверждается большой занятостью отцов на работе и, как следствие, эмоциональной невовлеченностью в жизнь семьи. Матери, неосознанно хотят, чтобы ребенок удовлетворил, потребности во взаимной исключительной привязанности, которые в нормальной семье удовлетворяются в отношениях между супругами. И матери, и отцы детей со страхами продемонстрировали свойственную им в отношениях с ребенком «воспитательную неуверенность» (ВН = 4,98; 4,95). Это является показателем перераспределения власти в семье между ребенком и родителем в пользу последнего. Оба родителя «идут на поводу» у ребенка, уступают во всем. Происходит это потому, что дети смогли интуитивно обнаружить «слабое место» родителей, которое он использует с целью получения максимум прав и минимум требований. Таким образом, взаимоотношения в семьях, где ребенок жалуется на страхи, имеют следующую специфику: матери таких детей посвящают себя полностью ребенку, часто разрешая за счет эмоциональности в отношениях с ним свою неудовлетворенность в супружеских отношениях; отцы уделяют внимание детям избирательно, реагируя только на острые проблемы ребенка, и одновременно желают видеть ребенка более эмоциональным, чувствительным к другим; в семьях наблюдается нарушение иерархии, при которой детская подсистема находится в положении управляющей.

К вопросу о гармонизации социальной ситуации развития детей с органической патологией

Туровская Н.Г.

ГКУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница», г. Волгоград

Оказание помощи детям с дисгармоничным психическим развитием является одной из актуальных проблем детской клинической психологии. Традиционно к этой группе психического дизонтогенеза относят детей с невротическими и соматоформными реакциями, психосоматическими заболеваниями, расстройствами личности. Кроме того, резидуальная органическая недостаточность может стать фактором, вызывающим дисгармоничное развитие личности ребенка. Недостаточность регуляторных функций, реализуемых корой лобных долей больших полушарий головного мозга, а также механизмов их энергообеспечения за счет дисфункции стволово-диэнцефальных отделов мозга, приводит к той или иной степени нарушения подконтрольности, осознанности и опосредованности поведения больного.

Очевидно, что в этом случае основной «мишенью» медико-психологического воздействия должна стать возникшая вследствие поражения головного мозга патология регуляторных и энергетических процессов. Однако не меньшего внимания требует гармонизация социальной ситуации развития больного ребенка. Невозможность соответствовать ожиданиям и требованиям со стороны родителей, педагогов, сверстников приводят к формированию у него ощущения беспомощности и чувства неполноценности, и, как следствие, развитию патологических реакций и состояний в ответ на хроническую ситуацию стресса. В этом случае особое значение принадлежит работе психолога, направленной на гармонизацию ближайшего социального окружения больного ребенка.

Выявленные у родителей детей с органической патологией ЦНС гиперопека, увеличение запретов на фоне снижения требований к ребенку, непоследовательность в воспитании с недостаточным удовлетворением потребности ребенка в понимании и психологической поддержке способствуют усилению у него проявления возбудимых черт личности. Данные родите-

лям рекомендации в плане последовательности в воспитании ребенка, гармонизации в соотношении запретов и требований по отношению к нему, использовании акцента на поощрении положительных моментов в его поведении способствуют значительной стабилизации его психоэмоционального состояния. Однако наибольший эффект достигается в результате научения родителей способам оказания ребенку психологической поддержки. Проявление со стороны родителей по отношению к ребенку понимания, сочувствия в сочетании с трансляцией ему требований необходимости обучения конструктивному поведению и уверенности в том, что он, в конечном счете, этому научится, поощрением любых позитивных паттернов поведения и максимально возможным игнорированием отрицательных — способствует формированию у ребенка позитивного самоощущения, уверенности в себе и своих силах, возникновению мотивации к самоизменению и самовоспитанию. Это, в свою очередь, приводит к тому, что ребенок становится активным союзником и участником проводимого психолого-медико-социального воздействия.

Таким образом, использование психологических методов гармонизации социальной ситуации развития ребенка с органической патологией значительно уменьшает выраженность у него поведенческих нарушений, элиминирует вторичную невротизацию, и, следовательно, повышает эффективность медикаментозного сопровождения.

Нейропсихологическая картина нарушения психического развития детей с судорожными пароксизмами в анамнезе

Туровская Н.Г.

ГКУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница», г. Волгоград

Анализ нарушений психического развития детей с судорожными пароксизмами в анамнезе, как эпилептической, так и неэпилептической природы, важен с целью выявления общих закономерностей и механизмов психического дизонтогенеза при указанной нервно-психической патологии и выработки стратегии оказания больным детям необходимой медико-психолого-педагогической помощи.

По нашим данным, у 91,67% детей пароксизмальные состояния, как эпилептической, так и неэпилептической природы (включая, фебрильные судороги, аффективно-респираторные и вегетативные пароксизмы и т.п.) развиваются на фоне резидуальной церебрально-органической недостаточности, вызванной патологическим течением периода родов, а также пренатального и раннего постнатального онтогенеза.

Нами был проведен сравнительный анализ психологической структуры нарушения (несформированности) ВПФ у детей с резидуальной мозговой патологией, сопровождающейся и не сопровождающейся пароксизмальными состояниями в анамнезе. Анализ полученных вследствие проведенного нейропсихологического исследования данных показал, что у 62,69% испытуемых, имевших в анамнезе пароксизмальные состояния различной этиологии, отмечается определенное соотношение состояний функций динамического и регуляторного праксиса: показатели несформированности (дефицитарности) динамического праксиса выше, чем регуляторного праксиса; у 19,40% испытуемых состояния указанных функций идентичны по количественным показателям, у 17,91% — несформированность (дефицитарность) динамического праксиса ниже, чем регуляторного. У испытуемых, не имевших в анамнезе пароксизмальные состояния, картина соотношения в состояниях указанных функций имеет противоположный характер. У 68% испытуемых, не имевших пароксизмальные состояния в анам-

незе, симптом преобладания нарушений динамического праксиса над нарушениями регуляторного праксиса не отмечается. Данный феномен был диагностирован нами у испытуемых с однократной эпилептической реакцией в анамнезе, однократным пароксизмальным состоянием неуточненного генеза в анамнезе, с приступами фебрильных судорог и аффективно-провоцируемыми пароксизмами, с эпилептиформной активностью на ЭЭГ, не сопровождающейся приступами; с однократным судорожным приступом невротического генеза, с однократным синкопальным состоянием.

Дисперсионный анализ значений по шкале «Наличие пароксизмальных состояний в анамнезе», показал, что пароксизмы сопровождаются нарушением кинестетического праксиса ($F=5,569$; $p=0,020$), тенденцией снижения динамического праксиса ($F=3,913$; $p=0,051$) и усилением повышенной истощаемости психической деятельности экзогенно-органического генеза ($F=6,444$; $p=0,013$). Наличие эпилептиформной активности на ЭЭГ (вне зависимости от наличия приступов в анамнезе) сочетается с нарушением динамического праксиса ($F=3,636$; $p=0,030$) и кинестетического праксиса ($F=3,307$; $p=0,041$). При этом с патологией динамического праксиса, по данным дисперсионного анализа, одинаково коррелирует любая локализация очага эпилептиформной активности на ЭЭГ (в лобных отделах — $F=6,156$; $p=0,015$; в центральных отделах — $F=7,975$; $p=0,006$; в височных отделах — $F=7,543$; $p=0,007$; в теменных отделах — $F=4,678$; $p=0,033$; в затылочных отделах — $F=6,477$; $p=0,013$; в правом полушарии — $F=7,408$; $p=0,008$; в левом полушарии — $F=5,852$; $p=0,018$).

Следовательно, можно предположить, что судорожные пароксизмы значительно способствуют формированию патологии двигательной сферы (в первую очередь, кинестетической и динамической диспраксий). Полученные данные необходимо учитывать в процессе оказания больному ребенку медико-психолого-педагогической помощи.

Судорожные пароксизмы и патология развития речевых функций

Туровская Н.Г.

ГКУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница», г. Волгоград

Актуальность исследования особенностей нарушений речи у детей с судорожными пароксизмами в анамнезе определяется, с одной стороны, частотой встречаемости указанной патологии в детском возрасте; с другой — высокой значимостью системы речевых функций в процессе развития и социально-психологической адаптации ребенка.

Нами было проведено психологическое исследование особенностей развития речевых функций у детей с судорожными пароксизмами в анамнезе. В исследовании приняли участие 54 ребенка в возрасте от 6 до 8 лет и их родители (законные представители). В качестве эмпирических методов исследования использовались «Анкета для родителей детей 5—15 лет для выявления ГРДВ и минимальных мозговых дисфункций» (Заваденко Н.Н., 2005), методика нейропсихологической диагностики детей (Цветкова Л.С., 2002), диагностический комплекс «Прогноз и профилактика проблем обучения в школе» (Ясюкова Л.А., 2002). Статистический анализ проведен с помощью компьютерной программы анализа статистических данных SPSS.

Результаты исследования показали, что различные аспекты нарушения речевых и других, системно связанных с ними психических функций, по-разному сопряжены с отдельными этиопатогенетическими параметрами заболевания. Так, дисперсионный анализ вывил наличие статистически значимой связи между возрастом начала приступов и развитием кратковременной речевой памяти ($F=5,312$; $p=0,003$): чем раньше в анамнезе начинаются приступы, тем чаще у детей диагностируются нарушения кратковременной речевой памяти. Статистически значимая связь была диагностирована между длительностью заболевания в анамнезе и нарушением развития номинативной функции речи ($F=3,302$; $p=0,029$), способности понимать логико-грамматические конструкции ($F=4,568$; $p=0,007$), речевого развития в целом ($F=6,039$; $p=0,002$), а также патологи-

ей развития понятийного логического (F=4,560; p=0,008) и понятийного речевого (F=4,749; p=0,006) мышления. Таким образом, продолжительное присутствие в анамнезе ребенка дошкольного возраста пароксизмальных состояний сопряжено с патологией развития у него как речевых функций, так и связанных с речью форм мышления. Дисперсионный анализ также выявил прямую статистически значимую связь между нарушением развития речи (F=3,789; p=0,020) и связанных с речью форм мышления (понятийного логического (F=7,525; p=0,001) и понятийного речевого (F=4,973; p=0,006) и количеством приступов анамнезе. Причем эти нарушения сопровождаются общим снижением интеллекта ребенка (вплоть до глубокой интеллектуальной неполноценности) (F=3,588; p=0,025).

Неэпилептические пароксизмальные состояния в отличие от эпилептических значительно реже сочетаются с нарушениями развития способности понимать логико-грамматические конструкции (F=5,321; p=0,026), речевым развитием в целом (F=8,790; p=0,005), а также развитием понятийного логического (F=12,748; p=0,001) и понятийного речевого (F=9,955; p=0,003) мышления.

С помощью двухфакторного дисперсионного анализа выявлены особенности взаимного влияния пароксизмальных состояний и социальной ситуации развития на нарушение устной речи: у детей с пароксизмальными состояниями в анамнезе, пребывающих в удовлетворительной социальной ситуации развития нарушения устной речи, как правило, минимальны; хроническая неудовлетворительная социальная ситуация развития (в данном случае — асоциальный образ жизни родителей) сопряжена с возникновением выраженных нарушений устной речи у детей с пароксизмами (F=3,612; p=0,032; ξ=0,363).

Клинико-психопатологические аспекты суицидального поведения у детей и подростков

Усачева Е.Л.[1], Панкова О.Ф.[2], Смирнов И.И.[1]

[1]ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы»;
[2]ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Цель. По данным ГБУЗ НПЦ ПЗДП ДЗМ дети и подростки с суицидальными проявлениями составляют 50-60% среди общего числа пациентов, госпитализируемых в психиатрический стационар в экстренном порядке. За последние 2 года отмечается явная тенденция к росту числа несовершеннолетних пациентов с суицидальными проявлениями (в 2015 году по сравнению с 2014 годом отмечено увеличение в 1,5 раза). Неоспоримой является необходимость комплексного изучения суицидального поведения с учетом закономерного изменения суицидогенных факторов в историческом и культуральном контексте, создания адекватной клинической практике типологии суицидальных проявлений, а также совершенствование системы суицидологической помощи детскому и подростковому населению.

Материалы и методы: были изучены 598 пациентов с суицидальными (аутодеструктивными) проявлениями, поступивших в Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой за период с 2012 по 2014 год. Основным методом явился клинико-психопатологический.

Результаты: распределение: группа демонстративно-шантажных суицидов (61%), группа аффективных (12%) и истинных суицидов (27%). Распределение суицидальных проявлений в соответствии с клинико-психопатологическими критериями: 1) совершенные под влиянием аффекта, связанные с ситуационными факторами и личностными особенностями пациентов 68% (n=409); 2) коморбидные с депрессией 20% (n=119), 3) связанные с психической патологии, сопровождающейся грубой дезорганизации психической деятельности 12% (n=70). Выявлены достоверно значимые возрастные и гендер-

ные различия. У мальчиков отмечалось более раннее возникновение суицидальных проявлений в поведении, носившее в младшей возрастной группе в основном шантажно-демонстративный характер. В подростковом возрасте на фоне резкого роста частоты аффективных и истинных суицидов отмечалось преобладание пациентов женского пола. Анализ причин суицидального поведения, его психологических и психопатологических механизмов показал, что у более 80% всех пациентов суицидальные проявления и имитирующие их действия (в случае шантажных суицидов) совершались под влиянием аффекта, были непосредственно связаны с ситуационными и личностными особенностями пациентов. Важным патогенетическим звеном в основе суицидального поведения выступали деструктивные внутрисемейные отношения. В формировании истинного суицидального поведения важная роль принадлежала различным типам и степени тяжести депрессивным состояниям. Также выделена небольшая группа, в которой суицидальные проявления были сопряжены с грубой дезорганизацией психической деятельности в рамках развития симптоматики психотического регистра.

На основании проведенного исследования был разработан и внедрен унифицированный протокол по оказанию кризисной помощи несовершеннолетним, поступающим в психиатрический стационар. Предусмотренные протоколом меры распространяются на всех пациентов, однако важным принципом его применения в то же время является дифференцированный подход к каждому отдельному пациенту. В зависимости от типа суицидальных проявлений, характера выявленных психопатологических и иных суицидогенных факторов применяются дифференциальные алгоритмы, предписывающие то или иное соотношение медицинского и немедицинского вмешательства, степень участия различных специалистов, этапность в их работе.

Проблема эпидемиологии расстройств аутистического спектра в г. Рыбинске (анализ заболеваемости)

Фалькович С.П.

ГБУЗ «Ярославская областная клиническая психиатрическая больница», г. Ярославль

Актуальность проблемы: заболеваемость детей от 0 до 14 лет расстройствами аутистического спектра в г. Рыбинске на 2015 г. составляет 15.7 на 10000 детского населения, что превышает в 2 раза заболеваемость по г. Ярославлю и области в целом (7.7 на 10000 детского населения). Также заболеваемость в Рыбинске в 1.5 раза превышает и средние показатели по России (10 на 10000 дет. нас.).

Цель исследования: изучить возможные причины роста заболеваемости расстройствами аутистического спектра в г. Рыбинске.

Материалы и методы: изучена выборка детей г. Рыбинска от 2 до 14 лет (п=44), обратившихся с родителями в диспансерное отделение для детей Ярославской областной клинической психиатрической больницы, у всех детей на основании критериев МКБ 10, выявлено расстройство аутистического спектра (F 84). Использован клинико-психопатологический метод, опрос родителей, статистические данные по Ярославской области (демография, заболеваемость, экология).

Результаты исследования: обследованы 44 ребенка с РАС, средний возраст 7 лет, выявлено преобладание мальчиков, в соотношении 4:1. Расстройства аутистического спектра представлены: с-м Каннера (детский аутизм) — 38%, атипичный детский психоз эндогенный (атипичный аутизм) — 29%, умеренная умственная отсталость с аутистическими чертами (атипичный аутизм) — 27%, экзогенный аутизм — 6%. В 70% выявлено преобладание РАС с выраженным «олигофреноподобным дефектом». У 79% детей в анамнезе перинатальная патология. Только в 2% случаев заболевание провоцировалось вакцинацией АКДС и в 4% случаев — ЗЧМТ, ожогом 3 ст. в возрасте до 2 лет. Следовательно установлено, экзогенные факторы слабо влияют на провокацию РАС. При обследовании родителей: средний возраст матерей на период рождения ребен-

ка — 27.5 лет, отцов — 31.4 г. Наследственность психическими заболеваниями (шизофрения, МДП) отягощена у 25% детей. Причем в 2% случаев — по обеим линиям. Кроме того, изучены экологическая и демографическая ситуации в г. Рыбинске и г. Ярославле. Качество питьевой воды соответствует нормативам. По количеству атмосферных выбросов лидирует Ярославль, т.к. в городе значительно больше промышленных предприятий. Но застройка Рыбинска проводилась по типу промышленных поселков. 53% больных РАС проживают в непосредственной близости от промышленных предприятий Рыбинска, в частности НПО Сатурн находится в центральной части города, а 31% больных РАС проживает в промышленной зоне этого предприятия. В Ярославле большинство предприятий имеют санитарно-защитную зону. Высказано предположение, что экологический фактор может играть определенную роль в провокации РАС. При анализе демографии по Ярославской области, численность населения в г. Рыбинске в 3 раза меньше по сравнению с г. Ярославлем (соответственно 192591 и 605332 чел.). За последние 30 лет население Рыбинска сократилось на 23%, а Ярославля на 7%. В 2015 г. в Ярославле прирост населения на 3288 чел. засчет мигрантов, в Рыбинске отрицательная миграция — 431чел. В Рыбинске более генетически однородное население, за счет преобладания русского населения, отсутствия притока мигрантов. Заболеваемость генетическими заболеваниями на 2015 г. в Рыбинске, выше чем в Ярославле, в частности-фенилкетонурия выше в 4 раза, синдром Дауна в 1.4 раза.

Заключение: показатель заболеваемости РАС в г. Рыбинске в 2 раза выше, чем в г. Ярославле. Неблагоприятная демографическая ситуация в г. Рыбинске, сокращение населения, отсутствие положительной миграции привело к накоплению в популяции генетических заболеваний (ФКУ, С-м Дауна) часто ассоциированных с аутистическми расстройствами. Кроме того, на основании обследования детей с РАС и их родителей, в 25% случаев выявлена наследственная отягощенность по эндогенной патологии, преобладание перинатальной патологии у детей, поздний возраст родителей на момент рождения (высокий риск хромосомных абберраций). Неблагоприятная экологическая ситуация — расположение промышленных предприятий в центральной части города, может быть эпигенетичес-

ким фактором активации генов РАС. Все эти данные дают возможность предположить накопление в популяции населения г. Рыбинска генотипа с предрасположенностью к расстройствам аутистического спектра. Рассмотрение этих проблем требует развития и внедрения программы предупреждения РАС в регионах, имеющих неблагоприятную предиспозицию. В ряде регионов такие программы должны иметь государственную и межведомственную поддержку.

Личностная незрелость и способность несовершеннолетних обвиняемых к осознанному руководству действиями

Федонкина А.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Правонарушения нередко совершаются подростками в силу особенностей, отражающих слабую сформированность их личности. При этом личностная незрелость может быть естественной возрастной или связанной с дизонтогенезом или психопатологией, что требует учета факторов, обусловливающих данный феномен и опосредованно влияющих на способность подростков руководить своими противоправными действиями.

Настоящее исследование направлено на определение связи психологических характеристик несовершеннолетних правонарушителей с личностной незрелостью различного генеза с потенциальной способностью и актуальной возможностью таких несовершеннолетних к осознанной регуляции действий в ситуации правонарушения. Материалом исследования стали результаты психологического экспертного исследования 115 несовершеннолетних правонарушителей в возрасте 14-18 лет в рамках комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ), у которых был выявлен феномен личностной незрелости. Использовались методы экспериментально-психологического исследования и анализа документов, статистические методы.

Потенциальная способность к осознанному и волевому руководству действиями представляет собой общую оценку интеллектуальных, эмоционально-волевых свойств субъекта, которые позволяют ему осуществлять личностно опосредованную регуляцию поведения в социуме и является, в частности, предпосылкой уголовной ответственности. Результаты исследования показывают, что при отсутствии потенциальной (одновременно и актуальной) возможности осознавать значение действий и руководить ими в ситуации совершения общественно опасных действий (ООД) проявления личностной незрелости подростка связаны с психопатологическими причинами и

характеризуются пониженным интеллектуальным уровнем, трудностями волевого контроля, слабым прогнозом последствий своих действий, склонностью к непосредственной реализации возникших побуждений, слабым усвоением социальных норм. Основными критериями потенциальной способности несовершеннолетних, как с нормальной, так и с аномальной личностной незрелостью, к осознанной волевой регуляции деятельности служит достаточный либо несколько пониженный интеллектуальный уровень, способность учитывать в своём поведении социальные нормы и правила самостоятельно либо в условиях внешней регламентации. При этом актуальная возможность подростка осознанно руководить своими действиями может быть полной или ограниченной в силу нормальной или аномальной личностной незрелости. Полная актуальная возможность обеспечивается достаточным интеллектуальным уровнем, упорядоченностью поведения в экспериментальной ситуации и сохранностью функционирования звеньев регуляции поведения (целеполагания и целедостижения) в ситуации ООД. Ограниченная актуальная возможность представлена достаточным или невысоким интеллектуальным уровнем, трудностями самостоятельной организации деятельности, ориентацией преимущественно на свои желания, эгоцентризмом, трудностями прогноза последствий своих действий, волевого контроля. Несовершеннолетние обвиняемые с нормальной возрастной личностной незрелостью («отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством»), обусловившей ограничение актуальной возможности руководства действиями при совершении ООД, демонстрируют достаточный интеллектуальный уровень и способность к удержанию стабильной линии поведения, учету социальных норм в условиях внешней регламентации при некоторых трудностях самостоятельной организации деятельности.

Результаты исследования уточняют механизмы регуляции деятельности у подростков с личностной незрелостью и могут быть использованы в экспертной и клинической практике.

Риск зависимости от компьютерных игр с ассоциальной направленностью: социально психологические причины

Федоренко Е.Ю.

Сибирский Федеральный университет, г. Красноярск

В настоящее время, вследствие развития технологий и увеличения доступности Интернета, компьютерные игры привлекают большое количество людей разного пола и возраста. В отличии от различных медиа: телевидение, газеты, книги, они позволяют человеку быть не пассивным зрителем, а активным действующим лицом, живущим в виртуальном игровом мире. Большинство геймеров привлекают компьютерные игры по типу ролевых, жанра «shooter». В этих играх играющему предоставляется большая реалистичность виртуального пространства, а также возможность развивать качества своего персонажа. Это создает сильный эффект «присутствия» и придает игре субъективно значимый, при условии принятия роли, смысл.

Среди таких ролевых игр можно выделить одну особую категорию — игры, в которых игроку предлагается роль бандита, преступника либо лица, которое в процессе сюжета включается в преступную деятельность, становясь ее субъектом. Примерами таких игр можно назвать: Kane & Lynch: Dead Men, Kane & Lynch: dogdays 2, серия игр GTA и др. Действия в таких играх разворачиваются в вымышленном либо существующем в реальности городе, спрограммированном с высокой степенью реалистичности. Игра погружает в атмосферу криминальной среды. Часто присутствует ненормативная лексика. Анализируя привлекательность такого вида игр, их направленность на нарушение социальных норм, мы предполагаем, что у игроков в процессе игры происходит сублимация внутренней нереализованной потребности в риске. Благодаря таким играм игрокам становится доступна особая форма самочувствия, яркие эмоциональные переживания, часто не доступные для них в реальной жизни. Такие игры легко «затягивают» определенный тип людей, создавая условия для формирования несвободы, зависимости от такого способа времяпровождения.

Многолетние исследования, проведенные в этой области, позволяют в обобщенном виде представить социально-психологическую концепцию факторов риска зависимого поведения, как учитывающую сочетание наличного ресурса человека (избытка или его недостатка) для решения задач, которые ставит перед ним общество, социальные институты, ближайшее окружение или он сам. А так же способность среды предъявлять адекватные, имеющимся у человека ресурсам, требования. Избыточность ресурса человека по отношению с просоциальной среде или напротив его недостаточность, провоцируют переживание неудовлетворенности и фрустрации, и либо потребности в развитии, либо потребности в безопасности и одобрении, что в свою очередь, может приводить к поиску альтернативных, часто суррогатных способов реализации себя.

В исследовании лиц, с риском зависимости от компьютерных игр с асоциальной направленностью, были обнаружены дефициты в области оптимального сочетания процессов целеполагания и целеосуществления, суженный диапазон восприятия возможностей самореализации, дефициты волевой саморегуляции. Отмечается так же ярко выраженная склонность к низкому уровню активности, сочетающаяся с повышенной чувствительностью, изобретательностью, тенденцией к свободной трактовке социальных норм.

Обнаруженная симптоматика дефицитов задает вектор профилактики, такого рода зависимого поведения, которая может быть реализована в социальных институтах, прежде всего в школе, обладающей достаточным ресурсом для построения подобных программ.

Динамика показателей инвалидности у детей и подростков на примере Саратовской области

Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б., Антонова А.А., Бачило Е.В., Деева М.А., Сизов С.В.

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов

Целью настоящего исследования явилось эпидемиологическое исследование структуры и показателей инвалидности в связи с психическими расстройствами в детско-подростковой популяции Саратовской области за период с 2000 по 2014 гг.

Материалы и методы исследования: в рамках данного исследования был проведен анализ статистических данных отчетных форм № 30 «Сведения о системе здравоохранения» и № 36 «Сведения о контингентах психически больных», отражающих объективно учтенную инвалидность в связи с психическими расстройствами населения области за 2000 — 2014 гг. и обеспеченность населения области психиатрической помощью. В качестве основных методов использовались: эпидемиологический, демографический и математико-статистический.

Результаты исследования и выводы: за период исследования количество детей и подростков (0-17 лет), признанных инвалидами по психическому заболеванию, возросло как в абсолютных числах (темп прироста 12,86%), так и в интенсивных показателях (темп прироста 49,88%). При анализе динамики показателей общего количества детей и подростков (0-17 лет), являющихся инвалидами по психическим заболеваниям в 2000-2014 гг. в области по отдельным нозологическим группам выявлена неоднородность показателей как по группам нозологий, так и по абсолютным и интенсивным показателям, значительно превышающая таковую в отношении общих показателей инвалидности по психическим расстройствам. Увеличение количества инвалидов среди детей и подростков в 2014 г. по сравнению с 2000 г. зарегистрировано при шизофрении, шизоаффективных психозах, шизотипическом расстройстве и аффективных психозах с неконгруентным аффекту бредом. Самое значительное увеличение наблюдается в группе хронических неорганических и детских психозов, что, вероятно, связа-

но не только с истинным ростом заболеваемости и инвалидности, но и с большим вниманием общественности и профильных служб здравоохранения к проблемам детского аутизма. Не случайно отмечается большая выявляемость расстройств аутистического спектра. В отношении психических расстройств вследствие эпилепсии и умственной отсталости за анализируемый период отмечено снижение общей инвалидности.

При анализе показателей первичной инвалидности в детско-подростковой популяции области также отмечен рост как абсолютных (на 12,5%), так и интенсивных значений (на 49,41%), что, так же как и в случае общей инвалидности, в целом коррелирует с показателями Приволжского ФО. По отдельным нозологическим группам выявлены еще более отчетливые, чем в отношении общей детско-подростковой инвалидности, тенденции к увеличению как абсолютных, так и интенсивных значений. Так, некоторое снижение абсолютного числа детей и подростков, впервые признанных инвалидами по психическому заболеванию к 2014 г. отмечено лишь в отношении эпилепсии и умственной отсталости и лишь для их абсолютных значений. При шизофрении, шизоаффективных психозах, шизотипическом расстройстве, аффективных психозах и хронических неорганических и детских психозах положительный темп прироста зарегистрирован как в отношении абсолютных, так и интенсивных показателей, что согласуется с аналогичными показателями для общей детско-подростковой инвалидности по региону.

Динамика и прогноз при аутистических расстройствах с феноменом регресса навыков

Хайретдинов О.З., Рубакова Л.И.

СПбГКУЗ «ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», г. Санкт-Петербург

Феномен регресса речевых, коммуникативных, двигательных навыков, а также игры, самообслуживания и опрятности, после периода относительно благополучного развития встречается, по нашим данным, более чем у половины детей с аутистическими расстройствами различного генеза и сам по себе не имеет нозоспецифического дифференциально-диагностического значения. Вместе с тем, нами выделены клинические варианты регресса, ассоциированные с определенными формами расстройств аутистического спектра и имеющие характерную динамику, неравнозначный прогноз и предпочтительную терапию.

Экзогенно-органический вариант регресса хронологически совпадал с перенесенными инфекциями, интоксикациями, осложнениями вакцинации, черепно-мозговыми травмами. Степень утраты навыков варьировалась в широких пределах от незначительной (часто оценивалась родителями как «приостановка» в развитии) до грубого распада речи, навыков ходьбы и способности удерживать предметы руками. Динамика также была различной, но в целом наблюдалась тенденция к восстановлению (как правило, частичному) сначала самообслуживания и двигательных, затем игровых и коммуникативных навыков. Признаки аутистического поведения заметно редуцировались, на первый план выходили грубые речевые и когнитивные расстройства. Более эффективным и обоснованным в терапии данного варианта представляется применение широкого спектра нейропротективных средств.

При синдроме Каннера чаще других отмечен вариант регресса психогенно-реактивного типа в форме реакций на стресс при вынужденных изменениях жестких стереотипов (переезд, путешествие с другую страну, госпитализация без родителей и пр.) Терапевтическая стратегия, соответственно, предполагает седативные меры, в том числе немедикаментозного характера (по возможности, приближение к устоявшимся стереотипным условиям, десенсибилизация).

Эндогенно-процессуальный вариант регресса навыков при ранней детской шизофрении в большинстве случаев не удавалось связать с какими-либо внешними факторами, реже отмечалась «провокация» экзогенно-органического или психогенно-реактивного типа. Восстановления, даже частичного, регрессивных явлений в случаях злокачественного течения заболевания не происходило. При приступообразном типе течения, напротив, можно проследить большую или меньшую компенсацию утраченных навыков. Стоит отметить нередко возникающие сложности дифференциации собственно регрессивных (дефицитарных) явлений и имитирующих их эффектов продуктивных психопатологических расстройств (депрессивных, субступорозно-кататонических и др.) Необходима активная нейролептическая и антидепрессивная терапия.

Следует подчеркнуть возможность частичного регресса и последующего отставания в развитии речи при сочетании синдрома Аспергера и раннего органического поражения головного мозга в отличие от хрестоматийных представлений о том, что при данном расстройстве всегда имеется опережение в речевом развитии. Исключение диагноза синдрома Аспергера в пользу диагностики высокофункционального детского аутизма ввиду задержки развития речи, по нашему мнению, является недостаточно обоснованным.

Кроме всего прочего, выскажем мнение о назревшей необходимости пересмотра дифференциальных рамок и клинического содержания диагностической категории «дезинтегративное расстройство детского возраста» (синдрома Геллера).

Коммуникативная компетентность как условие социальной адаптации подростков с речевой патологией

Хрущ А.И.

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы»

Актуальность: успешность процесса социальной адаптации и интеграции во многом определяется степенью сформированности вербальных и невербальных средств коммуникации. Актуальность исследования обусловлена необходимостью целенаправленного изучения механизмов возникновения коммуникативных трудностей и принципов развития компетентности в общении у подростков с нарушениями речи.

Материалы и методы: проведено исследование уровня развития коммуникативной компетентности и социальной адаптации 72 подростков обоего пола в возрасте 12-13 лет с нарушениями письменной речи. Критерием включения являлось наличие дисграфии и дислексии. Использовались клинико-психопатологический и экспериментально-психологический методы.

Результаты и их обсуждение: при исследовании уровня сформированности основных коммуникативных умений у подростков с дисграфией, дислексией выявлено значительное преобладание неэталонных (агрессивных и зависимых) коммуникативных реакций, что свидетельствует о низком уровне их коммуникативной компетентности. Коммуникативная компетентность подростков с дисграфией и дислексией (овладение навыками речевого общения, восприятие, оценка и интерпретация коммуникативных действий, планирование ситуации общения) формируется под влиянием специфики речевого нарушения, которое оказывает влияние на формирование мотивационной сферы (изменение ценностных ориентаций и установок личности, формирование коммуникативной культуры), а также на правила регуляции коммуникативного поведения подростка. Результаты исследования показали, что у подростков с дислексией и дисграфией отмечается высокий и очень высокий уровень личностной тревожности. Практически у всех

испытуемых максимальные показатели фиксировались по субшкале межличностной тревожности, что отражает высокую степень напряженности коммуникативного взаимодействия. Нарушения не только устной, но и письменной речи отрицательно влияют на формирование личности подростка, формируя у него неуверенность, робость, тревожную мнительность, агрессивность, склонность к негативным реакциям, аффективным нарушениям, что лежит в основе нарушений поведения.

В ходе формирующего эксперимента традиционная методика преодоления нарушений письменной речи была дополнена отдельным блоком коммуникативной направленности. Работа осуществлялась в рамках коммуникативного подхода и предполагала введение подростков в речевую ситуацию и формирование у них умения ориентироваться в условиях общения. Особое внимание уделялось созданию коммуникативной атмосферы, предполагающей изменение роли подростка в коррекционно-развивающем процессе: подростки выступали как активные партнеры по общению, которые самостоятельно и осознанно используют языковые и речевые средства.

Выводы: формирование собственно коммуникативных компетенций возможно лишь на базе языковой компетенции, одним из основных компонентов которой является умение владеть навыками письменной речи. В существующей системе логопедической помощи большое внимание уделяется коррекции лексико-грамматических средств языка, а формированию коммуникативных компетенций должного значения не придается. Исследование показало, что традиционная методика преодоления речевых расстройств должна быть дополнена блоком психологической направленности, имеющим целью развитие коммуникативной компетентности.

Взаимная детерминация наркомании и наркопреступности несовершеннолетних

Целинский Б.П.

Научно-исследовательский институт наркологии — филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Злоупотребление наркотиками и их незаконный оборот помимо непосредственной угрозы для общества представляют и значительную криминогенную опасность. В связи с этим необходимо обратить внимание на аспект, непосредственно связанный с наркоманией, — корреляцию темпов роста наркотизации и участия несовершеннолетних в совершении преступлений.

На первый взгляд доля несовершеннолетних в незаконном употреблении наркотиков и их распространении относительно не велика. Но такая внешне благополучная картина наркоситуации складывается только при поверхностной оценке официальных данных и без учета динамики развития наркоситуации среди подросткового населения.

Комплексный анализ наркоситуации в подростковой среде, опирающийся на официальные сведения и исследования, позволяет констатировать негативную в целом динамику распространения наркотиков и наркопреступлений среди лиц, не достигших совершеннолетия. С учетом неофициальных данных можно предположить, что несовершеннолетние составляют не менее четверти от общего числа наркопотребителей в России. А поскольку в силу целого ряда причин основными распространителями наркотиков среди подростков являются их сверстники, то значительно выше официальных данных и количество несовершеннолетних, участвующих в незаконном обороте наркотиков.

Тенденцией, усугубляющей наркоситуацию, является вовлечение несовершеннолетних (прежде всего, оказавшихся в той или иной зависимости от наркотиков) в распространение наркотиков, в первую очередь среди своих сверстников. Такая деятельность дает наркодельцам возможность расширять без существенного для себя риска круг потребителей, а также дает

юным распространителям дополнительные возможности приобретения наркотических средств для собственного потребления.

Злоупотребление наркотиками как форма девиантного поведения подростков вызывается значительным числом факторов самого разнообразного характера. В их основе социальное неблагополучие в обществе в целом, в положении отдельных слоев и групп населения. Однако в условиях изменения всего уклада отношений в важнейших сферах жизни российского общества трудно рассчитывать на сколько-нибудь быстрое и значительное сокращение негативного воздействия общесоциальных факторов, влияющих на распространение наркотиков. Это обстоятельство, однако, не снимает необходимости проведения целенаправленной профилактической деятельности по предупреждению распространения наркотиков среди несовершеннолетних.

На приобщение к потреблению наркотиков оказывают детерминанты личностного плана, микросреда, обычаи, традиции, мода, субкультура, ментальность и другие характеристики. Лиц, которые в силу своих индивидуальных свойств (психического, физического здоровья, характера), условий жизни и т.д. оказываются наиболее уязвимыми для наркотиков, относят к группам риска. Целенаправленная систематическая профилактическая работа с группами риска призвана существенно сократить приток новых потребителей наркотиков, размеры незаконного оборота наркотиков.

Профилактика распространения немедицинского потребления наркотиков среди подрастающего поколения является главным содержанием противодействия распространению наркотиков в среде несовершеннолетних, а одним из критериев оценки ее эффективности может быть состояние и динамика наркоситуации как в подростковой среде, так и общей наркоситуации.

Следовательно, создание надежных профилактических заслонов для распространения наркотиков среди детей и подростков дает возможность существенного снижения распространения наркомании, незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ, а также общего улучшения эпидемиологической и криминогенной ситуации.

Опыт комплексной абилитации (реабилитации) детей и подростков с особенностями психического развития

Чаплыгина Е.Э.

ГБУЗ Областной клинический психоневрологический диспансер, г. Тверь

В рамках детского дневного стационара (медико-реабилитационного отделения) Тверского ОКПНД, функционирующего с 2013 года и рассчитанного на 30 пациенто-мест, предоставляется комплексная полипрофессиональная помощь бригады специалистов (психиатр, психотерапевт, клинические психологи, дефектолог, логопед, врач ЛФК, инструктор ЛФК, социальный работник) детям и подросткам от 3 до 18 лет, находящимся под наблюдением детскими и подростковым психиатрами ОКПНД г. Твери и Тверской области. За истекший период комплексную медико-психосоциальную помощь в отделении получили в нем более 450 детей и подростков (всего госпитализаций свыше 650, но часть пациентов поступает повторно).

Показаниями для направления в отделение являются такие психические расстройства детского и подросткового возраста, как задержка психического и речевого развитии, расстройства поведения, невротические расстройства, органические психические расстройства, синдром раннего детского аутизма, шизофрения (вне острой психопродуктивной симптоматики), умственная отсталость (легкая и умеренная).

Врач — психиатр детского дневного стационара разрабатывает совместно со специалистами отделения индивидуальную программу медико — психосоциальной помощи с последующей ее реализацией в условиях отделения. Курс реабилитационных (абилитационных) мероприятий рассчитан в среднем на 30 календарных дней, в течение которых ребенок (подросток) помимо необходимой психофармакотерапии посещает по индивидуальному графику в среднем по 10 занятий с каждым рекомендованным специалистом. Дети и подростки занимаются как индивидуально, так и в мини — группах (в групповом формате проходят занятия изобразительным и музыкальным творчеством, логоритмикой) в соответствии с имеющи-

мися особенностями психического (психологического) развития; клиническими психологами отделения регулярно проводятся тренинги с младшими школьниками и подростками, направленные на развитие навыков самоконтроля, коммуникативной компетентности. В отделении оборудована и активно используется в абилитационном процессе сенсорная комната, мультисенсорная система «Оми-Виста». С 2016 года в рамках детского дневного стационара (медико — реабилитационного отделения) внедрены такие методики, как нейромоторная коррекция и терапевтические кинезиотейпирование.

Значимым аспектом в работе специалистов отделения является психообразовательный блок, реализуемый как в форме индивидуальных консультативных бесед (занятий) с родителями, опекунами, так и тематических круглых столов, с целью снижения психологического напряжения в семье, воспитывающей психически больного ребенка, посредством развития копинг — стратегий взаимодействия с ребенком, имеющим нарушения психологического развития, а также организации и внедрения внутри семьи системы индивидуальных развивающих и коррекционных занятий с ребенком, коррекции стиля воспитания, уровня ожиданий в отношении ребенка.

Важнейшей задачей в работе отделения мы считаем повышение качества жизни, уровня социального функционирования семей, воспитывающих ребенка с особенностями развития. В ходе комплексной диагностики и проводимых реабилитационных (абилитационных) мероприятий сотрудники отделения стремятся наметить вектор дальнейшей медико-психолого-педагогической работы с ребенком внутри и вне семьи, организовать (при необходимости) последующее консультативное сопровождение семей по запланированному маршруту для реализации максимально возможного для данного конкретного ребенка уровня социальной адаптации.

Комплексная коррекция заикания в отделении патологии речи и психотерапевтической реабилитации детей и подростков

Чезганова М.Х.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа

Заикание является дискоординационным судорожным нарушением речи. Проявления заикания сводятся к расстройствам плавности, слитности, темпо-ритмической организации речи. Заикание встречается у 2-4% населения. Чаще страдают мальчики и мужчины. Возникает заикание, как правило, в возрасте 2-5 лет, в период становления речи. В возникновении заикания играют роль эндогенные, экзогенные и социальные факторы, а также личностная предрасположенность.

Логофобия, как правило, не зависит от тяжести заикания, а является индивидуальной патологической эмоциональной реакцией пациента на дефект речи. Фиксированность на дефекте является одним из основных факторов, усиливающим его.

Комплексный подход к преодолению заикания — это лечебно-педагогическое воздействие на разные стороны психофизиологического состояния заикающегося разными средствами и усилиями разных специалистов. В комплекс лечебно-педагогических мероприятий входят лечебные препараты и процедуры, лечебная физкультура, психотерапия, логопедические занятия, логопедическая ритмика, воспитательные мероприятия. Цель их — устранение или ослабление речевых судорог и сопутствующих расстройств голоса, дыхания, моторики и речи; оздоровление и укрепление нервной системы и всего организма в целом; избавление ребенка от неправильного отношения к своему речевому дефекту, от психологических наслоений, перевоспитание его личности и поведения, социальная реадаптация и адаптация заикающегося.

Основной задачей коррекционно-педагогической работы, которую преимущественно проводит логопед, является устранение речевых дефектов (перевоспитание неправильной речи) и обусловленных ими психологических особенностей заикающихся. Основной задачей лечебно-оздоровительной работы является: создание благоприятной обстановки для лечения, организация режима дня и

рационального питания, закаливающие процедуры, лечебная физкультура, медикаментозное лечение, физио- и психотерапия.

Медикаментозное лечение заикающихся детей заключается в нормализации деятельности центральной и вегетативной нервной системы, речедвигательного аппарата; в устранении судорог, в снятии психогенных наслоений в оздоровлении организма в целом.

Психотерапия в комплексе лечения заикания занимает существенное место. Основная задача психотерапии — оздоровление психики заикающегося — осуществляется через: 1) воспитание полноценной личности, 2) воспитание здоровой установки на свой недостаток и социальную среду, 3) воздействие на микросоциальную среду. Оздоравливающее воздействие на заикающегося оказывает косвенная и прямая психотерапия. Под косвенной психотерапией понимается обстановка, окружающая природа, коллектив, отношение обслуживающего персонала, режим, игры и многое другое. Прямая психотерапия — лечебное воздействие словом в виде разъяснения, убеждения, внушения и обучения.

Задачи социальной адаптации (а в отношении подростков, возможно, и реабилитации) заикающихся осуществляются путем комплекса педагогических и психологических воздействий. Значительную и решающую роль в этом играет семья. Особая степень эмоциональной привязанности ребенка к семье и родителям является серьезным психологическим фактором, который учитывает логопед, проводя консультативно-методическую работу с родителями. Семья является первичной и прочной основой перевоспитания личности заикающегося и закрепления его правильной речи.

Логопедическая и логотренировочная работа, проводимая логопедом, строится в зависимости от клинической принадлежности заикающегося, его возраста, развития, личностных особенностей. Например, акцент на логопедических занятиях более всего уместен в отношении больных с неврозоподобным заиканием на фоне резидуально-органической церебральной недостаточности. Для больных с невротическим заиканием более эффективны психотерапевтические приемы.

Результатом комплексного лечения является улучшение речевого статуса, расширение коммуникативных возможностей, ликвидация признаков девиации личности, расширение адаптационных возможностей.

Медико-педагогическая реабилитация детей

Чезганова М.Х.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа

Важнейшим условием эффективной медико-педагогической коррекции и реабилитации детей с нарушением развития является соблюдение принципов преемственности и взаимодействия специалистов, участвующих в лечебно-восстановительном процессе. Выполнение этих задач достигается в виде последовательной этапной организации реабилитационного процесса.

Первым этапом психолого-медико-педагогической реабилитации является комплексное обследование особенностей развития ребенка, выявление нарушений в нервно-психической сфере, в формировании отдельных психических функций.

Второй этап медико-педагогической реабилитации включает проведение лечебно-диагностических мероприятий, плановой психолого-медико-педагогической специализированной стационарной коррекции с решением экспертных вопросов.

В дошкольном и младшем школьном возрасте особое значение приобретают мероприятия, направленные на развитие незрелых механизмов общей и речевой моторики (у детей с функциональными нарушениями) и коррекцию функций при нарушениях моторики, обусловленных негрубым органическим поражением головного мозга (ЛФК, массаж, ритмическая гимнастика, дыхательная гимнастика, артикуляционная гимнастика).

У подростков реабилитационная терапия строится с учетом необходимости сбалансирования незрелых взаимоотношений эмоциональных и идеаторных механизмов. Важно обеспечить у подростков адекватное эмоциональное реагирование (участие в трудовых, эмоционально окрашенных процессах, занятия в кружках). Необходимы также коррекционно-педагогические воздействия, предусматривающие развитие и усиление самоконтроля, выработку социальных установок на труд и подавление непосредственных желаний и стремлений.

Психические расстройства непсихотического характера или так называемые «пограничные» состояния, являются основ-

ными нозологическими формами в структуре нервно-психических заболеваний у детей.

Отделение патологии речи, и психотерапевтической реабилитации детей и подростков ГАУЗ РКПЦ организовано в результате реорганизации Центра патологии речи, нейрореабилитации и реабилитации слуха ГБУЗ РДКБ в 2013 г. Отделение предназначено для оказания психотерапевтической и реабилитационной помощи детям и подросткам. Госпитализация в детское отделение осуществляется по направлению участковых и районных психиатров, психотерапевтов, неврологов, педиатров ЦРБ, городских детских поликлиник.

С целью создания одновозрастных полузакрытых групп детей по принципу общности болезненных нарушений для проведения групповой логотерапии, психокоррекции, в отделении проводятся лечебно-реабилитационные курсы средней продолжительностью 30 рабочих дней. Что, в свою очередь, позволяет усилить взаимодействие со специалистами, оказывающих специализированную помощь детскому населению, повысить качество лечебно-реабилитационных мероприятий.

В отделении используются различные методы индивидуальной, групповой и семейной психокоррекции, психотерапии — сказкотерапия, игровая терапия, песочная терапия, арттерапия, психогимнастика, символдрама, телесно-ориентированная терапия, позитивная терапия, рациональная терапия. Кроме индивидуальной логопедической коррекции, проводятся групповые занятия. В группе детей-дошкольников логопед совместно с педагогом проводит логоритмические занятия — комплекс упражнений, направленных на дезавтоматизацию патологических форм дыхания и речи, создание и закрепление физиологического дыхания, правильной речи.

Роль и место несовершеннолетних больных в структуре отравлений дизайнерскими наркотиками

Черенков А.А., Обухов Н.Г., Шиляева Е.В.

БУЗ Республиканский наркологический диспансер Минздрава Удмуртской Республики, г. Ижевск

В последние годы одним из основных направлений в прикладной наркологии стала профилактика и терапия потребления синтетических т.н. дизайнерских наркотиков (ДН). Их потребление носит массовый характер, в него активно вовлекаются несовершеннолетние. Отравление ДН характеризуется зачастую нарушением витальных функций.

Целью работы явился анализ роли и места несовершеннолетних пациентов в структуре больных с острыми отравлениями ДН. Работа выполнена на базе Республиканского наркологического диспансера (РНД) Удмуртской Республики, крупного специализированного стационара, за период 2014-2015 гг.

Были проанализированы больные, поступившие в РНД по скорой медицинской помощи и через МВД с диагнозом «Острое отравление психоактивным веществом». Всего обследовано 516 пациентов. Из них несовершеннолетних 129 (25%). По годам соотношение было следующим 268 и 58 (21,64%) и 248 и 71 (28,26%). За первое полугодие 2016 года наметилась тенденция к снижению как общего количества поступающих с данным диагнозом пациентов (94), так и пациентов подросткового возраста (16 или 17,02%).

Средний возраст несовершеннолетних пациентов составил 15,9 ±3,14 лет (от 8 до 17 лет). Гендерные показатели подростков соотносились с аналогичными показателями у пациентов взрослого возраста: мальчики составили 79,84% (103) и девочки 20,16% (26) у взрослых 79,1 мужчины и соответственно 20,9 женщины в целом по РНД.

Психоактивным веществом (ПАВ), вызвавшим отравление у подростков чаще всего являлись СПАЙС-ы (54,8%), катиноны (23,6%), опиоиды (2,8%). Значимую часть (11,9%) составили mixt-отравления с алкоголем. 7% пришлось на амфетамины, вещества растительного происхождения («чайная роза», семена дурмана et cet), баклофен, геминейрин и др. Следует

отметить, что процент обнаружения того или иного ПАВ был не высоким. Так экспресс методом удавалось обнаружить ПАВ не более чем в 9% проб. В химико-токсикологической лаборатории было выявлено конкретное ПАВ лишь в 27% случаев.

Отравления ПАВ характеризовались развитием психотических расстройств и фобических реакций на фоне тахикардии, гемодинамических нарушений. Для большинства обследованных пациентов и особенно для пациентов подросткового возраста был характерен непродолжительный стаж наркотизации.

Наиболее тяжелые отравления наблюдались после потребления катинонами в сочетании с алкоголем (21 пациент подросткового возраста). Характеризовалось оно тяжелыми расстройствами сознания, вплоть до комы. У 3 человек имели место генерализованные судороги, потребовавшие назначения антиконвульсантов. Двум пациентам потребовалась интубация трахеи и ИВЛ.

Таким образом, проблема потребления ДН является весьма актуальной для лиц несовершеннолетнего возраста. Данная проблема является комплексной и включает в себя правовые, социальные, экономические, но прежде всего медицинские аспекты. Необходимость интенсивной терапии, поиск и разработка эффективных диагностических тестов на выявление конкретного ПАВ представляют сложные задачи, требующие четкого взаимодействия многих служб и ведомств.

Общность и различие психопатологических характеристик криминального поведения несовершеннолетних (гендерный аспект)

Чибисова И.А., Русинова С.С.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Противоправное поведение несовершеннолетних представляет актуальную проблему современного общества. Связано это с высоким уровнем агрессивно-насильственных деяний в этой возрастной группе, при стабильно высоких показателях совершения правонарушений несовершеннолетними как мужского, так и женского пола. Вопрос о генезе криминального поведения у подростков с психическими расстройствами, с выявлением гендерных различий, остается чрезвычайно важным для современной науки и междисциплинарного взаимодействия.

Цель исследования: выявление предиспозиционных факторов криминального поведения у подростков обоих полов с разработкой критериев экспертной оценки психического состояния несовершеннолетних правонарушителей, определением особенностей медико-коррекционных программ с учетом их гендерных различий.

Материалы и методы: на предварительном этапе обследованы обвиняемые 1302 мальчика и 143 девочки — подэкспертных стационарного отделения СПЭ детей и подростков Центра им. В.П. Сербского за период с 2000 по 2015 гг. Средний возраст обследуемых на момент совершения правонарушения составил 15,6±1,1 года, на момент экспертного освидетельствования — 16,6±1,2 года. Использовались клинико-психопатологический, клинико-динамический и клинико-статистический методы исследования, с учетом экспериментально-психологических данных.

Сравнительный анализ криминологических, социодемографических, психопатологических показателей у данных групп выявил достоверные различия по всем указанным параметрам.

Анализ *криминологических* показателей продемонстрировал, что выборка, представленная обвиняемыми подростками-пра-

вонарушителями женского пола, характеризуется преобладающим показателем совершенных особо тяжких и тяжких правонарушений и, соответственно, инкриминируемых статей УК РФ — ст. 105, ст. 106, ст. 111 — 59,4% (85 подэксп.). У подэкспертных мужского пола преобладали несовершеннолетние, совершившие правонарушения средней тяжести (54,5% — 709 подэкспертных) (квалифицируемых ст.ст. 158, 161 УК РФ). При этом совершение противоправных действий у подростков мужского пола чаще носит групповой характер, для обвиняемых девочек наиболее характерно совершение преступлений в одиночку, направленных против лиц ближайшего окружения. В случаях обследуемых девочек из выборки отмечаются более выраженная психопатология и грубые нарушения поведения.

Анализируя *социально-демографические* характеристики несовершеннолетних, обращают на себя внимание достаточно высокие показатели неполных и неблагополучных семей, в которых воспитывались подростки в обеих группах, однако, девочки, значительно чаще подвергались жестокому обращению внутри семьи, с искаженным, жестким типом воспитания (46%, у мальчиков — 30%). В группе мальчиков, достоверно чаще (в 3 раза) встречалась перинатальная патология, с синдромом гиперактивности, задержкой психо-речевого развития, наблюдением у невролога и психиатра. Мальчики испытывали сложности в обучении и адаптации с начальной школы, что сопровождалось выраженными поведенческими нарушениями, с формированием к пубертатному возрасту расстройств влечений. В группе девочек отмечалась достаточно благополучная адаптация в начальной школе, без выраженных поведенческих нарушений, с достаточно положительными социальными характеристиками. Лишь к началу подросткового периода у девочек отмечаются нарушения поведения, снижение школьной успеваемости, что сопровождается различного рода соматоэндокринной патологией, употреблением различных психоактивных веществ, совершением гетеро- и аутоагрессивных действий.

Среди *нозологических форм* психических расстройств у подростков мужского пола с противоправным поведением отмечалось значительное преобладание органических психических расстройств (57,6% — 750 человека). Шизофрения и расстройства шизофренического спектра (расстройства ШС) составили 19,9% (260 человек), формирующиеся расстройства личности

(формирующиеся РЛ) — 9,1% (118 человек), умственная отсталость 5,0% (65 человек), социализированное расстройство поведения и прочие расстройства (8,4% — 109 человек). У обвиняемых девочек наряду с органической патологией, составившей 50,3% (72 человека), почти в три раза по сравнению с мальчиками преобладали расстройства личности — 26,6%, которые составляли практически половину случаев применения ст. 22 УК РФ, т.е. «ограниченной вменяемости» (43,9%) и, в 10% случаев легли в основу «невменяемости». При этом, у лиц, признанных невменяемыми, с расстройствами личности, присоединялся синдром зависимости от психоактивных веществ. Следует отметить, что у большинства обследуемых подростков (и мальчиков, и девочек) отмечалось дисгармоничное, искаженное, диссоциированное, а в ряде случаев задержанное, дефектное психическое развитие.

Результаты предварительного исследования: на формирование дисфункциональной, дисгармоничностной структуры личности подростка влияют биологические (наследственно-генетические, соматоэндокринные и пубертатные), экзогенно-органические (травматические, интоксикационные) и социальные (дисфункциональная семья, неправильное воспитание, психогенное, депривационное воздействие) факторы приводящие к криминальному поведению несовершеннолетних. Девочки-правонарушители более подвержены влиянию микросоциальных факторов (семейных условий и характера воспитания), с проявлением выраженных нарушений поведения к началу пубертатного периода, с преимущественно аффективными механизмами агрессии (агрессия в состоянии декомпенсации, агрессия как разрядка накопленного эмоционального напряжения, агрессия, совершаемая под влиянием эмоционального возбуждения), что зачастую, направлено против ближайшего окружения на фоне длительной психотравмирующей ситуации. У подростков мужского пола преобладают ранние органические поражения нервной системы с задержкой развития и выраженными поведенческими нарушениями с детского возраста, совершаемыми криминальными действиями под влиянием групповых воздействий. Гендерные различия несовершеннолетних правонарушителей необходимо учитывать при разработке критериев экспертной оценки соответствующих категорий подэкспертных для определения последующего адекват-

ного лечения, коррекции и реабилитации. В перспективе будет продолжена математическая обработка выборки с представлением более валидного клинического, психопатологического, психологического критериев.

Распространённость пограничных психических расстройств у лиц подросткового и юношеского возраста

Чубаровский В.В., Катенко С.В., Лабутьева И.С.

Научно-исследовательский институт гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГАУ «Научный центр здоровья детей» Минздрава России, г. Москва;
ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва

Цель настоящего исследования: изучение особенностей динамики эпидемиологических показателей пограничных психических расстройств (ППР) у учащихся в различные периоды онтогенетического развития личности.

Задачи: 1. Получение данных о распространённости ППР различной степени выраженности у лиц подросткового возраста (15-17 лет) — учащихся школ колледжей и ПУ; 2. Получение аналогичных сведений у лиц юношеского возраста — студентов младших курсов Вуза; 3. Сравнительный анализ выделенных групп.

Материалы и методы: объекты исследования — 481 подросток в возрасте от 15 до 17 лет г. Москвы и 375 студентов — учащихся 1-2 курса Вуза г. Москвы в возрасте 18-21 года. Обследованные группы были стандартизированы по фактору пола. Применялись следующие методы исследования: клинический, психометрические методики (ПДО и MMPI), эпидемиологический. Клинический этап исследования проводился единой группой специалистов по единой систематике основанной на отечественных руководствах по подростковой и детской психиатрии и соотнесенной с V классом МКБ-10. Диагностировались как синдромальноочерченные, так и донозологические предболезненные формы, определяемые понятиями «реакции» то есть моносимптомные состояния, нестойкие, стереотипно повторяющиеся и возникавшие один и более раз в неделю.

Результаты: в результате исследования выявлено выраженное преобладание ППР у подростков — 64, 86% против 23, 47%. Причем высоко достоверными были эти различия лишь в отношении донозологических форм. В частности, невротичес-

кие реакции определялись у 40,54% подростков и лишь у 10,13% — у студентов. В отношении синдромальноочерченных состояний невротического круга значимых различий определено не было (6,44% — подростки; 5,7% — юношеский возраст). Патохарактерологические реакции более чем в 2 раза чаще диагностированы у подростков (в 12, 6% против 5, 33%). Психопатические и психопатоподобные состояния также несколько чаще встречались у подростков, однако, эти различия не были значимыми.

Выводы: 1. Выявлены существенные возрастные различия в показателях распространенности ППР, особенно выраженные в отношении донозологических (предболезненных состояний). 2. Можно утверждать, что данные особенности обусловлены закономерностями формирования личности в кризисные периоды онтогенеза. 3. Крайне высокая частота встречаемости невротических и патохарактерологических реакций у подростков является проявлением возрастной реакции адаптации и имеет относительно благоприятный прогноз по завершению позитивной фазы пубертата. 4. Выявленные особенности требуют разработки и организации проведения комплексных медико-психолого-социальных мероприятий по первичной и вторичной психопрофилактики ППР у обследованных контингентов.

Риски развития психических расстройств у детей в условиях инклюзивного образования

Шалимов В.Ф., Крамаренко И.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

В настоящее время в практику работы отечественных общеобразовательных школ активно внедряется концепция «интегрированного» (инклюзивного) обучения, реализация которой предполагает совместное обучение нормальных детей и детей с различными нарушениями. Однако, недостаточная научная проработка инклюзивных процессов и отсутствие внятной политики (нормативно-правовая база, финансирование) модернизации образования порождает системные риски развития психических расстройств. Значительная распространенность психических расстройств у детей указывает на необходимость дальнейшей разработки критериев оценки роли социального фактора (включая реализацию инклюзивных процессов) в генезе и профилактике нарушений психического здоровья и критериев оценки эффективности врачебной деятельности. В данном отношении одним из системных рисков является последовательное и планомерное редуцирование специального образования под влиянием инклюзивных процессов в регионах в ходе реализации административной реформы. Это неизбежно приводит к снижению качества специализированной психиатрической помощи детям. Другим серьезным риском развития или обострения психических расстройств у ребенка может стать профессиональная некомпетентность педагогического персонала. Ключевым условием снижения рисков развития или обострения психических расстройств у ребенка является формирование адекватных социальных и мотивационных механизмов в процессах реформирования специального образования и развития инклюзивного образования. В первую очередь необходимо формирование адекватной мотивации у родителей детей с особыми образовательными потребностями. Мотив «мой ребенок будет, как все, ходить в школу недалеко от дома» должен смениться мотивом «мой ребенок должен получить качественное образование, коррекци-

онно-педагогическую и специализированную медицинскую помощь там, где для этого созданы наилучшие условия, чтобы затем вести полноценную и достойную жизнь». Второе условие — критическое отношение органов управления образованием и специалистов-педагогов к существующей сегодня практике распространения «административной инклюзии», ликвидации специальных учреждений и соответствующей системы помощи в них. Третье условие — совершенствование специализированной психиатрической помощи детям, имеющие психические расстройства, как в условиях инклюзии, так и в условиях специального образовательного учреждения. В нескольких регионах имеется опыт организации амбулаторного наблюдения и дневного стационара для временного пребывания детей с нарушением развития и психическими расстройствами без прерывания образовательного процесса на базе общеобразовательных учреждений. В свете сказанного следует иметь в виду выделение следующих подгрупп детей с психическими нарушениями, наиболее часто имеющих место в образовательной среде и возможно обусловленных неадекватностью предложенной ребенку формы образования: психогенные (реактивные) состояния; психосоматические расстройства; аномалии личностного и психического развития; функционально динамические обратимые психические расстройства и сочетанные психоневрологические состояния. Где бы ни обучался ребенок с ограниченными возможностями психического здоровья — в специальном образовательном учреждении или в условиях инклюзии — это должно быть специальное обучение, сочетающееся со специализированной психиатрической помощью, психолого-педагогической коррекцией и медицинской реабилитацией. Только так может быть достигнут оптимальный уровень его социального функционирования и интеграции в образовательную среду, последующего гармоничного развития и достаточной адаптации.

Применение методов развивающего движения в работе с детьми имеющими расстройства аутического спектра

Шалимов В.Ф., Цыбульский Г.Д.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва;
ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 4 Департамента здравоохранения г. Москвы»

Проблема реабилитации детей с особенностями в развитии и включение их в социальную сферу является актуальной проблемой, не только педагогического уровня, но и государственного. С увеличением количества детей имеющих расстройства аутического спектра повышается и нагрузка на специалистов работающих в области медико-реабилитационной деятельности, инклюзивного образовательного процесса, коррекционной педагогики и дефектологии. Данная работа направлена на демонстрацию необходимости включения методов развивающего движения в образовательный и психокоррекционный контекст работы с детьми с расстройствами аутического спектра. Чем же помочь, а точнее чем может быть полезен метод развивающего танца? Ответ на этот вопрос лежит в области понимания принципов психосоматики и соматического движения. Безусловно развивающее движение, включает в себя инструментарий указанных выше принципов и соответствует современной биопсихосоциальной модели помощи. Данный подход использует холистический принцип, в котором заложено единство телесного, эмоционального и когнитивного уровня человека. Подобная работа позволит участникам программы не только прожить и прочувствовать эмоции, но и поможет им контролировать и выражать их. Основным элементом, с которым работает метод развивающего танца, является движение, таким образом, специалист реализующий программу использует двигательный акт, как основной инструмент коррекционной работы. Написанная программа включает в себя 6 занятий по 40 минут, длительность программы 2 недели, по 3 занятия в неделю. Каждый последующий урок вбирает в себя темы, затрагиваемые в предыдущих занятиях, и включает в себя 3 основных блока: Введение, основная часть, завершение. Первый

этап направлен на разогрев и подготовку тела к основной работе, выделяется три типа разминки: Походки, самомассаж, стадии психомоторного развития ребёнка. Основная часть включает в себя 6 тем, по количеству занятий в программе: знакомство — танец имени, импульсы, ведущая точка, настроение и движение, импровизация, прощание — танец пожелания. В завершающей части занятия, происходит групповой шеринг, где ведущий задаёт вопросы, раскрывающие полученный опыт участников и соотносит его с темой занятия. В используемой программе используется методика СОН — субъективная оценка настроения, где обследуемому предлагается сравнить свое настроение с цветом и баллом по 10-ти бальной шкале, где 0 — самое плохое настроение, а 10 — самое лучшее настроение. Подобный подход помогает участникам отследить динамику своего настроения и самочувствия до и после занятия, а также формирует умение прислушиваться к своему состоянию и настроению. Данная программа может быть использована, как в образовательной, так и медико-реабилитационной среде. Ещё одним плюсом данного подхода работы с детьми, страдающими расстройствами аутического спектра, является щадящий уровень нагрузок, когда каждый участник сам контролирует свою активность и количество потраченных сил, в отличие от занятий ЛФК или танцами, когда уровень нагрузки определяется специалистом относительно нормы выполнения группы, или относительно заложенных нормативов. Характеризуя профессиональные качества специалиста реализующего программу важно отметить следующие аспекты в его работе: телесная осознанность, эко — коммуникация (ясность, простота, безоценочность, гибкость), двигательное мышление, владение языком экспрессивного выражения и контакт с персональным творческим началом. Данная программа должна быть промежуточным психокоррекционным звеном, перед клубной работой: танцевальным ансамблем, театральной студией, другой коррекционной или обучающей программой.

Анализ и тактика лечения фармакорезистентных форм эпилепсии у детей

Шалыго Н.В.

Ярославский государственный медицинский университет, г. Ярославль

Сосредоточение в психиатрических учреждениях наиболее тяжёлого контингента больных сформировало представление об эпилепсии как о крайне прогредиентном заболевании, резистентном к терапии, приводящем к личностной деформации и концентрическому слабоумию, что вызывает у психиатров чрезмерный пессимизм и безынициативность.

Проведено комплексное клинико-неврологическое, ЭЭГ и ЭЭГ-мониторинг с регистрацией, в отделениях случаях, иктальных событий, МРТ головного мозга, психологическое обследование, лекарственный мониторинг у 53 пациентов с симптоматической фокальной эпилепсией, резистентной к терапии, в возрасте от 5 до 14 лет на момент исследования. Клиническая феноменология эпилептических расстройств была представлена простыми и/или сложными парциальными пароксизмами, парциальными припадками с вторичной генерализацией и выраженными психопатологическими нарушениями (аффективными, поведенческими, когнитивными).

На основании полученных результатов, диагноз эпилепсия был подтверждён в 44 (83%) случаях. У 9-ти пациентов (17%) пароксизмы носили неэпилептический характер: конверсионные (5), миоклонус сна (1) с фебрильными судорогами в анамнезе, тикозные расстройства (2), синкопальные состояния (1).

В 35 (79%) случаях с верифицированным диагнозом симптоматическая эпилепсия анализ предшествующей терапии позволил однозначно прийти к заключению о несоответствии диагноза международным критериям резистентности.

Не проводилась последовательная монотерапия двумя антиконвульсантами первой очереди выбора в максимально переносимых дозах у 20 (57%) пациентов. Не использовалась комбинация двух антиконвульсантов в рекомендуемых врачом дозах в 28 (80%) случаях. Во всех этих наблюдениях не соблюдались рекомендации по максимально переносимым дозировкам. Остается низким процент использования антиконвуль-

сантов нового поколения — 10 (28%). Для доказательства неэффективности препарата длительность его применения в максимально переносимой дозе должна быть равна 5-6 межприступным интервалам, что, как правило, не выдерживалось — 32 (91%). Перевод пациентов на пролонгированные формы антиконвульсантов первой очереди выбора (карбамазепин, вальпроевая кислота и её соли) и повышение доз до максимально переносимых, позволило добиться полного контроля над пароксизмами у 17 (49%), снижение частоты приступов более чем на 50% от ранее фиксируемых — 7 (20%).

Комбинация двух антиконвульсантов первой очереди выбора в максимально переносимых дозах, использование антиконвульсантов нового поколения с широким спектром и иным механизмом действия (окскарбазепин, ламотриджин, леветирацетам, топиратат, лакосамид и др.) расширяет возможности терапии, что позволило добиться ремиссии пароксизмов у 4 (11%) пациентов, снижения частоты пароксизмов более чем на 50% у 6 (17%). Абсолютно резистентными к проводимой терапии оказались 2 (6%) пациентов с тяжёлыми органическими поражениями головного мозга, сопровождающимися выраженными неврологическими и когнитивными дефицитарными расстройствами.

Таким образом, термин резистентная эпилепсия нередко используется необоснованно. Современная клиническая, морфологическая и нейрофизиологическая диагностика, широкий спектр высокоэффективных антиконвульсантов, их грамотное и адекватное применение позволяет во многих случаях добиться полного контроля над пароксизмами или уменьшения частоты приступов, стабилизации психического статуса.

Особенности формирования зависимости от синтетических каннабиоидов («спайс») у лиц молодого возраста

Шахова С.М.

Научно-исследовательский институт наркологии — филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва;
ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва

За последние несколько лет возникла угрожающая тенденция роста зависимости от радикально новых психоактивных веществ, так называемых «дизайнерских наркотиков», приобретаемых в качестве альтернативы «традиционным». На сегодняшний день можно отметить не только сохранение такой тенденции в развитии создания и распространения наркотических веществ, но ярко выраженно ускорение темпов производства новых видов. Опасность отравлений синтетическими каннабиноидами известна и клиницистам и широкой общественности, однако верифицированных научных данных касательно данной группы веществ, их наркогенного потенциала, формирования зависимости и тактики лечения пока нет. Особо тревожным является непредсказуемость и широта спектра эффектов употребления даже низких доз «Спайс».

Постоянно растущая популярность новых психоактивных веществ, и в частности синтетических каннабиноидов, обуславливается в первую очередь доступностью наркотика и агрессивной маркетинговой политикой производителей среди молодого поколения. Синтетические каннабиноиды упаковываются в красочные и привлекающие внимание обертки, носят заманчивые названия, характеризующие «феноменальные» ощущения от приема, кроме того, у наркоторговцев существует практика первичных бесплатных проб наркотика, что является наиболее результативным способом вовлечения в систематическое употребление. Курительные смеси распространяются в интернет вне запрета ограничения по возрасту, в отличие от алкоголя, что в свою очередь приводит к тому, что

«Спайс» становится наркотиком первой пробы, опережая даже спиртные напитки. Массивной экспансии синтетических каннабиноидов особенно способствуют трудности в обнаружение наркотика посредством обычных тестов на ПАВ.

Несмотря на тревожный неуклонный рост обращаемости за медицинской помощью в связи со злоупотреблением синтетическими каннабиноидами, фактическое количество лиц, зависимых от «Спайс» остается недооцененным. В тоже время количество новых групп синтетических каннабиноидов продолжает увеличиваться, а возраст первой пробы веществ уменьшается. Стоит особо отметить факт, что даже разовые пробы синтетических каннабиноидов подростками являются причиной резкого ухудшения отношений в семье, снижения дисциплины и успеваемости, противоправных действий. Кроме того, высокий наркогенный потенциал синтетических каннабиноидов обуславливает стремительное формирование зависимости от них.

Состояние острой интоксикации синтетическими каннабиноидами характеризуется не только тяжестью психического и соматического состояния пациента, но и молниеносностью течения клинической картины, в связи с чем необходимо тщательно дифференцировать любые случаи острой психоневрологической патологии у лиц молодого возраста. Особую тревогу вызывает частое возникновение стойких психических нарушений даже после однократного употребления синтетических каннабиноидов, таких как беспокойство, нарушения мышления в виде мыслей паранойяльного содержания и бредовых идей. Синтетические каннабиноиды могут спровоцировать как обострение существующей психиатрической патологии, так и привести к возникновению острого психотического состояния у здоровых лиц с неотягощенным наследственным анамнезом.

Многоуровневая терапия детей с ранним аутизмом

Шевченко Ю.С.

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, г. Москва

Комплексная онтогенетически ориентированная терапия детей с расстройствами аутистического спектра предполагает, что каждый уровень ее реализации включает *специфический* (психопатологический) и *общий* (этио-патогенетический) эффект лечебно-коррекционного воздействия.

Первый уровень — *метаболический*. В отношении проявлений психоречевой ретардации первично-дизонтогенетической и/или энцефалопатической природы безусловно оправдано назначение ноотропов. При этом следует учитывать, что на сам аутизм любой природы они не влияют, а при процессуальном способны спровоцировать обострение заболевания. Прицельно в отношении собственно синдрома Каннера широко применяются как ноотропные препараты, так и нейролептик — рисполепт (рисперидон), как правило в невысоких дозах, дающих стимулирующий и «собирающий» эффект. В отношении детей с процессуальным аутизмом показан более широкий круг медикаментов, традиционно применяемых при лечении шизофрении. Сочетанным действием (на процесс и на синдром) обладают рисполепт (в индивидуально-возрастных лечебных дозах), а также лепонекс (клозапин) и абилифай (арипипразол).

Второй уровень — *нейрофизиологический*. Он представлен нейропсихологической (сенсомоторной) коррекцией, направленной на исправление дизонтогенетических дефектов функций основных блоков мозга (по Лурия А.Р.). Тот факт, что не все дети с органическими поражениями головного мозга — аутисты, но все аутисты — имеют фоновую органическую (экзогенно-, эндогенно-органическая, дизнейроонтогенетическая) природу поражений головного мозга дает основания считать нейропсихологическую (сенсомоторную) коррекцию (Семенович А.В., 2002) и близкую ей по идеологии технологию «замещающего онтогенеза», основанную на концепции Бернштена Н.А. об эволюционных уровнях физиологии движений и активности (Архипов Б.А., Максимова Е.В., Семенова Н.Е., 2012), обязательными в работе с детьми — аутистами.

Третий уровень — *синдромальный*. Коррекционно-психологическая работа на этом уровне направлена, прежде всего, на облигатный для конкретной нозологической группы патопсихологический синдром. В случае РДА синдромальный подход ориентирован, в первую очередь, на эмоционально-коммуникативную и когнитивную составляющую расстройства. Глубокий, инстинктивно-поведенческий пласт патологии предполагает этологическую ориентацию коррекционных мероприятий. Ключевое место в ней должна занимать холдинг-терапия в своем классическом варианте, либо с дополнением интраназального введения окситоцина (в виде спрея) обоим участникам процедуры для усиления механизма взаимного импринтинга ребенка и матери. Сюда же относятся индивидуальные и групповые регрессивно-кондуктивные техники, основанные на концепции В.В. Лебединского, касающейся онтогенетических уровней регуляции базального аффективного тонуса.

Четвертый уровень — *поведенческий*. Его задача — формирование и закрепление желательных и подавление нежелательных моделей поведения для облегчения социальной адаптации и повышения конформности в референтной группе с помощью бихевиоральной, когнитивной, суггестивной (в т.ч. в форме «материнского гипноза») и других видов психотерапии. Неспецифический аспект данного уровня, обусловливающий в ряде случаев необходимость именно с него начинать всю психокоррекционную программу, заключается в том, что прежде всего бывает необходимо добиться от ребенка элементарного послушания родителям, а затем и другим взрослым, с которыми ему предстоит работать.

Пятый уровень — *социально-личностный*. Его цель — разрешение внешних и внутренних психогенных конфликтов, личностный рост пациента, гармонизация межперсональных отношений, развитие ситуационно- и внеситуационно-личностных уровней общения (по Лисиной М.И.) в процессе индивидуальной, семейной и групповой психотерапии.

Принципы семейно-групповой психотерапии

Шевченко Ю.С.

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, г. Москва

Основанная на концепции «онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии» (Шевченко Ю.С., 1995-2016) методика семейно-групповой интенсивно-экспрессивной психотерапии и психокоррекции (ИНТЭКС) положительно зарекомендовала себя в отношении детей и подростков с различными нарушениями психического здоровья и развития (Шевченко Ю.С., Добридень В.П., 2004).

Ее основными принципами являются следующие:

1) привлечение к психотерапевтическому процессу всей семьи и обязательное активное участие в групповых занятиях как минимум одного ближайшего родственника;

2) наглядно-чувственная диагностика проблем пациента для него самого и его близких с целью повышения собственной ответственности за их решение;

3) эмоционально-стрессовый характер лечебного процесса, во время которого порой небезболезненное обнажение и максимальная экспрессивность психотравмирующих конфликтов перекрывается событиями, насыщающими жизнь пациента ощущением праздника, подвига, творческого горения;

4) равноправие и партнерство всех участников группы независимо от возраста, трансформирующие группу в единый, гуманистически направленный коллектив;

5) постоянная обратная связь котерапевтов и членов группы в форме дискуссий, диалогов и ежедневных письменных отчетов;

6) сочетание группового характера лечебного процесса с индивидуализацией его задач в соответствии с клинической, социально-психологической и педагогической диагностикой каждого пациента-клиента;

7) единство вербальных и невербальных форм экспрессии и взаимодействия;

8) взаимопроникновение лечебных, воспитательных, обучающих и рефлексивно-аналитических приемов психотерапии и психокоррекции, направленных как на патогенетические

механизмы нарушений (включая их психогенные, энцефалопатические и дизонтогенетические звенья), так и на отдельные симптомы болезни и личностной аномалии;

9) сочетание интимно-эмпатических, директивно-манипулятивных, недирективно-демократических и возвышающе-вдохновляющих форм поведения котерапевтов;

10) активное самопознание через познание других с целью коррекции самооценки и оптимизации процесса саморегуляции;

11) системный подход к проблемам пациента и его семьи;

12) достижение инсайта через позитивный регресс и интенсивное освоение функционально-личностной зоны ближайшего развития, психоэлевацию;

13) организация терапевтической сессии в соответствии с традиционными этолого-культуральными обрядами инициации;

14) сохранение и развитие лечебно-коррекционного эффекта после окончания психотерапевтической сессии за счет продолжения применения родителями освоенных воспитательно-психологических технологий, а также реализации рекомендаций, основанных на диагностике, уточненной в процессе наблюдения за детьми в ситуации естественного эксперимента социального взаимодействия в группе.

В оригинальной технологии методика ИНТЭКС реализуется в течение 8 дней ежедневных занятий двух ко-терапевтов с группой пациентов и их ближайших родственников. С учетом того, что непосредственно в детско-родительской группе участники непрерывно работают не менее 4 часов ежедневно и столько же времени у них уходит на выполнение «домашних заданий», минимальное время погружения в непосредственный психотерапевтический процесс составляет 64 часа.

Организация системы оказания психиатрической помощи детям в условиях мегаполиса

Шигашов Д.Ю., Фесенко Ю.А., Краснов Б.Ю.

СПБ ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», г. Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» создан в 1989-1990 годах с целью эффективной организации оказания психиатрической помощи детям и подросткам города. Сегодня это государственное казенное учреждение здравоохранения, оказывающее все виды квалифицированной психиатрической, психотерапевтической, психологической и логопедической помощи детскому населению Санкт-Петербурга. В 2009 году Центру присвоено имя профессора С.С. Мнухина.

За прошедшие годы Центр приобрел устоявшуюся структуру, включающую в себя: 6 межрайонных диспансерных отделений (осуществляют амбулаторное обслуживание детей и подростков всего города и пригородов), 6 стационарных отделений, детский дневной стационар, отделение кризисно-профилактической помощи детям и подросткам со службой «Детский телефон доверия» (с общероссийским номером), отделение реабилитации со школой интегрированного обучения, организационно-методическое отделение с консультативным приемом (консультанты — профессора, доценты кафедр высших учебных заведений города), лечебно-консультативное психотерапевтическое отделение (осуществляет амбулаторное лечение неврозов, психосоматических расстройств и речевой патологии).

В 2008 году Правительством Санкт-Петербурга было принято решение о создании на базе бывшей Императорской Николаевской детской больницы современного детского психоневрологического центра, включающего в себя детский стационар на 290 коек. Реконструированный амбулаторно-стационарный комплекс Центра расположен в Петроградском районе на острове Аптекарский, частично — на территории объекта культурного наследия регионального значения. Комплекс представляет собой парковую зону с расположенными в ней лечебными и вспомогательными корпусами. Больница предназна-

чена для оказания стационарной помощи детям с психическими нарушениями, а отделение кризисно-профилактической помощи, лечебно-консультативное психотерапевтическое отделение и организационно-методическое отделение с консультативным приемом — для амбулаторного консультирования и лечения.

Организация деятельности Центра в последнее десятилетие все больше ориентируется на амбулаторную помощь, в условиях которой используются все виды терапии. Не случайно в последние годы в диспансерных отделениях активно создаются и функционируют дневные стационары на 25 коек и группы дневного пребывания детей с психическими нарушениями в сопровождении родителей. Здесь осуществляется интенсивное обучение родителей правильному общению с больным ребенком. С ними проводятся психокоррекционные занятия для улучшения межличностных отношений и укрепления связи «врач-родитель-ребенок-партнеры».

Таким образом, сегодня СПб ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина» представляет собой разветвленную общегородскую структуру с центральным управлением из амбулаторно-стационарного комплекса, расположенного на территории бывшей Императорской Николаевской детской больницы, отмечающей в этом году свой 100-летний юбилей. Работа в учреждении ведется по принципу преемственности и взаимодействия между его лечебными подразделениями, а также с различными ведомствами, что позволяет сопровождать пациента на разных этапах его жизни, эффективно решать его медицинские и социальные проблемы.

Проблемы психолого-педагогического сопровождения детей и подростков, ставших жертвами насилия

Шигашов Д.Ю., Фесенко Ю.А., Краснов Б.Ю.

СПБ ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», г. Санкт-Петербург

Психолого-педагогическое и клиническое изучение рейпирентных (подвергшихся какому-то насилию, в частности, сексуальному: rape (англ.) — изнасилование) подростков ставит во главу угла проблему не столько диагностического анализа возникающих и формирующихся аномально-личностных образований, сколько вопросы клинической и психолого-педагогической коррекции дальнейшего воспитания и развития таких детей и подростков в условиях различного уровня их пребывания в той или иной социальной ситуации — взаимодействия потерпевших со сверстниками и окружающими взрослыми. Образовательные учреждения уделяют особое внимание воспитанию и обучению подрастающего поколения, основываясь в своей работе законодательными правами, предоставляемыми институту семьи. Учебно-воспитательная работа с учащимися реализуется на основе принятой в начале XXI века государственной «Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г.». Повсеместная ее реализация свидетельствует о том, что сделано за последнее десятилетие немало: создана система социального и психологического сопровождения обучающихся в условиях образовательных учреждений, направленная на профилактику отклоняющихся форм поведения, коррекции аномалий развития личности, обусловленных деструктивными социальными явлениями в обществе.

Как следует из положений Концепции, гуманитарное воспитание направлено на формирование и развитие личности, обладающей качествами социально активной личности, противодействующей негативным явлениям и способной успешно выполнять гражданские обязанности. В условиях дошкольного и среднего образования проблема воспитания и развития субъектов учения лежит в плоскости создания целевых программ, направленных на формирование у детей и подростков адекватных социальных установок, активной жизненной по-

зиции, готовности к адекватному восприятию и оценке негативных воздействующих факторов на психическую сферу, включая и возможность насилия со стороны взрослых. В основе целевых программ разработка психолого-педагогических технологий, позволяющих реально моделировать условия взаимодействия того или иного образовательного учреждения и семьи, других социальных институтов, в деятельности которых отмечается реализация основных принципов гуманитарных аспектов воспитания и обучения. Дети и подростки — участники «образовательной среды» — воспринимают и усваивают «технологии педагогического воздействия», которые несут в себе феноменологию восприятия и отражения объективной реальности, обретают стиль жизненных ориентиров и опыт субъективного оценивания межличностных отношений, которые формируются в условиях образовательной среды и вне ее.

Таким образом, актуальность проблемы разработки концепции социально-психологического и педагогического сопровождения детей и подростков, подвергшихся насилию, обусловлена следующим:

1. отсутствием комплексного клинико-психологического и педагогического исследования проблемы виктимного поведения в подростковом возрасте;

2. необходимостью психолого-педагогического обоснования мер профилактики виктимного поведения в различных условиях жизнедеятельности человека и его пагубного влияния на психическое развитие детей и подростков;

3. снижением качества жизни людей, что способствует проявлению асоциальных норм поведения, проявлению насилия над детьми в условиях семьи и других социальных институтах;

4. сложностью задач психологического и педагогического характера, решаемых в процессе психологической диагностики и педагогической коррекции детей и подростков, подвергшихся насилию, и включенных в дальнейшую социальную реабилитацию;

5. существенным ростом социально-информационных воздействий на психическую человека, обусловливающих тенденции агрессивного поведения и замещающих сформированные ранее нормы поведения;

6. углублением социальных противоречий в аспекте возрастного развития человека и влиянием различных патогенных

факторов, обусловливающих аномально-личностное развитие в подростковом возрасте;

7. необходимостью разработки научно-обоснованного подхода в изучении социально-психологических, педагогических и клинических детерминант проблемы виктимности в детском и подростковом возрасте, а также внедрения мер по их предупреждению.

Вместе с тем, современная организация психолого-педагогического сопровождения детей и подростков, подвергшихся насилию, осложняется наличием ряда общих противоречий, между:

а) структурным реформированием ряда социальных институтов («Психологическая служба школы», «Социальная служба помощи семьи и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации», «Государственное учреждение социального обслуживания детей и подростков с ограниченные возможностями здоровья», «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних» и др.) и усложнившимися задачами общей профилактической и реабилитационной практики, при которой отмечалась бы эффективность воздействия воспитательных и клинико-психологических мер;

б) фактическим оказанием помощи детям и подросткам, подвергшимся насилию, и пролонгированным воздействием социокультурной среды обитания — семьи, школы, неформальных организаций, других социальных институтов;

в) условиями жизнедеятельности рейпирентных детей и подростков и эффективностью мер социальной защиты, осуществляемыми социально-психологическими, медицинскими и правоохранительными службами.

Аномально-личностные образования, развивающиеся у рейпирентных подростков, представляют собой совокупность влияния биологических и психологических факторов, обусловливающих формирование личности подрастающего человека в условиях взаимодействия с различными социальными институтами — семьей, школой, формальными и неформальными группами. Психолого-педагогическая профилактика формирования аномалий личности у рейпирентных подростков будет наиболее эффективной при следующих социально-педагогических условиях коррекции:

а) изучении «социальной ситуации развития» детей и подростков, при которой возникает риск формирования аномально-личностных новообразований вследствие перенесенных случаев насилия;

б) клинико-психологической диагностике личностного развития детей и подростков, подвергшихся насилию;

в) оптимизации способов и приемов применения методов клинико-психологического и социально-педагогического воздействия на ближайшее социальное окружение рейпирентных подростков как средства профилактики аномалий личности;

г) изучении особенностей образовательной среды и внедрении новых педагогических инновационных методов обучения и воспитания рейпирентных подростков;

д) реализации системного анализа эффективности показателей профилактической работы с рейпирентными подростками в различных социальных институтах.

Учитывая все сказанное, можно с уверенностью сказать о том, что настало время для разработки теоретических и прикладных положений (в виде единой концепции), определяющих психологическое изучение и коррекцию личности детей и подростков, подвергшихся насилию; для создания условий, обеспечивающих эффективную психологическую профилактику аномально-личностных новообразований, формирующихся вследствие перенесенной виктимологической ситуации; для грамотного психолого-педагогического сопровождения рейпирентных подростков на различных этапах обучения и воспитания в семье, школе, других социальных институтах.

Исследование темперамента в раннем возрасте и связь с риском психопатологии

Шимонова Г.Н., Иванов М.В., Козловская Г.В.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва

Темперамент является врожденной характеристикой личности. По мнению американских детских психиатров Александра Томаса и Стеллы Чесс (Thomas A., Chess S., 1977), темперамент относится к индивидуальным особенностям психофизиологического реагирования и включает в себя характерные виды эмоциональных и поведенческих реакций на окружение. Томас А. и Чесс С. основываясь на наблюдениях за детьми, предложили 9 темпераментальных категорий, которые позволяют оптимальным образом и наиболее полно охарактеризовать совокупность поведенческих особенностей ребенка первых лет жизни. На основе предложенных 9 темпераментальных категорий были выделены 3 группы детей с типами темпераментов: «легкие» («easy»), «трудные» («difficult») и «медленно разогревающиеся» («slow-to-warm-up»).

Цель исследования: изучить клинико-психологические особенности темперамента у детей первых двух лет жизни.

Материал и методы исследования. Исследование проведено научной группой раннего возраста отдела детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ. Обследовано 100 детей первых двух лет жизни без выборочно по состоянию психического здоровья (общая популяция детей). Методами исследования были: клинико-психологический, неврологический и психопатоолгический. Темперамент у детей раннего возраста определялся по методике Томаса А. и Чесс С.

Результаты исследования и их обсуждение. Обследование показало, что 45% детей попали в категорию «легкого» темперамента. Дети характеризовались как веселые и бодрые, хорошо приспосабливались к новым ситуациям, регулярно ели, спали и осуществляли другие жизненные потребности. По состоянию вегетативного тонуса у них выявлялась эйтония. Они были отнесены к группе здоровых детей.

Около 15% детей попали в категорию «трудных». Они часто грустили, плохо приспосабливались к новой ситуации, нерегулярно ели и спали. «Трудные» дети, как правило, чрезмер-

но сильно реагировали на новую ситуацию. Состояние вегетативного тонуса — симпатикотония. К этой группе были отнесены дети с неспецифическим психопатологическим диатезом.

Около 27% детей были отнесены к категории так называемых «медленно разогревающихся». У этой категории детей, как и «трудных» отмечалось сниженное настроение, они плохо приспосабливались к новым ситуациям. В отличие от «трудных», «медленно разогревающие» дети не реагировали на внешние раздражители и чаще были мало активны. Состоянию вегетативного тонуса — парасимпатикотония. Эти дети также были отнесены к группе психопатологического диатеза, по большей степени специфического — шизотипического типа.

Остальные 13% детей отнесены к смешанной группе средней по проявлению «трудного» и «медленно разогревающегося» типов темпераментов. У них было сочетание подавленного настроения, колебания реактивности на внешние стимулы от выразительной и вялой до заторможенной. Состояние вегетативного тонуса по типу амфотонии. Эту группу составили детей со случаями форпост симптомов психического заболевания.

Выводы. Проведенное исследование темперамента у детей первых двух лет жизни по методической модели Томас А. и Чесс С. показало, что 45% детей общей популяции относятся к группе здоровых, 42% составляют группу риска по возникновению психической патологии (из группы практического здоровья) и 13% отнесены к случаям возможной психической болезни.

Суициды у несовершеннолетних: клинические и социальные факторы

Шкитырь Е.Ю.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Суицид — это особая категория причин смертности для всех стран мира, занимая лидирующие позицию в четверке стран (РФ, США, Китай и Индия). По официальной статистике (ВОЗ), ежегодно более 800 тыс. человек погибают в результате суицидального акта, а это примерно один человек каждые 40 секунд! Среди лиц младше 30 лет самоубийство является второй причиной смертности. Россия превышает общемировой уровень по детско-подростковым суицидам более чем, в три раза (критический уровень ВОЗ — 20.0). Формированию различных форм аутоагрессивного и суицидального поведения несовершеннолетних играют множество факторов.

Цель исследования: выявление клинических социальных детерминантов суицидального поведения несовершеннолетних.

Методом ретроспективного клинико-психопатологического исследования (анализ материалов уголовного дела, медицинской документации, психопатологических особенностей) и психологического анализа были изучены 112 посмертных экспертиз лиц подросткового возраста, окончивших жизнь самоубийством за период 2011-2016 гг.

Возрастная шкала суицидентов представлена в градации от 10 до 17 лет (средний возраст — 13,5±0,75 лет) на момент совершения самоубийства.

Результаты: по гендерным различиям 66.0% суицидентов составляли лица мужского пола, 34.0% — женского. Число завершенных суицидов у мальчиков в 1,9 раза отмечалось чаще, чему у девочек (по РФ в 6.1 раза), однако, по статистическим данным у последних в 3.3 раза выше количество суицидальных попыток. Среди механизмов суицида на первом месте у несовершеннолетних было зафиксировано падение с высоты — 64.0%, за ним следует самоповешение — 34.0%, существенно реже отравление (1.0%) и огнестрельные ранения (1.0%). При исследовании мотивации совершения самоубийств у несовер-

шеннолетних преобладают конфликтные взаимоотношения внутри семьи — 66.0%, неразделенные чувства составили 21.0%, на третьем месте стоят внутри- и межличностные проблемы (в т.ч. и проблемы половой идентичности), а также наличие различных психических нарушений у несовершеннолетних — 13.0%.

При анализе дневниковых записей, переписки в социальных сетях, мессенджеров, рисунков, фотографий, видео-материалов было выявлено, что в 78.0% всех рассмотренных случаев у несовершеннолетних выявлялись пресуицидальные мысли, замыслы, тенденции, нередко неоднократные незавершенные (по различных причинам) суицидальные действия. Несовершеннолетние делились переживаниями посредством переписки в социальных сетях и видеороликах на видеохостинге «YouTube» (47.0%); причем не только с друзьями (33.0%), но даже с малознакомыми лицами (18.0%). Они говорили о возможности самоубийства одноклассникам, учителям, и другим свидетелям — 33.0%; заявляли о возможности суицида родителям — 6.0%; раскрывали свои желания в стихах, личных записях и рисунках — 14.0%, Аутодеструктивные действия в виде нанесения самоповреждений были отмечены у 28.0% подростков, экстремальные занятия (руфинг, бейсджампинг) — в 9.0%, прием психоактивных веществ у 8.0%. При тщательном изучении предоставленной информации (предсмертных записок, дневниковых записей, рисунков и эскизов и т.д.) лишь у 40.0% суицидентов была выявлена трансформация суицидального намерения от простого обдумывания (длительностью от нескольких дней до нескольких недель и реже лет) до непосредственной его реализации.

Таким образом, дальнейшее изучение факторов, способствующих суицидальному поведению несовершеннолетних, является одной из актуальных проблем для решения многих вопросов, включая разработку психопрофилактических мероприятий по преодолению кризисных состояний, выработки навыков и социальной поддержки лиц, входящих в группу суицидоопасного риска.

Медико-социальные исходы органических психических расстройств, верифицированных в детстве

Шмакова О.П., Мазаева Н.А.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва

Органическая патология в структуре психических заболеваний детей и подростков может являться как самостоятельной нозологической категорией, так и служить биологической основой для формирования иных психических и поведенческих нарушений. Изучение патогенетических механизмов формирования, отдаленных клинико-социальных исходов органических психических расстройств (ОПР) представляется важным аспектом детско-подростковой психиатрии. *Цель:* установление закономерностей клинической динамики состояния пациентов, обращавшихся в детстве за психиатрической помощью по поводу ОПР, особенностей социальной адаптации больных по достижении взрослого возраста.

Материал и методы: из детско-подросткового контингента 1990-1992 гг. рождения (1205 человек, м. — 917; ж. — 288), наблюдавшихся в ПНД № 21 г. Москвы, отбирались больные с ОПР — всего 527 человек, м. — 452; ж. -75, проводилось их проспективное клинико-катамнестическое исследование, включавшее этапы: 1)осмотр при первичном обращении в детстве и подростковом возрасте, 2)наблюдение на протяжении несовершеннолетия до 17 лет 11 мес. (1993-2007 гг.); 3)катамнестическое прослеживание с 18 до 23-25 лет (2008-2015 гг.). До завершения исследования дошли 498 чел. (м. — 431; ж. — 67). Средняя длительность катамнеза: 17,3±3,5 г. Нозологическое распределение 498 пациентов: F06 — 380 чел. (м. — 331; ж. — 49); F07 — 118 чел. (м. — 100; ж. — 18); из них эпилепсией страдало 37 (м. — 21; ж. — 16).

Результаты: из 498 прослеженных лишь 88 — 17,7% (м. — 76; ж. — 12) по достижении совершеннолетия продолжали наблюдаться и посещать психиатра. Динамика ОПР, дебютировавших в детстве, у 82,3% оказалась регредиентной вплоть до полной компенсации, что подтверждалось осмотрами во взрослом возрасте, в том числе, когда бывшие пациенты обращались за профилактическими справками. Все больные с регре-

диентной динамикой расстройств (410 чел.) имели общее среднее образование. 27% — работали на неквалифицированных работах; 32% получили среднее профессиональное и 11% высшее образование, работали по специальности; 16% продолжали обучение в ВУЗах; 14% не работали по разным причинам (в том числе находились в отпуске по уходу за детьми, имели временные заработки без официального трудоустройства и др.). Из 88 человек, продолжавших во взрослом возрасте наблюдаться психиатром, 18 страдали тяжёлыми инвалидизирующими формами ОПР; у 43 больных состояние в целом сохраняло структуру расстройств, схожую с теми, что наблюдались в детстве; у 27 нозологическая оценка состояния претерпела изменения (в пользу расстройств настроения, невротических и реактивных заболеваний), при этом ОПР сохраняли актуальность, но диагностически трактовались как фоновые. Инвалидизация в связи с ОПР как в детстве, так и в молодом взрослом возрасте оказалась не столь значительной, как при иных психических заболеваниях (шизофрении, умственной отсталости). В детстве из всех наблюдавшихся с ОПР инвалидами были признаны только 18 чел. (м. — 10; ж. — 8), т.е. 3,4%. Практически все они сохранили статус инвалида, достигнув взрослости: инвалидами II группы признано 14; I и III групп— по 2 человека. Лишь одной больной инвалидность не была продлена в связи с ремиссией эпиприпадков, одному пациенту с углублением когнитивного дефекта вследствие эпилепсии назначена впервые. Наиболее частыми причинами инвалидизации как в детстве, так и во взрослости становилась эпилепсия (11 чел.), неэпилептические органические расстройства личности (4 чел.). Ни один инвалид с ОПР не трудоустроился. Значительно снижали социальную адаптацию взрослых пациентов следующие факторы: интеллект в степени умеренной, тяжёлой, глубокой умственной отсталости, безремиссионное течение эпилепсии, декомпенсированный психопатоподобный синдром, микстовые состояния: сочетание органических расстройств с эндогенными, либо зависимостями, вышеперечисленные состояния требуют пристального врачебного внимания, поскольку чаще других становятся причиной пожизненной инвалидизации.

Обучение медицинского персонала вопросам сохранения жизни нерожденных (на примере Архангельской области)

Щукина Е.Г.

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

Вопросы психического здоровья детей и сохранения будущего здоровья нации во многом связаны с установкой матерей на сохранение жизни нерожденных детей. Часто требуется помощь специалистов, чтоб женщина в кризисной ситуации сделала правильный выбор, не навредила своему психическому здоровью и здоровью своих будущих и имеющихся детей. Решению данного вопроса помогают специалисты «доабортного консультирования».

В марте 2016 г. Министерство здравоохранения РФ направило в медвузы дополнительную профессиональную образовательную программу по доабортному консультированию. В нашем ВУЗе такая программа была внедрена в 2015 году в связи с тем, что возникла острая необходимость в подготовленных кадрах, способных вести доабортное консультирование женщин в кризисной ситуации. Программа тематического усовершенствования включает 144 часа. До внедрения программы проводилась большая работа по сохранению жизни нерожденного ребенка через встречи с населением, а также большую просветительскую работу с медперсоналом Архангельской области через проекты «Школа материнской любви», онлайн лекции, конференции и семинары.

За 2 года на цикле «Работа с женщиной в ситуации выбора искусственного прерывания беременности» обучено 27 специалистов — акушеры-гинекологи, клинические психологи, специалисты по социальной работе, акушерки — представители разных профессий, те, кто должен помочь женщинам сделать правильный выбор в ситуации кризисной беременности. Преподаватели цикла — профессора и доценты СГМУ, а также священники Архангельской и Холмогорской епархии. Систематически вопрос сохранения жизни нерожденных обсуждается на конференциях, семинарах и совещаниях разных уровней.

По итогам обучения курсанты ставили оценки за предоставленный материал. В сводной ведомости за 2 года отмечена удовлетворенность содержанием цикла (дисциплины/модуля) в целом — 9,5 баллов, удовлетворенность общим стилем преподавания — 9, 45; оценка качества подготовки предложенных методических материалов- 9,7. Предложенные модули также оценены высоко: «Мировоззренческий» 9,4 баллов; «Психологический» 9,6; «Правовой» 9,5; «Медицинский» 9,8. Удовлетворенность использованием преподавателями активных методов обучения — 9,9 балла.

В цикл обучения входит не только теоретическая подготовка, но и практическая: беседы со студентами средних учебных заведений по теме «Ценность человеческой жизни», встречи с пациентками женских консультаций. На тренингах — отработка навыков консультирования. На встречах со священниками учатся, как правильно говорить с кризисными беременными о ценности человеческой жизни.

Такая содружественная работа позволяет предупредить возможное нанесение вреда здоровью и психике матери и сохранить жизнь ребенку.

Влияние ожидаемых последствий приема ПАВ на реализацию генетического риска наркологических заболеваний

Яковлев А.Н.[2], Кибитов А.О.[1], Бродянский В.М.[1], Чупрова Н.А.[1], Щурина А.В.[1], Ромашкин Р.А.[1], Пашкевич Н.В.[2], Пажитных Д.В.[2], Ткачев А.А.[2], Витчинкина В.И.[2], Коростин М.И.[2]

[1]ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва;
[2]ГУЗ «Липецкий областной наркологический диспансер», г. Липецк

Генетический риск развития наркологических заболеваний способствует более тяжелому течению и раннему началу аддитивного поведения у подростков. Актуальной задачей остается поиск обоснованных мер первичной профилактики для генетически отягощенных лиц. Целью данной работы было уточнение влияния ожидаемых последствий приема ПАВ на вероятность аддиктивной патологии у подростков при наличии генетической отягощенности.

В исследовании приняли участие 43 подростка (9 девушек и 34 юноши) в возрасте 14-17 лет (средний возраст 15,8±1,26 лет), из которых 18 (41,8%) были здоровы, у 23 чел (58,2%) отмечалось донозологическое злоупотребление алкоголем и наркотиками. Для расчета индивидуального уровня генетического риска развития химической зависимости использовалось 5 полиморфных локусов 3-х ключевых генов системы дофамина: дофаминовых рецепторов типов 2 (DRD2) и 4 (DRD4) и фермента тирозингидроксилазы (TH). Маркерами общего риска считали генотипы A1/A2 локуса DRD2 Taq I и N1/N2 локуса DRD2 Nco I, генотипы 6.6, 7.9 и 8.10 локуса HUMTH01-VNTR; маркерами специфического риска: аллели A2, A4, A7, A8 локуса DRD4V48, аллели S локуса DRD4V120. Наличие каждого маркера общего риска оценивается в один балл, каждый маркер специфического риска — в 0,5 балла. Уровень риска получали суммированием баллов.

Для определения ожидаемых последствий приема ПАВ обследуемым предлагалось оценить в баллах от 1 до 10 вероятность возникновения у себя лично медико-социальных проблем в случае приема ПАВ по восьми шкалам (утрата будущих перспектив, конфликты по месту учебы (работы), заражение ВИЧ, тяжелые соматические заболевания и др.), оценивался средний балл.

Генетический риск у обследуемых лиц колебался в пределах от 0,5 до 4 баллов. Обследуемые были распределены на 2 группы: лица с уровнем риска от 0,5 до 1 балла (16 чел) и с уровнем риска от 1,5 до 4 баллов — 27 чел. Половозрастные характеристики групп достоверно не различались.

В группу с уровнем риска от 0 до 1 балла вошли 8 чел. здоровых и 8 чел. с аддиктивной патологией. Тяжесть ожидаемых последствий приема ПАВ у здоровых лиц данной группы составила 5,98±3,07 балла, у лиц с аддиктивной патологией — 6,75±2,22 балла ($p>0,05$, критерий Манна-Уитни U). В группу с уровнем риска от 1.5 до 4 баллов вошли 10 здоровых лиц и 17 подростков с аддиктивной патологией, в данной группе для здоровых лиц тяжесть ожидаемых последствий приема ПАВ составила 7,06±2,22 балла, для подростков с аддиктивной патологией — 4,84±2,99 балла, различия между здоровыми и аддиктами достоверны ($p<0,05$, критерий Манна-Уитни U).

Таким образом, повышение оценки подростком вероятности развития вредных последствий приема ПАВ у себя лично способно затормозить реализацию генетического риска наркологических заболеваний. При этом для аддиктов с низкими значениями риска ожидаемые для себя лично последствия приема ПАВ значимой роли не играли, объяснение данного феномена требует дополнительных исследований. Полученные результаты могут быть использованы для разработки персонифицированных профилактических программ.

Проблемы и перспективы медицинской реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами

Яковлева Ю.А.

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт имени В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Актуальность: в настоящее время в лечении психических расстройств в детско-подростковом возрасте все больше внимания уделяется вопросам психосоциальной реабилитации. Современные стандарты оказания помощи ориентированы на обеспечение полипрофессионального бригадного подхода, и включают, помимо биологической, психосоциальную терапию и реабилитацию (Корень Е.В., Куприянова Т.А., 2008; Попов Ю.В., Яковлева Ю.А., Семенова С.В., 2009).

Материалы и методы: с помощью авторского опросника, разработанного в отделении лечения психических расстройств у лиц молодого возраста СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, анонимно были опрошены 156 пациентов (87 девочек и 69 мальчиков), средний возраст 15,1±1,56, находившихся на стационарном лечении в отделении подростковой психиатрии в период с 2013 по 2015 год и 80 родителей детей и подростков, страдающих психическими заболеваниями: 72 (90%) — женщины, 2 (10%) — мужчины, средний возраст 36,3 ± 0,02.

Результаты: пациенты участвовали в 3-х этапной (подготовительный, реабилитационный и заключительный) программе оказания психосоциальной реабилитационной помощи детям и подросткам с психическими расстройствами, длительностью от 6 до 12 месяцев. Программа была основана на следующих принципах: раннее вмешательство, этапность, индивидуальность, последовательность, преемственность.

Лечебно-реабилитационная работа проводилась бригадой специалистов с полифункциональными обязанностями, сформировавших единый подход к проводимым диагностическим и непосредственно лечебно-реабилитационным мероприятиям. В состав бригады входили специалисты различного профиля — психиатр, невролог, клинический психолог, психотерапевт. В основе психолого-психотерапевтической помощи

лежал индивидуальный подход с определением наиболее подходящего для пациента, вида помощи: индивидуальная работа, групповые формы работы, семейная психотерапия Проводились психообразовательные мероприятия с родителями, с целью повышения толерантности к поведению ребенка, предъявлению к нему адекватных требований, улучшения комплайенса. А также просвещение и консультирование педагогов о психологических особенностях и специфике больных с психическими расстройствами, с целью осуществления психологической поддержки школьников и развития их позитивного самопринятия и адекватной самооценки. В ходе реализации реабилитационных программ были также выявлены следующие сложности: отсутствие стандартов оказания помощи детям и подросткам с психическими расстройствами; применение препаратов «off-label»; взаимоотношения родителей с врачами-психиатрами, стигматизация в современном обществе и проблемы обучения.

Заключение: таким образом, для детей и подростков, страдающих психическими расстройствами, необходимо к проводимой медикаментозной терапии присоединять комплекс поэтапных психосоциальных реабилитационных мероприятий, с учетом сформированных вышеуказанных принципов, для улучшения социальной адаптации пациентов и повышения качества жизни их родителей. Необходимо осуществлять мультидисциплинарное взаимодействие специалистов (педиатров, семейных врачей, неврологов) и врачей-психиатров, проведение семинаров, лекций. Разработать программы антистигмы в образовательной сфере, предполагающей тесное сотрудничество профессионалов медицинских, психологических и социальных служб, а также педагогов, представителей администрации и общественных структур.

РАЗДЕЛ II

РЕДКИЕ И НЕОПУБЛИКОВАННЫЕ РАБОТЫ ДЕТСКИХ И ПОДРОСТКОВЫХ ПСИХИАТРОВ

Публикуется впервые

Востроknутов Н.В.

Тезисы о проблемах детской клинической и социальной психиатрии (2008)

Организационные аспекты социальной детской психиатрии

1 проблема

В общественном сознании продолжают существовать устойчивые социальные стереотипы, связанные с отношением к психическим расстройствам и нарушениям развития в детском возрасте. Большие группы молодых родителей, становление морального сознания которых протекало в 90-е годы, имеют следующие типичные стереотипы:

· психические расстройства в детском возрасте — это заведомо инвалидизирующие состояния;

· детские психиатры — это специалисты, которые олицетворяют «страх перед последствиями психиатрического учета во взрослой жизни»;

· нарушения возрастного психологического развития, неврозы детского возраста — это вопросы психологического консультирования, а не основание для психиатрического и психотерапевтического вмешательства.

Данная проблема отягощается следующими дополнительными факторами:

· целенаправленная деятельность «антипсихиатрических организаций» (последний пример связан с агрессивным «организованным» вмешательством «антипсихиатрических организаций» в обсуждение проблемы СДВГ в России);

· агрессивная реклама «коммерческих психологических услуг»;

· отсутствие устойчивой и целенаправленной разъяснительной работы со стороны медицинского сообщества и профи-

лактической литературы по проблемам охраны психического здоровья;

· отсутствие психиатрической диспансеризации детей и детских психиатров в первичном звене здравоохранения (в детских поликлиниках).

2 проблема

Не разработанность методологии «раннего вмешательства», ориентированной на удовлетворение образовательных, социальных, психологических и медицинских потребностей детей от рождения до трех лет и членов их семей. Организация программ раннего вмешательства способна уменьшить вероятность отставания в развитии младенцев и детей раннего возраста из групп риска, повысить способность семей удовлетворять их особые потребности, снизить вероятность помещения детей в специальные институты и увеличит возможность их адаптации и последующей самостоятельной жизни в обществе.

Необходимо координированное взаимодействие медицинской и социальной служб, направленное на распространение опыта г. Санкт-Петербурга в развитии многодисциплинарных, межведомственных программ служб раннего вмешательства. Службы раннего вмешательства — это службы развития, созданные для удовлетворения в семье специальных потребностей развития проблемных детей, включая:

· всестороннюю систему обнаружения младенца с отставанием или риском отставания в развитии;

· скрининг и направление в места обслуживания;

· определение уровня развития младенца (развитие движений, речевая патология);

· тренинг и консультации семьи, визиты домой;

· медицинское обслуживание в целях диагностики уровня развития младенца и коррекционной (психологической), психотерапевтической помощи матери;

· социальная поддержка.

Принципы организации программ раннего вмешательства: семейно-центрированность, междисциплинарное взаимодействие, бригадный принцип работы специалистов.

Развитие таких программ несомненно уменьшит затраты на специальное образование детей с особыми потребностями по достижении ими школьного возраста.

3 проблема. Организационные проблемы межпрофессионального взаимодействия

Сегодня разработка отраслевого стандарта медицинских услуг по психическим расстройствам в детском возрасте при всей значимости этого внедрения несет в себе ряд негативных тенденций. Они заключаются в следующем:

· в МКБ-10 оказалось не представленной концепция расстройств, связанных с психическим дизонтогенезом. Важно, что именно на концепцию психического дизонтогенеза с развитием идей Л. Выготского опирается большинство специалистов, осуществляющих коррекционно-реабилитационную работу в образовательной и социальной сферах с детьми, имеющими дефекты и проблемы развития и психического здоровья;

· отсутствуют межведомственные стандарты, регламентирующие работу полипрофессиональных бригад в системе образования и социальной службы с участием детских психиатров. Кроме организационных барьеров их разработка ограничена отсутствием национальных аспектов в МКБ-10 по главам «Возрастное психическое развитие»;

· сегодня в немедицинских образовательно-коррекционных и социально-реабилитационных учреждениях, где оказывается помощь проблемным детям, включение в работу детского психиатра оказывается минимальным, т.к. не разработана регламентация включения детского психиатра в диагностическую, коррекционную и реабилитационную работу немедицинского учреждения, отсутствуют стандарты оказания в них медицинских услуг специалиста.

4 проблема. Образование детей с пограничными психическими расстройствами

На методологическом уровне достаточно полно обеспечено дефектологическое направление коррекционной помощи детям с дефектами (нарушения моторного развития, органов слуха. Зрения, речи, интеллекта) и практически не разработано коррекционно-развивающее направление по специальным программам для детей с нарушениями способностей к обучению, для детей с пограничными психическими расстройствами, связанными с острыми или хроническим эмоционально-стрессовыми воздействиями, с психическими расстройствами, обусловленными «Минимальной мозговой дисфункцией».

Дополнительными факторами являются: низкий уровень информированности педагогов и школьных психологов в области детской психиатрии и охраны психического здоровья; установка на вытеснение детей с психическими расстройствами из образовательной среды на индивидуальное домашнее обучение, что резко ограничивает возможности их коммуникативной среды и социальной адаптации.

5 проблема. Социально-клинические проблемы детской психиатрии

5.1. Расширенная оценка таких клинически значимых состояний, как ранний детский аутизм, умственная отсталость легкой степени, синдром дефицита внимания в службах психологического консультирования семьи без участия медицинских специалистов (детского психиатра) с применением рекомендаций, существенно ограничивающих возможности коррекционно-развивающей помощи этим детям в условиях обычной образовательной среды. Преимущественно это касается детей риска развития социально обусловленных расстройств, т.е. детей, находящихся в трудных жизненных обстоятельствах: дети-сироты, дети в условиях безнадзорности, детей из семей мигрантов, беженцев.

Дополнительные факторы: низкий уровень контроля за оказанием «психологических услуг» и лицензирования деятельности, являющейся по сути медицинской.

5.2. Гиподиагностика и запоздалое включение медицинских специалистов (детских психиатров) в психопрофилактику, диагностику и коррекцию состояний зависимости у детей и подростков от психоактивных веществ (слабоалкогольные вещества, наркотические вещества), а также психических форм зависимости, связанных с азартными, компьютерными играми, Интернет-включением. Эта проблема во многом обусловлена жестким разграничением в общественном сознании психиатрической и наркологической служб, а также высоким уровнем «социальной стигматизации детей» при обращении родителей или школы за социально-психологической поддержкой в наркологические учреждения при проблемах формирующейся зависимости у детей и подростков. Существенный вклад вносит не разработанность социально-медицинских аспектов помощи родителям и семье в целом при формирующихся проблемах зависимости у ребенка.

Дополнительный фактор: отсутствие системной концепции первичной психопрофилактики проблем психического здоровья, нарушений развития и расстройств поведения в общей и детской клинической психиатрии.

Публикуется впервые

Гурьева В.А., Вандыш В.В., Бурелов Э.А., Исаченкова М.П., Морозова Н.Б., Чибисов Ю.К., Авров Г.В., Шилина З.М., Волошина В.И.

Диагностика психических расстройств с картиной патологически протекающего пубертатного криза (судебно-психиатрический аспект)

(отчет о научно-исследовательской работе Института общей и судебной психиатрии имени В.П. Сербского. УДК 340.63:616. 89-07-053.6, № гос. регистрации 01.86.0024815, Инв. №0289.0 040165. Москва, 1988)

РЕФЕРАТ

ПАТОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩИЙ ПУБЕРТАТНЫЙ КРИЗ, КЛИНИКА, ПОДРОСТКИ, ОБЩЕСТВЕННО-ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ, ПРОФИЛАКТИКА.

Объектом исследования являются 100 подростков (судебно-психиатрический контингент), психические расстройства, у которых соответствуют описаниям клиники патологически протекающего пубертатного криза. Цель работы — поиск закономерностей клинического оформления и динамики патологических состояний, хронологически и по существу (преобладание в клинической картине расстройств, преимущественных для подросткового возраста) связанных с пубертатным кризом.

В результате клинико-катамнестического и параклинических методов исследования структуры и возрастной динамики пубертатной психопатологии выявлены как существенные различия, так и общность этиопатогенетических механизмов, клинического оформления структуры патологического пубертатного криза в рамках психопатий, резидуально-органических поражений головного мозга, а также вне указанных рамок (как относительно самостоятельное патологическое состояние). Определены методологические подходы к диагностике изучаемых расстройств, даны конкретные их клинико-динамические характеристики.

Полученные результаты имеют значение для понимания патопластической и патогенетической роли возрастного факто-

ра, для совершенствования клинической судебно-психиатрической оценки патологического пубертатного криза.

ВВЕДЕНИЕ

Выделение подростковой психиатрии в самостоятельный раздел позволило не только существенно повысить качество оказываемой помощи этому контингенту больных, но и высветило ряд новых кардинальных проблем. В первую очередь это относится к оценке роли возрастного фактора в клинике психических нарушений периода пубертатного криза.

Обзор литературы по данной теме свидетельствует, что основное внимание в этом плане уделяется преимущественно патопластической роли возрастного фактора; исследования носят, как правило, феноменологический характер. Однако, существует и целый ряд исследований, в которых все более определенно утверждается, что значение возрастного фактора намного шире (Г.Е. Сухарева, 1970; В.В. Ковалев, 1969; А.Е. Личко, 1979; В.А. Гурьева, 1976, 1980, 1988; Н.Е. Буторина, 1988; H.J. Weitrecht, 1963; H. Stutte, 1963; N. Petrilowitsch, 1966 и др.). Возрастной фактор не только существенно видоизменяет клинику психических нарушений в период пубертатного криза, но и оказывает существенное влияние на патогенез; в ряде случаев можно говорить о достаточно отчетливой причинно-следственной связи между патологией возрастного созревания и комплексом выявляющихся психических нарушений.

Практика свидетельствует, что существует достаточно самостоятельная группа патологических состояний, хронологически и по существу связанных с пубертатным кризом, Характеризуя их в общих чертах, можно отметить следующее: 1) наличие характерной динамики в виде более или менее резкого преходящего неблагоприятного сдвига; 2) наличие специфической структуры психических расстройств, составляющих это патологическое состояние — сосуществование расстройств основного заболевания (резидуально-органическое поражение головного мозга, формирующаяся психопатия и др.) с неспецифически — возрастной симптоматикой; синдромами, типичными для данного возраста; наличие, а нередко и преобладание в клинической картине нозологически нейтральной, в одинаковой степени вероятной и для шизофрении, симптоматики.

Квалификация этих состояний, как правило, крайне затруднительна. Это касается и дифференциальной диагностики, нозологической трактовки, и экспертной оценки глубины имеющихся расстройств, и оценки прогноза. Эти нередко феноменологически мало отличимые от подростковой шизофрении состояния, обозначаются как «пубертатная дисгармония психики» (П.Б. Ганнушкин, 1933), «пубертатная дезинтеграция» (K. Dabrowski, 1959) и т.п.

В последние годы в подростковой психиатрии для обозначения этих состояний все чаще используется термин «патологически протекающий пубертатный криз» (Т.Е. Сухарева, 1974; В.А. Гурьева, 1976, 1988; Н.Е. Буторина, 1987 и др.).

Таким образом, поиск закономерностей клинического оформления и динамики патологических состояний, хронологически и по существу связанных с пубертатным кризом, представляется крайне актуальным, что и составляет цель настоящего исследования.

Задачи исследования состояли в:

1. Определении диапазона расстройств, составляющих это патологическое состояние;

2. Выделение его вариантов и их группировок с учетом глубины расстройств, нозологической принадлежности, корреляций с типом пубертатной динамики, характером протекания психологического и сомато-эндокринного созревания;

3. Выявление условий, способствующих возникновению патологически протекающего пубертатного криза;

4. Изучение судебно-психиатрического аспекта проблемы — вопросы вменяемости, назначения и проведения принудительного лечения с учетом возраста, состояния, социальных характеристик больных подростков, профилактика.

1. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Аналитический обзор

Пубертатный криз, как наиболее важный онтогенетический период, ставит перед исследователями ряд проблем. Однако интерес к этому психоэндокринному сдвигу в настоящее время значительно превышает существующие о нем представления. В частности, до сих пор отсутствует единство мнений о возрастных границах этого периода, его сути. Так, ряд авторов считает, что пубертатный криз ничего кри-

тического в себе не содержит (G. Heyer, 1964), а чрезмерное внимание к нему означает лишь «плохое знание динамики этого возраста» (S. Lecomte-Lorsignol, 1941). Подавляющее же большинство исследователей. тем не менее убеждены, что созревание в этом возрасте носит именно кризовый характер. Существуют мнения, что соматоэндокринная и психологическая перестройка личности происходит в рамках не одного, а нескольких кризов, каждый из которых имеет определенные возрастные и психологические характеристики. Так, И.Г. Оршанский (1910), Th. Ziehen (1924), H. Gruhle, W. Villinger (1952), М.Я. Цуцульковская (1967) выделяют два основных этапа — собственно пубертат и поздний пубертат (юношеская фаза). Другие авторы предлагают делить период полового созревания на 3-4 кризовых периода, пользуясь для их разграничения различными социальными и психологическими критериями (В.Е. Смирнов, 1929, M. Mead, 1962, M. Tramer, 1964 и др.).

Началом пубертатного периода, по данным большинства авторов, (Г.Е. Сухарева, 1937; H. Stutte, 1963; H. Schwarz, 1965 и др.) считается возраст 10-12 лет. Основной же психобиологический сдвиг личности, обозначаемый как «пубертатный криз» ограничивается возрастом 10-18 лет (Г.Е. Сухарева, 1959, М.С. Вроно, 1964; M. Keyserlingk, 1960 и др.). Именно к этому периоду по данным Л.С. Гиттик с соавт. (1973), происходит полное становление системы «гипоталамус — гипофиз — кора надпочечников», обеспечивающей нейроэндокринную регуляцию гомеостаза.

Причину критического протекания пубертатного периода оценивают по-разному. В ряде случаев решающее значение придается биологическим факторам; выявляющиеся психические расстройства относят преимущественно за счет патологии созревания (K. Кубат, 1960, H. Stutte, 1960; T. Bilikivicz, 1961; Z. Szymanska, 1967 и др.) склонны переоценивать культуральные и социальные влияния. Наиболее адекватной и перспективной, в плане научного подхода, представляется точка зрения тех исследователей, которые не пытаются решить эту проблему альтернативно, а рассматривают совокупность возникающих в этом возрасте нарушений под углом более сложных причинно-следственных взаимоотношений, учитывающих совокупность биологических и социальных факторов (Т.П.

Симсон, 1958; Г.Е. Сухарева, 1959; В.А. Гурьева, 1971, 1987; Н.Е. Буторина, 1987 и др.).

Пубертат, сопровождаясь мощным соматоэндокринным и психическим метаморфозом, является своего рода состоянием длительного стресса, напряженности (Н.С. Толгская, 1953), что неизбежно сказывается на соматической и психической сферах подростка.

Установлено, что нейроэндокринный сдвиг в этом возрасте может сопровождаться временной дисфункцией высшей нервной деятельности с ослаблением регуляторных воздействий над сферой эмоций, инстинктов, влечений, нарушениями иерархии корково-подкорковых взаимоотношений, что особенно заметно при дисгармоническом протекании самого соматоэндокринного созревания, при том многие авторы указывают на тенденцию к дисгармоничности, асинхрониям в сроках, темпах, массивности полового метаморфоза, который проявляется клинически в акселерации либо ретардации созревания (В.С. Соловьева, 1966; К.С. Лебединская, 1969; В.А. Гурьева, 1971; Э. Кречмер, 1963; H. Stutte, 1960 и др.).

Описаны многочисленные преходящие эндокринные расстройства в этот период: акромегалия, дистериоз, проявления гипофизарно- надпочечниковой недостаточности в виде несахарного диабета, пубертатного кушингоидизма, гинекомастии, пубертатного базофилизма, адипозогенитального синдрома и др. (Н.Д. Левитов, 1964; Л.Н. Уланова, 1969; Л.Ф. Беренков, Л.Л. Рязанова, 1973; Бр. Братанов, 1965 и др.). В результате ослабления коркового контроля над высшими вегетативными функциями могут иметь местом вегето-дистонические проявления: нарушения в системе кровообращения (преходящие гипертония, тахикардия, склонность к коллаптоидным проявлениям, «юношеское сердце»), расстройства терморегуляции, мигренозоподобные головные боли, функциональные нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта (Р.А. Калюжная, 1965; В.С. Соловьева, 1966; И.И. Слепушкина, 1974; N.W. Askerman, 1964 и др.).

По данным ряда авторов, психологический сдвиг предшествует началу соматического метаморфоза на 1-2 года (Th. Ziehen, 1924, К. Кубат, 1965).

Оценка психологического аспекта пубертатного криза также полярна. Одни авторы (Г.Е. Сухарева, 1959; В.В. Ковалев,

1979; А.Е. Личко, 1985 и др.) считают этот возраст глубоким качественным сдвигом на фоне онтогенеза, своего рода революцией в становлении личности (A. May, J. Kahn, B. Cronholn, 1971), другие не видят в этом возрасте какой-либо критической трансформации в психологии подростка (G. Heuger, 1964). Однако и отечественные и зарубежные исследователи говорят об особой противоречивости этого возраста в психологическом, социальном аспектах, дисгармоничности «мысли, переживаний, настроения, поведения» (К.А. Бобкова).

За счет акцентуации аффективной жизни, эмоциональности, характеризующей начало полового созревания, значительно расширяется спектр аффективных реакций от «неспецифически возрастных» (В.А. Гурьева) до клинически очерченных личностных аффективных реакций в рамках стойкой патологии.

Неспецефическим возрастным формам реагирования посвящена огромная литература по пубертатной психологии и психиатрии. Не останавливаясь на ее обзоре подробно, перечислим лишь основные их формы. Их значение определяется в первую очередь тем обстоятельством, что неспецифически возрастные формы реагирования тесно коррелируют с нарушениями поведения в этом возрасте, нередко являются исходной базой для патологического формирования личности. Наиболее значимыми из них являются следующие:

· реакции протеста, оппозиции («La reaction d'opposition» Heuer-Dublineau, 1934);

· реакции подражания, имитации — «La reaction d'imitation» по Ph. Jolly (цит. L. Michaux, 1952);

· реакции отрицательной имитации (Н.Д. Лакосина, 1965; А.Е. Личко, 1973);

· реакции отказа или «отставки» (по B. Heuyer, L. Michaux, 1953);

· реакции побега «runaway reaction», реакции ухода «withdrawing reaction» (по R. Jenkins, 1969);

· реакции увлечения (по А.Е. Личко, 1973);

· реакции эмансипации (по А.Е. Личко, 1973);

· реакций группирования (по C. Haffter, 1966; Е.А. Хоршак, Г.М. Маньковскому, 1968; Я.М. Яковлеву, В.И. Твердохлебову, 1971).

У подростков в той или иной степени проявляется негативистическое отношение к опеке и гиперопеке, протест на пре-

жние формы взаимоотношений между ними и взрослыми; другими словами — все те проявления психологического криза, который в психиатрической и психологической литературе получил название подросткового негативизма (П.Б. Ганнушкин, 1933; Н.П. Краковский, 1970; А.Е. Личко, Н.Я. Иванов, И.С. Кон, 1973 и др.).

Наиболее активен в этом отношении младший и средний подростковый возраст, в связи с чем эта фаза пубертата получила название «негативной» (В.И. Аккерман, М.Я. Брайнина, 1933), «фазы отрицания» (В.Е. Смирнов, 1929; A. Busemann, 1964), «фазы независимости и отрыва от родителей» (W.Villinger, 1952), «фазы протеста против отцов» (E. Kretschmer, 1953), «фазы упрямства» (H. Cosack, 1932).

В отношении возрастных границ негативистического поведения имеются определенные расхождения. По мнению O. Tumlirz, эта фаза ограничивается возрастом 11-14 лет, по данным М.Я. Иванова (1973) — 14-16 лет, по данным Ch. Buhler, она укладывается в несколько месяцев.

Достаточно хорошо известны и другие аффективные нарушения в период пубертатного криза: спонтанные расстройства настроения диэнцефально-эндокринного генеза (Г.К. Ушаков, 1958; Г.Е. Сухарева, 1959; К.С. Лебединская, 1970; M. Weidmann, W. Wender, 1974), маниакальные и депрессивные пубертатные состояния, дистимические, дисфорические эпизоды, многообразные расстройства (фазы, реакции), характеризующие формирование психопатий в этом возрасте, затяжные невротические реакции, сопровождающиеся аффективными нарушениями. Такой полиморфизм аффективных проявлений в этот период отражает, прежде всего, психическую незрелость, неразвитость компенсаторных и адаптационных механизмов (В.В. Ковалев, 1969; В.А. Гурьева, 1971), аффективную насыщенность крайне трудно разрешимых проблем подросткового возраста.

Волевые нарушения в период пубертатного криза проявляются, прежде всего, в ослаблении высших задерживающих контролирующих механизмов над сферой побуждений. В мотивации поведения все большую роль начинают играть эмоции, влечения, жажда удовольствий, потребность к удовлетворению «двигательного импульса».

По данным А.П. Краковского (1970) в 5 классах по сравнению с предыдущими в 42 раза чаще встречаются недостаточно

мотивированные поступки. При дисгармоническом половом созревании, особенно на фоне резидуально-органической недостаточности головного мозга, может встречаться повышение влечений, а иногда и его извращение (Г.Е. Сухарева, 1959; В.А. Гурьева с соавт., 1980; Г.П. Пантелеева с соавт., 1986; Г.В. Авров, 1987).

Существенное место в картине нарушений в период пубертатного криза занимают и явления астении. Генез этих состояний связывают с временной гипоксией головного мозга в период усиленного роста, которая в сочетании со сложными нейрогуморальными сдвигами определяет временную несостоятельность подростка. Клинически это проявляется в повышенной умственной утомляемости, в затруднениях в концентрации активного внимания, снижении интеллектуальной продуктивности, головных болях, других расстройствах по типу неврастенических (Т.П. Симсон, 1941; Г.К. Ушаков, 1971; В.С. Кулаков, 1977; А.А. Северный, 1985; В.В. Вандыш с соавт. 1987; К. Кубат, 1965; J. Glatzel, 1972). По данным А.Н. Кольцовой (1969) у подростков снижается способность к образованию условнорефлекторной связи на словесные раздражители, резко падает способность к дифференцировке, обедняется словарный запас. По мнению К.А. Бобковой (1936) подросток при бурно протекающем пубертате «кажется поглупевшим», К. Кубат (1965) отмечает у них приостановку интеллектуального развития, допускает возможность его регресса. На фоне пубертатной астении утрачивается интерес к какой-либо целенаправленной деятельности, требующей усилий (А.М. Кольцова, 1969; В.Н. Пыхтарев, Е.М. Экелова-Багалей, Л.П. Кузнецова, М.Т. Ильченко, 1971). В последние годы все чаще появляются сообщения о временных патологических состояниях в пубертатном возрасте, характеризующихся преобладанием в клинической картине именно астенических расстройств по типу «юношеской астенической несостоятельности» по J. Glatzel (1972).

В своей работе, посвященной описанию аутохтонной астении, автор определяет эти расстройства в рамках психопатологического синдрома, манифестирующего преимущественно на втором и третьем десятилетии жизни. Этот синдром, по автору, характеризуется нарушениями мышления, нарушениями телесного чувства, стертым витальным расстройством настроения. Автор подчеркивает, что нозологическое место аутох-

тонных астений остается открытым; то обстоятельство, что они «иногда переходят в типологически явные шизофренические психозы значит также мало для решения этого вопроса, как и тот факт, что первично шизофренические психозы порой спустя годы могут стать похожими на аутохтонную астению».

Значительное число исследований, как показывает анализ литературы, посвящено особенностям клинического оформления расстройств в период пубертатного криза в зависимости от характера соматоэндокринного созревания (К.С. Лебединская, 1963, 1969; 1980; В.П. Белов, В.Е. Филипских, 1980; В.А. Гурьева с соавт, 1982; С.А. Амоаший, 1987; К. Кубат, З. Станчев, 1965 и др.).

Общепринятой считается точка зрения, что асинхронии полового созревания могут быть обусловлены конституциональным фактором, преходящими дисфункциями отдельных желез внутренней секреции, нарушениями созревания вследствие органического поражения диэнцефальной зоны.

Кратко суммируя историю исследования синдрома инфантилизма, следует отметить, что начало его изучения относится к первой половине 19 века. В дальнейшем эта проблема нашла свое отражение в работах преимущественно французских авторов (E.Ch. Laseque, 1864; P.J. Lorein, 1871; E. Brissaud, 1907 и др.).

Исследование проблемы велось в нескольких направлениях: этиология, патогенез расстройств, содержание понятия.

Анализ литературы показывает, что учение об инфантилизме проделало сложный путь развития и длительное время характеризовалось в основном накоплениями клинических данных; попытками отнести этот психопатологический феномен к какой-либо единой нозологической форме (олигофрении, эндокринопатии и др.). В последующие годы при определении понятия инфантилизма отмечалась тенденция к сужению круга вопросов, к констатации несоответствия психического развития паспортному возрасту.

В.А. Гурьевой (1971-1985 гг.) неоднократно подчеркивалось необходимость изучения возрастной динамики этого синдрома, поскольку в подростково-юношеском возрасте он во многом определяет особенности клинического оформления психических расстройств, принимает участие в их патогенезе, мо-

жет определять мотивацию поступков и поведения. Характеризуя современное состояние проблемы, можно отметить, что в зарубежной, в частности англо-американской литературе, эта проблема рассматривается преимущественно в социальном и психологическом аспектах — как результат неправильного воспитания, воздействия неблагоприятных факторов внешней среды (S. Sharlin, N. Polansky, 1972). H. Stutte (1967) считает, что немецкие психиатры этот термин применяют преимущественно для обозначения задержки физического развития. В отечественной литературе нарушения психического развития, связанные с отклонениями в половом созревания, относят к явлениям дизонтогенеза (Г.К. Ушаков, 1973; В.В. Ковалев, 1979; В.М. Лупандин с соавт., 1980; Ф.М. Гайдук, 1984 и др.). Не останавливаясь на вопросах этиопатогенеза, классификации этих форм нарушения психического развития, которые достаточно полно представлены в специальной литературе, отметим лишь тот факт, что эта форма расстройств часто встречается именно в судебно-психиатрической практике при экспертизах несовершеннолетних (В.А. Гурьева, 1971-1985; В.П. Белов, В.Е. Филипских, 1980; Э.А. Бурелов, 1980; В.В. Вандыш, 1980; С.А. Амоаший, 1987 и др.). Значительное место в последние годы уделяется исследованию этой проблемы и с позиций комплексного (психолого-психиатрического) подхода (Т.П. Печерникова, Н.Н. Станишевская, 1975; И.А. Кудрявцев с соавт., 1980; И.А. Кудрявцев, 1985, 1987; Е.Г. Дозорцева, Е.И. Сулимовская, 1987). В ряде работ зарубежных исследователей (D. Guint, 1972; D.S. Bell, R.A. Champion, 1979) прямо указывается, что делинквентность подростков, другие нарушенные формы поведения являются результатом задержки созревания. В 1987 г. С.А. Амоаший выполнена диссертационная работа, касающаяся судебно-психиатрической оценки органического инфантилизма в подростково-юношеском возрасте. При сравнительно-нозологическом изучении клиники и возрастной динамики синдрома в рамках резидуально-органической патологии и органической психопатии выявлен рад существенных признаков, характеризующих каждую из груш. В частности, выделен «кризовый» вариант инфантилизма, суть которого в наиболее общих чертах состоит 1) в его отчетливом выявлении в период пубертата 2) в особенностях клинического оформления — преобладании «кризовой» симптоматики.

Литературные данные, практика судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних свидетельствуют, что к числу предпочтительных в подростковом возрасте синдромов следует отнести следующие синдромы: гебоидный, сверхценных образований, патологического фантазирования.

Первые описания гебоидных расстройств по существу нашли отражение в рамках получившей широкое распространение в прошлом веке концепции «морального помешательства» (J. Prichard, 1835, 1847). Обращалось внимание на приуроченность таких расстройств как извращение чувств и влечений, нарушение нравственных норм, подростковому возрасту. Наиболее отчетливо эта связь впервые была показана в работах K. Kahlbaum (1890), описавшего гебоидный симптомокомплекс. Автор показал, что психические расстройства в подростковом возрасте имеют отчетливую специфику, по своим проявлениям напоминают психологические проявления пубертатного криза. К. Кальбаум в качестве отличительных признаков, характеризующих гебоидный синдром, приводил приуроченность расстройств к подростковому возрасту, их сходство с особенностями психологии нормальных подростков, преобладание в клинике «извращения чувств», нарушений поведения, отсутствие признаков нарастающего слабоумия, первичный дегенеративный характер поражения. Указанные расстройства описывались автором в рамках гебоидофрении; подчеркивалось, что заболевание носит характер «полупомешательства», проявления заболевания окружающими нередко воспринимаются как недостаточная воспитанность. В дальнейшем эта прогрессивная точка зрения, отражающая связь характера психических нарушений с фазами биологического созревания в определенной мере утратила свое значение. Гебоидные расстройства отождествлялись с прогредиентными формами заболевания, обращалось внимание преимущественно на отдельные аспекты проблемы, в частности, социальный (G. Rinderknecht, 1920; J. Berze, 1923 и др.).

Психопатология гебоидного синдрома, его возрастные и нозологические особенности исследовались П.Б. Ганнушкиным (1933), Г.Е. Сухаревой (1937, 1974), К.С. Витебской (1958), А.В. Гросман (1965), J.F. Masterson et al. (1966), Г.П. Пантелеевой (1971), Л.Б. Джартовым (1965), Р.А. Наджаровым (1969), М.Я. Цуцульковской, Г.П. Пантелеевой (1970), Ф.В. Кондратьевым

(1977), В.А. Гурьевой (1980), В.В. Ковалевым (1979), О.Д. Сосюкало с соавт. (1981), В.Н. Элиава (1982), Г.П. Пантелеевой с соавт. (1986), Г.В. Авровым (1987), Е.Н. Рубцовым (1987) и др.

Большинство исследователей относят гебоидный синдром к разряду психопатических или психопатоподобных; его суть составляют болезненно заостренные и искаженные эмоционально-волевые особенности личности, свойственные пубертатному периоду (В.В. Ковалев, 1979). Расстройства, входящие в структуру этого синдрома, могут быть подразделены на нарушения в сфере низших влечений и своеобразное эмоциональное притупление в сочетании с утрированными проявлениями психологического криза созревания (недоброжелательное или даже враждебное отношение к близким, нелепый критицизм, особая оппозиционность по отношению к общепринятым взглядам и нормам поведения и т.д.).

Синдром патологического фантазирования, как и другие психопатологические феномены подросткового возраста, имеет свои непатологический аналог, что с одной стороны значительно усиливает трудности дифференциальной диагностики, а с другой стороны свидетельствует о распространенности этого явления у детей и подростков. Фантазирование в этом возрасте — явление физиологическое, нормальное. Г.Е. Сухарева (1955) подчеркивала способность детей к иллюзорному фантастическому восприятию действительности в силу их возрастной психической незрелости, преобладания образного, эмоционального мышления, эйдетической особенности восприятия. В.Х. Кандинский (1911) указывал на тесное переплетение фантастического и реального в психике ребенка, а в патологии — фантастических представлений и обманов восприятия в форме псевдогаллюцинаций. Д.В. Менджерацкой, М.М. Рыбаковой (1952) и другими исследователями отмечалось, что физиологическое «здоровое» фантазирование проявляется в игровой деятельности, по содержанию тесно связано с жизнью, разнообразно у одного и того же ребенка. По мнению ряда советских детских психиатров, патологическое фантазирование отличается от склонности к фантазированию здоровых детей, необычайной стойкостью, косностью, нередко оторванностью от реальности, причудливостью содержания, часто сопровождается нарушениями поведения, дезадаптацией.

К настоящему времени приведены клинические характеристики различных вариантов синдромов фантазирования в структуре психопатий (В.А. Гурьева, 1980, 1986; Б.А. Леденев, 1977; 1981; В.М. Башина, 1980), при органических поражениях головного мозга (Г.Е. Сухарева, 1955; М.Я. Брайнина, 1940; Л.Я. Висневская, 1976; Э.А. Бурелов, 1980; С.А. Амоаший, 1986), шизофрении (Т.П. Симсон, 1935; В.Н. Мамцева, 1958; М.С. Вроно, 1971; И.К. Руднева, 1984), при патологически протекающем пубертатном кризе (В.А. Гурьева, В.В. Вандыш, 1986; Л.А. Крыгина, 1984), в структуре сверхценных образований (М.П. Исаченкова, 1986), гебоидного синдрома (Г.В. Авров, 1986), психического инфантилизма (С.А. Амоаший, 1986), преждевременном или ретардированном половом созревании (К.С. Лебединская, 1969, 1974), психогениях (В.В. Ковалев, 1979; Н.Б. Морозова, 1986).

Некоторые исследователи, сопоставляя синдром фантазирования при различных заболеваниях, приходят к выводу, что данный психопатологический феномен в большей степени отражает возрастные и общепатологические закономерности, чем нозологическую принадлежность (В.А. Гурьева, 1986; Л.Я. Висневская, 1978 и др.). Вместе с тем при некоторых вариантах психопатии и шизофрении в детском и подростковом возрасте авторами выделяются нозологически специфические признаки патологического фантазирования, которые могут иметь дифференциально-диагностическое значение (В.А. Гурьева, 1980; Б.А. Леденев, 1977; Г.Е. Сухарева, 1955; В.Н. Мамцева, 1958 и др.). Обобщая результаты исследований, можно также сказать, что психиатры по-разному оценивают степень патологичности фантазирования, до сих пор недостаточно обоснованы диагностические критерии этого синдрома, значимость данного психопатологического феномена в клинической и судебно-психиатрической практиках.

Понятие сверхценной идеи было введено в психиатрию немецким психиатров (1892). Карлом Вернике (1892), отличившим их от навязчивостей, описанных его учителем К.-Ф.-О. Вестфалем (1877). По К. Вернике, сверхценные идеи — это «воспоминания о каком-либо особенно полном аспекте переживаний или в целом ряде подобных, связанных между собой переживаний», принимающих «одностороннее господство в сознании» и рассматривающихся как «выражение собственной

личности». Болезненные сверхценные идеи характеризуются несоответствием мотива и вызванного им аффективного переживания, появлением других психопатологических феноменов, недоступных коррекции. ****(1910) считал, что в случае нормальных сверхценных идей «речь идет об общих жизненных взглядах, укрепившихся в нас благодаря воспитанию и привычке». Патологические же образования «возникают вследствие какого-либо волнующего душу переживания и благодаря своему чувственному тону приобретают длительное и решающее значение на мнение и поступки». K. Jaspers (1913) под сверхценными идеями понимал такие «убеждения, которые подчеркнуты очень сильным аффектом, понятным из самого больного, его судьбы».

Не анализируя подробно обширную литературу, посвященную описанию сверхценных образований, отметим лишь ряд обстоятельств. Исследования сверхценных идей велось в основном в плане описания их клинических особенностей в рамках различных нозологических единиц — паранойяльной психопатии, иных психопатий, психогений, при шизофрении (С.С. Корсаков, 1901; П.Б. Ганнушкин, 1933; О.В. Кербиков, 1971; Т.П. Печерникова, 1977; В.М. Морозов, 1934; Б.В. Шостакович, 1963; А.Н. Бунеев, 1940-1947; М.Г. Щирина, 1964; Г.Н. Сацевич, 1971 и др.).

Значительное внимание изучению этого психопатологического феномена уделялось всегда в судебно-психиатрической практике. И наконец, исследованиями ряда авторов установлено значительное своеобразие этого психопатологического феномена в детском и подростковом возрасте, его частота в период пубертатного криза. Так, В.Я. Гиндикин (1973) выявил, что сверхценные идеи при психопатиях возникают в 30% в детском, в 30% — в подростковом, в 20% — в юношеском возрасте. В.В. Ковалев (1973, 1979) считает, что склонность к образованиям сверхценных идей у подростков определяется характерным для них эмоциональным, идеаторным уровнем реагирования, В.П. Белов (1971) говорит о «функциональных язвах», М.А. Меграбян (1972) — о «стойких кататимных установках личности».

Сверхценные образования в подростковом возрасте могут быть представлены в форме дисморфофобии (М.В. Коркина, 1959-1984; М.С. Вроно, 1982; П.В. Морозов, 1977; M. Peruchon

et al., 1981), идей иных родителей (Th. Ziehen, 1924), синдрома сверхценных увлечений по В.В. Ковалеву (1979), «болезненного, мудрствований» по Г.Е. Сухаревой (1959), сверхценного стремления к самоутверждению, сверхценного фантазирования, сверхценных идей мести (В.А. Гурьева, В.Я. Гиндикин, 1980). В младшем подростковом возрасте, в связи с неравномерностью интеллектуального созревания, незрелостью мышления и критики, повышенной эмоциональностью, несформированностью способности к волевой коррекции могут возникать чрезмерно аффективно заряженные увлечения в виде «запойного» чтения (Р.А. Наджаров, 1964; М.С. Вроно, 1971). В позитивной фазе на фоне постепенной гармонизации и одновременно противоречивости в психологическом и социальном аспектах отмечаются повышенный самоанализ, «самокопание», появление повышенного интереса к отвлеченным проблемам. В позитивной фазе пубертата резко выявляется готовность к становлению различных сверхценных образований, принимающих форму идей, увлечений, занятий, ипохондрических и дисморфофобических переживаний. По нашим данным сверхценные образования занимают значительное место в рамках возрастной психопатологии в судебно-психиатрической практике, определяют поведение, в том числе и противоправное.

Таким образом, приведенные литературные данные, свидетельствуют о значительном многообразии психопатологических проявлений в период пубертатного криза, о специфике клиники в этот период, существенной роли возрастного фактора в этиопатогенезе расстройств, составляющих «патологический пубертатный криз».

1.2. Результаты исследования

Выяснение закономерностей клинического оформления и возрастной динамики пубертатной психопатологии в судебно-психиатрической практике было проведено путем клинико-катамнестического изучения подростков в возрасте 14-18 лет, находившихся на стационарном судебно-психиатрическом освидетельствовании во ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В.П. Сербского в 1981-1987 гг. Обследовано 100 подростков, которым при освидетельствовании был установлен диагноз патологически протекающего пубертатного криза. 72% на-

блюдений подтверждены катамнестически, средний возраст обследованных — 16,8 года. Соотношение подростков мужского и женского пола 9:1. Все подростки были направлены на освидетельствование для, решения вопроса о вменяемости. 22 испытуемых находились на повторном стационарном обследовании. Окончательное экспертное заключение откладывалось в 24 случаях.

Наиболее адекватным представилось сравнительно-нозологическое изучение пубертатной психопатологии. При этом мы исходили из предположения, что патологический пубертатный криз может иметь место, как в рамках конкретных психических заболеваний, так и проявляться самостоятельно. Это положение представляется, с нашей точки зрения, принципиальным, поскольку позволяет разграничивать два варианта изучаемых состояний: «патологический пубертатный криз» как синдром на этапе динамики известных нозологических форм и как относительно самостоятельное, как бы вне рамок принятой нозографии, состояние, «привязанное» только к периоду созревания. Как показали результаты работы, в подавляющем большинстве случаев речь идет именно об этапе возрастной динамики (84%) и только в 16% «патологический пубертатный криз» можно квалифицировать как относительно самостоятельное состояние.

Полученные данные, с одной стороны, свидетельствуют о формообразующей (синдромогенез) роли пубертата, с другой — о патогенетическом его значении. Как уже было оказано, впервые эта мысль была отражена в работах К. Кальбаума на модели гебоидного синдрома. Однако, в дальнейшем разработка положения о возможности выделения состояний, обусловленных самой патологией созревания, не носила систематизированного характера. Более того, в последние годы появилась тенденция к несколько расширительному толкованию гебоидных состояний с обобщением под этим понятием ряда клинических форм пубертатной психопатологии (Г.П. Пантелеева с соавт., 1986).

При отборе клинического материала мы руководствовались рядом критериев, характеризующих как структуру психопатологии, так и динамику этих состояний. Были отобраны те наблюдения, в клинической картине которых основное место занимала психопатологическая симптоматика, преимуществен-

ная для подростково-юношеского возраста; имел место достаточно отчетливый динамический сдвиг в период пубертатного криза; отсутствовала прогредиентность заболевания. Материал оказался сопоставимым и по ряду других параметров: однозначность распределения больных по возрасту и полу в исследованных нозологических группах, изучение только судебно-психиатрического контингента, единство методологических принципов — сравнительно-возрастной и сравнительно-нозологический метод исследования.

С учетом сказанного были выделены 3 группы наблюдений 1) патологический пубертатный криз при формирующихся психопатиях (28 наблюдений); 2) патологический пубертатный криз в рамках резидуальных органических состояний (56 наблюдений); 3) патологический пубертатный криз вне определенных нозологических рамок (16 наблюдений).

Наибольшие трудности для диагностики представляли те 42 наблюдения, в которых на одном из этапов психиатрического осмотра был выставлен диагноз шизофрении, не подтвердившийся катамнестически (при настоящем обследовании), либо в период стационарного освидетельствования не представлялось возможным исключить шизофренический процесс. В этих случаях в актах экспертизы комиссия отмечала необходимость динамического наблюдения. В соответствии с поставленными задачами (выявление причин и условий возникновения патологического пубертатного криза) были проанализированы данные о наследственной отягощенности, перенесенных экзогенных вредностях и характере микросредовых влияний в изучаемых трех нозологических группах.

Группа патологического пубертатного криза в рамках формирующейся психопатии, обозначена как первая группа (1), группа патологического пубертатного криза на фоне резидуальной органической недостаточности как вторая (2) и патологический пубертатный криз вне рамок какой-либо известной нозологии — третья группа (3).

Результаты работы показывают, что неблагоприятная наследственность в целом по всем группам выявлена в очень высоком проценте наблюдений (86%). Даже в третьей группе она констатирована в большей половине наблюдений (64%). Вместе с тем следует отметить, что наиболее часто имела место отягощенность токсикоманиями и психопатиями, шизофрения

в семьях исследованных подростков встречалась достоверно реже. Не отмечено преобладание наследственной отягощенности по сравнению с другими группами и в тех наблюдениях, где подросткам ранее выставлялся диагноз шизофрении, либо при настоящем обследовании его нельзя было отвергнуть. Подобный характер наследственной отягощенности, по нашему мнению, в значительной мере отражает микросоциальное окружение в семье, характер взаимоотношений подростков с родителями. Как показали результаты работы, этот фактор неблагоприятного воздействия особенно значимым становится в период негативной фазы пубертата, нередко определяет патохарактерологические и психогенные моменты личностных девиаций.

Наиболее неблагоприятные микросредовые влияния имели место в группе патологического пубертатного криза (3) — около 90%, хотя различия с другими группами недостоверны. Сравнительный анализ показал также, что в 1 и 2 группах наблюдений превалировали психотравмирующие воздействия, которые отчетливо сказывались на клинической картине и динамике пубертатных нарушений психики. В 3 группе речь идет о таких факторах воздействия, которые в основном влияли на социально-психологический статус личности (воспитание по типу гипоопеки, безнадзорности, алкогольные традиции, отрицательные морально-этические установки в семье, культивирование асоциального стиля поведения и др.). Можно утверждать, что на исследованном материале наблюдаются достаточно тесные корреляции между наследственной отягощенностью в плане личностной патологии с социальной девиацией и неблагоприятными микросредовыми воздействиями, значимость которых повышается в период негативной фазы пубертата.

Анализ перенесенных экзогенно-органических вредностей имевших место в анамнезе испытуемых, показал также высокую частоту их встречаемости. В данном сообщении нет необходимости останавливаться подробно на различии патогенетических механизмов в группах органических психопатий и резидуально-органических состояний. Отметим лишь, что во всех наблюдениях 1 и 2 группы речь шла преимущественно о перинатальной патологии (период беременности, родов, раннего постнатального развития); вредности как правило носили

сочетанный характер. Уровень органического поражения был неглубокий, отсутствовали признаки текущего процесса. Следует остановиться отдельно на характеристике в этом отношении 3 группы. Предлагая автономное выделение состояний патологического пубертатного криза, нельзя не отметить известную условность этой группировки, поскольку генез психопатологических расстройств в данных наблюдениях не ограничивается дисбалансом соматоэндокринного метаморфоза. Достаточно сказать, что на изученном материале экзогенно-органические вредности в 3 группе наблюдений отмечались в 73%. Вместе с тем, последствия этих ранних органических вредностей не выходили за пределы отдаленных проявлений минимальной мозговой дисфункции, отмечались только в раннем детском возрасте, не складывались в психоорганический синдром и не сопровождались какой-либо «органической окраской» в период пубертатного криза. Все это позволяет считать, что роль органической недостаточности в 3 группе не является самостоятельной, она создает здесь лишь одно из условий для возникновения патологии в период криза.

Помимо анализа «почвы» (наследственная отягощенность, перенесенные экзогенно-органические вредности), характера микросредовых и психогенных воздействий, особое внимание было обращено на особенности соматоэндокринного созревания. В этом отношении исследование выявило следующее. Те или иные нарушения темпа и сроков соматоэндокринного метаморфоза отмечались почти во всех наблюдениях трех исследованных групп. Имели место и задержанное, и бурное, и дисгармоническое созревание. Оценка характера полового созревания проводилась нами с учетом имеющихся в настоящее время критериев, согласно которым необходимо учитывать как последовательность становления частных признаков метаморфоза, так и темп созревания, его сроки. В соответствии с данными К.С. Лебединской (1959), отклонения в сроках на 2 года следует считать патологией.

Нарушение темпа и сроков соматоэндокринного метаморфоза в группе психопатий и резидуально-органических состояний распределялось более или менее равномерно (задержанное, ускоренное, дисгармоническое). Иная картина была отмечена в 3 группе, где асинхрония физиологического созревания проявлялась в резком преобладании дисгармонического

характера соматоэндокринного метаморфоза — нарушение последовательности становления частных признаков. Помимо физиологического аспекта анализировались и особенности психологического созревания подростков, а также корреляции между соматооэндокринным и психологическим созреванием. В этом плане исследование выявило преобладание во всех группах наблюдений психической незрелости в разной степени выраженности. При этом в группе органических поражений наиболее часто отмечались случаи тотального инфантилизма, характеризующегося сочетанием физической и психической незрелости (32%). И наоборот, в группе органических психопатий и особенно в 3 группе наблюдений речь, как правило шла о парциальном (психическом) инфантилизме. Более того, в 3 группе наблюдений практически в каждом втором случае замедленное психическое созревание сочеталось с ускоренным физическим развитием.

Характеризуя в целом этот аспект проблемы, можно указать, что для патологически протекающего пубертатного криза характерно достоверное преобладание дисгармонических асинхроний, что полностью соответствует положению Г.Е. Сухаревой о большой вероятности возникновения психической патологи При дисгармоническом половом созревании.

Приведенные данные позволяют сделать вывод, что патологическое протекание пубертатного криза определяется сложным сочетанным воздействием разных факторов, этиопатогенетичеекая значимость которых не одинакова в трех сравниваемых группах. В первых двух группах нарушения пубертатного соматоэндокринного метаморфоза играют больше патопластическую, а в 3 — патогенетическую роль. Все другие факторы (экзогенно-органические, наследственные, психосоциальные) в 3 группе наблюдений создают ту сложную почву, которая облегчает, но не определяет возникновение патологического пубертатного криза.

Прослеживание динамики патологического пубертатного криза показало частоту наблюдений с острым началом, т.е. с массивным выявлением симптоматики (как правило, в негативной фазе пубертата). Вместе с тем сравнительный анализ свидетельствует, что такое острое начало в 3 группе наблюдений было абсолютно характерным, в 1 — преобладающим, а во 2 — с одинаковой частотой наблюдались как острое начало,

так и постепенное развертывание симптоматики. В подгруппе «не исключена шизофрения» начало было идентичным со 2-й группой. Эти данные, безусловно, коррелируют с уже отмеченными особенностями соматоэндокринного созревания — преобладанием дисгармоничности в группах «чистого» патологического пубертата и психопатий.

Известно, что в подростковой психиатрии такие варианты динамики как «личностный сдвиг», «крутой перелом» и т.п. как правило, отождествляются с манифестацией эндогенного заболевания. По нашим данным их оценка не должна быть столь однозначной. Результаты работы свидетельствуют, что острое выявление пубертатной психопатологии в ряде случаев именно характером соматоэндокринного созревания. В этой связи следует оговорить и еще одно обстоятельство. Речь идет о тех единственных пубертатных приступах шизофренической природы с клинической картиной патологического криза, которые не сопровождаются появлением в постпубертатном периоде выраженного психического дефекта, расстройств адаптации или нарушений профессионального роста (Р.А. Наджаров, М.Я. Цуцульковская, 1985). Единственным проявлением дефекта, как считают авторы, может оказаться психическая незрелость, выраженная нерезко и не препятствующая социальной адаптации. Не исключая возможности таких единственных пубертатных шубов, следует помнить и то обстоятельство, что «каждый вредный фактор, воздействующий на организм, не закончивший своего физиологического роста, может привести к задержке развития» (Е.П. Осипова, 1940). Большинство психиатров, занимающихся изучением пубертатного криза, не только патологического, но и нормального, отмечают период наибольшей психической дезинтеграции с замедлением или даже приостановкой развития период временного «поглупения». Кроме того, как свидетельствуют результаты работы, инфантилизм частичный либо тотальный нередко является одним из условий, предпосылок формирования патологического состояния, а не его следствием. Иными словами, возникновение психической незрелости в период патологического пубертатного криза — явление не исключительное, а закономерное и нозологически неспецифическое.

С отмеченной характерной для всех трех групп наблюдений дисгармонической ретардацией тесно коррелировали и

особенности психологического криза созревания, что проявлялось в своеобразном сочетании психической незрелости с гротескным заострением проявлений подростковой психики. При этом, для группы психопатий оказалось типичным утрированное стремление к самоутверждению, отмежеванию от детскости; для группы резидуально-органических состояний — самоутверждение с позиций силы, реакции оппозиции, нередко сочетающиеся с внушаемостью, имитацией отрицательного стиля поведения, повышенной конформностью, склонностью к реакциям группирования. Для 3 группы наблюдений (патологический пубертатный криз вне рамок какой-либо нозологии) наиболее типичным было стремление к самовыражению, стремлению к самоутверждению как с отрицательных так и положительных позиций, увлечение абстрактными проблемами. Кризовые проявления в этой группе были наиболее массивны и полиморфны; иногда по существу исчерпывали клиническую картину.

Результаты работы свидетельствуют, что к числу наиболее типичных для патологического пубертатного криза синдромов следует отнести: аффективные расстройства (100%), психопатические и психопатоподобные состояния (93%), синдромы психического инфантилизма (82%), нарушенных влечений (70%), гебоидные состояния (66%), сверхценных образований (62%), пубертатной астении (48%), фантазирования (46%). Следует отметить, что практически во всех наблюдениях клиническая картина определялась не одним синдромом, а их сочетанием. Лишь в половине наблюдений можно было выделить какой-либо один ведущий синдром. Сочетания синдромов были подвижными, неустойчивыми.

Синдромы аффективных расстройств входили в структуру различных вариантов патологического криза, значительно усложняя и утяжеляя клиническую картину. Речь идет как уже о перечисленных разнообразных аффективных реакциях возрастного регистра (реакции оппозиции, протеста, отказа и проч.), так и о личностных реакциях, укороченных аффективных фазах (эпизодах по П.Б. Ганнушкину) в виде дисфорий, дистимий, гипоманий. Из личностных наиболее типичными оказались реакции по возбудимому, истерическому типам, реакции раздражительной слабости. При этом чаще имело место сочетание различных типов аффективной патологии.

Для группы органических поражений более типичными оказались различной продолжительности (дни, часы) монополярные расстройства настроения (преимущественно в сторону снижения, с дисфорическим оттенком). Аффективные нарушения при психопатиях оказались более полиморфными, характеризовались как монополярными так и биполярными колебаниями; были менее продолжительны. Отмеченные аффективные колебания тесно коррелировали с психической активностью подростков. В 3 группе чаще наблюдались биполярные циклотимоподобные нарушения по типу фазовых состояний, достаточно длительные (дни, недели).

Аффективная патология тесно переплеталась с проявлениями пубертатной астении в рамках неврозоподобных, невротических расстройств. Установлено, что основной особенностью синдрома пубертатной астении является его количественная и качественная атипия. В плане глубины расстройств речь идет о выраженной вариабельности синдрома: они могут быть либо одним из компонентов клинической картины, либо определять ее в значительной мере (но на протяжении небольшого временного отрезка), либо быть достаточно выраженными и стойкими. Эти состояния у исследованных подростков характеризовались спонтанным возникновением, либо появлялись в ответ на парадоксально малозначимые неблагоприятные внешние воздействия. Лишь комплексная оценка состояния подростка с констатацией асинхроний соматоэндокринного созревания, «пубертатных» соматических и эндокринных нарушений, вегетативной патологии (отмечавшихся почти в 90% наблюдений) позволяли правильно решить диагностические вопросы. Другой важной особенностью этих состояний являлось сочетание астенических расстройств с личностными нарушениями. В связи с этим клиническая картина оказывалась не чисто астенической, либо наряду с собственно астеническими расстройствами имели место истероастенические, астеноипохондрические (реже) состояния, в трети наблюдений — отчетливые астено-депрессивные синдромы.

Истероастенические синдромы пубертатного возраста при известной поверхностности собственно астенических расстройств характеризовались гиперболизацией и драматизированностью жалоб, зависимостью самочувствия от ведущих эмоций, преобладанием явлений раздражительной слабости, яр-

ких, многообразных соматизированных симптомов. Достаточно редкими и вместе с тем стойкими оказались астеноипохондрические расстройства пубертатного возраста. Ведущими жалобами здесь были быстрая утомляемость, ощущение снижения физического тонуса, общая разбитость. У некоторых больных имела место т.н. «ипохондрия здоровья» — стремление к проведению разного рода оздоровительных мероприятий. Чаще же темой сверхценных переживаний в этом возрасте являлось собственное физическое несовершенство, дисморфофобические расстройства.

Большое значение для квалификации астенических расстройств в пубертатном периоде имел тот факт, в рамках каких динамических сдвигов они возникали. При невротических реакциях речь шла о кратковременных астенических состояниях достаточно простой структуры. Психогенно обусловленные расстройства настроения проявлялись чаще в форме астенодепрессивных состояний с гиперболизацией существующих проблем, суицидальными тенденциями, усилением соматопсихической астении. В период стационарного судебно-психиатрического освидетельствования эти состояния нередко принимали затяжной характер, являлись причиной длительного пребывания на обследовании, в ряде случаев — невозможностью решения экспертных вопросов, в связи с чем подростки направлялись на принудительное лечение в психиатрические больницы «до выхода из реактивного состояния». Особое место астеническая патология по типу депрессий истощения (P. Kielholz, 1969) занимала у подростков с психогенным формированием личности в условиях длительной психогенной травматизации, связанной с неправильным поведением родителей. Особенности динамики этих состояний, их судебно-психиатрическое значение отражены в диссертационной работе И.Б. Морозовой.

Основное значение пубертата состоит в формировании не только генеративных функций, но и личности. При патологическом протекании пубертата нарушается созревание именно личностных структур. Даже при наличии конкретных нозологических форм в период пубертатного криза резко преобладает психопатоподобное оформление клинических структур. При этом для первой группы наблюдений были характерны следующие варианты личностных девиаций: шизоидные, неустой-

чивые, возбудимые, истерические, мозаичные. Для второй группы — психопатоподобные расстройства по возбудимому, неустойчивому истеро-возбудимому, мозаичному типам; гебоидные состояния. Характерные варианты психопатоподобных синдромов в третьей группе — по возбудимому, неустойчивому типам; гебоидные состояния. Лишь в 7% наблюдений речь шла об акцентуациях характера, в остальных же случаях можно было констатировать достаточно очерченные и стойкие на том этапе психопатические и психопатоподобные синдромы.

Не останавливаясь на феноменологии этих синдромов, приведем лишь полученные данные, характеризующие особенности возрастной динамики личностной аномалии; в этом плане в изученных трех группах имеются существенные различия.

Так, при психопатиях отдельные личностные отклонения отмечались уже в детском возрасте. В допубертатном периоде эти особенности имели тенденцию к усилению; можно было говорить об определенной поступательной динамике личностной патологии. Негативная фаза пубертата характеризовалась как отчетливым утяжелением личностной патологии, так и ее выявлением во всех наблюдениях. При этом в негативной фазе пубертата отмечался этап выраженной мозаичности клинической картины как за счет сочетания в каждом случае различных личностных особенностей, так и за счет полиморфности клинической картины (утрированные проявления психологического криза созревания, возрастные аффективные реакции, неоднозначные формы реагирования по Б.В. Шостаковичу, 1971). В отличие от психопатий при резидуально-органических состояниях формирование психопатоподобных состояний происходило, как правило, раньше и к началу пубертатного криза их становление нередко заканчивалось. Мозаичность клинической картины в негативной фазе в значительной мере обуславливалась выявляющейся психоэндокринной патологией. Выраженное своеобразие возрастной динамики отмечено в 3 группе. В допубертатном периоде, несмотря на частоту экзогенно-органических вредностей и наследственной отягощенности, лишь в 28% наблюдений можно было говорить об отдельных личностных особенностях, которые были статичны, не влияли на характер адаптации этих детей. С началом пубертатного криза происходил такой скачок в выявлении психопатоподобных нарушений, что складывалось впечатление о спе-

цифическом личностном сдвиге. Этот скачок характеризовался не только количественными, но и качественными изменениями клинической картины, т.е. выявлялись новые личностные, особенности. Это сочеталось с выраженными поведенческими нарушениями, спонтанными аффективными расстройствами, выявлением инфантилизма, преходящей дезинтеграции мыслительной деятельности, снижением продуктивности. Такой характер протекания негативной фазы пубертата определял тот факт, что практически во всех наблюдениях возникала необходимость исключения шизофренического процесса. Этому способствовало и появление таких психопатологических феноменов как пубертатная астения, слабость побуждений, снижение способностей к продуктивной деятельности, негативное отношение к родителям, расстройства влечений, патологический уровень фантазирования, сверхценных образований и др.

Анализ последующей динамики клинической картины показал, однако, преходящий характер этих нарушений, их корреляцию с патологией психоэндокринного созревания. Те же тенденции отмечались и в 3 группе наблюдений. При этом, казалось бы сформированные психопатоподобные синдромы также постепенно становились все менее выраженными, нивелировались в постпубертатном периоде. Дольше сохранялись личностная неустойчивость и незрелость, что облегчало формирование алкоголизма, социальные девиации с отсутствием положительных социальных установок, несформированность морально-этических качеств. Иными словами, в 3 группе наблюдений в постпубертатном периоде основное место занимала асоциальность испытуемых.

При изложении полученных результатов мы уже касались вопросов частоты, структуры, выявленных в группах различий в аспекте психической незрелости. Кроме того, возрастная динамика органического инфантилизма достаточно полно представлена в диссертационной работе С.А. Амоаший (научный руководитель В.А. Гурьева). Тем не менее, считаем нужным привести основные полученные результаты, имеющие непосредственное отношение к судебно-психиатрической экспертизе несовершеннолетних:

· инфантилизм занимает существенное место в структуре патологического пубертатного криза;

· он, как правило, носит дисгармонический характер;

· выявлены отчетливые корреляции между инфантилизмом и девиантным поведением у подростков; это поведение обуславливается выраженностью утрированных проявлений психологического созревания — реакций, как имитации, группирования, так и активных реакций протеста, самоутверждения);

· психическая незрелость в структуре патологических состояний пубертатного периода («кризовый» вариант инфантилизма по В.А. Гурьевой) не может быть однозначно оценена как негативные расстройства после перенесенного пубертатного шуба; ее следует считать нозологически нейтральной.

При экспертной оценке синдрома инфантилизма такие показатели его глубины как слабость интеллектуального и волевого контроля, волевые нарушения в виде выраженных внушаемости, подчиняемости, подражательности, инфантильная мотивация, отсутствие борьбы мотивов при принятии решения, тотальная дезадаптация, неуправляемость поведения, нарушения прогностических и критических способностей.

Крайне значимой клинической формой патологического пубертатного криза являются гебоидные состояния из-за их частоты в судебно-психиатрической практике несовершеннолетних и тех трудностей дифференциальной диагностики, с которыми приходится сталкиваться при их квалификации. Выделение этих состояний из группы психопатоподобных расстройств представляется принципиально важным, поскольку в соответствии с классическим определением — это клиническое понятие включает специфические пубертатные эмоциональные нарушения (черствость, жестокость, оппозиционность, утрированное стремление к самоутверждению, эмоциональную отчужденность) и расстройства в сфере влечений. Иными словами, основным содержанием этих состояний являются доведенные до гротеска пубертатные расстройства, а не те нарушения, которые определяют клинические варианты психопатий либо психопатоподобных состояний.

Исследование показало, что во всех группах наблюдений при вариабельности и полиморфизме клиники гебоидный синдром содержал в себе три обязательных компонента: патология в сфере влечений, нарушения психологического созревания личности и грубые изменения в сфере «социализированных» эмоций.

Патология влечений была представлена весьма широко — от простого усиления, расторможенности до появления навязчивых компонентов, признаков импульсивности и неодолимости. Следует сразу же оговорить, что неодолимость в классическом понимании имела место лишь в отдельных случаях. Кроме того, на исследованном состоянии речь шла чаще о временных нарушениях в сфере влечений, что наиболее наглядно было представлено в третьей группе; в группе с органическими поражениями расстройства в сфере влечений были более стойкими, спаянными с личностными особенностями, выявлялись уже в допубертатном периоде. Наиболее частой формой патологии во всех трех группах являлись сексуальные расстройства (сексуальная расторможенность, садизм, перверзные действия), встречавшиеся как правило, в сочетании с алкоголизацией, употреблением наркотических, токсических средств, уходами. Возрастные особенности нарушенных влечений проявлялись в бурном их выявлении при недостаточном психологическом осознании их сущности. В связи с этим часто отсутствовал компонент внутренней переработки побуждения, не было борьбы мотивов, характерной оказалась импульсивность в удовлетворении потребностей. Осознание этих побуждений и попытка преодолеть потребность появлялись значительно позже, после столкновения с требованиями общества, закона. С этого же периода появлялись тесно связанные с типом расстроенного влечения сверхценные образования.

Искажение психологического созревания личности выражалось в утрированной эгоцентричности, сверхценном стремлении к самоутверждению любыми, сознательно выбираемыми, шокирующими способами, оппозиционности, переоценке собственной личности, грубым нарушением поведения. Изменения в сфере «социализированных» эмоций (как известно, формирующихся в процессе воспитания и являющихся регулятором поведения) выражались в снижении, а в ряде, случаев, и в полном отсутствии чувства вины, жалости, стыда, способности к сопереживанию.

На клиническом материале были прослежены два основных варианта синдрома. В клинической структуре одного из них преобладали патологические влечения, в структуре другого — утрированные проявления психологического криза созревания. При этом первый вариант, как правило, выявлялся у

подростков с отчетливыми признаками органического дефекта, второй — в группе «чистого» патологического пубертата. Следует отметить и то обстоятельство, что гебоидные расстройства достаточно часто и широко были представлены у подростков с задержками психического развития, что противоречит существующему мнению от преобладании акселерированного развития при гебоидном синдроме.

К нозологически неспецифическим признакам синдрома по данным исследования можно отнести: 1) тесную связь» особенностей клинического оформления гебоидного синдрома с психопатоподобными расстройствами (в основном с возбудимым и неустойчивым радикалами); 2) частое сочетание гебоидных расстройств с другими, характерными для подросткового возраста, синдромами (сверхценных образований, фантазирования); 3) наибольшая выраженность гебоидных расстройств в период негативной фазы; 4) склонность к реализации влечений, и других психопатологических расстройств в соответствующей мотивации ООД, высокая криминогенная активность этих больных, в том числе и за счет имитации асоциальных форм поведения.

Содержание, клиническое оформление и возрастная динамика синдрома фантазирования в трех изученных группах имела свои характерные черты. В группе психопатических личностей особенности фантазирования определялись характером преобладающей личностной патологии. У истерических личностей со свойственной им повышенной и поверхностной эмоциональностью, слабостью высших волевых процессов, дисгармоническим инфантилизмом, стремлением к самоутверждению, фантазирование часто приобретало сверхценный характер. На фоне длительной психотравмирующей ситуации отмечалось усиление фантазирования по механизму «псевдокомпенсации». У подростков с преобладанием тормозимых черт псевдокомпенсаторный характер фантастических переживаний также определялся стремлением к самоутверждению, но в отличие от истеричных, сопряженным с чувством собственной неполноценности. Пониженная самооценка, усугублявшаяся в условиях психогении, определяла контрастный характер фантазий. Фантазии шизоидов чаще возникали аутохтонно, носили отвлеченный, аутистический характер и как бы замещали неинтересные для них события жизни. В отличие от истеричных и

тормозимых в этой группе на фоне переоценки собственной личности, склонности к ауторефлексии, философизму и интеллектуальному самосовершенствованию, фантазирование проявлялось в виде наукообразного творчества с попытками разрешения абстрактных проблем. У подростков с преобладанием эксплозивных и особенно эпилептоидных личностных свойств застойность аффекта, злопамятность, мстительность определяли фиксированность на отрицательно окрашенных переживаниях и монотематичность фантазирования, носившего, как правило, гиперкомпенсаторный характер. Естественно, что характер преобладающей личностной патологии в рамках психопатоподобных расстройств определял структуру фантазирования и в двух других изученных группах (резидуально-органические поражения головного мозга, «чистый» пубертат). Сравнительный анализ показывает, что во второй группе наблюдений фантазирование было менее содержательным, носило, как правило, агрессивно-садистический характер; в третьей группе наблюдений по своему клиническому оформлению оно приближалось к фантазированию подростков, страдающих психопатиями.

Утяжеление синдрома коррелировало с выявляющимися в негативной фазе пубертата дисфорическими расстройствами, параноидными включениями, расстройствами влечений. Эта связь особенно отчетливо выявлялась в группе больных с резидуально-органическими поражениями.

Обобщая выявленные закономерности, касающиеся синдрома фантазирования, можно отметить, что в первой группе наблюдений решающую роль играли личностные особенности подростков, во второй — особенности протекания соматоэндокринного метаморфоза, в третьей — психологического криза созревания. Безусловно, такие корреляции являются наиболее общими; в действительности содержание и динамика синдрома в каждом конкретном случае определялись сочетанным влиянием перечисленных факторов.

Результаты исследования позволили выявить и признаки патологичности синдрома. К их числу следует отнести: сверхценное содержание фантазий, наличие феномена «ухода в мир грез и фантазий», готовность к «перевоплощению» в вымышленные образы, гипер- и псевдокомпенсаторные механизмы фантазирования, связь нарушений поведения с содержанием

фантазий, устойчивые тенденции к реализации фантазий, несмотря на меры воспитательного характера, то есть появление признаков некорригируемости. В этой связи следует отметить и то обстоятельство, что патологические фантазии у подростков нередко реализуются в виде общественно-опасных действий. Анализ клинического материала показал частоту связи характера ООД с содержанием патологических фантазий, то есть характерность патологической мотивации. Особенно отчетливо эта связь наблюдалась у подростков первой группы наблюдений.

Сравнительно-нозологическая (психопатии, резидуально-органические поражения, шизофрения) и сравнительно-возрастная характеристики синдрома сверхценных образований достаточно полно представлены в диссертационной работе М.П. Исаченковой. Исследование выявило ряд существенных корреляций в зависимости от основного заболевания, характера протекания соматоэндокринного и особенно психологического криза созревания, степени психической зрелости, дополнительных экзогенных вредностей, в первую очередь психогенных. Показана значимость синдрома сверхценных образований в практике судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних: трудности разграничения доминирующих идей и сверхценных патологических образований, их влияние на поведение (в том числе и противоправное), дифференциально-диагностические критерии, отличающие этот синдром. На основании анализа наблюдений представляется возможным выделить следующие признаки патологичности сверхценных образований: 1) выраженное доминирование в сознании идеи, представления, увлечения, отношения к чему или к кому-либо; 2) аффективная заряженность и охваченность на уровне овладевающей идеи; 3) убежденность и отсутствие попытки поиска иных решений (нарушение критики); 4) стойкость и склонность к углублению; 5) появление инфантильной разработки основного сверхценного образования в виде патологических фантазий; 6) при принятии решения отсутствие борьбы мотивов; 7) возникновение кататимности мышления и интерпретативных компонентов.

При наличии совокупности указанных признаков заключение о невменяемости может основываться на оценке тяжести самих сверхценных образований.

Характеризуя судебно-психиатрический аспект изучаемой проблемы, остановимся прежде на некоторых социальных характеристиках. Известно, что профилактика общественно-опасных действий подростков с психическими отклонениями находится в прямой зависимости от качества ранней диагностики и соответственно своевременности оказания больным адекватной лечебно-реабилитационной помощи. По нашим данным, 80% подростков до поступления в Институт находились под психиатрическим наблюдением, однако анализ медицинской документации позволяет утверждать, что только в половине наблюдений психическое состояние больных на том этапе оценивалось с учетом динамического сдвига в период пубертатного криза. Обращает на себя внимание то обстоятельство, что в значительной части наблюдений (практически в каждом третьем случае) отмечалось расхождение в диагностике на нозологическом уровне. В ряде случаев это шло за счет гипердиагностики детской шизофрении в допубертатном периоде, в других наблюдениях недооценка значимости, патогенетических механизмов, отражающих нарушенное созревание в период пубертатного криза, определяло гипердиагностику шизофрении в подростковом возрасте. И наконец, в связи с характерным для подросткового возраста аутистическим характером болезненных переживаний, преобладанием поведенческих расстройств, «психологически понятных» возрастных форм реагирования недооценивалась тяжесть состояния в целом. Сказанное, безусловно свидетельствует о ненадежности существующих критериев клинической диагностики пубертатной психопатологий, о необходимости комплексного подхода к оценке патогенетических механизмов изучаемых состояний. Однако, следует учитывать, что в судебно-психиатрической практике существуют реальные случаи, когда окончательная нозологическая квалификация не представляется возможной, в силу таких особенностей динамики и клинического оформления патологического состояния как резкий качественный сдвиг, наличие подозрительных в плане эндогенного заболевания эмоционально-волевых расстройств, рудиментарной психопатологической симптоматики, дезинтеграции мышления. В этих случаях, безусловно, основное значение должно принадлежать данным катамнеза. Тем не менее, и в этих наблюдениях существуют достаточно надежные клинические критерии, позволя-

ющие выносить окончательное заключение относительно экскульпации испытуемого.

На основании полученных данных представляется возможным выделить следующие клинические критерии оценки глубины пубертатной психопатологии: 1) выраженность призовой симптоматики до степени, исключающей или резко сужающей способность к адаптации и коррекции своего поведения; 2) наличие очерченных психопатологических синдромов, характерных для подросткового возраста, особенно если они взаимосвязаны; 3) резко выраженная дисгармоничность и незрелость психики; 4) наличие патологической мотивации ООД; 5) нарушение критических способностей. Соответствующие сведения, касающиеся оценки конкретных психопатологических синдромов, были приведены выше.

Анализ характера общественно-опасных действий, совершенных изученными подростками, свидетельствует о высокой криминогенной их активности (преобладание тяжких ООД — убийства и попытки убийства, изнасилования, грабежи и разбойные нападения). К числу наиболее криминогенных в силу отмеченных выше особенностей клинического оформления следует отнести такие психопатологические образования как гебоидный синдром, сверхценные образования, синдром патологического фантазирования.

Результаты работы свидетельствуют том, что в подавляющем большинстве наблюдений (91%) подростки были признаны невменяемыми.; в трети наблюдений выраженность психопатоподобных, гебоидных расстройств, аффективной патологии, а также тяжесть содеянного определяли, необходимость направления этих больных на принудительное лечение в психиатрические больницы специального типа (после принятия новых регламентирующих положений — в психиатрические больницы с усиленным и строгим наблюдением).

В задачи исследования входила и разработка вопросов проведения принудительного лечения. Однако на предварительном этапе работы стало очевидным, что эта проблема нуждается в самостоятельном изучении. Решение этой задачи оказалось невозможным отчасти в связи с тем обстоятельством, что в последние годы был принят ряд новых положений, регламентирующих принудительное лечение психически больных,

в том числе и подростков. Исследование указанного аспекта проблемы предполагается в будущем.

Таким образом, результаты исследования позволяют утверждать, что группировка патологических состояний в период пубертатного криза должна быть построена с учетом как психопатологических характеристик, уточняющих клиническое представление о патологическом пубертатном кризе, так и патогенетических механизмов, отражающих характерные для этого возраста явления общего и психического дизонтогенеза.

Исследование дает также возможность: 1) констатировать наличие очерченной картины патологического пубертатного криза в трех изученных группах; 2) выявить общие клинические закономерности этого состояния, и особенности, характерные для каждого клинического варианта; 3) обосновать относительную нозологическую нейтральность понятия «личностный сдвиг», ряда эмоционально волевых нарушений, считающихся специфическими для шизофрении; 4) обосновать необходимость диагностического подхода, учитывающего как особенности клинической картины, так и патогенетических механизмов, отражающих возрастной фактор, неблагоприятные влияния извне; 5) на основании полученных данных разработать оптимальный судебно-психиатрический подход к оценке изучаемых состояний.

Для обоснования положения о патологическом пубертатном кризе в рамках известных нозологических форм, выступающего как этап динамики психических заболеваний имеют значение следующие обстоятельства: 1) массивное выявление в период пубертата психических нарушений при малой их выраженности в до- и постпубертатном периодах; 2) значительное преобладание в клинической картине нозологический неспецифической симптоматики, преимущественной для подросткового возраста; 3) наличие утрированных проявлений психологического криза созревания и соответствующих форм реагирования; 4) наличие асинхроний соматоэндокринного метаморфоза с удлинением сроков пубертатной дезинтеграции, дисгармоний процесса созревания чаще в форме дисгармонической ретардации.

В качестве условий для выделения понятия патологического пубертатного криза как относительно самостоятельного болезненного состояния, наряду с перечисленными могут быть

использованы следующие показатели: 5) хронологическое соответствие начала и редукции психопатологических проявлений периоду психоэндокринного метаморфоза; 6) наличие количественных и качественных корреляций между психопатологической и возрастной симптоматикой (время выявления максимальной выраженности и проч.), между характером психоэндокринного метаморфоза и типом клинического оформления психических расстройств; 7) отсутствие истинной прогредиентности и признаков психического дефекта (стойких негативных изменений психики по органическому и шизофреническому типам); 8) исключение клинических закономерностей, характерных для становления стойкой личностной аномальности (психопатии, патологические развития личности).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящее исследование посвящено выяснению закономерностей клинического оформления и динамики патологических состояний, хронологически и по существу (преобладание в клинической картине расстройств, преимущественных для подросткового возраста), связанных с пубертатным кризом. Конкретные задачи исследования состояли в определении диапазона расстройств, входящих в это патологическое состояние; выделение его вариантов с учетом глубины расстройств, нозологической принадлежности, характера протекания психологического и соматоэндокринного созревания; выявление условий, способствующих возникновению патологического течения пубертатного криза; изучение судебно-психиатрического аспекта проблемы.

Клинико-катамнестическим и параклиническим (эксперементально-психологическое, электрофизиологическое, отчасти биохимическое обследование) методами с использованием данных неврологического, эндокринологического и соматического осмотра были изучены 100 подростков, находившихся на стационарном судебно-психиатрическом освидетельствовании во ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В.П. Сербского с 1981 по 1987 гг. с диагнозом патологического пубертатного криза.

Средний возраст обследованных 16,8 года. Соотношение подростков мужского и женского пола составило 9:1. Катамнестические данные имеются в 72% наблюдений.

Исследование структуры и возрастной динамики пубератной психопатологии позволило подтвердить обоснованность выделения клинического понятия «патологический пубертатный криз». При этом исследование показало, что в подавляющем большинстве наблюдений (84%) это состояние укладывается в рамки возрастной динамики психопатий, резидуально-органических поражений головного мозга; в 16% наблюдений оно проявляется в виде относительно самостоятельного болезненного состояния.

Исследование позволило также обосновать методологический подход к выделению изучаемых состояний, который предполагает учет, как психопатологических характеристик, так и сложных этиопатогенетических механизмов, объясняющих причины предпочти тельного выявления в этом возрасте специфических расстройств (психическая незрелость, психопатоподобные состояния, нарушения влечений, гебоидные, сверхценные образования и др.). Подобный методологический подход, основанный на анализе двух взаимосвязанных уровней (психопатологического и дизонтогенетического), позволил значительно повысить надежность диагностических критериев, что особенно актуально в практике судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних.

В результате проведенного исследования представилось возможным обосновать условия, необходимые для квалификации этого состояния, как в рамках определенной нозологии, так и в форме относительно самостоятельной, обусловленной преимущественно патологией созревания, психопатологической структуры. Выявлен основной спектр клинических расстройств, их вариации с учетом нозологической принадлежности, обнаружены типичные корреляции психопатологических синдромов.

Полученные данные имеют как конкретное практическое значение для судебной психиатрии, так и сугубо теоретическое, поскольку они в значительной мере расширяют существующие представления о сути пубертатной психопатологии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Авров Г.В. Сравнительно-нозологическая характеристика гебоидного синдрома в пубертатном возрасте. В кн.: Современные проблемы подростковой общей и судебной психиатрии. — М., 1987. С. 70-75.

2. Аккерман В.И., Брайнина М.Я. Опыт психоневрологического обследования фабзавучеников. В кн.: Вопросы психоневрологии детей и подростков. — М., Госмедиздат, 1933. С. 77-120.

3. Амоаший С.А. Возрастная динамика органического инфантилизма. В кн.: Современные проблемы подростковой общей и судебной психиатрии. — М., 1987. С. 57-62.

4. Башина В.М. Аффективные расстройства (синдромы) в клинике шизофрении у детей. Ж. невропат. и психиатр. — М., 1981. Вып. 10. С. 1544-1517.

5. Белов В.П., Филипских В.Е. Судебно-психиатрическая оценка психического инфантилизма у несовершеннолетних. В кн.: Судебно-психиатрическая экспертиза (особенности экспертизы несовершеннолетних). — М., 1980. С. 20-26.

6. Бережная Л.Ф., Рязанова Л.Л. Гормональные различия в препубертатном и пубертатном периодах. Вопросы охраны материнства. — М., 1973, 7. С. 11-16.

7. Бобкова К.А. К вопросам об интеллектуальных расстройствах при шизофрении в пубертатном возрасте. Вопросы психоневрологии детей и подростков. Биомедгиз. — М.-Л., 1936, III. С. 62-85.

8. Бурелов Э.А. Сравнительное изучение олигофрений и ранних резидуально-органических поражений головного мозга с интеллектуальными нарушениями в подростково-юношеском возрасте. Автореф, дис. канд. — М., 1960. 16 с.

9. Буторина Н.Е. Структура пубертатных изменений психики. В кн.: Современные проблемы подростковой общей и судебной психиатрии. — М., 1987. С. 12-16.

10. Бунеев А.И. Психогенные реакции и судебно-психиатрическая оценка. В кн.: Проблемы судебной психиатрии. 1946. Вып. 10. С. 159-179.

11. Вандыш В.В. Сравнительная характеристика психопатоподобных состояний раннего резидуально-органического генеза, осложненных и неосложненных алкоголизмом в подростково-юношеском возрасте. Дисс. канд. — М., 1960. 283 с.

12. Вандыш В.В., Гиндикин В.Я., Кудеринов Т.К. Пубертатные астерические состояния в динамике психопатий и псевдопсихопатий. В кн.: Современные проблемы подростковой общей и судебной психиатрии. — М., 1987. С. 38-45.

13. Витебская К.С. О гебоидном синдроме при шизофрении в пубертатном возрасте. Ж. невропат. и психиатр. 1958. Вып. 7. С. 867-872.

14. Вроно М.С. Шизофрения у детей и подростков (особенности клиники и течения). — М., Медицина, 1971. 127 с.

15. Гэннушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. — М., 1933.

16. Гайдук Ф.М. Особенности выявления, обследования и лечения детей с задержками психического развития (методические рекомендации). — М., 1983. 25 с.

17. Гиндикин В.Я. Клинико-статистические материалы к сравнительной характеристике психопатий и психопатоподобных состояний шизофренического и органического генеза. Автореф. дисс. докт. — М., 1973.

18. Гиттик Л.С. О функциональных особенностях системы гипоталямус-гипофиз-коря надпочечников (ГГН) у детей школьного возраста (в норме и патологии). Охрана здоровья у детей и подростков. — Киев, 1973. № 5. С. 57-61.

19. Гурьева В.А. Психопатии в подростковом и юношеском возрасте (клинико-катамнестическое исследование, судебно-психиатрический аспект). Дисс. докт. — М., 1971.

20. Гурьева В.А. К вопросу о патологическом пубертатном кризе при экспертизе несовершеннолетних. В кн.: Актуальные вопросы социальной и судебной психиатрии. — М., 1976. С. 110-117.

21. Гурьева В.А., Кулаков В.С. Сравнительное изучение сверхценных переживаний у подростков при психопатии и шизофрении. В кн.: Судебно-психиатрическая экспертиза института им. В.П. Сербского. 1976. № 26. С. 42-49.

22. Гурьева В.А., Гиндикин В.Я. Юношеские психопатии и алкоголизм. Монография. — М., Медицина, 1980. 272 с.

23. Гурьева В.А. Актуальные вопросы экспертизы несовершеннолетних. В кн.: Судебно-психиатрическая экспертиза института им. В.П. Сербского. 1980. № 34. С. 3-10.

24. Гурьева В.А., Крыгиия Л.А. Клиника патологического пубертатного криза (возрастной полиморфизм). В кн.: Пятоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. — М., 1985. С. 121-129.

25. Гурьева В.А. К систематике пубертатной психопатологии. В кн.: Актуальные проблемы современной подростковой общей и судебной психиатрии. — М., 1987. С. 3-12.

26. Гурьева В.А. Систематика пубертатной психопатологии на судебно-психиатрическом материале. В кн.: VIII Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов. — М., 1988. Т. III. С. 332-335.

27. Джартов А.Б. Психопатоподобные состояния в инициальной стадии шизофрении у подростков. Ж. невропат. и психиатр. 1985. Т. 65, № 7. С. 1045-1047.

28. Дозорцева Е.Г., Сулимовская Е.И. Сравнительная психологическая характеристика интеллектуальной недостаточности при олигофрении и психофизическом инфантилизме. В кн.: Современные проблемы подростковой общей и судебной психиатрии. — М., 1987. С. 139-145.

29. Иванов М.Я. Отражение реакции эмансипации в системе отношений подростков. В кн.: Патологические нарушения поведения у подростков. — Л., 1973. С. 17-24.

30. Исаченкова М.П. Синдром сверхценных образований в подростково-юношеском возрасте (клинический и судебно-психиатрический аспекты). Дисс. канд. — М., 1986. 205 с.

31. Кербиков О.В. Избранные труды. — М., Медицина. 1971. 312 с.

32. Ковалев В.В. Роль возрастного фактора в клинике и патогенезе пограничных состояний у детей и подростков. В кн.: Материалы V Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. — М., 1969. Т. 2. 291 с.

33. Ковалев В.В. Психогенные характерологические и патохарактерологические реакции у детей и подростков. В кн.: Невроза и нарушения характера у детей и подростков. — М., 1973. С. 75-90.

34. Ковалев В.В. Сверхценные образования и их роль в психопатологии детского возраста. Ж. невропат. и психиатр. 1974. № 10. С. 1519-1525.

35. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей). — М., Медицина, 1979. 608 с.

36. Ковалев В.В. Актуальные и нерешенные вопросы дифференциальной диагностики и пограничных состояний в детском возрасте. Ж. невропат. и психиатр. 1980. Т. 80. Вып. 10. С. 1503-1506.

37. Кондратьев Ф.В. Структура и динамика психопатоподобных синдромов у больных шизофренией. В кн.: Вопросы социальной и клинической психоневрологии. — М., 1977. С. 44-52.

38. Коркина М.В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. — М., 1984. 224 с.

39. Краковский И.П. О подростках. — М., 1970.

40. Кубат К. Физиология пубертатного возраста. В кн.: Физиология и патология подросткового возраста. София. 1965. С. 15-73.

41. Кудрявцев И.А. Психолого-психиатрическая экспертиза. Проблемы и перспективы. Психологический журнал. 1985. Т. 6, № 1. — С. 81-96.

42. Кулаков В.С. Органические психопатии в период пубертатного криза и их отграничение от непатологических девиаций личности. Автореф. дисс. канд. — М., 1977. 17 с.

43. Лакосина Н.Д. Динамика невротической депрессии. Ж. невропат. и психиатр. 1965. № 5. С. 729-732.

44. Лебединская К.С. Психические особенности детей с церебральными формами ускоренного и задержанного полового развития. Автореф, дисс. канд. — М., 1963.

45. Лебединская К.С. Роль биологической пубертатной фазы в развитии и формировании клинических проявлений шизофрении. В кн.: Лекции по психиатрии детского возраста под ред. Г.Е. Сухаревой. — М., 1974. С. 221-320.

46. Лебединская К.С. Психические нарушения у детей с патологией темпа полового созревания. — М., Медицина, 1969. 156 с.

47. Левитов Н.Д. Детская и педагогическая психология. — М., 1964.

48. Личко А.Е. Основные типы нарушенного поведения у подростков. В кн.: Патологические нарушения поведения у подростков. — Л., 1973. С. 3-17.

49. Личко А.Е. Подростковая психиатрия (руководство для врачей). — Л., Медицина, 1985. 416 с.

50. Мамцева В.Н. Синдром бредоподобных фантазий (самооговоры) у подростков, страдающих шизофренией. Проблемы психоневрологии детского возраста. — М., 1967. С. 38-50.

51. Морозова Н.Б. Острые аффективные реакции у подростков с психогенным развитием личности (клинический и судебно-психиатрический аспекты). Дисс, канд. — М., 1985. 196 с.

52. Морозов В.М. К вопросу о сверхценных идеях. В кн.: Труды клиники I ММИ. — М., 1934. Вып. 4. С. 338-348.

53. Пантелеева Г.П. О затяжных гебоидных состояниях при шизофрении юношеского возраста. Ж. невропат. и психиатр. 1971. Вып. 1. С. 125-132.

54. Печерникова Т.П., Стянишевская М.Н. Вопросы организации судебной комплексно-психиатрической экспертизы. В кн.: Вопросы организации судебно-психиатрической экспертизы. — М., 1975. С. 94-105.

55. Печерникова Т.П., Шостакович Б.В. О судебно-психиатрической оценке психопатий. В кн.: Судебно-психиатрическая экспертиза. — М., 1974. Вып. 28. С. 3-8.

56. Пыхтарев В.Н. Реактивные состояния у подростков. Дисс. канд. — М., 1972. 275 с.

57. Рубцов Е.Н. Клиника и судебно-психиатрическое значение гебоидной шизофрении, осложненной экзогенными вредностями (по данным катамнеза). В кн.: Современные проблемы подростковой общей и судебной психиатрии. — М., 1987. С. 107-113.

58. Руднева И.К. О некоторых особенностях синдрома патологического фантазирования при малопрогредиантной шизофрении у детей. Ж. невропат. и психиатр. 1984. Вып. 10. С. 1533-1538.

59. Северный А.А. Клинико-психопатологический анализ так называемой юношеской астенической несостоятельности. Ж. невропат. и психиатр. 1985. Вып. 10. С. 1674-1680.

60. Симсон Т.П. Начальные симптомы шизофрении раннего возраста. Ж. невропат, и психиатр. 1935. Вып. 6. С. 132-140.

61. Симсон Т.П. Неврозы у детей, их предупреждение и лечение. — М., 1958.

62. Симсон Т.П., Шрейдер Н.Д. Принципы оценки состояния психической сферы подростка. В кн.: Диагностика функциональных отклонений в подростковом и юношеском возрасте. — М., 1941. С. 84-104.

63. Слепушкина Н.И. Показатели артериального давление у подростков в зависимости от объема суммарной нагрузки и возраста. Ж. охрана здоровья детей и подростков. — Киев, 1974. Вып. 6. С. 104-107.

64. Смирнов В.Е, Психология юношеского возраста. — М., 1929.

65. Соловьева В.С. Морфологические особенности подростков в период полового созревания. Автореф. дисс. канд. — М., 1966.

66. Сухарева Г.Е. Роль возрастного фактора в клинике детских и подростковых шизофрений. Труды II Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. — М., 1937. С. 133-143.

67. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. — М., 1959.

68. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста (избранные труды). — М., Медицина, 1974. С. 3-19.

69. Толгская Н.С. Возрастное развитие гипоталямической области В кн.: Вопросы возрастной морфологии и физиологии под ред. А.А. Маркосяна. — М., 1953. С. 27.

70. Уланова Л.Н. Физиологические варианты пубертатного периода. Материалы Воронежской областной конференции педиатров. — Воронеж, 1969. С. 59-60.

71. Ушаков Г.К. Нарушения психики при дистериозах в периоде полового созревания и развития Сб. научных работ Ярославского мед. ин-та. — Ярославль. 1958, вып. XVII. С. 176-187.

72. Ушаков Г.К. Особенности психики. В кн.: Клиника заболеваний, физиология и гигиена в подростковом возрасте. — М., 1971. С. 12-18.

73. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. — М., Медицина, 1973. С. 575-581.

74. Хоршак Е.А. Совместная преступная деятельность несовершеннолетних. Автореф. дисс. канд. — М., 1968.

75. Цуцульковскяя М.Я. К вопросу о вялотекущей шизофрении, начавшейся в юношеском возрасте. В кн.: Проблемы шизофрении. — Тбилиси, 1967. С. 107-112.

76. Шостакович Б.В. Особенности судебно-психиатрической оценки психического инфантилизма. Сборник НИИ судебной психиатрии. — М., 1970. Вып. 10. С. 3-10.

77. Яковлева Я.М. Преступность и социальная психология.

78. Ackerman N.W. The Psychodynamic of family life. —New York. Basic Books, Inc., 1964. 379 p.

79. Biliwicz T. Psychiatria kliniczna. Wyd. 4.Warszawa, 1969, 853.

80. Brissaud E. L'infantillisme vral. № 1 conog de la Salpetriere. — Paris. 1967. V. 20. P. 1-17.

81. Bell D.S., Champion R.A. Deliquency and dryg use // The British Psychiatry. 1979. № 134. P. 269-276.

82. Cosak H. Psychiasche Pubertatsymptome und Schizophrenie. — Diss, Berlin. 1932. 35 s.

83. Henyer C. La delinquenze des enfante et des adolescents. Acta paedopsychiat, 1964, 31, 2/3. S. 80-88.

84. Glatzel J. Autochtone Asthenien // Fortschsz. Neurl. Psychiat. 1972. V. 40, № 10. S. 596-611.

85. Guint P. Absence on retard pubertaire // Vie olled. 1972. V. 53, №4. P. 4025-4033.

86. Jenkins R.L. Classifikation of behaviour problems in children. — Am. J. Psychiat. 1969. V. 125, № 8. P. 1032-1039.

87. Keyserlingk H. Grundzatzlichen uber die forensischpsychiatriehe Begutacherung von Jugendlichen. Psuch. Neurol. Und med. Psychologie. 1960. J. 12, H. 12. S. 466-471.

88. Kahlbaum K. Uber Heboidophrenie. Allg. Z. Psych. 1890. Bd. 46. S. 461-493.

89. Kretschmer E. Der social und moralische Defekt als biologisches Problem. Munch. Med. Wachr. 1953. S. 2

90. Mead M. A cultural antropologists' approach to maternal deprivation. — In.: Deprivation of maternal care: a reassessment of its effects. — Geneva, WHO, Public Health Papers. 1962. № 14.

91. Michaus L. Psychiatrie infantile. — Paris, 1953.

92. Masterson J.E., Washburne A. The symptomatic adolescent psychiatrie illness or adolescent turmoil. Amer. J. Psychiat. 1966. V. 122, №1. P. 1240-1247.

93. Offord J.S. Deliquency and hyperactivity // J. New. Ment. 1979. V. 169, № 12. P. 734-741.

94. Petrilovitsch N., Bear R. Psychopathie. 1945-1966. Fortsehr. Neurol. Psychiat., 1967; Bd. 35. S. 557-611, 617-649.

95. Stutte H. Kinder — und Jugend psychiatrie. — In: Psichiatrie der gegenwart Bd.: Kleinische Psychiatrie, Berlin, Gottingen. 1960. S. 678-779.

96. Stutte H. Psychosen in Kindersalter und in der Pubertat. Med. Klin. 1963, 13. S. 526-529.

97. Szymanska Z. Psychiatrie. — Warczaura, 1967. S. 27-137.

98. Jeharlin S., Polansky N. The Rocese of infantilition // Amer. J. Orthopsychiatry. 1972. V. 42, №1. P. 92-102.

99. Weitbrecht H.J. — Psychiatrie in grundriss. Berlin, 1963.

Копия статьи

Захаров А.И.*

К изучению роли аномалий семейного воспитания в патогенезе неврозов детского возраста

Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева
Отделение по лечению неврозов у детей и подростков при 26-й детской поликлинике ЛГЗО

Большинство авторов [1-10] подчеркивают в генезе невротических реакций у детей патопластическую роль крайних отклонений воспитания.

В нашей амбулаторной практике на материале изученных 126 семей выраженные отклонения в воспитании детей в семье играли наибольшую этиологическую роль в патогенезе неврозов детского возраста. С целью получения более репрезентативных данных о патогенном влиянии аномалий семейного воспитания мы ограничились выборкой контингента детей в возрасте от 4 до 12 лет, которые, как правило, не имели существенных характерологических отклонений до заболевания неврозом. При клинико-анамнестическом изучении было выявлено определенное своеобразие детей данной группы, заключающееся в раннем становлении в процессе личностного формирования таких особенностей, как высокая эмоциональная чувствительность, чувство собственного достоинства, стремление к самоутверждению и к некоторой автономности своего «я», — выраженная в целом индивидуальность. Эти особенности не носили характера отклонений или акцентуированности, а представляли нормальную сторону личностного развития, варианты нормы. В своем развитии дети из рассматриваемой группы достаточно быстро усваивали навыки опрятности, социального контроля, первично определяли себя в речи в первом лице, т.е. «Я». При обычном развитии интеллекта дети из данной группы обнаруживали более раннюю эмоциональную реакцию на узнавание матери и более выраженную чув-

---

* Из книги: неврозы и пограничные состояния / Под редакцией В.Н. Мясищева, Б.Д. Карвасарского и А Е. Личко. — Ленинградский НИПНИ им. В.М. Бехтерева — Л., 1972.

ствительность к повышению тона со стороны взрослых. В изучаемой группе детей были выделены 3 подгруппы.

1. Дети с высокой потребностью в эмоциональном предохранении и заботе со стороны матери или первично заменяющего ее лица. В частности, уже до года эти дети никогда не выявляли признаков беспокойства при пеленании, наоборот, они успокаивались при любом знаке внимания матери. Отнятие от груди всегда сопровождалось аффективным беспокойством, уже не говоря о ярких и продолжительных реакциях при перемене условий жизни и отлучении от матери.

2. Дети с элементами своеобразной «амбивалентности». С одной стороны, им была присуща потребность во внимании и заботе, с другой — они всегда обнаруживали аффективные реакции на избыток этой заботы. До года такие дети спокойно реагировали на отнятие от груди; при помещении в ясли или при передаче другому лицу на воспитание после периода первичного аффекта постепенно наступала адаптация.

3. Дети с выраженной степенью активности, стеничности и самостоятельности. В младенческом периоде они выявляли своеобразный «протест» при пеленании, обычно сами отказывались от груди, достаточно спокойно внешне реагировали на отлучение от матери.

Во всех 3 рассмотренных подгруппах в течение первых 2 лет жизни обычно имели место частичные или полные отлучения от матери, передача другим лицам на воспитание (няни, родственники), помещение в ясли, стационирование и т.д. При этом психотравмирующий эффект (клинически подтверждаемый) зависел в 1-й подгруппе преимущественно от лишения ребенка эмоциональных забот матери, в 3-й подгруппе он прежде всего был вызван «ломкой динамического стереотипа» (по И.П. Павлову). Во 2-й подгруппе механизм психотравматизации был смешанным. Клинически во всех 3 подгруппах выявлялись симптомы отставленной аффективной неустойчивости, а также тревожности (в 1-й подгруппе).

Прежде чем перейти к рассмотрению аномалий воспитания, отметим, что по отношению к детям со стороны членов семьи существует как собственно воспитательный подход, всегда подразумевающий в какой-то степени активное, целенаправленное отношение к объекту воспитания, так и подход к

детям вообще, как к самому факту их существования: принятие (позитивное; и отвергание (негативное отношение). Следовательно, мы можем говорить об аномалиях воспитательного подхода и об аномалиях отношения к детям в общем. Поскольку последнее не так характерно для изучаемой группы детей с неврозами, мы сосредоточили наше внимание на наиболее часто встречающейся в наших наблюдениях аномалии воспитательного подхода в виде гиперопеки (термин гиперопека можно одновременно толковать как сверхзабота, сверхпредохранение, сверхзащита). В то же время нам представляется, что гиперопека неизбежно включает в себя и систему контроля, допускающего или ограничительного характера. Из этого вытекает, что в рамках гиперопеки возможно сочетание эмоциональной заботы и защиты как с ограничительным, так и с разрешительным отношением к ребенку. Одновременное и длительное по времени сочетание разных тактик (например, повышенной заботы и ограничительного отношения) в рамках одного и того же воспитательного подхода или наличие разных воспитательных подходов у членов семьи мы обозначаем как противоречивый воспитательный подход. Для рассмотренной 1-й подгруппы детей наиболее психотравмирующим фактором была именно противоречивость в воспитательном подходе, для 2-й подгруппы — сам по себе избыток заботы и предохранения, для детей из 3-й подгруппы психотравмирующим являлся повышенный контроль и ограничительность. О непоследовательном воспитании мы говорим при постоянном чередовании разных воспитательных отношений у одного и того же лица. Под неадекватным воспитанием мы понимаем воспитание, не учитывающее психическое и личностное своеобразие детей, воспитание, всегда идущее по определенному трафарету, шаблону.

Во всех случаях дети испытывали в семье состояние личностной депривации, понимаемой как недостаточность или неудовлетворенность в существенных для них потребностях и прежде всего: 1) в индивидуально-адекватной эмоциональной заботе и любви; 2) в самораскрытии, выявлении своего «Я»; 3) в эмоциональном и двигательном самовыражении. Имел значение не столько сам факт неудовлетворения значимых потребностей, сколько отношение к этому субъекта, носящее часто яркий, аффективный характер. Чем больше была прежде

всего степень противоречивости, непоследовательности и неадекватности в отношении к ребенку со стороны членов семьи, тем более напряженной и неустойчивой была его внутренняя позиция, что являлось существенным фактором, приводившим к перенапряжению нервных процессов и невротическому срыву под влиянием даже иногда незначительных добавочных психотравм и соматической ослабленности. Само перенапряжение было вызвано преимущественно мучительным противоречивым отношением ребенка к психотравмирующему для него воспитательному подходу родителей. Противоречивое отношение ребенка составляло его основное конфликтное переживание. В то же время он, не обнаруживая, как правило, со своей стороны негативного отношения и активного протеста к личности родителей (ввиду предшествующего усвоения социализированных норм поведения и общего отношения принятия со стороны родителей), одновременно страдал и не находил выхода от несоответствующего в чем-то воспитательного подхода родителей.

В заключение отметим в изученных нами семьях наиболее характерные черты патогенных аномалий воспитательного подхода: 1) низкую сплоченность и разногласия среди членов семьи по вопросам воспитания и связанную с этим аффективную напряженность и неустойчивость в воспитательном подходе к детям; 2) высокую степень противоречивости, непоследовательности и неадекватности; 3) более выраженную степень опеки и ограничительности по отношению к каким-либо определенным сферам жизнедеятельности детей; 4) повышенную стимуляцию возможностей детей, в связи с этим частое применение угроз и моральных осуждений, несмотря на позитивное отношение к детям.

Литература

1. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. — Л., 1960.

2. Симсон Т.П. Неврозы у детей, их предупреждение и лечение. — М., 1958.

3. Пивоварова Г.Н. Ж. невропатол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. — М., 1960, 7, 896.

4. Зачепицкий Р. А., Яковлева Е.К. Роль неправильного воспитания в происхождении неврозов. — Л., 1960.

5. Трифонов О.А. Динамика затяжных неврозов, начавшихся в детском возрасте. Автореф. канд. дисс. — М., 1967.

6. Leonhard K. Kinderneurosen und Kinderpersonlichkeiten. — Berlin, 1965.
7. Anastasiadis Y. S. Acta psychother. (Basel), 1963, 5, 370.
8. Kos-Sramota M. Revue de Neuropsychiatrie infantile, 1965, 3, 175.
9. Sutter J.M. Там же, 1966, 12, 891.
10. Winnicott D. W. L'enfant et sa famille. — Paris, 1971.

Копия статьи

Исаев Д.Н.

Об атонической и дисфорической формах психического недоразвития и о роли лимбики в их происхождении (1968)

Разнообразие состояний психического недоразвития, различия в обучаемости и социальной адаптации — все это давно ставит вопрос о необходимости практически ценной систематики олигофрений. Имеющиеся классификации по тяжести наблюдающихся при этом психических нарушений и по этиологии существенны, но недостаточны, ввиду того, что они не учитывают всех особенностей нейродинамики и коррелирующей с ней многообразной симптоматики психического недоразвития. В последнее время появились работы, в которых олигофрении систематизируются преимущественно на основе их нейродинамических особенностей (М.С. Певзнер 1959, А.М. Иваницкий 1965, К. Ямагуши 1966).

С.С. Мнухин со своими сотрудниками (Е.Д. Прокопова 1952 и др.) уже с 1948 года, базируясь на клинико-физиологическом анализе психического недоразвития, выделяет стеническую, астеническую, атоническую и дисфорическую формы олигофрении.

Развивая этот подход, мы в нашей работе делаем попытку подробного клинико-физиологического изучения двух из этих форм олигофрении. Целью данного исследования является не только более глубокое проникновение в сущность нейродинамических сдвигов, но и попытка связать их с преимущественным поражением тех или иных структур головного мозга.

В продолжении ряда лет нами наблюдались 78 олигофренов от 3 до 16 лет, умственная отсталость которых сочетается с рядом своеобразных клинических проявлений. Их клиническая картина разительно отличается тем, что на первый план выступает резко выраженная апрозексия и неспособность к психическому напряжению, что и позволило их назвать атоническими олигофренами. Они не могут активно сосредоточиться на сколько-нибудь значительный период времени, очень быстро меняют предмет своих интересов, не задерживаясь на нем, их внимание «скользит» от одного объекта к другому. Они

берут в руки книжку, рассеянно листают ее, не вглядываясь в содержание картинок, безо всякого сожаления ее оставляют, чтобы взять случайно попавшую в поле зрения игрушку, которая также бросается ради другой. Столь грубое нарушение внимания более старших детей не позволяет им сосредоточиться на предложенных заданиях воспитателя или учителя. Иногда родителям и педагогам удается стимулировать внимание некоторых из них. Тогда появляется кратковременный интерес к читаемой книжке, рассказываемой сказке, к учебе или игре. Значительная же часть описываемых больных не умеет воспользоваться такой помощью. Для них любое психическое напряжение является непосильной задачей. Они обычно не дают никакого ответа ни на зов, ни на обращенный к ним вопрос. И только повторные, настойчивые и часто более громкие оклики, а иногда и прикосновения заставляют детей как-то отреагировать. Первоначальные — ответы нередко бывают случайными, нелепыми, «не по существу», но после неоднократных вопросов, дети дают иногда адекватные реакции, и тем самым не только показывают понимание вопроса, но и знание предмета, о котором идет речь. Отсутствие психического напряжения наиболее ярко проявлялось в бездеятельности или в нелепом однообразном время провождении за примитивными занятиями, не соответствующими их общему интеллектуальному уровню. Под влиянием же внешних побуждений, они были способны на решение более сложных житейских задач. Так, при постоянной посторонней помощи, для них оказывалось возможным выполнение некоторых, главным образом, простых учебных заданий и участие в элементарной домашней работе.

Отличительной чертой значительной части больных была также в большей или меньшей степени выраженная аспонтанность, резкий недостаток или отсутствие активности, столь присущей здоровым детям. Их бездеятельность проявлялась в том, что они не участвовали в играх и развлечениях, не включались в занятия, не помогали персоналу, не шли на прогулку, а многие из них и вовсе ничем не занимались.

У подавляющего большинства этих детей такое снижение активности сочеталось с отсутствием интересов к окружающему. Они не только не заинтересовывались ничем сами, но и не увлекались играми и развлечениями, которые проходили пе-

ред их глазами, не поддавались на уговоры и приглашения со стороны воспитателей или сверстников. Более старшие дети не интересовались книгами, учебой, не стремились к установлению дружеских отношений с другими детьми.

У многих больных отмечались нарушения в сфере инстинктивной деятельности. У некоторых из них это проявлялось либо в извращении, либо в отсутствии аппетита. Часть олигофренов отказывалась от твердой пищи или, наоборот, от жидкой, и особенно часто они не принимали никаких неизвестных для них блюд. У одних не было представления об опасности, другие дети были «нечувствительны» к болевым ощущениям. Некоторые дети проявляли гиперсексуальность и в связи с этим нередко онанировали. Чаще всего привязанность — больных к своим близким была неглубокой. Многие не замечали ухода родителей, не переживали разлуку с ними, проявляли незначительную заинтересованность или безразличие к тем, с кем они общались. Другие, будучи равнодушными к большинству окружающих, тепло относились к своим родным, особенно к матери. У подавляющего большинства детей трудно было говорить о преобладании какого-либо определенного эмоционального фона, скорее настроение их было нейтральным. У части же из них можно было отметить некоторые колебания фоновой аффективности.

Меньшую группу составляли такие дети, у которых преобладали мориоподобный или нелепо-эйфорический фон настроения. Они характеризовались дурашливостью, беззаботностью, развязанностью, «разряженностью», нелепостью и бесцеремонностью поведения.

Многие из наблюдавшихся детей были необычно суетливыми и непоседливыми. Активность их была нецеленаправленна, бессмысленна и определялась не внутренними их побуждениями, а, главным образом, окружающей обстановкой. Дети, бесцельно скользя взглядом по помещению, переходили с места на место, вертели в руках попадавшиеся под руку предметы, и вновь устремлялись к тому, что случайно отвлекало их. Их моторное беспокойство прекращается редко. При почти полном отсутствии внутренней активности, мотиваций и интересов, т.е. при отсутствии сколько-нибудь выраженного психического напряжения, эта необычная подвижность вызывается многочисленными внешними стимулами, что связано с

их неспособностью подавлять раздражения, не имеющие значения для целенаправленной активности. Такое бесцельное, «полевое» поведение не позволяет им не только принимать участие в играх с другими детьми, или выполнять задания взрослых, но и исключает, сколько-нибудь планомерную самостоятельную игровую деятельность.

Среди них встречаются дети, способные занять себя иногда на длительный промежуток времени примитивной «игрой» — открыванием и закрыванием крана, верчением колесика, катанием кубика, раскручиванием веревочки, однако, эта монотонная, незамысловатая активность мало чем отличается от нелепых стереотипных движений, наблюдавшихся у этих же детей в форме подпрыгиваний, похлопываний, потираний рук, вскрикиваний и т.д. Такие стереотипии элементарны, не зависят от изменений внешней обстановки и упорно повторяются вновь и вновь. Некоторые больные постоянно обращаются с вопросами к старшим, но в противоположность своим нормальным сверстникам, они не слушают ответов, не замечают их, а назойливо задают все новые и новые вопросы.

Относительное разнообразие симптоматики наблюдавшихся нами олигофренов, предполагаемое различие нейродинамических сдвигов, лежащих в их основе, поставило нас перед необходимостью выделения трех подгрупп. Выше приведенное обобщенное описание больных всей группы в связи с этим должно быть проиллюстрировано тремя историями болезни, соответствующими этим клиническим разновидностям. В качестве примера первой подгруппы, состоящей из 29 больных, приводится нижеследующая история болезни.

Больная *Оля К.* 7 лет. Из культурной, обеспеченной семьи, в которой, очень заботятся о девочке и много с ней занимаются. Мать в течение 10 лет до рождения ребенка многократно подвергалась воздействию рентгеновских лучей. Девочка уже на первом году жизни была малоактивной, не заинтересовывалась игрушками и не тянулась к ним. В 9 мес. она заболела дизентерией, продолжавшейся почти в течение года. За это время девочка утратила развивавшеюся речь, стала еще менее живой. В 2 года 6 мес. она перенесла коклюш и дважды пневмонию. До 4-х лет у нее отмечалось недержание мочи. Для восстановления развивающейся речи потребовались интенсив-

ные занятия с логопедом. Девочка росла недостаточно энергичной, никогда с детьми играть не умела, занимаясь в одиночестве своими игрушками, обнаруживала очень бедную игровую фантазию. Поздно научилась одеваться и сейчас делает это очень неловко, неаккуратно, хотя и самостоятельно. В настоящее время интереса ни к чему не проявляет, не имеет любимых игрушек, почти не интересуется книгами, никого ни о чем не спрашивает, ни к кому не обращается. Контакт с ней очень затруднен, т.к. отвечает на вопросы и только после неоднократных повторений, односложно, зачастую не реагирует вовсе. Внимание сосредотачивает с большим трудом. В детском саду сторонится детей, не обращает внимания на них. В коллективные игры не включается, но и самостоятельно играет, мало. Выучила некоторые буквы, но слияние слогов ей не удается. Картинки — описывает, называя лишь отдельные; предметы. Без помощи не может выполнить 3-х поручений. Свой возраст твердо не знает. Повторяет только короткие фразы. Речь очень бедная. Определяет назначение некоторых часто встречающих предметов. Складывает простейшие разрезные картинки. Скопировать несложную конструкцию из кубиков ей не удается. Интеллект в степени легкой дебильности. Безразличная, молчаливая, не проявляет свойственной детям живости и инициативы. Не обращает внимания на уход матери, через некоторое время забывает об ее отсутствии. Сомато-неврологически без особенностей.

История болезни этой девочки отражает характерные черты, свойственные всей подгруппе: ограниченность побуждений, бедность инициативы, вялость, недостаточную активность, бездеятельность даже аспонтанность, беспомощность и беззащитность — в окружающей среде. Приведенные клинические особенности позволили нам назвать эту подгруппу ***аспонтанно-апатической.***

Другая, наибольшая подгруппа, состоявшая из 36 олигофренов, может быть проиллюстрирована второй историей болезни.

Больной *С. Вова,* 11 лет. Психофизически развивался благополучно, но в 1 год 2 мес. заболел туберкулезным менингитом. Был в крайне тяжелом состоянии, утратил все навыки «ослеп», не ходил, не говорил. Снова начал ходить к 3-м годам, но отставал в психическом развитии, был крайне отвле-

каемым, раздражительным, моторно неловким, чудаковатым. Фразовая речь появилась лишь к 7 годам.

В настоящее время наблюдается моторное беспокойство, не может долго сидеть на месте, постоянно бродит по комнате, берет со столов то чернильницу, то книгу, то авторучку. Эти предметы, однако, быстро ему надоедают. Он оставляет их, чтобы подойти, например к дверной ручке, которую в течение некоторого времени продолжает вертеть, но затем бросает и это занятие, чтобы перейти к другому. Его поступки всегда диктуются тем, что попадает в его поле зрения, но никогда надолго не заинтересовывают.

Научился читать простые слова, владеет счетом до 10. Мало интересуется книгами, игрушками, знает стихи, музыкален. Внимание крайне неустойчивое, привлекается с большим трудом и легко истощается. Почти не способен к психическому напряжению, на вопросы взрослых отвечает лишь после неоднократных побуждений. Наряду с апрозексией, имеется тенденция и к застреванию. Задает много вопросов, но ответы не слушает, переходя все к новым вопросам. Может стереотипно повторять одно и то же: «не надо есть», «не надо ходить», «не надо шваброй». Себя называет в третьем лице. С детьми активно не общается, но и не сторонится их. Интеллект на грани имбецильности. Не тяготится обстановкой отделения, о родных не вспоминает. Себя не обслуживает.

Моторно неловок, не может застегнуть пуговицу, завязать, шнурки. Отмечается раннее развитие вторичных половых признаков. Имеются легкие остаточные явления правостороннего гемипареза.

В этой истории болезни обращает на себя внимание то, что характерно для всей этой подгруппы: излишняя суетливость, Достоянное нецеленаправленное движение, при отсутствии аффективного напряжения, заинтересованности, активных стремлений и зависимость всех поступков от окружающей обстановки. Подгруппа, включающая этих больных, нами названа ***акатизической.***

13 больных относятся к наименьшей подгруппе, которая предоставлена 3-й историей болезни.

Больной *С. Сережа,* 11 лет. Родился в очень длительных, трудных родах. Когда мальчику было 6 месяцев, мать перенесла энцефалит, продолжая некоторое время его кормить гру-

дью. В 11 мес. ребенок заболел тяжелой токсическокой диспепсией с высокой температурой, рвотой и судорожными припадками. Болел около года, утратил навыки ходьбы и речи. Последующее развитее замедлилось. Речь и ходьба вновь развились к 5 годам. Никогда в игрушки не играл, с детьми не общался, держался в стороне от них, ни с кем не разговаривал. В 5 лет перенес гепатит, в 6 — туберкулезный лимфаденит, корь в тяжелой форме, скарлатину, в дальнейшем — свинку и ветрянку.

С 7 лет начал учиться, в школе. В 1-м классе школьные навыки не усвоил. Был переведен во вспомогательную школу. В этом году оставлен на 3-й год во втором классе. В отделении его поведение лишено целенаправленности. Он непоседлив, беспокоен, расторможен, все время теребит свою одежду, без конца развязывает и завязывает шнурки. Нелеп и чудаковат, постоянно разговаривает сам с собой. Развязен, не чувствует дистанции, между собой и старшими, хотя к людям относится по-разному. Посторонних людей называет уменьшительными именами. Всегда улыбается, хохочет безо всякого повода. Смеется даже тогда, когда его бьют или обижают дети. С окружающими контакт очень поверхностный. На вопросы не отвечает или же говорит о чем-то, не относящемся к делу. Не делает никакого психического напряжения, говорит, что придет в голову, отвечает не по существу. Прерывает разговор нелепыми репликами, застревает на одном и том же слове, повторяет вопросы. Имеется выраженная апрозексия, нет произвольного сосредоточения. Внешние побуждения привлекают его внимание лишь на очень непродолжительный срок. Слушать не умеет. Не научился пересказывать прочитанное. Пишет лишь отдельные простые слова, но и в них делает пропуски букв. Счетные операции производит только на конкретном материале. Интеллектуальное снижение соответствует дебильности. В отделении, сделана попытка, обучать по программе первого вспомогательного класса, но в учебный процесс не вовлекался, не делал никакого психического напряжения для освоения заданий, программу не усвоил.

Соматическое состояние, без особенностей.

Неврологически: правый зрачок шире левого, левый глаз плохо конвергирует, сглаженность правой носогубной складки. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены.

На ПЭГ: внутренняя сообщающаяся водянка головного мозга.

Нелепо эйфорический, приподнятый фон настроения, сочетающийся с разболтанностью, развязностью, расторможенностью, многоречивостью и дурашливым поведением — вот та симптоматика, которая характерна для вышеописанного мальчика и отличает в целом эту последнюю подгруппу, названную нами ***мориоподобной.***

Наряду с атонической, С.С. Мнухиным и нами в последнее время выделяется дисфорическая форма олигофрении, которая своими проявлениями во многом отличается от первой. У этих больных постоянно отмечаются значительные колебания фоновой аффективности. Они неустойчивы, капризны, раздражительны, плаксивы, легко возбуждаются. Очень часто эти изменения настроения почти или вовсе беспричинны и носят характер выраженных дисфорий. Аффективные разряды, возникающие на высоте этих дисфорий, нередко сопровождаются разрушительными действиями и агрессией. ***Эту форму*** представляют 24 олигофрена в возрасте 3-16 лет. Ее особенности можно показать на примере приведенной ниже истории болезни.

Больная *М. Люда,* 11 лет. Родилась в стремительных родах. Грудь взяла на третьи сутки и сосала очень вяло. В 3-х месячном возрасте долго болела диспепсией, была сильно истощена. Развивалась с задержкой, начала сидеть после года, ходить — с 1 г. 9 мес., говорить к 3-м годам. В дальнейшем перенесла корь, коклюш и дизентерию. Росла очень беспокойной и капризной. В 8 лет пошла в школу, но из-за плохого поведения не могла учиться в классе и занималась дома с педагогом. Программу массовой школы не освоила.

Девочка под наблюдением в течение более 4-х лет. Суетлива, постоянно; находится в движении. У нее очень неровное, неустойчивое настроение. Она легко раздражается, плачет, нередко без видимой причины озлобляется, становится агрессивной, швыряет игрушки, заявляет, что не любит мать. Очень упрямая. В контакт вступает с трудом, чаще всего отвечает не сразу, после настойчивых требований. Ответы, как правило, односложны. Никогда не заинтересовывается ситуацией, в которой находится, безразлично скользит взглядом по окружающим предметам. К общению со сверстниками не стремится,

большую часть времени проводит в стороне от детей. Лишь иногда стереотипно играет мячом или скакалкой. Не подпускает к себе детей, бьет и царапает, отгоняя их. Себя обслуживает неумело, плохо. Не способна к психическому напряжению. Внимание концентрирует с большим трудом, легко отвлекается. Механическая память хорошая, легко запоминает стихи. Читает удовлетворительно, правильно отвечает на вопросы, однако, составить последовательный рассказ не может. Писать умеет, но не может сформулировать грамматические правила. Счетные операции освоила, но составлять план решения задач не научилась. Интересы очень примитивны. Интеллект на уровне дебильности. Сомато-неврологическое состояние без особенностей.

Из представленной истории болезни можно видеть, что для данной формы наиболее характерны немотивированные колебания настроения, раздражительность, напряженность, капризность, и злобность, склонность к аффективным разрядам и разрушительным действиям.

К числу особенностей описываемых олигофренов относятся не только перечисленные психические нарушения, но и ряд других симптомов, наблюдавшихся с самого раннего возраста. Особенно бросается в глаза неловкая и своеобразная моторика детей. Их движения неточные, неуклюжие несоразмерные (иногда замедленные или порывистые). Больные с большим трудом, овладевают навыками одевания, самостоятельной еды, не умеют прыгать, балансировать и т.д. У некоторых из них отмечаются и выраженные и практические расстройства. Большой процент детей страдает выраженным косноязычием.

Психическое недоразвитие сочетается также и с более или менее грубыми неврологическими нарушениями в форме повышения внутричерепного давления, гиперостозов, парезов конечностей, гиперкинезов, различной менее четкой очаговой пирамидной и экстрапирамидной симптоматики. Мышечная, гипотония среди других симптомов встречалась особенно часто. Почти у половины детей наблюдались: единичные или многократно повторявшиеся припадки. У части из них это были «выразительные» автоматизмы или психомоторные приступы. Некоторые больные страдали ночными вздрагиваниями, ночными страхами и другими нарушениями сна. Значительное распространение имели и вегетативные расстройства, такие как

головные боли, тошноты, рвоты, отрыжки, ожирение, диспластическое строение тела и др.

У 75% наблюдавшихся нами детей, родители замечали проявления этих своеобразных форм психического недоразвития сразу после рождения или, во всяком случае, в течение первого года жизни. Происхождение психических нарушений у них чаще всего можно было связать с тяжелыми соматическими заболеваниями матери, продолжавшимися и в течение беременности (дистрофия, анемия, нефрит, сифилис, токсоплазмоз), с тяжелыми токсикозами беременных, нередко осложнявшимися угрожающими выкидышами, с асфиксией новорожденного и со значительной недоношенностью.

У остальных 25% детей эти особенности психики обнаруживались в возрасте 2-3 лет после различных приобретенных вредностей. Возникновение у них психической отсталости определялось целым рядом этиологических моментов, которые по частоте распределялись в таком порядке: неоднократные истощающие заболевания раннего возраста (тяжелые диспепсии, пневмония, дистрофия и т.д.), длительная дизентерия, менингоэнцефалиты определенной или неясной этиологии, тяжелые травмы головы, оспенная или комплексная вакцинация и осложненный коклюш. В ряде случаев обращало на себя внимание сочетание различных вредных факторов, и лишь у незначительного числа детей отмечалась отягощенная наследственность. Описываемые нами синдромы наблюдались также и при фенилкетонурии, и при туберозном склерозе.

Мы склонны полагать, что своеобразие клинических картин этих форм психического недоразвития находится в зависимости не только от качества, распространенности и тяжести вредности, но и от преимущественной локализации поражения. Выявлению особенностей этих структурных нарушений могут служить, по нашему мнению, топическая диагностика психических и неврологических расстройств, электроэнцефалографическая, пнеймэнцефалографическая картины и аналогии с экспериментальными данными на животных. Принципиальной особенностью описываемых детей — олигофренов является сочетание их умственной отсталости с нарушением целенаправленной активности, с апрозексией, с неспособностью к психическому напряжению, с ослаблением инстинктивных влечений, а часто и с непрекращающейся суетливостью

или же с аффективной напряженностью и взрывчатостью. Эта клиническая картина напоминает «неустойчивых» детей с резко нарушенным вниманием, страдавших психомоторными припадками, у которых амигдалэктомия в подавляющем большинстве случаев приводила к резкому улучшению поведения (Норабаяши, 1963).

Мы предполагаем, что за своеобразие симптоматики наших больных ответственны *расстройства функций лимбической системы*. Одним из доводов в пользу этой мысли являются работы Клювера и Бьюси (1937), которые при удалении височных долей у обезьян, наблюдали изменения поведения, напоминающие наших больных. У животных не было ни страха, ни гнева, они не способны были сопротивляться плохому обращению, становились пассивными и ручными, не могли отличить опасные предметы от полезных, были одержимы стремлением исследовать; все доступные предметы, вновь и вновь обнюхивали их, брали в рот, бросали их, снова поднимали и повторяли все сначала. Им было также свойственно и повышение моторной активности. Отдельные элементы синдрома Клювера и Бьюси возникали при разрушении или стимуляции других отделов лимбической системы, что дает нам известное основание объяснить происхождение тех или иных симптомов у наших больных.

Так, при разрушении у животных миндалины, являющейся взаимно антагонистической системой, подавляются или, наоборот, оживляются реакции гнева, нарушается избегание вредоносного стимула, затрудняется определение подкрепляющей ценности раздражителя и отношения между стимулами. При ее активации возникают неистощимые поисковые реакции, тормозятся или облегчаются кортикальные движения.

Эти выводы физиологов помогают понять у больных происхождение таких симптомов, как аффективная взрывчатость или тупость, затруднения в обучении, «безразличие» к болевому раздражителю, неумение анализировать, бездеятельность или двигательное беспокойство и «скользящее» внимание.

В лабораторных условиях и отчасти в клинике показано, что гиппокамп — орган построения относительно сложного последовательного поведения. При его удалении не затормаживается ориентировочный рефлекс, затрудняется выработка условной отставленной реакции, торможение движений, орга-

низация последовательного поведения; утрачивается кратковременная память. Стимуляция этого отдела нарушает активное забывание. Приведенные экспериментальные данные могут объяснить у больных невозможность сосредоточения, затруднения в выработке навыков и обучении, двигательное беспокойство, стереотипии, импульсивность и др.

В эксперименте обнаружено, что при повреждении перегородки, в одних случаях усиливаются эмоциональные реакции, а в других развивается акинетическое состояние. Стимуляция же перегородки может вызвать благодушие. Возможно, что изменениями в этой части лимбической системы можно объяснить и раздражительность, и эмоциональную неустойчивость, и аспонтанность, и мориоподобное состояние больных.

Разные части гипоталамуса при их повреждении дают различный эффект — бурные аффективные разряды, нарушение условнорефлекторной деятельности, а при активации — либо развивается эйфория, либо нарушается обучение и возрастает активность, либо резко ограничиваются движения. У больных детей с гипоталамической патологией описываются нарушения в эмоциональной сфере (эмоциональная неустойчивость, апатия, астенизация) и, реже, снижение интеллекта (Н.И. Гращенков).

Как видно из изложенного, эти клинические и экспериментальные материалы проливают свет на патогенез некоторых симптомов у наших больных.

По мнению Миллера, Галантера и Прибрама, лимбическая система осуществляет организацию поведения и является как бы рабочей частью счетной машины, с которой они сравнивают мозг. Они также указывают на тесную связь этой системы с примитивной мотивационной и эмоциональной сторонами поведения. Некоторые результаты повреждения «лимбики» или понимаются, как нарушение фазы «проб» в описываемой ими схеме поведения: «проба — операция — проба — результат». При этих повреждениях невозможно использовать получаемый в данной ситуации опыт для формирования новых поведенческих операций и для поддержания образовавшихся ранее. Объяснение этим нарушениям дают представления о взаимоотношениях между частями лимбической системы. Так, активность организма находится под контролем миндалины, а

гиппокамп защищает ее от всей поступающей информации, не вовлеченной в сферу данного поведения. Гиппокамп удерживает работу мозга на последовательных ступенях плана поведения и предупреждает его от случайных отклонений при каждом изменении среды. Если клинико-экспериментальные данные и аналогии, приведенные нами выше, помогают объяснить патогенез отдельных симптомов, то концепция Миллера, Галантера и Прибрама позволяет понять нейродинамику всего синдрома в целом. Действительно, главное, что характеризует наших больных, это резкое изменение активности в их поведении (аспонтанность или моторное беспокойство, отсутствие психического напряжения) и крайняя непоследовательность, нецелесообразность и нелепость поступков, сочетающихся, то со стереотипиями и с персеверациями, то с импульсивностью. Приведенные симптомы могут быть, на наш взгляд, объяснены изменениями взаимоотношений между основными структурами лимбической системы.

Клаузен в своей монографии прямо утверждает, что больные с психическим недоразвитием могут быть систематизированы на основе повреждений тех или иных отделов мозга.

Эрнандес-Пеон (1956), Раш (1958), Инграм (1960), считают, что при повреждениях в таламических ядрах, в мозговом стволе, в ретикулярной формации, отмечается снижение «общих способностей» и характеризующееся падением уровня деятельности в целом, затруднением выполнения всех задач, нарушением биоэлектрической активности и бедностью неврологической симптоматики. В других типах олигофрении, помимо поражения ретикулярной формации, расстраиваются и кортикофугальные связи. В этих случаях отмечается недостаточно устойчивое внимание, становится невозможным произвольный контроль усилий и инициативы. Особенно страдают простые моторные задачи и элементарные восприятия, тогда как сложные поведенческие задачи и восприятие речи менее нарушены, что, вероятно, связано с их большей пробуждающей силой. Патофизиологической основой гиперактивных и чрезмерно отвлекаемых олигофренов является гиперфункция ретикулярной формации и диффузная таламокортикальная проекционная система. Мало вероятно, что, как это пишет Клаузен, ретикулярная формация может повреждаться изолированно и приводить к олигофрении. По-видимому, чаще на-

ряду с ретикулярной формацией страдает и лимбическая система (гиппокамп, миндалина и др.). Это кажется тем более вероятным, что многие саму ретикулярную формацию относят к лимбической системе, подчеркивая тем самым очень тесную анатомофизиологическую связь между этими образованиями. Интересно предположение о зависимости олигофрении от поражений кортико-подкорковых связей, однако, на наш взгляд, многообразие этих связей определяет и разнообразие типов олигофрении, связанных с ними.

Приведенные соображения утверждают нас в мысли, что избранный нами путь выявления наиболее важных нейродинамических нарушений, лежащих в основе разных форм олигофрении, — правомерен. С другой стороны, подтверждением лимбической локализации повреждений у больных атонической формой олигофрении, является и ряд невросоматических симптомов. В клинической картине у многих наших больных отмечаются такие пароксизмальные состояния, как психомоторные приступы и автоматизмы. Эпилептогенный очаг этих припадков локализуется в глубине височной области или, иначе говоря, в лимбической системе, с которой следует связывать и психические нарушения.

Мышечная гипотония, наблюдавшаяся почти у всех наших больных, также может быть объяснена поражением среднемозговых областей, являющихся одной из областей лимбики. В большинстве случаев психопатологическая симптоматика наблюдалась у наших больных в тесной связи с вегетативными и сексуальными нарушениями и, с ожирением и диспластичностью телосложения. Как известно, эти нарушения чаще всего находятся в зависимости от дисфункции гипоталамических структур, т.е. от одного из компонентов лимбической системы. По-видимому, в этом же смысле надо понимать и снижение экскреции уропепсина у больных с атонической олигофренией (Воронков Б.В.).

Анализ данных пнеймэнцефалографии, проведенной 18 нашим больным, выявил выраженные атрофические изменения в области стенок третьего и боковых желудочков, являющихся преимущественно составными частями «лимбики».

Мы еще не располагаем достаточно большими и подробными электроэнцефалографическими материалами, но и имеющиеся исследования 23 детей — олигофренов, можно рас-

сматривать, как подтверждение наличия поражения глубинных структур мозга.

Эти исследования выявили преобладание низкочастотной активности, нарушение устойчивости основного ритма, появление спонтанных гиперсинхронизаций, слабость или отсутствие электроэнцефалографических реакций на свет и звук, неусваивание ритмов фотомтимуляции. Помимо этого следует отметить отсутствие локальных изменений почти у всех исследованных больных. Изучение биоэлектрической активности, проведенное нами совместно с Г.К. Поппе, является предварительным и требует дальнейшего продолжения.

Литература

1. Певзнер М.С. Дети олигофрены. — М., 1959.

2. Иваницкий А.М. Нейрофизиологический анализ врожденных поражений мозга. — М., 1966.

3. Yamaguchi K. 18 Международный конгресс психологов. Проблемы умственной отсталости. 1966. С. 18.

4. Мнухин С.С. Доклад на детской секции 3-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров, 1948.

5. Прокопова Е.Д. Об особой форме неравномерного психического недоразвития у детей. — Л. Дисс., 1953.

6. Гращенков Н.И. Гипоталамус, его роль в физиологии и патологии. — М., 1964. С. 295.

7. Kluver H., Bucy P.C. Am. J. Physiol. 1937. V. 119. P. 352.

8. Miller G.A. Galanter E. and Pribram K.H. Plans and the Structure of Behaviour. — N.Y., 1960. Русский перевод, 1965.

9. Hernandez-Peon R. — цитировано по Клаузену.

10. Ruch T.C. — цитировано по Клаузену.

11. Ingram W.R. — In Handbook of Phisiology, 1960.

12. Clausen J. Ability Structure and Subgroups in Mental Retardation. — W, 1966.

13. Воронков Б.В. — см. статью в этом сборнике.

14. Исаев Д.Н. и Поппе Г.К. — в печати.

Копия статьи

Личко А.Е.*

Биологические и психологические основы нарушений поведения у подростков

Биологические основы. *Генетические факторы* могут обусловливать аномалии характера, что особенно видно на примере конституциональных психопатий. В определенной мере от типа психопатий или акцентуаций характера, в формировании которых также, по-видимому, принимает участие генетический фактор, зависит больший или меньший риск определенных видов нарушений поведения. Однако прямо ту или иную форму нарушений поведения (делинквентность, алкоголизацию и т.д.) генетические факторы не определяют.

Резидуальные органические поражения головного мозга, выраженные в незначительной степени («неврологическая микросимптоматика»; «минимальное мозговое поражение» американских авторов), в популяции достаточно распространены. При тщательном обследовании их удается обнаружить у многих здоровых подростков-школьников [16] и у 43% подростков, направляемых в связи с нарушениями поведения в специальные интернаты и профессионально-технические училища (ПТУ) [6]. По нашим данным, среди госпитализированных в психиатрическую больницу подростков с психопатиями или с различными непсихотическими нарушениями на фоне акцентуаций характера подобные признаки «минимального мозгового поражения» обнаружены у 36%. Видимо, если стертые формы резидуальных поражений играют какую-то роль в развитии нарушений поведения, то эта роль сводится только к одному из предрасполагающих факторов.

Среди биологических факторов, играющих роль в становлении психопатий, издавна привлекал внимание инфантилизм [5]. Однако ставшая в последние десятилетия актуальной проблема нарушений поведения у подростков совпала с другим явлением, ярко проявившимся в те же годы: ускорением (акселерацией) в этом возрасте физического развития, в том числе полового созревания.

---

* Из книги: Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — СПб.: Речь, 2009. — 256 с.

Акселерация и инфантилизм. Акселерация начала выявляться еще в конце XIX века — сперва среди потомства наиболее обеспеченных слоев городского населения, а во второй половине нашего столетия распространилась на все слои и почти на все развитые страны [7, 10]. Акселерация развития детей и подростков является частью более широкого комплекса явлений, получившего название секулярного тренда (дословно-тенденции века). Сюда относят и увеличение вообще всех показателей физического развития населения (роста, массы тела и т.п.), и более раннее половое созревание, и более позднее наступление климакса у женщин, и повышение средней продолжительности жизни, и мн. др. Есть в секулярном тренде и отрицательные черты — общее «постарение» населения, распространенность малодетных и бездетных семей и др. К ним, с нашей точки зрения, можно добавить актуализацию проблемы инфантилизма — на фоне акселерированной массы сверстников инфантильные подростки оказываются в особенно трудном положении.

Акселерация наиболее ярко выступает в подростковом возрасте. В 60-70-х годах московские подростки в 15 лет оказались выше ростом своих ровесников в 1927 г.: мальчики в среднем на 10 см, а девочки — на 6 см [20].Одним из признаков завершения физического созревания является, как известно, прекращение роста. У акселерированных юношей рост стал заканчиваться к 17-19 годам вместо 23-25 лет в прошлом, а у девушек — к 16-17 годам вместо 21-23 лет прежде. По сравнению с когортой подростков 30-40-х годов все показатели окостенения скелета «помолодели» на 1-3 года [22]. Ускорилось и половое созревание — месячные у девочек стали начинаться на год-полтора раньше. Акселерация касается не только физического развития. Современная социальная жизнь предъявляет к нервной системе подростков более высокие требования, чем полвека назад. Поток информации стал несравненно обильнее, впечатления разнообразнее и богаче, темп жизни более ускоренным, а образование более сложным. Физическая акселерация, несомненно, сочеталась с определенным ускорением психического развития, особенно в части интеллекта и способностей. Новые программы в начальных школах, успешно введенные в 60-х годах, не только это подтвердили, но, возможно, дали благоприятный стимул для ускорения интеллектуального развития.

Тем не менее, взаимоотношения физической акселерации и развития личности очень непросты. Какие-то стороны психического развития не претерпевают ускорения. У акселерированных подростков нередко долго еще сохраняются некоторые детские черты, причудливо переплетающиеся с интересами взрослых. Слишком велика обычно бывает эмоциональная неустойчивость, податливость случайным влияниям. Чувство ответственности, долга оказывается на недостаточной высоте. Может быть, чрезмерно опекаемая старшим поколением жизнь физически развитого подростка не создает достаточных стимулов для ускорения развития этой стороны психической сферы? Большинство юношей и девушек в возрасте 15-16 лет по своему физическому, в том числе и сексуальному, развитию в 60-70-х годах XX века соответствовало 18- 19-летним в 20-30-х годах. Однако их социальный статус остался прежним: до 18 лет они еще несовершеннолетние (вступление в брак без разрешения родителей в ФРГ, Дании, Швейцарии возможно лишь с 20-21 года, в США этот возраст лишь в 70-х годах был снижен с 21 до 18 лет). Возможности самостоятельного полноценного заработка до 18 лет весьма ограниченны, среднее специальное и высшее образование, к которому стремится все большая часть молодежи, завершается на 2-3 года позднее, чем в прежних поколениях. Возникшая диспропорция между акселерацией физического развития и социальным статусом, между физическим развитием и некоторыми сторонами социального созревания была предсказана еще в начале XX нашего века И. И. Мечниковым [20] как складывающаяся в процессе развития цивилизации.

Другая диспропорция возникает внутри одной возрастной когорты подростков. В одном и том же возрасте, например у восьмиклассников в 14 лет, у одних половое созревание еще начинается, у других оно в самом разгаре, у третьих — уже завершено. Подростки с задержкой полового созревания или с чрезмерным его ускорением оказываются в менее выгодном среди сверстников положении.

Все эти диспропорции могут быть факторами, способствующими нарушениям поведения.

Наиболее неблагоприятным является особый вариант акселерации — «интенсификация» [15] проявляющаяся не снижением возраста начала полового созревания, а резким уско-

рением его темпа. Начавшись, как обычно, в 12-13 лет, созревание протекает крайне бурно: за 2-3 года половой метаморфоз полностью завершается — в 14-15 лет физически подросток превращается во взрослого. В последние годы появились наблюдения, что с конца 70-х годов как будто акселерация пошла на спад. Однако статистических данных пока еще не опубликовано.

Инфантилизм в виде отставания в физическом развитии и психосоциальном созревании остается достаточно распространенным явлением и в эпоху акселерации. Среди подростков — правонарушителей и среди направляемых в связи с трудным поведением в специальные ПТУ инфантилизм обнаружен в 17% [6, 28]. Инфантильные подростки в группе сверстников оказываются в трудном положении: они испытывают трудности в контактах, их отвергают, они чувствуют себя отщепенцами. Часть из них тянется к малышам, но часть встает на путь нарушений поведения, в основе которых нередко лежат еще детские реакции оппозиции, имитации более старшим, развитым и «ярким», с их точки зрения, подросткам, компенсации и гиперкомпенсации. Если при акселерации больше страдают девочки, то при инфантилизме — мальчики [14, 15]. Неслучайно среди подростков, направленных на обследование в психиатрические больницы в связи с непсихотическими нарушениями поведения (психопатии, психопатоподобные расстройства и др.), оба полюса девиации физического развития — акселерация и инфантилизм (ретардация) — оказываются достаточно представленными. По данным О.Д. Сосюкало [25], в 15% отмечена выраженная акселерация и в 24% — инфантилизм; по нашим данным, среди 300 подростков мужского пола — у 26% акселерация и у 22% — инфантилизм.

Причины инфантилизма различны. Чаще всего он бывает конституциональным, но может быть вызван длительными соматическими заболеваниями, эндокринными нарушениями, а также изнеживающим воспитанием. В последние годы распространился термин «ретардация» как антипод акселерации, которую связывают с психическим дизонтогенезом [13].

Социопсихологические особенности подросткового возраста как причины нарушений поведения. Психологические особенности подросткового возраста, когда они резко выражены, получили название «подросткового комплекса», а обус-

ловленные ими нарушения поведения — «пубертатного криза» [34].

Подростковый комплекс включает перепады настроения от безудержного веселья к унынию и обратно без достаточных причин, а также ряд других полярных качеств, выступающих попеременно. Чувствительность к оценке посторонними своей внешности, способностей, умений сочетается с излишней самонадеянностью и безапелляционными суждениями в отношении окружающих. Сентиментальность порою уживается с поразительной черствостью, болезненная застенчивость — с развязностью, желание быть признанным и оцененным другими — с показной независимостью, борьба с авторитетами, общепринятыми правилами и распространенными идеалами — с обожествлением случайных кумиров, а чувственное фантазирование — с сухим мудрствованием.

В современной западной психиатрической и психологической литературе широкое распространение получила концепция E. Erikson [31] о «кризисе идентичности» как о главной особенности подросткового периода. Под «идентичностью» подразумевается определение себя как личности, как индивидуальности. Формирование «идентичности» рассматривается с психоаналитических позиций как результат «распада детского Я» и необходимости синтеза нового «взрослого Я», образования «сверх-Я» и т.п. Самой идентичности, процессу познаний самого себя придается самодовлеющее значение. Именно этот процесс, а не факторы окружающей среды, рассматривается как первоисточник всех трудностей и всех нарушений поведения у подростков.

По мнению G. Niessen [36] пубертатный криз, кроме «кризиса идентичности», слагается также из «кризиса авторитета» и «сексуального кризиса». Кризис авторитета выводится как следствие «эдипова комплекса», как «протест против отца». Слабая роль отца в современной семье или его отсутствие в неполных семьях ведет к распространению этого протеста на все авторитеты мира взрослых. Крайним проявлением этого кризиса являются побеги из дому и бродяжничество. С кризисом идентичности связываются склонность к психогенным депрессиям и суицидальному поведению, а также эпизоды дереализации и деперсонализации. Кризис сексуальности объяс-

няется по 3-. Фрейду сменой эрогенных зон с анальной на генитальную.

С нашей точки зрения, суть «подросткового комплекса» составляют свойственные этому возрасту определенные психологические особенности, поведенческие модели, специфически — подростковые поведенческие реакции на воздействия окружающей социальной среды. К ним относятся описанные нами [17] реакции эмансипации, группирования со сверстниками, реакция увлечения (хобби-реакция) и реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением.

Реакция эмансипации. Эта реакция проявляется стремлением высвободиться из-под опеки, контроля, покровительства старших — родных, учителей, воспитателей, наставников, старшего поколения вообще. Реакция может распространяться на установленные старшими порядки, правила, законы, стандарты их поведения и духовные ценности. Потребность высвободиться связана с борьбой за самостоятельность, за самоутверждение как личности. Термин «реакция эмансипации», нам представляется, более точно отражает суть явления, чем «кризис авторитетов» [36].

Возможно, реакция эмансипации имеет какие-то биологические, филогенетические корни. У высших млекопитающих именно с периода полового созревания начинается борьба за свое место среди сородичей, за определенное положение в иерархической лестнице сложных взаимоотношений в стаде или стае [4, 30]. Разумеется, эта реакция у подростков развертывается под действием социо-психологических факторов (чрезмерная опека со стороны старших, мелочный контроль, лишение минимальной самостоятельности и всякой свободы, продолжающееся отношение к подростку как к маленькому ребенку). Воспитательская гиперпротекция особенно тяготит подростков с гипертимной акцентуацией.

Проявления реакции эмансипации весьма разнообразны. Она может ощущаться в каждодневном поведении подростка, в желании всегда и везде поступать «по-своему», «самостоятельно», но даже не сказываясь открыто на поведении, эта реакция получает отражение в результатах психологического исследования, оценивающего отношение здоровых хорошо социально адаптированных подростков к родным, к опеке над собой и наставлениям, к критике и возражениям в свой адрес,

к правилам и законам [11]. У гипертимных подростков реакция эмансипации наиболее проявляется в поступках, у истероидных и шизоидных — в высказываниях. Реакцией эмансипации может быть продиктовано поступление на учебу или на работу обязательно в другом городе, чтобы жить отдельно от родителей. Одной из крайних форм проявления реакции эмансипации являются побеги из дому и бродяжничество, когда они обусловлены желанием «пожить свободной жизнью».

Реакция группирования со сверстниками. Дети охотно тянутся к старшим, часто даже предпочитают играть не с ровесниками, а с ними. Подросткам свойственно почти инстинктивное группирование со сверстниками. Подростковые группы проходят через всю историю человечества от первобытного общества и древней Спарты до современных хиппи. C. Haffter [32] полагает, что распространившиеся в развитых капиталистических странах, начиная с 50-х годов, подростковые «банды», с социологической точки зрения, явление отнюдь не новое, а скорее архаическое.

Стремление подростков к группированию со сверстниками, может быть, также имеет какие-то филогенетические корни. У высших млекопитающих, ведущих стадный образ жизни (некоторые виды обезьян, копытных и ластоногих), особи «подросткового возраста» образуют отдельные группы на периферии стада или даже обособляются в отдельные временные стада [4, 30]. Обезьяны-подростки реагируют депрессией на изоляцию от группы сверстников; ни у детенышей, ни у взрослых обезьян добиться депрессии таким образом не удается [37]. Однако подобное поведение молодняка высших млекопитающих также не может служить моделью для изучения подростковых групп, возникающих и функционирующих по социопсихологическим закономерностям. Эти закономерности еще недостаточно изучены.

Существуют два типа подростковых групп. Одни отличаются однополым составом, наличием постоянного лидера, довольно жестко фиксированной ролью каждого члена, его твердым местом на иерархической лестнице внутригрупповых взаимоотношений (подчиняемость одним, помыкание другими). В этих группах есть такие роли, как «адъютант лидера» — обычно физически сильный подросток с невысоким интеллектом, кулаками которого лидер держит группу в повиновении, есть

«анти-лидер», стремящийся занять место лидера, есть «шестерка», которым все помыкают. Нередко такая группа обладает «своей территорией», тщательно оберегаемой от вторжения сверстников из других групп, в борьбе с которыми в основном протекает жизнь. Состав групп довольно стабилен, прием новых членов нередко сопряжен с особыми «испытаниями» или ритуалами. Примкнуть к группе без согласия вожака немыслимо, тот же оценивает новичка прежде всего с точки зрения опасности заполучить сильного «анти-лидера». Обнаруживается склонность к внутри-групповому символизму — условные знаки, свой «язык», свои клички, свои обряды — например, обряд «братания кровью» [1]. Подобные группы обычно образуются только из подростков мужского пола.

Другой тип подростковых групп отличается нечетким распределением ролей, отсутствием постоянного лидера — его функцию несут разные члены группы в зависимости от того, чем в данный момент группа занята. Состав группы обычно разнополый и нестабильный — одни уходят, другие приходят. Жизнь такой группы минимально регламентирована, нет каких-либо четких требований, удовлетворение которым необходимо для вступления в нее.

По-видимому, существуют и промежуточные, и иные типы подростковых групп. В закрытых заведениях для подростков (интернаты, спортивные лагеря, подростковые отделения психиатрических больниц) реакция группирования проявляется с особой силой и может быть причиной серьезных нарушений режима. В этих условиях, а также при семейно-педагогической запущенности реакция группирования может стать главным регулятором поведения подростка.

Реакцией группирования может быть объяснен известный факт, что подавляющее большинство правонарушений у подростков совершается в группе [21]. В группе сверстников, как правило, начинается также алкоголизация, осуществляется первое знакомство с действием иных токсических веществ. Даже формирование психической зависимости к алкоголю или иным токсическим веществам проходит стадию особой «групповой зависимости» — когда, например, влечение к алкоголю вспыхивает только когда подросток попадает в «свою» группу [26].

В обстановке спортивного лагеря для подростков с нарушениями поведения быстро складываются спонтанные груп-

пы. Лидерства в них обычно добиваются подростки, судя по описанию, с выраженными гипертимными чертами — стеничные, ежеминутно бестрепетно готовые вступить в драку, общительные, активные, во все вмешивающиеся, шумные, легко вскипающие при противоречии или ограничениях. С воспитателями у них быстро устанавливаются враждебные отношения. Реже лидерами становятся истероидные подростки. Но эти не завоевывают власть в борьбе, а, легко улавливая назревающие настроения в коллективе, подделываясь под желания группы, становятся наиболее демонстративными выразителями этих желаний и настроений. В дальнейшем они поддерживают свою власть над группой руками «адъютанта» — физически сильного, но недалекого подростка, которого умеют «очаровать» и использовать как орудие расправы и запугивания, однако их власть в группе редко бывает продолжительной.

Значение подростковых групп для психиатрии в последнее время все более становится очевидным. По нашим наблюдениям [17] в условиях закрытого психиатрического отделения для подростков также быстро складываются стихийные группы. И также на лидерство в них претендуют те, кто наделен гипертимными и истероидными чертами, а также эпилептоидные подростки. По данным нашего сотрудника А.П. Бизюка [3], истероидам в этих условиях обычно выпадает роль формальных лидеров (старосты палат и т.п.). Подобное лидерство базируется на посредничестве между подростками и персоналом. Неформальное лидерство в условиях круглосуточного совместного пребывания, регламентированного режима, замкнутой системы контактов нередко в конце концов достается не гипертимным, а стеничным шизоидным подросткам. Чрезмерная активность и общительность гипертимов в этих условиях начинают тяготить.

О них с раздражением начинают говорить, что они пристают, всюду суются (на жаргоне подростков — «возникают») Шизоиды с их сдержанностью, внешним спокойствием, ненавязчивостью и вместе с тем независимостью становятся объектом симпатий и наиболее частого выбора для совместного участия в малых группах. В иных условиях специальных интернатов для трудных подростков, по данным А.А. Вдовиченко [6], лидерство формальное и неформальное часто сразу сосредотачивается в руках подростка эпилептоидного типа. Этому спо-

собствует умение эпилептоида приспособиться к условиям строгого дисциплинарного режима с иерархией управления и подладиться к начальству, с одной стороны, и проявить жестокую власть и деспотизм над слабыми и менее стеничными сверстниками — с другой.

При психопатиях и акцентуациях характера реакция группирования весьма разнится в проявлениях в зависимости от типа характера. У гипертимных, неустойчивых и конформных подростков тяга к группированию сильна и постоянна. Циклоидные подростки обнаруживают это стремление в положительной фазе. У истероидов реакция группирования отличается капризной изменчивостью — они тянутся к обществу сверстников и экстравагантность этой группы для них особенно привлекательна [2].Однако обычно вскоре они заявляют, что «разочаровались» в своих приятелях. На самом же деле это случается, когда группа раскусила их самих — их театральность, лживость, склонность предавать друзей и т.п. Конформные подростки ценят место в привычной группе и боятся его потерять. Для эпилептоида группа представляет ценность, если дает в руки определенную власть и позволяет извлечь для себя выгоды.

Реакция увлечения — «хобби-реакция». Хобби у взрослых могут быть и могут отсутствовать. Для подросткового возраста увлечения составляют важнейшую черту. Подростковый возраст без увлечений подобен детству без игр. К сожалению, проблема увлечений остается еще мало освещенной в современной психологической литературе.

С нашей точки зрения, увлечения составляют особую категорию психических феноменов, структурных компонентов личности, располагаясь где-то между инстинктами и влечениями, с одной стороны, и наклонностями и интересами — с другой. В отличие от влечений, хобби не имеют непосредственной связи с инстинктами, со сферой безусловных рефлексов. В отличие же от интересов и наклонностей, увлечения всегда более эмоционально окрашены, хотя и не составляют главную трудовую направленность личности, не являются профессиональной деятельностью, средством заработка. Увлечения подростков и разнообразны, и относительно ограниченны. Хоккей и футбол, мотоспорт и автомашины, поп-музыка — наиболее частые увлечения в 60-х и 70-х годах у подростков мужского пола. Но

наряду с ними приходится встречать самые неожиданные хобби. Попытка их систематизации составляет нелегкую задачу. Наша рабочая классификация [17, 18, 23] была основана на стремлении разобраться в мотивах, толкающих на то или иное увлечение. С этой точки зрения выделены следующие типы увлечений.

Интеллектуально-эстетические увлечения связаны с глубоким интересом к любимому делу (музыке, рисованию, радиотехнике, древней истории или к разведению цветов, певчих птиц и т.д.). К этой же группе относятся любители постоянно что-то изобретать или конструировать. Нередко подобные занятия для других, особенно старших, кажутся ненужными и странными. Однако для самого подростка они представляются чрезвычайно интересными и важными; ему, в сущности, безразлично, как на это смотрят со стороны. Поглощенные увлекательным для них делом, подростки иногда за пускают учебу и другие дела и почти все время отдают избранному предмету. Этот вид увлечений наиболее присущ шизоидным подросткам.

Телесно-мануальные увлечения связаны с намерением укрепить свою силу, выносливость, приобрести ловкость или какие-либо искусные мануальные навыки. Сюда относятся занятия различными видами спорта (например карате, ставшее модным в 70-х годах среди подростков мужского пола) а также стремление научиться что-то мастерить, вышивать, ездить на велосипеде, водить мотоцикл или автомашину. Но все эти увлечения, казалось бы весьма разнообразные, можно отнести к данному типу, если за ними стоит именно желание развиться в определенном физическом отношении, овладеть какими-то умениями и т.п. Здесь удовольствие нередко доставляет не столько сам процесс занятий, сколько достигаемые результаты. К телесно-мануальным увлечениям особенно склонны бывают сенситивные юноши, у которых эти увлечения тесно переплетаются с реакцией гиперкомпенсации.

Лидерские увлечения сводятся к поиску ситуаций, где можно предводительствовать, руководить, что-то организовывать, направлять других, даже если это касается случайных моментов или событий повседневной жизни. Разные увлечения, будь то кружки, виды спорта, общественные обязанности, легко меняются, пока не попадется сообщество, которое удается под-

чинить себе. Такие подростки, среди которых много гипертимов, являются главарями в разных группах молодежи и при хорошей направленности интересов охотно занимаются полезной общественной деятельностью.

Накопительские увлечения — это прежде всего коллекционирование во всех его видах. Учитывая, что любая коллекция, достигая значительной величины, приобретает известную материальную ценность, можно допустить, что в основе этого рода увлечений лежит склонность к накоплению материальных благ. Устойчивая страсть к коллекционированию часто сочетается с особой тщательностью и аккуратностью. Наиболее яркие случаи здесь принадлежат эпилептоидным подросткам.

Эгоцентрические увлечения — всякого рода занятия, показная сторона которых позволяет оказаться в центре внимания окружения. Чаще всего это художественная самодеятельность, особенно модные ее формы — участие в любительских эстрадных ансамблях прежде всего, иногда спортивные соревнования — все, что дает возможность публичных выступлений, сосредоточения на себе всеобщего внимания. Сюда же может относиться увлечение экстравагантной одеждой, привлекающей взоры со всех сторон. Конечно, все это будет существенно отличаться побудительными мотивами от неподдельного интереса к искусству или спорту, или в случаях страсти к броской одежде от наивного подражания моде. С целью привлечь к себе внимание могут избираться даже такие занятия, как изучение иностранных языков, литературная деятельность, увлечение стариной, рисование, попытки стать знатоком в какой-либо модной области. Однако все эти занятия в подобных случаях преследуют все ту же цель — демонстрацию своих успехов, привлечение внимания оригинальностью своих увлечений, желание возвыситься в глазах окружающих. Наиболее благоприятствуют этому истероидные черты характера. *Азартные увлечения* — картежные игры, ставки на хоккейных и футбольных матчах, различного рода пари на деньги, увлечение спортлото и т.п. Виды увлечений могут меняться, но каждое из них питается чувством азарта. Этот род увлечений чаще всего встречается у эпилептоидных и гипертимных подростков.

Информативно-коммуникативные увлечения проявляются жаждой получения новой легкой информации, не требующей

никакой критической интеллектуальной переработки, а также потребностью во множестве поверхностных контактов, позволяющей этой информацией обмениваться. Многочасовая пустая, болтовня со случайными приятелями, глазение на все происходящее вокруг, детективно-приключенческие фильмы, реже книги того же содержания, многие часы перед телевизором составляют содержание этого рода увлечений. Контакт и знакомства предпочитаются такие же легкие, как и сама поглощаемая информация. Все усваивается на чрезвычайно поверхностном уровне и главным образом для того, чтобы тут же передать другим. Полученные сведения легко забываются, в их подлинный смысл обычно не вникают и каких-либо выводов из них не делается. Все это можно было бы считать не увлечением, а лишь манерой поведения, формой общения и т.п. Однако все это занимает время и место увлечений и, возможно, справедливо было бы расценено как самый примитивный их уровень. Обычно, если сам подросток заявляет, что у него никаких увлечений нет, речь идет на самом деле о подобном информативно-коммуникативном хобби. Этот род увлечений наиболее присущ неустойчивым и конформным подросткам. Одно и то же увлечение может основываться на неодинаковых побуждениях, т.е. относиться к разным типам хобби. Например, увлеченное занятие музыкой может служить удовлетворению эстетической потребности или эгоцентрического желания привлечь к себе внимание, «выделиться» среди окружения, или даже просто быть одним из мануальных хобби, когда желание бренчать на гитаре рождается так же, как научиться плавать, ездить на велосипеде или водить автомашину. Все то же можно сказать о многих видах спорта, о занятиях иностранными языками и др. Даже коллекционирование не всегда является накопительским хобби. Александр Ф. коллекционировал фотографии модных джазовых ансамблей, увесил ими стены своей комнаты от пола до потолка. Его комната стала местом паломничества других подростков, а он играл роль гида. Здесь коллекционирование скорее подталкивали эгоцентрические стремления, чем просто жажда накопительства.

Увлечения у подростков могут лежать в основе нарушений поведения. Это происходит или в силу чрезмерной интенсивности хобби, когда ради него забрасываются учеба, работа, все дела и даже ставится в опасность собственное благополучие,

или в силу необычности, странности и даже асоциального содержания самих увлечений.

Разным типам акцентуаций и психопатий свойственны как определенные типы хобби, так и некоторые другие их особенности. Для неустойчивых и конформных предпочтителен информативно-коммуникативный тип, для истероидов эгоцентрический, для эпилептоидов — накопительский и азартный. Шизоиды порой удивляют необычностью и изысканностью своих увлечений. Гипертимные подростки склонны часто менять разные виды увлечений, циклоиды — то бросать их, то снова возвращаться к прежним увлечениям.

Подростковые хобби имеют не только диагностическое, но и реабилитационное значение [8, 18]. Увлечения могут служить ключом для первого контакта при индивидуальной психотерапии [18] или использоваться как самостоятельный психотерапевтический метод — хобби-терапия [23].

Реакции, обусловленные сексуальным влечением. Эти поведенческие реакции составляют важную, но пока еще мало изученную область. Сюда могут быть отнесены не только непосредственные проявления сексуальной активности — онанизм, включая совместный и взаимный с другими, петтинг, ранние сексуальные связи, промискуитет, транзиторный подростковый гомосексуализм и др. Помимо них, встречаются нарушения поведения, внешне не имеющие сексуальной окраски, но которые в действительности должны быть отнесены к рассматриваемому кругу явлений (некоторые случаи избирательной агрессии, демонстративных суицидальных действий).

Исследования сексуального поведения подростков пока немногочисленны, а получаемые сведения не всегда достоверны. Одна из наиболее обстоятельных работ осуществлена в Дании P. Hertoft [33]. Им обследовано 400 здоровых, социально-адаптированных юношей 18-19-летнего возраста — учащихся и рабочих перед призывом на военную службу. Ранние половые сношения (до 16 лет) отмечены у 52%, в том числе до 14 лет — у 4%. К петтингу прибегали 29%, из них почти половина достигали оргазма. В мастурбации, хотя бы эпизодической, признались 92%, в том числе 70% продолжали ее регулярно. Начало мастурбации в возрасте до 14 лет отмечено у 37%. Совместную с другими подростками мастурбацию отметили 41%, причем 9% получали удовольствие от взаимной мастурбации. Эпи-

зодически возникавшее гомосексуальное влечение отмечено у 4%, в гомосексуальных сношениях (в Дании они не запрещены законом) признались 2% юношей.

Все это свидетельствует, что сексуальное поведение подростков отличается чрезвычайной неустойчивостью и легко может приближаться к патологическим формам. Причиной этой неустойчивости является недифференцированная сексуальность подростков, отмеченная еще A. Moll [35]. Половое возбуждение у мальчиков-подростков может вызываться множеством раздражителей — мышечным напряжением в борьбе с товарищем, тряской при езде на транспорте, даже болью и страхом. Если это возбуждение достигает оргазма, то легко замыкается условно-рефлекторная связь.

В подростковом возрасте каждому типу психопатий и акцентуаций присущи определенные особенности сексуального поведения. Гипертимные подростки отличаются рано пробуждающимся и сильным сексуальным влечением и вследствие этого обычно ранним началом половой жизни. Эмоционально-лабильные подростки склонны отдавать предпочтение флирту и избегают сексуальных эксцессов. Сенситивные подростки и отчасти психастеники зачастую оказываются во власти глубоко скрываемых переживаний по поводу своей действительной или мнимой сексуальной неполноценности. Обычный онанизм легко обрастает у них комплексом самообвинений. Шизоиды способны сочетать в себе высокий уровень моральных притязаний или показное безразличие к проблемам пола с грубой и даже извращенной сексуальностью. Половое влечение эпилептоидов отличается напряженностью и силой, рано пробуждается ревность. Эгоцентризм и жажда признания истероидов нигде, пожалуй, столь ярко не выступают, как в сексуальном поведении. Неустойчивые подростки нередко рано обогащаются сексуальным опытом в силу общений в асоциальных компаниях, хотя само влечение у них вовсе не отличается большой силой.

Детские поведенческие реакции в подростковом возрасте. Эти реакции у детей были описаны рядом французских психиатров — G. Heuyer, J. Dublineau, H. Joli, L. Michaux [35]. В нашей стране Г.Е. Сухарева [27], О.В. Кербиков [12] и В.В. Ковалев [13] использовали их для понимания нарушений поведения в детском возрасте. В определенной мере эти детские реакции

сохраняют свою роль у подростков. К этим реакциям относятся следующие.

Реакция отказа (demission) от контактов, игр, от пищи чаще возникает у детей, внезапно оторванных от матерей, семьи, привычного места жизни (помещение в детское учреждение, переезд на новое место жительства и др.). По нашим наблюдениям, эта реакция наблюдалась также у инфантильных подростков, когда их насильно отрывали от дома или от привычной компании сверстников. В последнем случае эта реакция представляла собой инфантильный вариант реакции группирования. У конформных подростков подобная реакция, но в крайне смягченном виде, появлялась при крутой ломке стереотипа жизни.

Реакция оппозиции может быть вызвана у ребенка чрезмерными претензиями к нему, непосильной для него нагрузкой — требованием отлично учиться, проявлять успехи в каких-либо занятиях (музыка и т.п.). Но чаще эта реакция бывает следствием утраты или резкого уменьшения внимания со стороны матери или близких. В детстве это может случиться при появлении младшего сиблинга, у подростка ту же реакцию может вызвать появление в семье отчима или мачехи. Ребенок разными способами пытается или вернуть прежнее внимание к себе (например, представляясь больным), или досадить «сопернику», избавиться от того, на кого внимание близких переключилось. У подростков, по нашим наблюдениям, реакция оппозиции может сохраняться, если она укрепилась в детстве. Реже в пубертатном периоде она впервые ярко проявляется. Последнее обычно случается на фоне истероидной акцентуации характера. В этих случаях реакция оппозиции может адресоваться не только родным, семье, но и воспитателям, школе. Например, подросток, в ответ на требование директора школы остричь отращенные за лето длинные волосы пришел на школьное торжество наголо обритым (по его словам, «как уголовник, выпущенный из тюрьмы») и нарочито шокировал своим видом педагогов и приехавшее начальство.

Проявления реакции оппозиции у подростков весьма разнообразны — от прогулов и побегов из дому до краж и попыток к самоубийству — чаще всего несерьезных и демонстративных. При этом и прогулы, и побеги имеют целью либо избавиться от трудностей, либо привлечь к себе внимание. Убе-

жав, часто держатся недалеко от дома, стараются попасть на глаза знакомым или милиции или направляются туда, где, надеются, их будут искать. С той же целью вернуть утраченное особое внимание подростками может использоваться нарочитое бравирование алкоголизацией, вызывающее поведение в общественных местах и т.п. Все эти демонстрации языком поступков как бы говорят родным: «Обратите на меня внимание! Избавьте меня от выпавших на мою долю трудностей — иначе я пропаду!»

Реакция имитации сказывается в стремлении подражать во всем определенному лицу или образу. В детстве предметом для подражания являются родные или старшие из ближайшего окружения, позднее — герои книг и кино. У подростков моделью для имитации чаще становятся наиболее яркие товарищи или преходящие кумиры молодежной моды. Пример для подражания подросток обычно подбирает не сам, ему он диктуется той группой сверстников, к которой он принадлежит. Взрослый может стать объектом для индивидуальной имитации, если он является для подростка образцом успеха в той области, где сам подросток стремится к достижениям. В силу этого в одежде, манере вести себя, суждениях подросток, увлеченный, например, каким-либо видом спорта, начинает подражать своему спортивному тренеру, а мечтающий об артистической карьере — какому-либо известному актеру кино или эстрады.

Причиной серьезных нарушений поведения реакция имитации может стать, когда для подражания служит антисоциальный «герой». Не случайно культ гангстеризма, насилий, убийств, грабежа, возвеличивание удачного «преступника-супермена» в американском кино, телевидении, бестселлерах способствовал росту в США преступности малолетних. Действие этого фактора в нашей стране ограничено законом, запрещающим книги и фильмы, пропагандирующие похождения уголовных преступников. Особенно выражена реакция имитации, подражание асоциальным «героям» у подростков неустойчивого типа. По мнению К.С. Лебединской [16], это связано с тем, что среди них много инфантильных.

Отрицательная имитация отмечена нами у подростков относительно редко. Речь идет вовсе не о подражании отрицательным моделям поведения, а о том, что весь модус поведения строится по принципу противоположного от некоего об-

разца. Примером может послужить подросток, подчеркнуто отказывающийся от всяких предоставляемых семьей материальных благ, от возможности поступить в заманчивое для его ровесников учебное заведение, предпочитающий поношенную одежду, скромно оплачиваемый труд, компанию неудачников. Его поведение было как бы негативом с модели, которой служил его отец — преуспевающий стяжатель и деляга. У другого подростка аскетизм и крайне утрированные моральные требования к себе и окружающим были связаны с тем, что образцом для отрицательной имитации сложила мать — одинокая женщина, отличавшаяся распущенной сексуальностью. Третий подросток со всем комплексом поведения, свойственного неустойчивому типу, — прогулами школы, побегами из дому, делинквентностью и т.п., даже проводя время в компаниях асоциальных сверстников, упорно избегал употреблять спиртные напитки. С раннего детства он был свидетелем сцен, где его пьяная мать бывала предметом насмешек и издевательств соседей.

Реакция отрицательной имитации тоже может рассматриваться как форма протеста, но она отлична от реакции оппозиции — здесь нет ни стремления привлечь к себе внимание, ни требования избавить от трудностей. Эта реакция ближе к борьбе за самостоятельность, теснее связана с реакцией эмансипации.

Реакция компенсации — желание свою слабость и неудачливость в одной области восполнить успехами в другой — свойственна как детям, так и в неменьшей степени подросткам. Болезненный, хилый, физически слабый мальчик, неспособный постоять за себя в драке, показать себя в подвижных играх, предмет насмешек на уроках физкультуры, компенсирует себя отличными успехами в учебе и поражающими энциклопедическими знаниями в областях, интересующих товарищей, вынужденными то и дело обращаться к нему за справками и признать его определенный авторитет. И наоборот, трудности в учебе могут компенсироваться «смелым» поведением, предводительством в озорстве и стать причиной нарушений поведения. По тем же мотивам, например, шизоидный подросток, неуклюжий и неловкий, после насмешек одноклассников начинает увлекаться гимнастикой йогов и поступает в клуб «моржей». *Реакция гиперкомпенсации* («сверхкомпенсация» француз-

ских авторов) у подростков встречается даже чаще, чем в детстве. Как известно, термин «гиперкомпенсация» впервые употребил A. Adler [29] для обозначения, с точки зрения психоанализа, одного из механизмов неврозов. Французские психиатры вложили в «сверхкомпенсацию» иной смысл. Здесь настойчиво и упорно добиваются результатов именно в той области, где оказываются слабыми. Перенесший в раннем детстве полиомиелит и с тех пор прихрамывающий, мальчик усиленно занимается акробатикой и достигает заметных успехов. Страдающий заиканием подросток с увлечением отдастся занятиям художественным чтением и успешно выступает на любительских концертах. Присущая с детства робость в силу гиперкомпенсации может толкнуть на отчаянные и безрассудные по смелости действия, которые внешне могут казаться банальными нарушениями поведения. Боязливый, тихий и застенчивый подросток на глазах у всего класса перелез по карнизу из окна в окно на высоте четвертого этажа. Поступок старшими был истолкован как хулиганство. Подросток же хотел показать товарищам свою «волю». Именно в силу гиперкомпенсации сенситивные, застенчивые и робкие мальчики при выборе видов спорта отдают предпочтение грубой силе — боксу, самбо, карате. Робкие сенситивные девочки тянутся к общественной работе, а нерешительные, вечно колеблющиеся психастенические подростки вдруг неожиданно поражают безапелляционными заявлениями в ситуациях, где требуется неторопливая осмотрительность.

Особенности патологических реакций. Все перечисленные специфически-подростковые реакции — эмансипации, группирования со сверстниками, увлечения сексуальные, так же как и детские поведенческие реакции в подростковом возрасте, могут быть как вариантами поведения в норме, так и представлять собой патологические нарушения поведения (непсихотические и даже психотические). Это положение было сформулировано В.В. Ковалевым [13] в отношении поведенческих реакций оппозиции, имитации и др. в детском возрасте. По его мнению, последние становятся патологическими, если распространяются за пределы той ситуации и микрогруппы, где они возникли, если к ним присоединяются невротические расстройства, а также, если они затрудняют или нарушают социальную адаптацию.

Сходные критерии могут быть применены в отношении определения патологического характера подростковых поведенческих реакций [17]. Патологическая реакция отличается от нормального поведения следующими признаками:

1) склонностью к генерализации, т.е. способностью возникать в самых разных ситуациях и вызываться самыми различными, в том числе неадекватными, поводами;

2) склонностью приобретать свойство патологического стереотипа, повторяя как клише по разным поводам один и тот же поступок;

3) склонностью превышать «потолок» нарушения поведения, никогда не преступаемый той когортой сверстников, с которой растет подросток, и той группой, к которой он принадлежит; например, подросток собирал фотографии и картинки с изображением изуродованных в катастрофах, истязаемых в нацистских лагерях, избиваемых полицией демонстрантов и т.п. — все это явно превышало «потолок» в отношении коллекционерских хобби, распространенных среди подростков;

4) склонностью приводить к социальной дезадаптации.

Литература

1. Алмазов Б.Н. самопорезы у подростков с акцентуациями характера // Патохарактерологические исследования у подростков. — Л., 1981. С. 97-102.

2. Амбрумова А.Г., Жезлова Л.Г. О некоторых формах девиантного поведения у подростков // Актуальные проблемы психоневрологии детского возраста. — М., 1973. С. 211-215.

3. Бизюк А.П. Об особенностях формирования групп у подростков с различными психическими нарушениями // Неврозы и пограничные состояния. — Л., 1972. С. 88-90.

4. Боровский В.М. Психическая деятельность животных. — М.; — Л., 1936.

5. Буянов М.Я. Психический инфантилизм (краткая история и современное состояние проблемы) // Журн. Невропатол. и психиатр. 1971. Вып. 10. С. 1579-1588.

6. Вдовиченко А.А. О типах акцентуации характера у деликвентных подростков // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. — Л., 1976. С. 23-24.

7. Властовский В.Г. Акселерация роста и развития детей, эпохальная и внутригрупповая. — М., 1976.

8. Драбкин Б.З., Трифонов О.А. Реабилитационная работа в отделении для подростков с пограничными состояниями // Реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. — Л., 1973. С. 212-215.

9. Жезлова Л.Я. К вопросу о самоубийствах у детей и подростков // Актуальные проблемы суицидологи. — М., 1978. С. 93-104.

10. Зельцер А. Причины и формы проявления ускоренного роста детей. — М., 1968.

11. Иванов Н.Я. Отражение реакции эмансипации в системе отношений у подростков // Патологические нарушения поведения у подростков. — Л., 1973. С. 17-24.

12. Кербиков О. В. К учению о динамике психопатий (1961) // Избранные труды. — М., 1971. С. 163-187.

13. Ковалев В.В. Психогенные характерологические и патахарактерологические реакции у детей и подростков // Неврозы и нарушения характера у детей и подростков. — М., 1973. С. 75-90.

14. Лебединская К.С. Психические нарушения у детей с патологией темпа полового созревания. — М., 1969.

15. Лебединская К.С. Роль нарушения темпа полового созревания в клинике пограничных состояний у детей и подростков. — М., 1973.

16. Лебединская К.С., Райская М.М. Клиническая характеристика «трудных подростков»// Журн. Невропат. и психиатр. 1978. Вып. 10. С. 1521-1526.

17. Личко А.Е. Основные типы нарушения поведения у подростков // Патологические нарушения поведения у подростков. — Л., 1973. С. 5-16.

18. Личко А. Е., Богдановская Л.В., Эйдмиллер Э.Г. Некоторые особенности психотерапевтического подхода в подростковой психиатрической клинике // Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. — Л., 1973. С. 59-66.

19. Маркосян А.А. основы морфологии и физиологии организма детей и подростков. — М., 1969.

20. Мечников И.И. Этюды о природе человека (1903). Собр. соч. — М., 1954-1955.

21. Миньковский Г. М. Некоторые вопросы изучения преступности несовершеннолетних. — М., 1965. С. 24-49.

22. Пашкова В.А. О необходимости пересмотра показателей оценки физического и полового развития детей и подростков, для задач судебной медицины в связи с явлениями акселерации // Судеб.-мед. экспертиза. 1973. №1. С. 13-16.

23. Скроцкий Ю.А. Увлечения в психопатологии подросткового возраста // Патологические нарушения поведения у подростков. — Л., 1973. С. 31-37.

24. Скроцкий Ю.А. Психотерапия увлечениями как новый метод лечения при психопатиях у подростков // Медико-психологические аспекты реабилитации детей с психическими заболеваниями. — Л., 1978. 1978. С. 51-56.

25. Сосюкало О.Д., Большаков А.Г., Кашникова А.А. О влиянии фактора акселерации на формирование клинической картины шизофрении у подростков // Журн. Нейропат. и психиатр. 1978. Вып. 10. С. 1523-1527.

26. Строганов Ю.А., Капанадзе В.Г. Медико-психологические аспекты формирования алкогольной зависимости у подростков // Медико-психологические аспекты реабилитации детей с психическими заболеваниями. — Л., 1978. С. 56-61.

27. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. — М., Медгиз, т. I, 1955, т. II, 1959.

28. Фелинская Н.И. О патоморфозе классических форм психопатий // Журн. Невропат. и психиатр. 1979. Вып. 11. С. 1670-1678.

29. Adler A. Uber der nervosen Character. — Wiesbaden, 1912.

30. Chauvin P. Les socieles animals. De l'abeille au gorille. — Paris, 1963.

31. Erikson E.H. Identity and the life cycle. Psychological issues. — N.Y., 1959.

32. Haffter C. Historische Aspecte der Bandenbildung Jugendlicher // Acta paedopsyhiat. 1966. V. 33. №6/7. P. 183-187.

33. Hertoft P. Investigation into sexual behavior of young men // Danish Med. Bull, 1969. V. 16. Suppl. 1. P. 1-96.

34. Homburger F. Psychopathologie des Kindesalter. — Berlin, 1926.

35. Michaux L. Psychiatrie infantile. — Paris, 1953.

36. Moll A. Die kontare Sexualempfindung. 2 Aufy. — Berlin, 1893.

37. Niessen G. Pubertatskrisen und Storungen der psychosexuellen Entwicklung // H. Harbauer, R. Lempp, G. Niessen, P. Strunk. Lehrbuch der speziellen Kinder-und Jugendpsychiatrie. — Berlin; Heidelberg, 1971. P. 133-148.

38. Schweischeimer F. Menschenaffen sollen das Ratsel der Gemiitsdepressionen lozen // Medizinische Klin. 1972. Bd. 67. H. 44. S. 1457-1458.