

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Российское общество психиатров  
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт  
им. В.М. Бехтерева Минздрава России  
Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии  
им. В.П. Сербского Минздрава России



ВСЕРОССИЙСКАЯ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
с международным участием

**ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ:  
СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ,  
ТЕРАПИИ, ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ**

19-21 ноября 2014 года,  
Санкт-Петербург

**СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ**  
Под редакцией Н.Г. Незнанова, И.В. Макарова

Санкт-Петербург  
2014

Научное издание

**Детская психиатрия: современные вопросы диагностики, терапии, профилактики и реабилитации:**  
сб. мат-лов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием / Под редакцией  
Н.Г. Незнанова, И.В. Макарова; – Санкт-Петербург – 2014 – 132 стр.

*Конференция проходила в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева Минздрава России 19-21 ноября 2014 года с участием детских и подростковых психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов и других специалистов в области охраны психического здоровья детей из России, Белоруссии, Казахстана, Украины, а также состоялся круглый стол по проблемам насилия и жестокости в отношении детей с участием эксперта ВОЗ – руководителя программ в области предупреждения насилия и травматизма (Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания).*

**ISBN 978-5-905498-24-4**

© СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2014  
© И.В. Макаров, составление, редакция, 2014  
© ООО «Альта Астра», оформление, 2014

### **ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ:**

- Скворцова В.И.** Министр здравоохранения Российской Федерации, Москва
- Каграманян И.Н.** заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации, Москва
- Байбарина Е.Н.** директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения РФ, Москва
- Рычкова С.В.** начальник отдела по организации медицинской помощи матерям и детям Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга
- Незнанов Н.Г.** профессор, директор Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Председатель Российского общества психиатров, Главный психиатр Росздравнадзора, Президент Всемирной ассоциации динамической психиатрии, Санкт-Петербург
- Кекелидзе З.И.** профессор, директор Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Главный психиатр Министерства здравоохранения РФ, Москва
- Макушкин Е.В.** профессор, зам. директора по научной работе Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Главный детский специалист-психиатр Министерства здравоохранения РФ, заместитель председателя Российского общества психиатров, Москва
- Макаров И.В.** д.м.н., руководитель отделения детской психиатрии Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева, главный детский специалист-психиатр Минздрава в Северо-Западном федеральном округе, Санкт-Петербург
- Попов Ю.В.** профессор, заслуженный деятель науки РФ, зам. директора по научной работе Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург
- Михайлов В.А.** д.м.н., зам. директора по инновационному научному развитию и международному сотрудничеству Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева, руководитель отделения реабилитации психосоматических больных, Санкт-Петербург
- Портнова А.А.** д.м.н., руководитель отдела клинической психиатрии детского и подросткового возраста государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, главный детский психиатр Комитета по здравоохранению Москвы, Москва

### **ПРОГРАММНЫЙ КОМИТЕТ:**

- Краснов В.Н.** профессор, директор Московского НИИ психиатрии Министерства здравоохранения РФ, заместитель председателя Российского общества психиатров, Москва
- Гузева В.И.** профессор, заведующая кафедрой нервных болезней Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, Главный детский невролог Минздрава России, Санкт-Петербург
- Лиманкин О.В.** к.м.н., главный врач Санкт-Петербургской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко, заместитель председателя Российского общества психиатров, Санкт-Петербург
- Софронов А.Г.** профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, главный психиатр и главный нарколог Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга
- Скоромец А.А.** академик РАН, зав. кафедрой неврологии и нейрохирургии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова, Главный невролог Санкт-Петербурга Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга
- Тиганов А.С.** академик РАН, директор Научного центра психического здоровья РАМН, Москва
- Яхин К.К.** профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Казанского государственного медицинского университета, заместитель председателя Российского общества психиатров, Казань
- Шигашов Д.Ю.** к.м.н., главный врач ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина, Санкт-Петербург
- Ретюнский К.Ю.** профессор, зав. кафедрой психиатрии и наркологии Уральской государственной медицинской академии, главный психиатр Уральского федерального округа, Екатеринбург
- Шевченко Ю.С.** профессор, зав. кафедрой детской психиатрии и психотерапии Российской медицинской академии последипломного образования, Москва
- Эйдемиллер Э.Г.** профессор, зав. кафедрой детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

## СОДЕРЖАНИЕ

4

### **I. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ**

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ  
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ  
В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.Ю. Антохин, М.И. Шлафер, А.В. Карпец,  
А.М. Потокина.....10

СТАНДАРТ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ РЕБЕНКУ  
С РАССТРОЙСТВАМИ В ПСИХИЧЕСКОЙ  
СФЕРЕ И СТАНДАРТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ  
ПОДГОТОВКИ ДЕТСКОГО ПСИХИАТРА

М.А. Бебчук.....11

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ  
К ОКАЗАНИЮ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ  
ДЕТЯМ РАННЕГО ВОЗРАСТА  
С ОТКЛОНЕНИЯМИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО  
РАЗВИТИЯ НА ФОНЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО  
ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

О.С. Белова, А.Г. Соловьев.....12

ШЕСТИЛЕТНИЙ ТРЕНД ДИНАМИКИ  
ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ,  
СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ  
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

А.Г. Головина, О.П. Шмакова, О.В. Овсянникова,  
Н.Е. Кравченко, О.А. Суетина.....13

КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ,  
СОЦИАЛЬНЫЕ И ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ  
НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ  
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Р.М. Гусманов, А.В. Шубин.....14

ОБ ОПЫТЕ РАБОТЫ  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО АМБУЛАТОРНОГО  
ПОДРОСТКОВОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОЙ  
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

А.С. Кононец, О.И. Трифонов, Л.А. Лусс.....15

О НЕКОТОРЫХ ПОДХОДАХ  
К ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОМАНИИ  
СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ  
В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

В.П. Максимчук.....16

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ  
И ПОДРОСТКОВ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ  
ЗА ПЕРИОД 2008-2013 ГГ.

А.Р. Распутина, О.В. Очнева, Н.В. Андропова,  
А.В. Горохова.....17

ЗАКОНОМЕРНОСТИ КЛИНИКО-  
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ  
МИНИМАЛЬНОЙ МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИИ  
РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА  
В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

И.А. Сабитов, М.С. Захарова, Ю.М. Павлова.....17

КРУГЛОСУТОЧНАЯ СЛУЖБА «ТЕЛЕФОН  
ДОВЕРИЯ» ЕДИНОГО ЦЕНТРА ЗАЩИТЫ ДЕТЕЙ  
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
Г. МОСКВЫ: ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАБОТЫ

Е.Л. Усачёва, О.В. Серебровская, А.А. Портнова,  
П.В. Безменов, И.И. Смирнов, Е.С. Попова.....18

ПРИОРИТЕТЫ СОЦИАЛЬНОЙ  
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ  
ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ  
И РАССТРОЙСТВАХ ПОВЕДЕНИЯ  
В РЕФОРМИРУЕМОЙ СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ

В.Ф. Шалимов, Г.Р. Новикова.....19

К ОТКРЫТИЮ НОВОГО СТАЦИОНАРНО-АМБУЛАТОРНОГО КОМПЛЕКСА ЦЕНТРА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ «ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ» ИМЕНИ С.С. МНУХИНА Д.Ю. Шигашов, Ю.А. Фесенко.....	20
--	----

## II. ВОПРОСЫ СУИЦИДОЛОГИИ

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Ю.Ш. Васянина.....	22
--	----

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ И АНАЛИЗА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ АЛТАЙСКОГО КРАЯ В.Н. Ведяшкин, И.И. Шереметьева.....	23
---	----

СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ СУИЦИДОЛОГИИ Р.М. Гусманов.....	24
---	----

СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ: КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ОТРИЦАТЕЛЬНО СВЯЗАНО С ЧАСТОТОЙ СУИЦИДОВ НА ТЕРРИТОРИИ (ПО ДАННЫМ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА) В.А. Макашева, Е.Р. Слободская.....	25
--	----

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИХ ТЕСТОВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ – ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА О.Ф. Панкова, И.И. Смирнов, Г.К. Колдунова.....	26
---	----

ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ДЕВУШЕК С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ А.А. Пичиков.....	27
---	----

О ВКЛАДЕ ПРОФЕССОРА А.Е. ЛИЧКО В ИЗУЧЕНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ Ю.В. Попов, А.А. Пичиков.....	28
---	----

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА РИСУНОЧНОЙ ФРУСТРАЦИИ С. РОЗЕНЦВЕЙГА (R-F) ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПОДРОСТКОВ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ А.Л. Рыжов.....	29
--	----

## III. ДЕТСКИЙ АУТИЗМ

ДИНАМИКА ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ДЕТЕЙ С АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ В.И. Багаев, А.А. Безгодова, М.В. Злоказова.....	31
---	----

ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ ДО ОДНОГО ГОДА Е.С. Гальчин.....	32
---	----

АКТУАЛЬНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ С.А. Гребень, Т.В. Докукина, И.В. Григорьева.....	33
--	----

ЭФФЕКТ ДЕСТИГМАТИЗАЦИОННОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ В ПРЕОДОЛЕНИИ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ У МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ И.В. Григорьева, Т.В. Докукина, Н.К. Григорьева, Т.Н. Алыко.....	34
--	----

ОПЫТ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ, СТРАДАЮЩИМИ АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ Е.Л. Данилова, Е.Л. Селезнева, А.Ю. Шапиро.....	34
--	----

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРОЦЕССУАЛЬНОГО АУТИЗМА И.В. Забозлаева, Е.В. Малинина.....	35
--	----

ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА ОСНОВЕ АНИМАЛОТЕРАПИИ Л.Т. Козловская.....	36
---	----

ТЕСТ ВЕКслера КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ СПОСОБ ВЫЯВЛЕНИЯ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ К.В. Макарова.....	37
---	----

РОЛЬ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО МАРКЕРА МЕТАЛЛОТИОНЕИНА ПРИ АУТИЗМЕ С.А. Марчук, И.В. Григорьева, Т.В. Докукина.....	38
--	----

ЭТАПЫ ИГРОВОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕТСКОГО АУТИЗМА С ВЫРАЖЕННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ, ЭМОЦИЙ И ИНТЕЛЛЕКТА В.Э. Пашковский, А.А. Романов.....	39
--	----

МЕЖВЕДОМСТВЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЯХ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ Н.В. Симашкова.....	40
--	----

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КАК ЧАСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, СТРАДАЮЩИМ АУТИЗМОМ А.С. Султанова.....	40
---	----

ВЛИЯНИЕ ОБУЧЕНИЯ НА КОММУНИКАТИВНУЮ СФЕРУ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ В.Н. Феофанов, Д.И. Колодкина.....	41
--	----

КЛИНИКО-ЭТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ОРГАНИЧЕСКОГО И ПРОЦЕССУАЛЬНОГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА О.З. Хайретдинов.....	42
--	----

**IV. ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЕ  
РАССТРОЙСТВО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА**

СТИЛИ РОДИТЕЛЬСКОГО ВОСПИТАНИЯ  
В СЕМЬЯХ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ  
С ДИАГНОЗОМ СДВГ

Е.В. Брюн, Ф.В. Булатов, Ю.В. Овечкина..... 44

ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА КАТЕХОЛАМИНОВ  
У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА  
ВНИМАНИЯ

Р.Ф. Гасанов..... 45

СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ  
И ГИПЕРАКТИВНОСТИ:  
СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ  
ДИАГНОСТИКИ И ФАРМАКОТЕРАПИИ

Н.Н. Заваденко..... 46

СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ  
ДЕТЕЙ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМИ  
РАССТРОЙСТВАМИ:

ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Т.А. Куприянова, Е.В. Корень..... 47

СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА  
ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ  
И ГИПЕРАКТИВНОСТИ

М.И. Лохов, Е.В. Фесенко, Ю.А. Фесенко..... 48

РАЗВИТИЕ САМОРЕГУЛЯЦИИ  
ШЕСТИЛЕТНЕГО РЕБЕНКА С СДВГ

Н.И. Лункина..... 49

ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ  
МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО  
И СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА  
С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ  
И ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

Л.А. Мелькова, Д.М. Федотов..... 50

**V. КЛИНИКА, ДИНАМИКА,  
ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ  
ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
У ДЕТЕЙ**

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ВНИМАНИЯ  
У ДЕТЕЙ С АТОНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ  
ПСИХИЧЕСКОГО НЕДОРАЗВИТИЯ

А.С. Автенок..... 52

ИСТЕРИФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВАХ  
У ДЕТЕЙ, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ  
ПРОЯВЛЕНИЙ

А.Е. Алексеева..... 53

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА  
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЕМ  
УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Ю.Ф. Антропов..... 53

ЭНДОГЕННАЯ ДЕПРЕССИЯ  
В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ю.Ф. Антропов..... 54

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ  
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С КАРИЕСОМ ЗУБОВ,  
НУЖДАЮЩИХСЯ В ТЕРАПИИ  
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НАРКОЗА

Ю.Ф. Антропов, В.В. Миленин..... 55

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ  
ОЦЕНКИ УГОЛОВНО РЕЛЕВАНТНЫХ  
ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ  
У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ОБВИНЯЕМЫХ  
И ПОТЕРПЕВШИХ

В.Д. Бадмаева, Е.Г. Дозорцева, Д.С. Ошевский,..... 56

КОМПЛЕКСНАЯ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ  
НЕОРГАНИЧЕСКОГО ЭНКОПРЕЗА  
В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

А.А. Бебенин, К.Ю. Ретюнский..... 58

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ  
И ЛЕЧЕНИЮ ОБСЕССИВНО-  
КОМПУЛЬСИВНЫХ РАССТРОЙСТВ  
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

И.Н. Вакула, Е.О. Бойко, Е.Ю. Никифорова,  
И.А. Маловатова, Д.И. Никифорова,  
Ю.О. Бойчевская..... 59

АКТУАЛЬНОСТЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ  
ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ БЕЛОРУССКИХ  
ПОДРОСТКОВ И АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ  
ФАКТОРОВ, ВОВЛЕЧЕННЫХ  
В ЕЕ ФОРМИРОВАНИЕ

Л.Ю. Велижанская, А.В. Копытов..... 60

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЕЗНИ  
НИМАННА-ПИКА ТИП С, ВЫЯВЛЕННОЙ  
В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО  
ОТДЕЛЕНИЯ

И.А. Волкова, Ю.И. Поляков, А.Ю. Митрофанов,  
А.Д. Коротков, М.А. Булатникова,  
В.И. Ларионова..... 60

КЛИНИКО-ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ  
ОСОБЕННОСТИ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ  
ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ  
С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

И.В. Гранкина..... 61

АЛИМЕАЗИН В АМБУЛАТОРНОЙ ТЕРАПИИ  
НЕПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ КРУГА  
ШИЗОФРЕНИИ У ЛИЦ  
ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

А.Г. Головина..... 62

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ КЛИНИЧЕСКОЙ  
КАРТИНЫ И ОБРАЩАЕМОСТИ  
ЗА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ  
БОЛЬНЫХ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА  
С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ  
В ПЕРВОМ ДЕСЯТИЛЕТИИ 21-ГО ВЕКА

В.В. Грачев..... 63

НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ  
ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ТЕРАПИИ  
И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕТСКО-  
ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

З.К. Гусманова..... 64

ПРИЧИНЫ ТРУДНОСТЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПОЛИМОРФИЗМА СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП И.В. Добряков.....	65	ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ НЕЙРОЛЮЭСА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С.П. Фалькович.....	76
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЗАДЕРЖЕК ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, ОСЛОЖНЕННЫХ СИНДРОМОМ АФФЕКТИВНОЙ НЕУСТОЙЧИВОСТИ Д.А. Емелина.....	66	РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ И ВОЛЕВОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ПОДРОСТКОВ М.Г. Фомушкина, Т.В. Раева.....	77
К ВОПРОСУ О СПЕЦИФИКЕ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЭНДОГЕННОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ А.А. Коваль-Зайцев, А.И. Хромов, Н.В. Зверева.....	67	НАРУШЕНИЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯМИ А.А. Холин.....	78
ДИНАМИКА НЕВРОЗОПОДОБНЫХ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ В.В. Колмогорова, В.М. Полецкий.....	68	ДИНАМИКА «ПРЕДБОЛЕЗНЕННЫХ» ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО И ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ ОБСЕРВАЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В.В. Чубаровский.....	79
РОЛЬ ГЕНОТИПИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА 5-HTTLPR ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ А.В. Копытов, И.М. Голоенко.....	68	НАРУШЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Л.С. Чутко, С.Ю. Сурушкина, Е.А. Яковенко, И.С. Никишена, Т.И. Анисимова, Ю.Л. Бондарчук.....	79
ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ КРИТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ В РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД Н.А. Луговых, Е.В. Малинина.....	69	К ОБОСНОВАНИЮ КОНЦЕПЦИИ ИНЕРТНО-ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО (ЭПИТИПИЧЕСКОГО) ДИАТЕЗА Ю.С. Шевченко.....	80
КЛИНИКА ОЛИГОФРЕННЫХ ПСИХОЗОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ И.В. Макаров.....	70	МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ О.П. Шмакова, А.А. Шмакова, И.Н. Отман, Л.В. Андросова.....	81
БИО-ПСИХО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ В.Л. Малыгин, Н.С. Хомерики, Ю.А. Меркурьева, А.С. Искандирова.....	71	ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Ю.А. Яковлева.....	82
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ С.А. Немкова.....	72	<b>VI. МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ</b>	
КОМОРБИДНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ МИГРЕНИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Ю.Е. Нестеровский.....	73	СТРУКТУРА ЗАПРОСА АБОНЕНТОВ НА ДЕТСКИЙ ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ КАК ЗЕРКАЛО ДЕТСКИХ ПРОБЛЕМ О.Б. Андреева, С.Ш. Сабилов, С.П. Ивашев.....	84
ШИЗОТИПИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО В КЛИНИКЕ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ (РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ) О.Ф. Панкова, М.А. Чумак.....	73	АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА И АГРЕССИВНЫЕ РЕАКЦИИ ШКОЛЬНИЦ, СКЛОННЫХ К УПОТРЕБЛЕНИЮ АЛКОГОЛЯ Т.П. Бартош.....	85
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ О.И. Пилявская, Е.В. Малинина.....	74	ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМОЙ ЭПИЛЕПСИИ И.С. Быкова, А.А. Кенжагалиева.....	86
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОГО ПСИХОСИНДРОМА У ДЕТЕЙ В.М. Полецкий, В.В. Колмогорова.....	75	ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АГРЕССИИ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ И.В. Васильев, С.П. Ивашев, Ю.Д. Иванова.....	87

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИХОТИЧЕСКОГО ПРОСЛУШИВАНИЯ РЕЧИ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ ПРОЦЕДУР ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ М.В. Вассерман, Д.Ю. Пинчук, Е.Л. Вассерман, К.Т. Сирбиладзе, Н.К. Карташев.....	88
МЕТОДИКА «НЕЗАКОНЧЕННЫЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ» В ИССЛЕДОВАНИИ ВОСПРИЯТИЯ ОПАСНОСТИ ВНЕШНЕГО МИРА У ПОДРОСТКОВ В НОРМЕ И ПРИ ШИЗОФРЕНИИ М.И. Вещикова, Н.В. Зверева.....	89
СТАНДАРТИЗОВАННАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА АГРЕССИВНОГО КРИМИНАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ-ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА А.А. Волкова, Д.С. Ошевский.....	90
ФАКТОРЫ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА И ДИНАМИКА ЭМПАТИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ СЛУШАТЕЛЕЙ КАФЕДРЫ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В ХОДЕ ОБУЧЕНИЯ НА ЦИКЛАХ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ М.Ю. Городнова.....	91
ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ Гречаный С.В., Егоров А.Ю.....	92
ОЦЕНКА АДАПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ А.М. Жигар.....	92
ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В РАБОТЕ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА О.С. Захарчук.....	93
ТАКТИЛЬНАЯ И СЛУХОРЕЧЕВАЯ ПРОИЗВОЛЬНАЯ ПАМЯТЬ ПРИ РАЗНЫХ ТИПАХ ДИЗОНТОГЕНЕЗА Н.В. Зверева, Т.В. Калашникова.....	93
ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ ДЕТЕЙ НА СИТУАЦИЮ ЛИШЕНИЯ РОДИТЕЛЬСКОЙ ОПЕКИ М.В. Земляных.....	94
СТАНДАРТИЗОВАННАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА АГРЕССИВНОГО КРИМИНАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ-ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ С ОРГАНИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА А.А. Зубкова, Д.С. Ошевский.....	95
ОБЕСПЕЧЕНИЕ АТМОСФЕРЫ ПРИНЯТИЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ТЕПЛОТЫ КАК УСЛОВИЕ УСПЕШНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ А.Ю. Зырянова, Н.А. Могучева.....	96
ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ С СЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ С ПОЗИЦИИ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И.С. Карауш.....	97
ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ СИТУАЦИЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ У ПОДРОСТКОВ М.С. Климова.....	98
О НЕОБХОДИМОСТИ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С РОДИТЕЛЯМИ ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ К.В. Кмить, Ю.В. Попов.....	99
РОЛЬ АЛЕКСИТИМИИ В ФОРМИРОВАНИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ А.В. Копытов, О.Г. Шпаковская, В.П. Максимчук.....	100
ОЦЕНКА СЕКСУАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА МУЖСКОГО ПОЛА, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Д.А. Копытов, В.А. Доморацкий.....	101
БРЕМЯ-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ГРУППОВАЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА Е.В. Корень, Т.А. Куприянова.....	102
КОНСТРУКТИВНО-РАЗВИВАЮЩИЕ АСПЕКТЫ ХОЛДИНГ-ТЕРАПИИ В.А. Корнеева, Ю.С. Шевченко.....	102
ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ С РЕБЁНКОМ ЧЕТЫРЁХ ЛЕТ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ Г.А. Ли, Н.Ю. Оганесян.....	103
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЛЕСНОСТИ У ПОДРОСТКОВ С ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В.Л. Малыгин, Ю.А. Меркурьева.....	104
СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ СЕМЬИ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ О.В. Михейкина.....	105



ПОЗИТИВНАЯ СОЦИАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПРАКТИКИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО МУЗИЦИРОВАНИЮ И.М. Недилько.....	106	ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА О.В. Серебровская, А.А. Портнова, Е.Л. Усачева, О.М. Дерябина.....	115
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МНЕСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ОБРАТИМЫХ ФОРМАХ ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА Г.Р. Новикова.....	107	ВЗАИМОСВЯЗЬ ДИНАМИКИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ И УРОВНЯ ИХ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ К ОБУЧЕНИЮ В ШКОЛЕ Е.В. Строкова.....	115
СОСТОЯНИЕ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ПОДРОСТКОВ ПОСЛЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ЛЁГКОЙ СТЕПЕНИ С.В. Первичко, И.С. Горина, О.Б. Степанова.....	108	КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ У ДЕТЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ Т.П. Хышиктужева (Злова), Ю.В. Лебедева, В.В. Ахметова.....	116
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОНФЛИКТ КАК ФОРМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ А.А. Портнова, О.В. Серебровская, Л.С. Шинко.....	109	ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ САМОСОЗНАНИЯ У СОЦИАЛЬНЫХ СИРОТ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Ю.М. Шикин, Е.В. Чудновский.....	117
ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОДРАМА В РАБОТЕ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА В.А. Потапова, Ж.В. Зуева.....	110	СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ПОДРОСТКОВ, С ДЕТСТВА СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ О.П. Шмакова.....	118
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ И.А. Сабитов, Ю.М. Павлова, О.Л. Быстрова.....	111	ТОЛЕРАНТНОСТЬ И ИДЕНТИЧНОСТЬ СОВРЕМЕННОГО ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИ- ОРИЕНТИРОВАННОГО ПСИХОТЕРАПЕВТА Э.Г. Эйдемиллер.....	119
«КРИЗИС МОТИВАЦИИ» ПОДРОСТКОВОГО ПЕРИОДА А.А. Северный, Н.М. Иовчук.....	112	МОДЕЛИ КРАТКОСРОЧНОЙ АНАЛИТИЧЕСКОЙ ПСИХОДРАМЫ И АНАЛИТИКО-СИСТЕМНОЙ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И ВЗРОСЛЫХ Э.Г. Эйдемиллер, Н.В. Александрова.....	120
ЗАДАЧИ ПОДРОСТКОВОЙ ГРУППЫ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ С.В. Семенова.....	113	<b>АВТОРЫ (СОАВТОРЫ) ТЕЗИСОВ И ДОКЛАДОВ</b> .....	122
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОСТАВЛЯЮЩИХ НЕЙРОКОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЭНДОГЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ А.А. Сергиенко, А.И. Хромов, Н.В. Зверева.....	114		

## I.

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ****ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ****Е.Ю. Антохин<sup>1,2</sup>, М.И. Шлафер<sup>2</sup>,  
А.В. Карпец<sup>3</sup>, А.М. Потоккина<sup>3</sup>***ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная  
медицинская академия» Минздрава России<sup>1</sup>  
ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая  
психиатрическая больница № 1»<sup>2</sup>**ГБУЗ «Городская клиническая больница им. Н.И. Пирогова»<sup>3</sup>,  
г. Оренбург*

Согласно Всеобщей Декларации прав человека дети имеют право на особую заботу и помощь. Конституция Российской Федерации гарантирует государственную поддержку семьи, материнства и детства. В России определена «Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012-2017 годы», главная задача которой: «...определить основные направления и задачи государственной политики в интересах детей и ключевые механизмы её реализации, базирующиеся на общепризнанных принципах и нормах международного права». Одной из главных целей, определяемой Национальной стратегией, созвучной стратегии Совета Европы по защите прав ребёнка на 2012-2015 годы, является «способствование появлению дружественных к ребёнку услуг и систем». Реализация поставленных целей, особенно в сфере медико-психологической профилактики проблем детства, возможна только путём создания чёткой структурированной системы основанной на взаимодействии всех государственных структур и ведомств в той или иной мере ответственных за работу с детско-подростковым населением. Немаловажным является и использование социального ресурса, в частности привлечение

к реализации программ в области охраны психологического здоровья детей и подростков некоммерческих организаций. В особенности молодёжных добровольческих движений, которые в настоящее время ведут активную работу в Оренбургской области, в том числе и в сфере психического здоровья – студенческое добровольческое движение «Радуга» Оренбургской государственной медицинской академии (ОрГМА). В специальном докладе Уполномоченного по правам ребёнка по Оренбургской области были обозначены основные проблемные зоны, в частности недостаточно чёткая организация именно медико-психологической помощи детско-подростковому населению.

При этом отмечено, что существующая система представлена, в основном, психиатрической направленностью, то есть работой с тяжело больными детьми и подростками. И в меньшей степени охвачен детский контингент с донозологическими проблемами и пограничными расстройствами. При этом такие дети, а в большей мере их родители, лишь в крайнем случае обращаются к психиатрам. Именно указанный контингент в первую очередь нуждается в помощи относительно новой специальности в Российской Федерации – «клиническая психология». Сфера деятельности клинического психолога выходит за пределы оказания помощи психически больным и в первую очередь направлена на первичную психопрофилактику. В области имеется мощный ресурс в плане развития данного направления, в первую очередь обусловленный тем, что на протяжении последних 10 лет в ОрГМА проводится обучение данных специалистов и ежегодно выпускается от 12 до 25 клинических психологов. Одним из приоритетных направлений организации

медико-психологической службы области является создание кабинетов клинического психолога вне психиатрических учреждений, прежде всего, в поликлиниках.

С июля 2014 года такой кабинет открыт в детской городской поликлинике, который является «экспериментальной площадкой», призванной показать востребованность данных специалистов. За 2 месяца работы уже получили диагностическую и психологическую помощь более 100 детей и их родителей. Несомненным плюсом в организации медико-психологической помощи стало решение Минздрава области о создании Центра профилактики и терапии кризисных состояний в структуре Оренбургской областной клинической психиатрической больницы № 1, но территориально расположенного вне больницы. Одной из функций данного нового подразделения является профилактическая работа, а также методическая работа в деле организации помощи детско-подростковому населению и семье. Также на базе отделения психологических методов лечения Клиники ОрГМА открыты детско-подростковые кабинеты, где приём ведут сотрудники кафедры клинической психологии и психотерапии.

Значимым является и образовательное направление в организации медико-психологической помощи детскому населению. Здесь также имеется потенциальный ресурс, представленный психологами образовательных учреждений области и социальными психологами (свыше 600 человек). С сентября 2014 года на базе кафедры клинической психологии и психотерапии проводятся тематические усовершенствования (ТУ) в области психопрофилактики для психологов не клинического профиля. Кроме того, реализуя концепцию системно-структурированного межведомственного взаимодействия, планируется проведение ТУ специалистам первичного звена здравоохранения (участковые педиатры и подростковые терапевты), а также работникам из системы УВД, прежде всего, участковым оперуполномоченным. Ещё одним важным психопрофилактическим звеном в медико-психологической работе является взаимодействие с СМИ. Образовательная деятельность также реализуется через регулярное проведение конференций на территории области, в том числе и в международном формате с лекциями как российских ведущих специалистов, так и зарубежных. При Законодательном Собрании области создан Общественный Совет некоммерческих организаций, работающих в сфере психического здоровья детей и подростков с приоритетной государственной поддержкой их деятельности, особенно в направлении развития добровольческих инициатив молодёжи.

Таким образом, в настоящее время в Оренбургской области организована системная психологическая помощь, основанная на межведомственном взаимодействии с реализацией образовательного и научно-практического подходов в обеспечении кадрами и приближенности к населению.

## СТАНДАРТ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ РЕБЕНКУ С РАССТРОЙСТВАМИ В ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЕ И СТАНДАРТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ ДЕТСКОГО ПСИХИАТРА

М.А. Бебчук

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России,  
Москва

Многочисленные исследования нескольких десятилетий убедительно свидетельствуют о роли семейного окружения в возникновении, течении и прогнозе расстройств психической сферы у детей. Существуют данные, сигнализирующие и об обратном процессе – влиянии заболевания ребенка на душевные переживания родителей, что, в свою очередь, оказывает воздействие на динамику состояния ребенка.

Специалисты, работающие в системном подходе, считают, что симптоматическое поведение определяется коммуникативным и структурным компонентами семейной системы. Такие расстройства психической сферы по происхождению называют *первично-системными*. К этой группе, например, относятся случаи появления симптоматического поведения в качестве «стабилизатора» дисфункциональной семейной системы. С другой стороны, психическое расстройство или отклонение в развитии ребенка, возникающее по причинам, не связанным с функционированием семейной системы, а, например, в результате черепно-мозговой травмы, всегда изменяет поведение других членов семьи и влияет на структуру системы, приводя к вторичным нарушениям, что, в свою очередь, закрепляет уже существующую патологию или приводит к новому симптоматическому поведению – *вторично-системным* расстройствам.

Таким образом, семейная психотерапия (семейное консультирование), решая различные задачи при первично- или вторично-системных расстройствах, показаны всем детям, которым оказывается специализированная психиатрическая помощь. Отметим, что с 1998 года (Приказ Минздрава России от 7.05.1998 N151 с изм. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 28.04.2007 N306) семейная психотерапия входит в СТАНДАРТ оказания помощи детям при **всех** психических расстройствах. За это время появилось значительное число психологов, владеющих навыками системного семейного консультирования и занятых в сфере образования или социальной защиты, но количество клинических психологов, психотерапевтов или детских психиатров, имеющих соответствующее дополнительное профессиональное образование и умеющих оказывать помощь детям и родителям в учреждениях здравоохранения недостаточно. Отсутствие семейных психотерапевтов в большинстве психиатрических больниц практически исключает реализацию лечебного цикла с привлечением семьи, а семейное консультирование и семейная терапия на практике так и не стали *стандартом* оказания помощи ребенку с психическими расстройствами.

Для профессионального созревания детского и подросткового психиатра представляются важными знания основ системного мышления и принципов семейной психотерапии, получить которые нельзя только из литературы, т.к. необходимо сочетание нескольких факторов, объединить которые возможно в процессе длительного обучения в группе с постоянным составом участников. Образовательный процесс условно делится на шесть составляющих: 1) теория и практика семейного консультирования, включая наблюдение за работой преподавателей с семьями в режиме реального времени с последующим разбором и обсуждением терапевтического процесса; 2) получение курсантами личного «клиентского» опыта в работе с их актуальным состоянием, семейной ситуацией или семейной историей; 3) самостоятельная психотерапевтическая работа курсантов с семьями *исупервизия* этой работы; 4) систематическая работа курсантов в группах по 6-7 человек для отработки упражнений, обмена литературой, получения поддержки, обсуждения клинических случаев и формирования профессионального сообщества; 5) самостоятельная аналитическая работа, обобщение полученного опыта; 6) составление протоколов психотерапевтических сессий и иной отчетной документации.

Знание основ системного мышления, как необходимого минимума, формирующего профессиональное мировоззрение детского психиатра, поможет: 1/ оценить соотношение «биологического» и «системно-семейного» в происхождении патологии ребенка и динамике его состояния; 2/ провести системную оценку состояния родителей и их готовности к изменениям в ребенке; 3/ осознать и скорректировать свою позицию в адрес сотрудничающих или протвостоящих сотрудничеству родителей; 4/ построить эффективный контакт с родителями и выбрать корректную форму вмешательства в родительский стиль поведения и воспитания; 5/ научиться формулировать задание по коррекции состояния ребенка смежным специалистам (психологам, коррекционным педагогам) или получать задание от смежных специалистов; 6/ сформировать практические навыки обсуждения со специалистами, имеющими иное базовое образование, результатов коррекционного вмешательства, т.е. навыки командной работы.

Включение в СТАНДАРТ профессиональной подготовки детского психиатра вопросов системного семейного консультирования позволит решить основную задачу, которую ставят родители детей с психическими расстройствами: «Научите нас справляться с поведением ребенка». Обучение родителей взаимодействию с больным ребенком, создание коррекционно-развивающей среды в семье, формирование ответственной позиции сотрудничества родственников между собой и со специалистами помогут использовать потенциал развития ребенка непрерывно (утром – вечером, дома – вне дома, зимой – летом), что может заметно повысить уровень социальной адаптации как ребенка, так и семьи в целом.

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОТКЛОНЕНИЯМИ НЕРВНО- ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НА ФОНЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

О.С. Белова, А.Г. Соловьев

*Северный государственный медицинский университет,  
г. Архангельск*

В настоящее время проблемы диагностики и коррекции отклонений в психическом и речевом развитии чрезвычайно актуальны. С каждым годом число детей с отклонениями в развитии возрастает. Прогноз развития тем благоприятнее, чем раньше начата специфическая коррекционная работа под наблюдением врача.

Исследование проводилось на базе психоневрологического отделения Архангельской детской клинической больницы (АДКБ). Под наблюдением находилась группа детей с отклонениями нервно-психического развития (НПР), состоящая из 121 ребенка раннего возраста (1-3 лет) с перинатальным поражением головного мозга (ППГМ) – основная группа (ОГ). Контрольную группу (КГ) составили дети, не имевшие в анамнезе ППГМ и отклонений НПР – 21 человек.

Нами выявлено, что наиболее серьезные последствия ППГМ наблюдались у детей с инфекционным ППГМ (85,4%): низкие уровни физического и НПР, включая задержку психо-речевого развития (у 75,0%), нарушения поведения (77,9%); большую частоту сопутствующей соматической и неврологической патологии, с высоким показателем инвалидности (44,4%). У детей с ППГМ гипоксического генеза отмечен более благоприятный исход (Белова О.С. и соавт., 2012).

Нами был предложен способ оценки степени развития предпосылок конкретно-действенного и наглядно-образного мышления детей раннего возраста (Белова О.С. и соавт., 2013) и проведена их оценка в ОГ и КГ. В ОГ только 6,7% детей выполняли тесты в соответствии с возрастной нормой; 93,3% – показали глубокую задержку формирования основных мыслительных операций: анализа, синтеза и обобщения – у 86,7%, сравнения – у 83,3%. В КГ у 9,5% детей отмечалось опережение развития мышления ( $p < 0,001$ ). Данный алгоритм позволял выявлять даже незначительные отклонения в формировании операций мышления и контролировать их в динамике.

Поведенческие расстройства в ОГ встречались достоверно чаще КГ ( $p < 0,001$ ). Отмечались беспокойное засыпание и сон – 62,4% ( $p < 0,001$ ), малоактивный характер бодрствования – у 23,9% ( $p < 0,001$ ), по сравнению с детьми КГ дети ОГ были менее подвижными ( $p < 0,01$ ), лишь 45,9% детей ОГ проявляли интерес к окружающим ( $p < 0,05$ ). Отклонения в поведении так же отмечены чаще при ППГМ инфекционного генеза.

## ШЕСТИЛЕТНИЙ ТРЕНД ДИНАМИКИ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

А.Г. Головина<sup>1</sup>, О.П. Шамакова<sup>1</sup>,  
О.В. Овсянникова<sup>2</sup>, Н.Е. Кравченко<sup>1</sup>,  
О.А. Суетина<sup>1</sup>

*ФГБУ «НЦПЗ» РАМН,  
Педиатрическое Бюро МСЭ г. Москвы<sup>2</sup>*

В оказании комплексной помощи детям с отклонениями НПР на фоне ППГМ велика роль всех специалистов, наблюдающих детей с раннего возраста: врачей-неврологов, педиатров, педагогов, логопедов. Лечебно-коррекционная работа с детьми с отклонениями НПР в АДКБ была направлена на формирование вначале соответствующих возрасту двигательных навыков, а позднее когнитивных способностей. Приоритетным видом помощи являлся комплекс медикаментозного воздействия. Особое внимание уделялось работе по повышению общего уровня активности, она предшествовала началу собственно психолого-педагогической коррекции и включала назначение неспецифической витаминотерапии, общеукрепляющих и режимных мероприятий, оптимальную дозировку «коррекционной нагрузки». На первом этапе лечения назначали ноотропные и сосудистые препараты, аминокислоты, психомоторные стимуляторы. Затем подключали педагогическую помощь и логопедическую коррекцию. Психологическую и психотерапевтическую помощь, как правило, присоединяли на поздних этапах помощи, с дошкольного возраста, так как на начальных этапах ее считали низкорезультативной вследствие специфических особенностей функциональной организации мозговой деятельности.

На фоне проведенного восстановительного лечения в АДКБ к моменту выписки улучшение состояния отмечено у 61,2% детей ОГ, еще у 16,5% – незначительная динамика, у 22,3% детей ОГ, несмотря на проведенное лечение, состояние не изменилось. Однако, максимальный эффект после проводимого лечения, как правило, наступал через 3-4 недели после завершения курса. У детей улучшалась моторика (в среднем, у 33,1%), активность (23,9%), эмоциональный тонус (13,2%); у 1,7% детей было отмечено улучшение внимания и более спокойное поведение.

79,3% семей, имеющих ребенка с отклонениями НПР, нуждались в психологической помощи. В нашем исследовании выявлено, что ни один из родителей детей ОГ не владел методами психологической саморегуляции, а для восстановления своего психоэмоционального равновесия они нередко использовали курение, употребление спиртных напитков, чрезмерное употребление продуктов питания.

Проанализировав оказание комплексной помощи, мы считаем необходимым и возможным в условиях детского стационара раннее оказание психологической помощи семьям, воспитывающим детей с ППГМ, которая может быть направлена на коррекцию эмоциональных взаимоотношений матери и ребенка, помощь родителям в принятии ребенка и адаптации к его задержке в развитии, помощь в адекватном интегрировании ребенка в структуру семьи.

Изучение показателей инвалидизации детей и подростков с психическими заболеваниями – перманентная тема психиатрических исследований, постоянное внимание к которой обусловлено её социальной значимостью, интересом к проблемам динамики тяжёлых детских психических болезней.

Проанализированы данные за шесть лет (с 2008 по 2013 гг.) о количестве, нозологическом и поло-возрастном составе детей-инвалидов по психическому заболеванию, осматривавшихся в педиатрическом психиатрическом Бюро медико-социальной экспертизы г. Москвы.

За шестилетие выявлен устойчивый, более чем в два раза рост числа детей, первично признаваемых инвалидами: с 350 человек в 2008 году до 706 человек в 2013 г. Распределение по годам выглядело следующим образом: 2012 – 350; 2009 – 435; 2010 – 466; 2011 – 506; 2012 – 494; 2013 – 706 детей. При этом количество детей повторно признаваемых инвалидами в этот же период оставалось относительно стабильным (минимальное значение в 2011 г. – 1263 чел., максимальное в 2008 г. – 1659 чел.; среднее значение – 1519 человек в год), что свидетельствует о росте числа детей с тяжёлыми психическими болезнями и отсутствии тенденций к улучшению в их состоянии, что не позволяет сколь-либо успешно их реабилитировать и выводить из состава детей-инвалидов.

Лица мужского пола преобладали более чем вдвое среди больных первично и повторно признаваемых детьми-инвалидами.

Рост первичной инвалидности за шестилетие был обусловлен, в первую очередь, трехкратным увеличением количества детей-инвалидов вследствие расстройств психологического развития, включая ранний детский аутизм (F80-F89): в 2008 г. – 81 ребёнок; в 2013 – 265 детей; в то время как первичная инвалидность вследствие умственной отсталости (F70-F79) возросла лишь в 1,5 раза (в 2008 г. – 206 детей; в 2013 – 329 чел.); вследствие иных психических болезней – в 1,8 раза (в 2008 г. – 63 ребёнка; в 2013 – 112 детей).

Среди детей повторно признаваемых инвалидами тоже обнаруживалась тенденция к экспоненциальному возрастанию больных с расстройствами психологического развития, включая ранний детский аутизм (F80-F89): в 2008 г. – 307 детей; в 2013 – 472. Учитывая относительную стабильность общего числа лиц повторно признаваемых инвалидами за шестилетие и весьма незначительное снижение числа инвалидов вследствие иных психических бо-

лезней (в 2008 г. – 330 чел.; 2009- 324; 2010 – 285; 2011 – 234; 2012 – 246; 2013 – 270 детей); можно было предположить, что накопление инвалидов детского возраста с расстройствами психологического развития происходило за счёт уменьшения доли таковых с умственной отсталостью (динамика числа повторных инвалидов вследствие умственной отсталости была отчётливо регрессирующей: в 2008 г. – 1022 чел.; 2009- 926; 2010 – 878; 2011 – 680; 2012 – 862; 2013 – 841 ребёнок).

Оформление первичной инвалидности у пациентов, страдающих расстройствами психологического развития, включая ранний детский аутизм, в наибольшем числе случаев происходило в возрастном интервале от 4 до 7 лет, у пациентов с умственной отсталостью – в более широком возрастном промежутке, включающем периоды 4-7 и 8-14 лет. Это отражало, с одной стороны, большую однородность по степени тяжести симптоматики у больных с ранним детским аутизмом, в сравнении с наблюдавшимися по поводу умственной отсталости; с другой стороны свидетельствовало о значительном запаздывании оформления детской инвалидности относительно момента выявления первых признаков тяжёлых психических расстройств.

Таким образом, наблюдающийся в последние годы рост числа детей-инвалидов с психическими заболеваниями обусловлен в первую очередь значительным увеличением количества пациентов, состояние которых диагностируется в рамках рубрики «расстройства психологического (психического) развития». Помимо объективного учащения случаев таких заболеваний в популяции, данная тенденция может отражать субъективное стремление психиатров к выбору возрастной диагностической категории, удобной для пересмотра в дальнейшем, ввиду возможной динамики психического состояния детей с тяжёлыми психическими нарушениями. Показатели повторной инвалидности остаются относительно стабильными, что свидетельствует о неутешительном прогнозе тяжёлых психических расстройств, манифестировавших в детстве, малой эффективности медико-реабилитационных мероприятий, проводимых с этими больными.

### **КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

**Р.М. Гусманов, А.В. Шубин**

*ГБУЗ «Научно-практический центр охраны психического здоровья детей и подростков» ДЗ г. Москвы, Москва*

**Целью настоящего исследования** явилось изучение клинико-статистических характеристик больных детского и подросткового возраста, гос-

питализированных в психиатрический стационар в недобровольном порядке, выявление возрастных особенностей и закономерностей при распределении больных с учетом нозологии, определение ведущих юридических критериев, приводящих к недобровольной госпитализации, выявление суицидального поведения в структуре агрессивных действий детей и подростков, уточнение патогенетических аспектов деструктивного поведения с выделением ведущего психопатологического фактора.

**Материал исследования** составила сплошная выборка пациентов, поступивших в острое отделение для мальчиков ГКУЗ «Научно-практический центр охраны психического здоровья детей и подростков» ДЗМ с 2011 г. по 2013 г. в возрасте от 12 до 17 лет.

**Результаты исследования.** Из 626 пациентов в возрасте от 12 до 17 лет, госпитализированных в отделение, 133 (18%) были госпитализированы недобровольно. Подавляющее число пациентов, поступивших недобровольно, составили подростки (70%). Пациенты детского возраста составили 30%. Среди недобровольно госпитализированных детей преобладающим диагнозом являлась шизофрения (25.5%), органическое расстройство ЦНС (23.4%), умственная отсталость (21.3%), социализированное расстройство поведения (17%), аффективное расстройство (8.5%), формирующаяся психопатия (4.3%). Среди недобровольно госпитализированных подростков наиболее частыми диагнозами после умственной отсталости (57.1%), были: шизофрения (33%), органическое расстройство ЦНС и деменция (по 4.4%), социализированное расстройство поведения (1.1%). С научно-методических и клинико-организационных позиций имеет значение классификация недобровольно госпитализированных больных в соответствии с юридическим критерием Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». В группе недобровольно поступивших пациентов детского возраста наибольшее количество детей госпитализированы в соответствии с критерием «а» (80%). Согласно критериям «б» и «в» были госпитализированы по 10% поступивших соответственно.

У госпитализированных подростков процентное соотношение по критериям недобровольной госпитализации было иное: по пункту «а» поступило 46%, по пункту «б» – 42%, по пункту «в» – 12%. Учитывая социальную значимость и опасность пациентов, которые поступили недобровольно согласно критерию «а» были выделены две группы: пациенты у которых причиной госпитализации послужило агрессивное поведение по отношению к окружающим лицам, и пациенты у которых наблюдалось суицидальное поведение. Было обнаружено, что соотношения агрессивного и суицидального поведения были практически равнозначными в группе как детского (агрессия – 53%, суицидальное поведение – 47%), так и под-

росткового (агрессия – 52%, суицидальное поведение – 48%) возрастов. Все пациенты, поступившие недобровольно в связи с агрессивным поведением были подразделены на две группы: совершившие агрессивные действия по продуктивно-психотическому и негативно-личностному механизмам агрессивного поведения. Проведенный анализ показал, что и в детском, и в подростковом возрасте отмечается преобладание по негативно-личностному механизму агрессивного поведения (соответственно 63% и 55%), по сравнению с продуктивно-психотическим механизмом (в группе детей 37%, в группе подростков 45%).

#### **Выводы:**

1. В ходе проведенного исследования обнаруженные закономерности указывают на высокий уровень госпитализированных детей и подростков в психиатрический стационар в недобровольном порядке.

2. В группе поступивших недобровольно детей наблюдается равномерное распределение шизофрении (25,5%), умственной отсталости (21,3%), органического расстройства ЦНС (23,4%), а в группе подростков – высокий удельный вес умственной отсталости (57,1%).

3. Значительное преобладание в группе детского возраста недобровольно поступивших на основании критериев пункта «а» Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (80%) и практически равнозначно по пункту «а» (46%) и «б» (42%) среди подростков.

4. Почти в половине случаев недобровольной госпитализации детей и подростков по критериям пункта «а» выявлено суицидальное поведение.

5. Преобладание негативно-личностного механизма агрессивного поведения (в группе детей 63%, в группе подростков 55%), по сравнению с продуктивно-психотическим механизмом (соответственно, 37% и 45%).

### **ОБ ОПЫТЕ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО АМБУЛАТОРНОГО ПОДРОСТКОВОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ**

**А.С. Кононец, О.И. Трифонов,  
Л.А. Лусс**

*ГБУЗ Психиатрическая клиническая больница № 15  
ДЗ г. Москвы, Москва*

Широкая распространенность психических расстройств в детско-подростковом возрасте, их большая социальная значимость делают актуальным дальнейшее развитие и совершенствование оказания амбулаторной помощи детям и подросткам, особенно, в свете проводимой реформы системы психиатрической службы.

В связи с вышесказанным интересен опыт работы амбулаторного отделения интенсивного оказания психиатрической помощи подросткам (АОИОППП) психиатрической клинической больницы № 15 г. Москвы (главный врач А.С. Кононец). Отделение было создано в 1989 году и оказывает помощь по 3-м главным направлениям – диагностическому, лечебному и социально – реабилитационному. За последние три года работы (2011-2013 гг.) психиатрами отделения было первично проконсультировано 1638 пациентов в возрасте от 15 до 18 лет, из них мальчиков 1179 (72,0 %), девочек – 459 (28, 0%). Число повторных психиатрических консультаций было 12158. На 1 первичную консультацию приходилось 7, 4 повторных консультаций. Основная часть пациентов (82,5%) обслуживалась по направлениям подростковых психиатров психоневрологических диспансеров г. Москвы (преобразованы в 2012 г. в филиалы психиатрических больниц), значительно реже – по направлениям других медицинских учреждений (12,4%) или без направлений (5,1%).

В АОИОППП обращались подростки с гетерогенной и клинически полиморфной психической патологией, разными психоневрологическими формами. В структуре психоневрологическими прослеживалось преобладание пограничных расстройств, составивших 87,7% случаев от общего числа больных. Среди пограничных расстройств диагностировались непсихотические органические расстройства (35,5%), шизотипическое расстройство (15,7%), невротические расстройства (10,5%), расстройства личности (10,3%), аффективные расстройства неглубокого уровня (8,2%), проявления дисгармонично протекающего пубертатного криза (3,1%), нервная анорексия (3,3%), тики и заикание (1,1%). Данная патология требовала более детального обследования и тонкой дифференциальной диагностики, чем тяжелые острые психические расстройства или проявления выраженного психического дефекта. Преобладание пограничных нарушений открывало больше возможностей в отношении лечебной и психореабилитационной работы с пациентами в амбулаторном отделении.

Наиболее сложные в диагностике и лечении больные госпитализировались в психоневрологическое или психиатрическое подростковые отделения больницы. Так, общее число всех (первичных и повторных) больных направленных из АОИОППП в стационарные подростковые отделения составило за 3 года 946 больных.

В своей работе АОИОППП вплотную приблизилось к наиболее востребованной и прогрессивной биопсихосоциальной модели оказания психиатрической помощи и комплексному полипрофессиональному обслуживанию больных по типу бригадного подхода, позволяющего достигать хороших результатов в лечебно-диагностическом и социально-реабилитационном процессах.

## О НЕКОТОРЫХ ПОДХОДАХ К ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОМАНИИ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

**В.П. Максимчук**

*ГУ «РНПЦ психического здоровья»,  
Республика Беларусь, г. Минск*

Проблема наркоманий является одной из наиболее актуальных как для здравоохранения, так и для общества в целом. За последнее десятилетие в пересчете на 100 тысяч населения в Беларуси в семь раз увеличилось количество наркозависимых. (105,9 на 100 тыс. нас.) Сегодня на учете состоит свыше 16 тысяч человек, еще несколько тысяч отбывают наказание в местах лишения свободы и проходят лечение анонимно. Большинство зарегистрированных в стране пациентов с наркоманией в возрасте 20-40 лет. В последнее время в 14,5 раза увеличилось число пациентов наркодиспансеров моложе 15 лет. Зарегистрированы случаи, когда в помощи специалистов нуждались даже восьмилетние дети. На различных формах наркологического учета состоит около 1800 потребителей синтетических канабиноидов преимущественно в возрасте 15-29 лет.

Среди больных наркоманией и потребителей наркотических средств учащихся школ 66 чел. (0,6%), (в 2004 г. – 1647 чел. – 15,9%), учащихся ПТУ – 96 чел. (0,9%), (в 2004 г. 669 чел. – 6,5%), студентов техникумов 55 чел. (5,3%), (в 2004 г. – 215 чел. – 2,1%), студентов вузов 29 чел. (0,3%), (в 2004 г. – 217 чел. – 2,1%).

Высшее образование имелось у 90 больных наркоманией (1,2%), (в 2004 г. 490 чел. – 4,7%), средне-специальное у 1982 чел. (26,7%), (в 2004 г. 2650 чел. – 25,6%), среднее – у 4731 чел. (63,7%), (в 2004 г. у 4333 чел. – 41,7%), незаконченное среднее у 626 чел. (8,4%), (в 2004 г. 2905 чел. – 28,0%). Из числа всех больных наркоманией живут вместе с родителями 3862 чел. (51,9%), (в 2004 г. – 7090 чел. – 68,3%), воспитывались в неполной семье 1777 чел. (23,9%), (в 2004 г. 2674 чел. – 25,8%), не работают старше 20 лет – 8073 чел (74,6%), (в 2004 г. 4967 чел. – 47,9%). Имеют судимость 51,9% от числа всех больных наркоманией, (в 2004 г. – 53,2%), женщин 2560 человек (24,5% от общего числа больных наркоманией).

В Республике Беларусь в 2013 году совершено 6265 преступлений, связанных с наркотиками, из них 57 несовершеннолетних (в 2012 году – 4207 преступлений, связанных с наркотиками, из них 1325 случая с целью сбыта наркотических средств (в 2012 году 884), 44 – за организацию притонов (в 2012 году 64). Только в г. Минске с начала года выявлено и раскрыто свыше 1000 преступлений по линии незаконного оборота наркотиков, порядка половины из них связаны со сбытом наркотических средств.

В последнее время на территории Минского региона зафиксированы факты смерти молодых

людей, связанные с последствиями употребления психотропных веществ. Основная категория потребителей неизвестных веществ – учащиеся различных учреждений образования. С начала года семеро молодых людей в Минске умерли после употребления марок с изображением на ней красного дьявола. Смерть наступала в промежутке от одного до двух часов после употребления. На всех изъятых марках обнаружено одно и то же вещество 2С-I-NBOMe, но в разной концентрации, что подтверждает кустарный способ изготовления. Кроме того, есть много смертельных случаев, которые связаны с употреблением наркотических веществ (падения с высоты, суициды и т.д.), от 80 до 100 чел. ежегодно умирают от передозировки наркотическими средствами. В 2010 году через токсикологическую помощь Минска прошло 10 пациентов с острым психозом после употребления синтетических наркотиков. В 2013-м было уже 380 случаев.

В целях профилактики наркомании среди несовершеннолетних целесообразно проводить последовательно мероприятия по предупреждению употребления наркотических средств в школах, ПТУ, высших и средне-специальных учебных заведениях. Школьные программы должны стать наиболее распространенной формой антинаркотического просвещения.

Необходимо активное внедрение реабилитационных форм в лечении больных наркоманией. В целях раннего выявления употребляющих наркотические средства нужно последовательно внедрять тестирование школьников на употребление наркотических средств в строгом соответствии с законодательством республики.

Кроме того целесообразно внести дополнения и изменения в действующее законодательство в Республики Беларусь. В частности, целесообразно:

1. Ввести штраф за употребление наркотиков.

Пока в Беларуси административным нарушением считается лишь потребление наркотических средств или психотропных веществ и их аналогов в общественном месте.

2. Ужесточить ответственность с 3-7 лет до более длительных сроков за контрабанду с введением ощутимых штрафов, а также признать контрабандой: перемещение наркотических, психотропных веществ, их аналогов и прекурсоров через государственную границу.

3. Ужесточить меры ответственности за изготовление с целью сбыта, изготовление в условиях лаборатории, сбыт несовершеннолетним наркотических веществ, а также распространение их в общественных местах и местах проведения культурно-массовых мероприятий. За это предлагают наказывать лишением свободы от 8 до 13 лет.

4. Привлекать к ответственности и тех, кто предоставляет свои помещения для изготовления наркотических и психотропных веществ, а также ацетилированного опия из семян мака.



## ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ ЗА ПЕРИОД 2008-2013 ГГ.

А.Р. Распутина, О.В. Очнева,  
Н.В. Андропова, А.В. Горохова\*

*Тихоокеанский государственный медицинский университет,  
Краевая детская психиатрическая больница\*, г. Владивосток*

Данные официальной медицинской статистики последних десятилетий свидетельствуют о стойкой тенденции роста психических расстройств среди всех возрастных групп населения, что наиболее отчетливо прослеживается в детско-подростковой популяции. Так, по данным ВОЗ (2013), дети и подростки с различными нарушениями психического здоровья составляют примерно 20% от общей численности детско-подросткового населения; при этом в Европе эпидемиологические исследования дают показатель 14-32% в зависимости от возраста и гендерной принадлежности (Н.К.Сухотина, 2013 г.).

**Целью** проведенного исследования явилось изучение динамики заболеваемости и инвалидизации детей и подростков вследствие психических расстройств в Приморском крае за период с 2008 г. по 2013 г. Анализ заболеваемости данной патологией проводился на основании данных официальной статистики за период 2008-2013 гг. с использованием форм №19 (сведения о детях-инвалидах), №36 (сведения о контингентах психических больных) и №10 (сведения о заболеваниях психическими расстройствами и расстройствами поведения, кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что число больных подростками с психическими расстройствами и расстройствами поведения, обратившихся за консультативно-лечебной помощью за отчетный период возросло практически в два раза (с 377,9 до 566,7 человек на 100000 детского населения). В данной группе отмечался рост первичной заболеваемости на 72,3% за счет увеличения числа лиц, взятых под диспансерное наблюдение впервые в жизни. Наибольший удельный вес в структуре первичной заболеваемости подростков занимали психические расстройства неспихотического характера (585 случаев на 100000 детского населения). Следующей по значимости являлась умственная отсталость (136 случаев на 100000 детского населения). Последними в диагностическом ряду находились расстройства шизофренического спектра (14 – 24,5 случаев на 100000 детского населения).

Динамика общей заболеваемости подростков носила возрастающий характер за счет роста первичной заболеваемости. В структуре общей заболеваемости количество подростков с психическими расстройствами неспихотического характера колебалась незначительно, при сохранении тенденции некоторого увеличения, а количество подростков с умственной отсталостью росло из года в год с относительно постоянной интенсивностью в диапазоне 2,2-8,6% (в среднем 5%).

Рост первичной заболеваемости сохранялся и в детской популяции, только за последний год она увеличилась на 37,6%. Психические расстройства неспихотического характера преобладали над остальными диагностическими группами, однако количество этих заболеваний в 1,25 – 1,5 раза выше, чем у подростков. Противоположная тенденция характерна для заболеваний шизофренического спектра. Так, в подростковой популяции она выше в 2,8-3,8 раза, а число психозов и состояний слабоумия – в 1,2-1,4 раза больше, чем у детей.

С 2008 г. инвалидность детей и подростков возросла на 13%. Основной удельный вес в структуре причин инвалидности занимает умственная отсталость, за последние пять лет этот показатель оставался стабильным: в среднем 161,3 случая на 100000 населения. Следующими идут хронические неорганические психозы, видна их ярко выраженная тенденция к увеличению (на 75% за исследуемый период). Психические расстройства шизофренического спектра занимают третье место среди распространенности в структуре причин инвалидизации детей и подростков до 18 лет.

Таким образом, в результате анализа выявлена выраженная тенденция роста как первичной, так и общей заболеваемости психическими расстройствами в популяции детей и подростков Приморского края за последние 5 лет (2008-2013 гг.). При сравнении показателей заболеваемости различными формами психических расстройств у детей и подростков установлено, что первые ранговые места в обеих возрастных группах занимают в порядке возрастания психические расстройства неспихотического характера, умственная отсталость, психозы и состояния слабоумия. Первичная заболеваемость и инвалидность вследствие психических расстройств, характеризуется общей динамикой, а вклад умственной отсталости в формировании инвалидности в 1,5 раза больше вклада в формирование заболеваемости.

### ЗАКОНОМЕРНОСТИ КЛИНИКО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ МИНИМАЛЬНОЙ МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИИ РЕЗИДУАЛЬНО- ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

И.А. Сабитов, М.С. Захарова, Ю.М. Павлова

*ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный Университет»,  
г. Ульяновск*

Минимально-мозговая дисфункция (ММД), возникающая вследствие резидуально-органических расстройств детского возраста, к которым, помимо прочих, относятся заикание, синдром нарушения внимания с гиперактивностью (СНВГ), тикозные расстройства и энурез, являются одним из самых распространенных видов заболеваний детского возраста, которыми страдает более 20%

детей в возрасте от 3 до 14 лет (Александровский Ю.А., 1993, 2000; Пальчик А.Б., Шабалов Н.П., 2000; Лазебник Т.А. и др., 2002; Заваденко Н.Н., 2002; Яхно Н.Н., Штульман Д.Р., 2003; Гасанов Р.Ф., 2010; Макаров И.В. с соавт., 2012).

Понятие о минимально-мозговой дисфункции вследствие резидуально-органического (неврологического) поражения головного мозга как форме пограничного расстройства используется, по мнению большинства ученых (Александровский Ю.А., 2000, 2005; Гарбузов В.И., 2001; Скоромец А.А., 2002; Голубев В.И., Вейн А.М., 2003), для отделения их от психотических проявлений на основе общих патогенетических факторов, клинических особенностей, нейрофизиологических проявлений (Фесенко Ю.А., 2010).

Манифестация клинических проявлений ММД возникает в детском возрасте, когда, несмотря на часто выраженные яркие симптомы (заикание, гиперактивность, тики, энурез и др.), характеризуется трудностью в диагностике вследствие особенностей развития ЦНС в каждом индивидуальном случае (Ковалев В.В., 1979; Айрапетянц М.Г., Вейн А.М., 1982; Бадалян Л.О., Скворцов И.А., 1986; Шамансуров Ш.Ш. с соавт., 1995; Бадалян Л.О. с соавт., 2000; Лебединский В.В., 2004; Макаров И.В. с соавт., 2012). Ключом для точной диагностики должна быть оценка динамики того или иного болезненного симптома, анализ причин его возникновения, а также взаимосвязи индивидуально-типологических особенностей личности ребенка с её неврологическими и психопатологическими проявлениями.

Катамнестические исследования подтверждают (Wender P. et al., 1968), что несмотря на возможное нивелирование с возрастом специфического неврологического дефицита и снижение гиперактивности (либо благодаря терапии, либо с началом подросткового периода), у большинства пациентов симптомы ММД могут сохраняться либо ассоциироваться со злоупотреблением психоактивными веществами, развитием личностных и невротических расстройств, делинквентным поведением.

Лонгитюдные исследования В.А.Барановой (2007), убедительно доказывают сохранность «энцефалопатических» и «дизонтогенетических» психопатологических проявлений ММД у 95% пациентов в возрасте 22-25 лет, наблюдавшихся в возрасте 7-8 лет с данным диагнозом в психоневрологическом диспансере. При этом декомпенсация заболевания происходила самопроизвольно либо под действием психосоциальных травмирующих факторов.

Представляется актуальным клинико-эпидемиологическая оценка распространенности минимально-мозговой дисфункции в Ульяновской регионе в целях выработки адекватных стратегий диагностики, медикаментозной и психологической коррекции, формирования действенных программ психолого-педагогической реабилитации.

В ходе данной работы были использованы клинико-катамнестические сведения 100 детей в возрасте от 8 до 14 лет, находившихся на стационарном лечении в ГУЗ ДСПБ №1 г. Ульяновска с

проявлениями минимально-мозговой дисфункции вследствие резидуально-органического поражения ЦНС. ММД проявлялась у детей следующими формами: неврозоподобный синдром отмечался – у 35%, церебрастенический – у 7%, детей, невроз навязчивых движений – у 4%, СДВГ – у 5%, тики – у 2%, энурез – у 13%, энкопрез – у 1%, заикание – у 4%, СДВГ – у 11%. По половой принадлежности встречаемость ММД у девочек отмечалась в 28% случаев, у мальчиков 72%. По возрасту ММД отмечалась у детей 8 лет – 24%, 9 лет – 23%, 10 лет – 17%, 11 лет – 12%, 12 лет – 11%, 13 лет – 6%, 14 лет – 7%. Примечателен социальный статус детей: 46% исследуемых было из полных семей (имеют обоих родителей), 24% – из неполных семей (имеют одного родителя), 30% – из детских домов.

Представляется примечательным оценка физического развития детей, страдающих ММД. По методу центильных таблиц выявлено: у 32% детей физическое развитие гармоничное, в пределах возрастной нормы, у 8% – гармоничное, ниже возрастной нормы, у 11% – гармоничное, выше возрастной нормы, у 18% – дисгармоничное, умеренный дефицит массы, у 5% – дисгармоничное, выраженный дефицит массы, у 12% – дисгармоничное, умеренный избыток массы, у 6% – дисгармоничное, выраженный избыток массы.

Таким образом, поведенные исследования убедительно показывают эпидемиологической своеобразии проявлений минимально-мозговой дисфункции, возникающей на фоне резидуально-органического поражения головного мозга, что требует дальнейшего комплексного медико-психолого-социально-экологического изучения данного феномена с применением всего арсенала инновационных технологий медицины, психологии и педагогики.

#### **КРУГЛОСУТОЧНАЯ СЛУЖБА «ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ» ЕДИНОГО ЦЕНТРА ЗАЩИТЫ ДЕТЕЙ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. МОСКВЫ: ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАБОТЫ**

**Е.Л. Усачёва<sup>1</sup>, О.В. Серебровская<sup>1</sup>,  
А.А. Портнова<sup>2</sup>, П.В. Безменов<sup>1</sup>,  
И.И. Смирнов<sup>1</sup>, Е.С. Попова<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков ДЗ г. Москвы»

<sup>2</sup>ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П.Сербского» Минздрава России, Москва

**Актуальность.** Необходимость профилактики суицидального поведения детей и подростков, снижения уровня психологического дискомфорта, агрессии и аутоагрессии, формирования психологической культуры и атмосферы психологической защищенности населения в целом обуславливает актуальность оказания профессиональной психологической помощи в кризисных ситуациях. Наиболее эффективной формой такой помощи является

профессиональное телефонное консультирование, осуществляемое в круглосуточном режиме с соблюдением принципа конфиденциальности.

**Материалы и методы.** В 2014 году на базе ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков» создан Единый центр защиты детей, в структуру которого входит круглосуточная служба «Телефон доверия», работающая на одноканальном номере 8 (495) 952-66-18. Телефон доверия создан как вариант оказания кризисной помощи детям и подросткам, имеющим широкий круг проблем, связанных с переживанием кризиса (семейного, адаптационного, возрастного и т.д.).

Его задача определялась как неотложная помощь в ежедневном круглосуточном режиме на условиях анонимности. Абонентами являются и дети, и законные представители детей и подростков, и иные лица, обеспокоенные различными проблемами, касающимися ребенка. Преимущество телефонного консультирования как метода оказания психологической помощи, обусловленные доступностью и психологической безопасностью, дополнены возможностью получения экстренной анонимной очной консультации, которую проводят медицинский психолог и детский психотерапевт. С целью оптимизации работы службы был разработан классификатор обращений. Научному анализу подвергнута информация о поступавших звонках.

**Результаты и выводы.** За период с 1 мая по 1 сентября 2014 года специалисты приняли 564 обращений от абонентов, из них обращений от детей – 35 (6,2%), от законных представителей ребенка – 271 (48%), от других взрослых (родственников, соседей, друзей, педагогов, педагогов-психологов) – 230 (40,7%); в отношении 28 звонков (5,1%) нет данных (молчание, сброшенные, ошибочные звонки). Обращения на ТД можно разделить на две группы: проблемные звонки, когда абонент обращается за помощью в поисках выхода из кризисной ситуации (98,6%), и информационные запросы, касающиеся вопросов получения специализированной помощи (1,4%). Обращения абонентов отражают широкий спектр кризисных переживаний, среди которых преобладают переживания по поводу психического и соматического здоровья ребенка (44,8% всех обращений), при этом законные представители детей с установленным психическим расстройством звонят чаще, чем родители психически здоровых детей (60,5% и 39,5% соответственно). Кризисные переживания, связанные с проблемами во взаимоотношениях со сверстниками, составляют 8% обращений, во взаимоотношениях с членами семьи – 16%. Около 10% обращений связано с учебными проблемами. Особую группу звонков составляют обращения по поводу физического, психологического и сексуального насилия (19% обращений). Эти обращения отражают следующую закономерность: со стороны взрослых преобладает психологическое насилие, со стороны сверстников – физическая агрессия. Также в отдельную группу выделяются проблемы, связанные с суицидальными действиями и мыслями (2% обращений).

В большинстве случаев телефонного консультирования становится очевидным, что абонентам необходима дополнительная психологическая и психотерапевтическая помощь в форме анонимного очного консультирования, как правило, с привлечением ближайшего окружения абонента. За 4 месяца работы Единого центра защиты детей проведено 230 консультаций.

Проведение очных консультаций и краткосрочных курсов психотерапии позволяет отслеживать динамику в состоянии обратившихся за кризисной помощью и разработать критерии оценки эффективности проведенной работы.

## ПРИОРИТЕТЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ И РАССТРОЙСТВАХ ПОВЕДЕНИЯ В РЕФОРМИРУЕМОЙ СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ

В.Ф. Шалимов, Г.Р. Новикова

*ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П.Сербского» Минздрава России, Москва*

Анализ показателей, характеризующих состояние психического здоровья детско-подростковой популяции и доступность психиатрической помощи за последние 10 лет, свидетельствует о наличии острых проблем в службе охраны психического здоровья. Одной из них является недостаточная разработка механизмов обеспечения согласованных действий образования и системы здравоохранения по оказанию помощи детям с разными стартовыми возможностями в их образовании и социализации, их индивидуальному сопровождению в образовательном процессе. На фоне ухудшения психического здоровья детей отмечается обострение проблем раннего донозологического выявления начальных проявлений психических расстройств у детей на начальной ступени их обучения в общеобразовательной школе.

Ключевым моментом, запускающим интегрированный коррекционно-реабилитационный процесс, является осуществляемая детским психиатром первичная квалификация психического расстройства пограничного уровня. Однако уже на первом этапе постановки диагноза возникает ряд проблем, от решения которых зависит эффективность коррекционно-реабилитационной работы. Прежде всего, это необходимость постановки дифференцированного диагноза, что может быть обеспечено только при проведении совместных психопатологических, патопсихологических, нейропсихологических и нейрофизиологических исследований. Соответствующих согласованных действий системы здравоохранения и образования не разработано, в связи с этим решение диагностических вопросов перекладывается на психолого-медико-педагогические комиссии (ПМПК) при Округных управлениях образования.

Таким образом, большая часть нуждающихся в психолого-психиатрической помощи детей оказывается за пределами государственной психиатрической службы и не обращается за специализированными и профильными формами помощи. Целесообразно с нашей точки зрения определить приоритет в вопросах диагностики психических расстройств в пользу медицинского ведомства, сохранив в структуре Окружных управлений образования медико-педагогические комиссии по рассмотрению спорных вопросов диагностики психических расстройств, введя в их состав наиболее квалифицированных представителей специальностей: детской психиатрии, клинической и специальной психологии, коррекционной педагогики.

К негативным тенденциям коррекционной образовательной системы следует отнести превышение психологами, работающими в учреждениях Минобразования РФ предела профессиональной компетенции при оказании консультативной, психокоррекционной, психотерапевтической помощи, в том числе, сугубо психиатрической лечебной медикаментозной помощи, с частым игнорированием индивидуальной картины психического расстройства. Особенно ярко эта негативная тенденция проявляется при оценке нарушения функционирования, возникающего вследствие пограничного психического расстройства и установлении степени отклонения психического развития. Крайне затрудняет такую оценку специалистов проблема соотношения клинической психиатрической диагностики и ее понятийного аппарата с психолого-педагогической оценкой и ее диагностическим аппаратом. Так, например динамика и прогноз интеллектуальных нарушений при раннем детском аутизме зависит не от эффективности адаптированных основных общеобразовательных программ, а от характера и течения заболевания, в рамках которого он проявляется. Прогностически менее благоприятны формы аутизма, которые отражают возрастной этап шизофренического процесса, заканчивающегося распадом психики. Более благоприятны варианты, формирующиеся в рамках шизоидных психопатий и аутистических органических психопатий. В этих случаях интеллектуальные нарушения можно рассматривать как пограничное психическое расстройство.

Специфической особенностью закономерностей клиники в детском возрасте является обязательное включение признаков нарушенного развития в общую структуру психической патологии. Т.е. дизонтогенез в виде задержки психического развития, умственной отсталости, расстройстве аутистического спектра, может выступать не только как самостоятельная клиническая форма, но и как одно из внутренних условий возникновения психопатологических симптомов, и как последствие болезненного процесса. В связи с этим приоритетным направлением в интегративной модели медико-социальной помощи детям с психическими расстройствами и расстройствами поведения является социальная

психиатрическая помощь, которая должна быть адресной, личностно ориентированной и в максимальной степени приближенной к месту и условиям образовательной среды.

## **К ОТКРЫТИЮ НОВОГО СТАЦИОНАРНО-АМБУЛАТОРНОГО КОМПЛЕКСА ЦЕНТРА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ «ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ» ИМЕНИ С.С. МНУХИНА**

**Д.Ю. Шигашов, Ю.А. Фесенко**

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

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

Реконструированный комплекс больницы расположен в Петроградском районе на острове Аптекарский, частично – на территории объекта культурного наследия регионального значения «Императорская Николаевская детская больница». Комплекс представляет собой парковую зону с расположенными в ней лечебными и вспомогательными корпусами. Больница предназначена для оказания стационарной помощи детям с психическими нарушениями в Санкт-Петербурге. Больница является клинической базой для специализации и повышения квалификаций врачей, и для занятий студентов ВУЗов и медицинских училищ.

Сегодня ввод в эксплуатацию объекта: «Проектирование и приспособление для современного использования (реконструкция) корпусов лит. А, З, И, К, реконструкция с пристройкой корпуса лит. Л, снос корпусов лит. Ж, Е, М, строительство газовой локальной котельной (лит. Н) и пищеблока (лит. П) ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» по адресу: ул. Чапыгина, д.13» осуществлен.

Литера Л (общая площадь здания составляет 11 063 кв. метров, из которых 2400 кв. метров – реконструируемая часть и 8 663 кв. метров – пристройка) представляет собой в результате реконструкции существующего старого корпуса и пристройки новой части цельное 4-х этажное здание, рассчитанное на 220 коек. В стационарном корпусе располагаются: 2-е психиатрическое отделение на 60 коек для мальчиков 12-15 лет; 3-е психиатрическое отделение на 40 коек для девочек 3-15 лет; 4-е психиатрическое отделение на 60 коек для мальчиков 3-11 лет, в которые поступают дети для оказания диагностической, лечебной, реабилитационной помощи в случаях острой и тяжелой психиатрической патологии (шизофрения, эпилепсия, экзогенно-органические и интоксикационные психозы, депрессивные состояния с суицидными тенденциями, психопатические

состояния в стадии декомпенсации с выраженными агрессивными проявлениями и асоциальным поведением), а также в случаях, требующих длительного клинического наблюдения в целях дифференциальной диагностики, а также располагается. В этом же здании функционирует 5-е стационарное реабилитационное отделение (мальчики 7-15 лет) со школой, расположенной в отдельном здании (Литера И). Все платы рассчитаны на 4-5 пациентов с соблюдением необходимых санитарных норм. Во всех отделениях смонтирована система круглосуточного видеонаблюдения за детьми. На 3-м этаже расположены учебные классы для каждого из психиатрических отделений. На 4-м этаже находится клиничко-диагностическая лаборатория с современным лабораторным оборудованием, больничная аптека и физиотерапевтическое отделение. Приемный покой располагается на первом этаже.

В Литере А располагаются:

- 1-е стационарное речевое отделение, куда поступают дети в плановом порядке с тяжелой речевой патологией по направлению логопедов и неврологов поликлиник, логопедов и врачей амбулаторной службы. Дети получают квалифицированную логопедическую помощь.

- 2-е консультативное отделение для лечения невротозов и речевой патологии у детей и подростков осуществляет консультативно-диагностическая помощь амбулаторным отделениям Центра, неврологам города по диагностике и лечению невротозов, невротоподобных заболеваний и речевых расстройств у детей.

- Организационно-методическое консультативное отделение осуществляет комиссионные консультации детей и подростков от 0 до 17 лет, комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу, компьютерную обработку и анализ статистических данных деятельности специалистов Центра и всего города.

- Кризисно-профилактическое отделение, в задачи входит создание эффективной системы психологической и медицинской помощи детям и подросткам и их семьям в экстренной ситуации. Одним из ведущих направлений работы кризисного отделения является профилактика возникновения и формирования психических нарушений у детей и подростков. Кризисное отделение работает круглосуточно, оказывая помощь по телефону (телефонное консультирование) и на очных приемах. Телефонные консультанты отвечают в среднем за год на 14 тысяч телефонных звонков. Структурным подразделением кризисного отделения является служба «Детский телефон доверия» с общероссийским номером. Служба телефона доверия расположена на втором этаже Литеры А.

Сегодня СПб ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина» представляет собой разветвленную общегородскую структуру, работающую по принципу преемственности и взаимодействия с различными ведомствами, осуществляющую сопровождение ребенка на разных этапах его жизни, позволяющую эффективно решать различные медицинские и социальные проблемы пациентов.

## II.

## ВОПРОСЫ СУИЦИДОЛОГИИ

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ  
СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ  
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Ю.Ш. Васянина

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

Показатели смертности детей от неестественных причин и, особенно, от суицидов отражают «состояние здоровья» современного общества. За каждой цифрой стоит такое отчаяние ребёнка, когда страх жизни оказывается сильнее базового инстинкта самосохранения и страха смерти.

При общей численности населения в Краснодарском крае более 5 млн. человек, из них, детей и подростков – около 1 млн. человек, распространённость *завершённых* суицидов у детей до 18 лет составила в 2013 году – 1,2 на 100 тыс. детского населения (2012 – 1,5; 2011 – 1,7), что ниже «среднероссийских» показателей. В абсолютном исчислении, за последние 3 года зарегистрировано 47 *завершённых* суицидов (2011 – 17; 2012 – 15; 2013 – 12).

Традиционно статистически учитываются только показатели *завершённых* суицидов, оставляя «за скобками» данные о *незавершённых* суицидальных попытках. Однако, наиболее важным разделом работы краевого кабинета специализированной психотерапевтической помощи детям с ПТСР и суицидальным поведением, с 2004 года функционирующего на базе диспансерного отделения ГБУЗ «СКПБ № 1», является сбор и анализ данных о *незавершённых* суицидальных попытках для оказания адресной специализированной психиатрической и психотерапевтической помощи

детям в постсуицидальном периоде. По Краснодарскому краю распространённость незавершённых суицидальных попыток составила в 2013 году – 11,2 на 100 тыс. детского населения (2012 – 12,6; 2011 – 15,5; 2010 – 17,7), соответствующих «среднероссийских» показателей нет. В абсолютном исчислении за последние 3 года психиатрической службой края зарегистрирована 391 незавершённая суицидальная попытка у детей и подростков (2011 – 155; 2012 – 125; 2013 – 111).

За период мониторинга нами отмечаются следующие сложившиеся тенденции:

- значительное преобладание как в случаях незавершённых суицидальных попыток, так и завершённых суицидов подростков в возрасте 15-17 лет;
- превалирование при незавершённых суицидальных попытках девушек, а при завершённых суицидах юношей;
- выбор разных способов ухода из жизни: в случаях истинных суицидальных намерений это повешения, падения с высоты, огнестрельные ранения, а в случаях привлечения внимания к себе и своим проблемам – медикаментозные отравления.
- отсутствие корреляционной связи суицидальных попыток с религиозными мотивами, с принадлежностью к подростковым субкультурам;
- достоверное преобладание незавершённых суицидальных попыток у горожан, а завершённых суицидов – в сельской местности, в осеннее – зимний период;
- стабильность ежегодного контингента суицидентов, нуждающихся в стационарной специализированной помощи (около 5%);

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ  
И АНАЛИЗА СУИЦИДАЛЬНОГО  
ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ  
АЛТАЙСКОГО КРАЯ****В.Н. Ведяшкин<sup>1</sup>, И.И. Шереметьева<sup>2</sup>**<sup>1</sup>КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический  
диспансер для детей»,<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский  
университет» МЗ РФ, г. Барнаул

- трудности в достоверной регистрации всех случаев суицида, в связи с существующей стигматизацией лиц с психическими расстройствами в обществе, а также крайне низкая обращаемость суицидентов за специализированной помощью (около 90% детей в пресуицидальный период не попадали в поле зрения психиатров);

- главными причинами, приведшими к суицидальным попыткам, большинством пациентов назывались конфликтные отношения в семье (69 % случаев): жесткое авторитарное воспитание с физическим и психологическим насилием, либо, с избеганием эмоциональной близости; на втором месте отвержение в значимой группе сверстников (16%), проблемы успеваемости в школе, связанные с ЕГЭ и ГИА (10%); сексуальная «неуспешность» (5%).

Специалистами детско-подростковой психиатрической службы Краснодарского края осуществляется трёхуровневый принцип профилактики суицидов. В рамках универсальной профилактики систематически повышается компетентность врачей психиатров, психотерапевтов и интернистов, оказывающих помощь детям, а также педагогов, психологов, соцработников в области распознавания маркеров депрессии и суицидального риска у детей (межрайонные и краевые обучающие практические семинары; лекции на циклах усовершенствования; методические рекомендации, научные статьи). Важную роль выполняют психообразовательные программы для родителей (выступления в СМИ, работа отделений «Телефон доверия», психопрофилактические рубрики сайтов психиатрических учреждений, профилактические «Дни здоровья», практические пособия родителям). В целях осуществления селективной профилактики оказывается специализированная помощь детям из групп суицидального риска. Антикризисная индикативная профилактика в постсуицидальный период, включает в себя подбор адекватного лечения и реабилитации, с проработкой игровых и бытовых коппинг-стратегий повышения толерантности и адаптации к стрессам, в сочетании с дифференцированной психотерапией суицидента и его социального окружения. В результате проводимой работы снижается количество незавершенных суицидальных попыток, и завершённых суицидов.

Однако, важно отметить, что проблема суицидов у детей носит межведомственный, междисциплинарный характер. Психиатрические учреждения могут выступить в качестве координатора и соисполнителя, но основные мероприятия должны проводиться на федеральном, региональном и муниципальном уровне учреждениями образования и науки, совместно с учреждениями культуры, спорта, учреждениями министерства труда и социальной защиты населения, что позволит достичь долгосрочных позитивных результатов.

Анализ суицидальных попыток или посмертное расследование суицидов показывает, что каждый случай это достаточно индивидуальное сочетание различных внешних и внутренних факторов приведших к трагическому исходу. Роль подобной неповторимости сочетания различных причин побудивших к суицидальному поведению делает все попытки к их классификации формальными и крайне условными.

Еще более разноликая картина суицидогенных факторов прослеживается в отношении несовершеннолетних. Зачастую дети с несформированной системой ценностей и подростки со слабыми психоэмоциональными и интеллектуальными ресурсами имеют мифологическое «сказочное» представление о жизни и смерти. Существующая статистика достаточно четко показывает уровень суицидальных попыток и завершённых суицидов среди несовершеннолетних, но как собрать такие данные, когда неудачная попытка демонстративного суицидального поведения, закончилась смертью? В последние годы Сибирский федеральный округ занял лидирующие позиции по уровню суицидов среди несовершеннолетних в стране. В связи с этим для всех органов системы профилактики поведенческих нарушений среди несовершеннолетних стало очевидным, что существующие частные, для каждого ведомства, методы работы по предупреждению суицидов среди детско-подросткового населения становятся малоэффективны в сложившихся условиях современности. А имеющееся межведомственное взаимодействие в регионе по этому поводу в большинстве своем сводилось к мониторингу и расследованию фактов суицидального поведения у несовершеннолетних.

Администрация Алтайского края решила оставить приоритетным направление по межведомственному взаимодействию профилактики суицидов у детей. С этой целью в ноябре 2013 года органы здравоохранения, образования, МВД и соцзащиты населения приняли совместный приказ «Об организации работы межведомственной рабочей группы по профилактике и анализу суицидального поведения детей и подростков Алтайского края». Данным приказом был утвержден состав и план работы межведомственной рабочей группы, состав и порядок работы группы оперативного реагирования по расследованию фактов суицида, примерная программа выездных психолого-педагогических мероприятий и порядок работы с банком данных по фактам и попыткам суицида среди населения. Основной за-

дачей рабочей группы теперь является объединение и структурирование действий различных ведомств, направленных на профилактику суицидальных рисков детей и подростков.

Группа оперативного реагирования подробно расследует и анализирует каждый суицид и суицидальную попытку, проводит организационно-методическое сопровождение каждой кризисной ситуации, осуществляет контроль за выполнением рекомендаций. Так по каждому факту суицида или его попытки предложена помощь психиатра и психотерапевта, организовано психолого-медико-педагогическое сопровождение всех участников критического инцидента, спланирован динамический контроль в течении одного года за совершившим суицидальную попытку. При необходимости специалисты органов и учреждений социальной защиты населения ставят семьи на динамический контроль.

Созданный в январе 2014 года Алтайский краевой центр диагностики и консультирования стал площадкой для консолидации научно-методических ресурсов по проблеме профилактики суицидов. Подбор нормативно-методических документов и проводимые вебинары со специалистами системы образования направлены в сторону организации деятельности педагогов-психологов, повышению престижа этой профессии, повышению квалификации и расширению профессиональных связей.

Участники рабочей группы в I квартале 2014 года провели выездные семинары-совещания в округах Алтайского края на тему: «Формирование жизнестойкости у детей и подростков. Межведомственные подходы к профилактике саморазрушающего поведения несовершеннолетних». В семинаре приняли участие специалисты органов и учреждений системы образования, социальной защиты населения, представители родительской общественности. От здравоохранения в семинаре приняли участие районные педиатры, детские неврологи и психиатры. Всего в работе семинара приняли участие более 800 человек. Основной задачей семинара являлось выработка единых механизмов по профилактике суицидальных рисков у несовершеннолетних.

Анализируется работа общероссийского детского телефона доверия. С целью выявления суицидальных рисков у старших подростков в нескольких образовательных учреждениях проведена диагностика в онлайн режиме по специально разработанной методике. По результатам диагностики составлены психологические профили образовательных организаций, разработаны рекомендации по формированию жизнестойкости обучающихся.

В настоящий момент разрабатывается единый межведомственный стандарт оказания реабилитационной (медицинской, психологической) помощи несовершеннолетним, пережившим попытку суицида. Это позволит объединить и структурировать действия специалистов различных ведомств, направленные на реабилитацию несовершеннолетних переживших попытку суицида и профилактику повторных суицидальных действий у детей и подростков.

О результатах проведенной работы наглядно свидетельствуют показатель завершенных суицидов у несовершеннолетних, который по итогам 8 месяцев 2014 года сократился более чем в 3 раза в сравнении с тем же периодом в 2013 году.

## СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ СУИЦИДОЛОГИИ

Р.М. Гусманов

*ГБУЗ «Научно-практический центр охраны психического здоровья детей и подростков» ДЗ г. Москвы, Москва*

**Целью настоящего исследования** явилось изучение клинко-статистических характеристик больных детского и подросткового возраста, госпитализированных в психиатрический стационар в связи с суицидальным поведением, выявление возрастных особенностей и закономерностей при распределении больных с учетом нозологии и преобладающего синдрома, выделение особенностей мотивации и формы суицидальных проявлений, анализ факторов, влияющих на генез суицидального поведения.

**Материал исследования** составила сплошная выборка пациентов с суицидальным поведением, поступивших в острое отделение для мальчиков и подростков ГКУЗ «Научно-практический центр охраны психического здоровья детей и подростков» ДЗ г. Москвы с 2011 г. по 2013г. Из 626 пациентов мужского пола в возрасте от 12 до 17 лет госпитализированных в отделение, 103 (16.5%) были госпитализированы в связи с суицидальным поведением, из которых 18.5% госпитализированы с повторным суицидальным поведением. Подавляющее число пациентов были детьми в возрасте до 15 лет (79.6%). Пациенты подросткового возраста составили 20.4%.

**Результаты исследования.** Анализ данных, приведенных в настоящем исследовании, позволяет говорить о суицидальном поведении как о многофакторном явлении, в генезе которого играют роль биологические, клинические, индивидуально-личностные и социально-средовые факторы. Среди всех поступивших отмечалась значительная наследственная отягощенность: в группе детей – 47.6%, в группе подростков – 52.4%, которая была представлена алкогольной зависимостью, личностными аномалиями, аффективными расстройствами и шизофренией. У 4.9% детей и у 4.8% подростков отмечалось наследственное отягощение по суицидальному поведению. Среди госпитализированных детей преобладающим диагнозом являлось органическое расстройство ЦНС (29.3%), затем шизофрения (23.2%), социализированное расстройство поведения (18.3%), умственная отсталость (14.6%), аффективное расстройство (8.5%). У госпитализированных подростков наиболее частыми диагнозами после



шизофрении (42.5%), были: умственная отсталость и органическое расстройство ЦНС (по 14.3%), социализированное расстройство поведения (9.5%), формирующаяся психопатия (9.5%), аффективное расстройство и расстройство адаптации (по 3.3%). В целом, статистически достоверная связь между суицидальным поведением и конкретными психическими расстройствами не выявлена. Тем не менее, для некоторых патологических состояний и расстройств, например, для острого психотического состояния и для депрессии, суицидальный риск выше. В обеих возрастных группах достаточно широко было представлено девиантное поведение. В обеих возрастных группах выявлялись уходы из дома (бродяжничество), приводы в полицию, на учете в отделе по делам несовершеннолетних состояли 12.2% детей и 33.3% подростков. Шантажное суицидальное поведение преобладало в обеих возрастных группах (в детском возрасте – 80.5%, в группе подростков – 52.4%). Это свидетельствует о том, что суицидальные действия детей и подростков чаще направлены не против своей личности, а против окружения, против ситуации, сложившейся в определенной социальной группе, т.е. речь идет о применении суицидальной техники для достижения цели. Высокий уровень повторных поступлений в психиатрический стационар среди пациентов с суицидальным поведением (детского возраста – 84.2%, подростков – 38.1%) свидетельствует о значимости социально-средовых триггерных факторов и необходимости совершенствования психологических аспектов социальной помощи.

#### **Выводы:**

1. Обнаруженные в ходе проведенного исследования результаты указывают на высокий уровень суицидального поведения среди детей и подростков.
2. Основные факторы, играющие ведущую роль в генезе суицидального поведения: биологические, клинические, индивидуально-личностные, социально-средовые.
3. Выявлен высокий уровень повторных поступлений в психиатрический стационар среди пациентов с суицидальным поведением.
4. Не выявлена статистически достоверная связь между суицидальным поведением и конкретными психическими расстройствами. Среди поступивших пациентов группы детского возраста отмечалось некоторое преобладание органического расстройства ЦНС, а в группе подростков – шизофрении.
5. Шантажное суицидальное поведение преобладало в обеих возрастных группах, в группе подростков истинная мотивация суицидальных тенденций выявлялась почти в половине случаев.
6. При лечении пациентов с суицидальным и парасуицидальным поведением необходимо основываться на взаимодействии фармакотерапии, психотерапии и психосоциальной терапии.

## **СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ: КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ОТРИЦАТЕЛЬНО СВЯЗАНО С ЧАСТОТОЙ СУИЦИДОВ НА ТЕРРИТОРИИ (ПО ДАННЫМ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА)**

**В.А. Макашева<sup>1</sup>, Е.Р. Слободская<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ГБУЗ Новосибирской области «Новосибирский областной детский клинический психоневрологический диспансер»

<sup>2</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт физиологии и фундаментальной медицины» СО РАН, г. Новосибирск

Учитывая относительно высокую распространенность психических расстройств у российских детей и подростков, имеющиеся проблемы служб охраны психического здоровья детей и подростков на федеральном и региональном уровнях, а также особенно выраженную до последнего времени стигматизацию психиатрии в Российской Федерации, можно полагать, что обеспеченность детского и подросткового населения психиатрической помощью далека от оптимальной. При достаточно высокой потребности в психиатрической помощи ее непредоставление или предоставление в недостаточном объеме обрекает детей на излишние страдания, трудности в обучении, делинквентность, злоупотребление психоактивными веществами и пренебрежение к себе вплоть до самоубийства. Эксперты ВОЗ рассматривают уровень суицидов как один из конечных результатов деятельности служб охраны психического здоровья детей и подростков на государственном, региональном и территориальном уровнях.

Высокая частота завершенных суицидов несовершеннолетних в РФ вызывает особую тревогу специалистов и общества в целом; на протяжении ряда лет она остается одной из самых высоких в мире. При этом показатели в регионах различаются в сто и более раз. Для России, с ее значительной экономической, социальной, этнокультурной, географической гетерогенностью, вопрос о региональной специфике подростковой суицидальной смертности имеет принципиальное значение.

Наиболее неблагоприятная ситуация отмечается в Сибирском федеральном округе (СФО), где частота суицидов среди населения 15-19 лет в 2009 г. составляла 36.3 на 100 000, превышая общероссийский показатель (19.8) в 1,8 раза, а общемировой – в 5 раз; из шести субъектов Федерации с наиболее высокой частотой суицидов среди детей и подростков в 2009 г. четыре (Республики Тыва, Бурятия, Хакассия и Забайкальский край) входят в СФО.

Учитывая данные мировой литературы о том, что более 90% несовершеннолетних с суицидальным поведением страдают психическими расстройствами, предоставление психиатрической помощи может быть связано с частотой суицидов среди детей и подростков. Принимая во внимание высокую распространенность психических расстройств у российских детей и подростков и то,

что лишь небольшая часть родителей, педагогов и опекунов детей с психическими расстройствами обращаются за специализированной помощью в службы охраны психического здоровья, предоставление психиатрической помощи можно оценить с помощью статистических данных об учтенной частоте психических расстройств среди детского и подросткового населения.

В работе проанализирована учтенная заболеваемость психическими расстройствами детей и подростков в СФО в 2009-2012 гг. и изучена связь учтенной заболеваемости с суицидальным поведением детей и подростков методами математической статистики.

Установлено, что регионы, входящие в СФО, многократно различаются по общей и первичной заболеваемости детей и подростков психическими расстройствами. Как общая, так и первичная детско-подростковая заболеваемость в СФО значительно превышала общероссийские значения.

Анализ показал, что подростковая заболеваемость значительно превышала детскую, и по общей частоте выявленных за год психических расстройств и расстройств поведения, и по частоте впервые в жизни установленных диагнозов; при этом средняя частота впервые в жизни установленных диагнозов у подростков прогрессивно снижалась. Более высокие показатели учтенной заболеваемости подросткового населения по сравнению с детским и снижение выявляемости психических расстройств среди подростков могут свидетельствовать о том, что психические заболевания диагностируются несвоевременно и даже поздно. Определенно, большой процент заболеваний выявляется в допризывном и призывном возрасте, когда подростки освидетельствуются медицинскими комиссиями при военкоматах.

Установлено, что учтенная заболеваемость психическими расстройствами тесно связана с частотой суицидов среди детей и подростков в СФО: чем больше выявляется психических расстройств и расстройств поведения и чем больше частота впервые в жизни установленных диагнозов, 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.

Полученные результаты свидетельствуют о социальном значении службы психического здоровья детей и подростков и предоставляют серьезные основания для ее укрепления.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИХ ТЕСТОВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ – ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

О.Ф. Панкова<sup>1</sup>, И.И. Смирнов<sup>2</sup>, Г.К. Колдунова<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

<sup>2</sup>ГБУЗ Научно-практический центр психического здоровья  
детей и подростков ДЗ г. Москвы, Москва

**Целью** проведенного исследования явилось использование психологических тестов для изучения некоторых психических механизмов и факторов риска суицидального поведения у детей и подростков. В качестве основных задач были отбор и оценка эффективности для этих целей ряда известных тестов.

Было проведено анкетирование 74 детей и подростков в возрасте от 8 до 17 лет, у которых непосредственно перед поступлением в психиатрический стационар отмечалось суицидальное поведение, отмечаемое соответствующим штампом на обложке истории болезни. Использовались методики, способные, по данным литературы, помочь косвенно оценить вероятность суицидальных действий: «Шкала безнадежности» А.Бека, «Шкала одиночества» Д. Рассела и М. Фергюсона, опросник диагностики показателей и форм агрессии А.Басса и А.Дарки, «Экспресс-диагностика уровня самооценки» (Фетискин Н.П. и др.). Выбор данных методик определялся необходимостью избежать открытых вопросов, связанных с суицидальным поведением.

Изученные случаи суицидального поведения у детей и подростков нами были разделены на три группы: 1) суицидальные высказывания и действия связанные с ситуационными и личностными особенностями пациентов, совершенные под влиянием аффекта – 35 чел. (47%); 2) суицидальные мысли, высказывания и действия, коморбидные с депрессией – 27 чел. (37%); 3) аутоагрессивные (включая суицидальные) проявления в рамках иной (тяжелой) психической патологии – 12 чел. (16%). Для подтверждения полученных результатов использовалась статистическая обработка данных по критериям Фридмана, Вилкоксона и t-Стьюдента. Была проведена оценка корреляции между показателями использованных методик. Установлена значимая линейная связь (при увеличении одного признака идет увеличение другого) разной степени выраженности.

Проведенное исследование не выявило каких-либо закономерностей в зависимости от распределения пациентов по группам. Несколько более высокие показатели по шкале «Безнадежность» получены у пациентов 2-й группы: у 7% тяжелая степень и у 19% – умеренная. Примерно такие же показатели получены по шкале «Одиночество». Статистически не значимые различия зафиксированы и по шкалам методики А.Басса и А.Дарки. У пациентов, совер-

шивших суицидальные действия оказались наиболее высокими показателями по шкалам вербальной и физической агрессии, а также по шкале «Чувство вины». Сходные показатели у пациентов 1-й и 2-й групп получены по шкале самооценки: пониженный у 20% и 33%, критический уровень – у 9% и 15% соответственно.

#### **Выводы:**

1) Исследование показало, что применение данных методик практически не решает проблему эффективной диагностики суицидального риска, что обусловлено рядом причин.

2) К сугубо психологическим причинам можно отнести интрапсихические защитные тенденции и фактор социальной желательности, находящие отражение в ответах испытуемых.

3) Недостаточная эффективность вербальных тестовых методик для выявления предикторов суицидального поведения может также объясняться особенностями положения обследованного контингента:

3а) неожиданная госпитализация в психиатрическую больницу, в том числе недобровольная, вынужденный отрыв ребенка или подростка от привычной среды, пусть и не всегда комфортной для него, желание поскорее выписаться заставляют пациентов прибегать к диссимуляции своего состояния, скрывать истинные переживания;

3б) способствуют диссимуляции прямые и косвенные действия родителей (законных представителей), также стремящихся поскорее изъять ребенка из психиатрического учреждения, опасаясь стигмы.

4) Не умаляя значимости использования вербальных психологических тестов, важно понимать, что клинично-психопатологические методы, применяемые психиатрами, а также непосредственная работа врача-психиатра и психолога с пациентом должны оставаться ведущими, а тестовые методики являются лишь дополнительными инструментами в работе профессионалов с пациентами.

## **ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ДЕВУШЕК С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ**

**А.А. Пичиков**

*ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева»,  
Санкт-Петербург*

**Актуальность проблемы.** В настоящее время заболеваемость НА возрастает, причем наиболее высокий уровень заболеваемости НА отмечается среди девушек в возрасте 15-19 лет (A.R.Lucas et al., 2013). Высокая летальность является одной из наиболее важных характеристик НА, ее показатели остаются наивысшими в группе психических болезней. Летальность среди больных НА достигает 20% и более, будучи обусловлена прямыми последствиями голодания, острой сердечной недостаточностью, биохимическим и эндокринным дисбалансом,

а также суицидами (E.Harris, B.Barraclough, 1998). По данным E.W.Nilsson и соавт. (1998) при НА имеется 18-кратное превышение смертности по сравнению с общей популяцией. Предполагается, что столь высокие показатели обусловлены в большей степени частотой суицидов у этих больных и другими неизвестными причинами, чем собственно расстройствами приема пищи. По данным P.Keel и соавт. (2003) частота суицидов среди женщин, больных НА, в 57 раз превышает таковую в общей популяции, сопоставимой по полу и возрасту. D.Franko и соавт. (2006) установили, что суицид является причиной смерти у значительной части умерших, больных НА (11-66%). Среди обследованных ими больных НА за 9-летний период наблюдений 15% сообщили, по крайней мере, об одной суицидальной попытке. Риск суицида, по их мнению, соответствует примерно такому же риску при тяжелой депрессии или расстройствах поведения. Некоторые авторы считают, что некоторые завершённые суициды могли быть совершены девушками, у которых имелись расстройства пищевого поведения, но вследствие гиподиагностики они так и не получили врачебную помощь (P. Keel, D. Dorer, 2003).

**Целью исследования** являлась оценка значимости факторов суицидального риска у пациентов с нервной анорексией.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 45 пациенток с диагнозом нервной анорексия (F50.0, F50.1), получавших стационарную помощь в отделении лечения психических расстройств у лиц молодого возраста СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Средний возраст пациенток составил  $15,4 \pm 3,5$  лет, длительность заболевания варьировала от 1 до 4 лет (в среднем  $2,1 \pm 0,8$  лет). Все обследованные пациенты были разделены на две группы: 1-я группа (24 девушки) – пациентки, не имевшие суицидальных попыток ранее или суицидального риска на момент осмотра, 2-я группа (21 девушка) – пациентки, у которых на момент осмотра были выявлены суицидальные тенденции или имелась суицидальная попытка в течение последнего года. Ведущим методом исследования был клинично-психопатологический и клинметрический (Колумбийская шкала оценки тяжести суицида, C-SSRS).

**Результаты исследования.** При проведении исследования было выявлено, что девушки 2-ой группы имели ряд отличий по сравнению с 1-ой группой, где не имелось суицидальных тенденций. При сборе анамнеза и осмотре мы выделили ряд признаков, связанных с течением заболевания и соматическим состоянием пациенток. Отличия касались таких факторов, как возраст начала расстройства, его длительность, индекс массы тела (ИМТ), наличие очистительного поведения. Во 2-ой группе заболевание имело более раннее начало, в допубертатный период НА манифестировала у 4 (16,7%) пациенток из 1-ой группы и у 13 (61,9%) из 2-ой группы. Вместе с тем определенные закономерности были выявлены и при сравнении дли-

тельности НА. Большую длительность заболевания имели девушки из 2-ой группы (в среднем  $4,3 \pm 1,5$  лет), по сравнению с 1-ой группой (в среднем  $2,8 \pm 0,9$  лет). Средний ИМТ был ниже во 2-ой группе по сравнению с 1-ой,  $15,3 \pm 2,7$  и  $18,2 \pm 1,9$  соответственно. У 11 (52,4%) девушек из 2-ой группы более часто встречалось очистительное поведение, в 1-ой группе оно практически не встречалось, только 2 (8,3%) девушки использовали рвоту ранее.

При постановке диагноза НА во 2-ой группе гораздо чаще требовалась двойная кодировка. Наиболее часто диагностировались расстройства аффективного (F32.0-F32.2; F34.0; F34.1) и невротического спектра (F40.1; F42.0). Как правило, злоупотребление психоактивными веществами не диагностировалось, однако имелось единичное или эпизодическое употребление алкоголя (5 (20,8%) в 1-ой группе, 7 (33,3%) во 2-ой группе) или каннабиоидов (3 (12,5%) в 1-ой группе, 4 (19%) во 2-ой группе) в компании сверстников. Расстройства личности у пациенток не диагностировались ввиду того, что большинство из них не достигли 18 лет, однако были выявлены особенности в распределении акцентуаций характера. Во 2-ой группе чаще встречались девушки с психастенической (2 (8,3%) в 1-ой группе, 7 (33,3%) во 2-ой группе) и истерической (6 (25%) в 1-ой группе, 11 (52,4%) во 2-ой группе) акцентуациями характера, что возможно способствовало формированию расстройства с более выраженной обсессивной симптоматикой при психастеническом типе и наличием демонстративного суицидального поведения у девушек с истерической акцентуацией.

**Заключение.** Проведенное исследование показало особую значимость двух групп факторов суицидального риска у пациенток с расстройствами пищевого поведения. К ним относятся особенности течения самого заболевания (возраст манифестации, длительность, уровень ИМТ, наличие очистительного поведения) и наличие коморбидной психической патологии (аффективные и тревожные расстройства), а также типа акцентуации характера. Учет этих факторов лечащим врачом и умение прогнозировать суицидальный риск будет способствовать оказанию более качественной дифференцированной помощи, формированию индивидуализированной психореабилитационной программы ведения пациентки после выписки из стационара.

## О ВКЛАДЕ ПРОФЕССОРА А.Е. ЛИЧКО В ИЗУЧЕНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

Ю.В. Попов, А.А. Пичиков

ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева»,  
Санкт-Петербург

В настоящее время в практической суицидологии существует множество проблем, связанных, в первую очередь, со сложностью дифференциации суицидальных проявлений, а также использования

действенных профилактических программ по снижению уровня суицидов. Особенно, это касается детских и подростковых суицидов и парасуицидов, которые имеют специфические особенности и, в большей степени, связаны со становлением личности подростка.

На многие вопросы, возникающие в рамках переоценки парадигмальных подходов в суицидологии и формирования биопсихосоциального подхода, как основного, помогают ответить, сформированные в исследованиях профессора А.Е. Личко, теоретические обоснования такой категории, как саморазрушающее поведение у подростков.

Специфический экстранозологический подход к проблемам подростковой психиатрии в целом позволил А.Е. Личко выделить следующие характерные черты суицидального процесса: его полиэтиологичность, динамичность, междисциплинарность, а также изменчивость, нестойкость и обратимость. На основании данного подхода была разработана классификация саморазрушающего поведения у подростков, включающая три уровня. К первому уровню А.Е. Личко относил проявления дисфункции личности, включающие в себя предпатологию, непсихотические и психотические варианты расстройств личности. На втором уровне им оценивался тип саморазрушающего поведения, который определялся наличием ущерба для жизни, физического здоровья, духовного развития и будущего социального статуса. Третий уровень использовался для оценки степени социальной адаптации, включающей континуум состояний от устойчивой адаптации до дезадаптации. Подобная оценка уровней функционирования подростка позволяет сформировать нам прогностические критерии и, используя фармакотерапевтические и психотерапевтические подходы, профилактировать формирование саморазрушающего поведения, и, как одного из наиболее опасных его проявлений, представляющих угрозу жизни – суицидального.

Создание А.Е. Личко метода патохарактерологического исследования подростков, названного Патохарактерологическим Диагностическим Опросником (ПДО), способствовало совершенствованию диагностики суицидального риска у подростков за счет создания специальной шкалы дифференциальной диагностики истинных и демонстративных попыток. Помимо этого, имеющиеся дополнительные шкалы опросника также способствовали более качественному анализу возможности совершения суицида, поскольку выявляли специфические кластеры, связанные с нарушением адаптации у подростков и склонностью к делинквентному поведению, которое, как правило, сочетается с суицидальной настроенностью и особым типом акцентуации характера. Такими шкалами являются шкалы риска социальной дезадаптации, риска злоупотребления ПАВ, ранней половой жизни у девочек и склонности к депрессии. И все же основной задачей опросника является диагностика типа акцентуации характера, формирующегося или уже сформированного рас-

стройства личности у подростка. По данным А.Е. Личко, тип суицидального поведения существенно отличается от того, какой тип акцентуации или расстройства личности был выявлен. Он выявил, что при демонстративном суицидальном поведении 50% подростков оказались представителями истероидного, истероидно-неустойчивого, гипертимно-истероидного типов, в 32% – эпилептоидного и эпилептоидно-истероидного типов и лишь в 18% – были представителями всех других типов, причем шизоидных, циклоидных и сенситивных подростков не было вовсе. В его исследовании при аффективном суицидальном поведении чаще встречались лабильный и лабильно-истероидный типы (37%), несколько реже были другие варианты истероидного типа (23%), по 18% приходилось на сенситивный и конформно-неустойчивый типы и лишь 4% на эпилептоидный. Истинные покушения в большинстве случаев совершались представителями сенситивного (63%) и циклоидного (25%) типа. Также А.Е. Личко отмечал чрезвычайно низкую суицидальную активность шизоидов в подростковом возрасте.

И по настоящее время данная методика успешно используется в комплексном психопатологическом обследовании подростков и позволяет выявить суицидальную предрасположенность за счет учета специфических факторов риска. ПДО может быть использоваться не только психиатрами и медицинскими психологами, но и врачами других специальностей и педагогами, получившими специальную подготовку по медицинской психологии.

Концепция саморазрушающего поведения, не претендуя на самостоятельное место в психиатрии, является продуктивным инструментом анализа суицидального поведения подростков, а знание типа акцентуации позволяет со значительной вероятностью прогнозировать реакцию в определенных ситуациях. В частности, можно предусмотреть те психогенные факторы, которые, скорее всего, способны побудить к суицидальному поведению, а также в те формы, в которые оно может вылиться. Это позволяет создавать на нашем отделении индивидуализированные психо-реабилитационные программы для ведения подростков с суицидальными тенденциями.

**ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ  
МЕТОДА РИСУНОЧНОЙ ФРУСТРАЦИИ  
С. РОЗЕНЦВЕЙГА (P-F)  
ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПОДРОСТКОВ,  
СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНЫЕ  
ПОПЫТКИ**

**А.Л. Рыжов**

*МГУ им. М.В. Ломоносова,  
ГБУЗ Научно-практический центр психического здоровья  
детей и подростков ДЗ г. Москвы, Москва*

Мы приводим данные пилотажного исследования 44 подростков (все девушки от 12 до 17 лет), стационарированных в острое отделение НПЦ ПЗДП

(ранее ДПБ №6 г. Москвы), имеющих суицидальные попытки в анамнезе. P-F, в детской версии (адаптация Даниловой, 1993) предъявлялся в составе батареи, включавшей патопсихологические и некоторые проективные методики. Исследования суицидальных пациентов при помощи P-F проводились ранее (например, Winfield, Sparer, 1953, Nencini et al., 1954, Waugh, 1974, Haenel et al., 1984), с неоднородными результатами. Особенностью данного исследования является то, что к данным P-F применялся метод качественного анализа, обоснованный и описанный нами ранее (Виноградова, Рыжов, 2012; Виноградова, Рыжов, 2013). P-F выступает здесь не как метод оценки узко очерченной области человеческого поведения (вербальная агрессия в условиях социальной фрустрации – Rosenzweig, 1974), а как условие для проявления целого ряда трудностей, связанных со сферой межличностного общения, самоотношения, контроля над импульсами, особенностей эмоционального контакта, которые могут быть проанализированы с 4-х точек зрения: нарушений мотивации, контроля и критичности, динамики и инструментального аспекта деятельности. Общая парадигма подобного подхода заложена в работах московской патопсихологической школы. Качественный анализ подразумевает отход от формальной схемы интерпретации, возвращение к анализу буквального содержания высказываний испытуемого, включение данных в контекст ситуации обследования, внимание к динамике ответов и их связи с изменениями значимых параметров ситуации, а так же, по необходимости, гибкость проведения методики с возможностью модификации условий в зависимости от гипотез, требующих уточнения. Формальная схема анализа при этом может использоваться, но не является определяющей.

По результатам качественного анализа данных удалось выделить несколько типичных вариантов выполнения методики. Первый вариант (4 ярких случая, 2 умеренно выраженных) характеризуется отчетливыми мотивационными особенностями в виде дистанцированного отношения к ситуации и противопоставления себя ей, обесценивания персонажей, разыгрывания ролей с подчеркиванием некомпетентности, глупости, незрелости, критикой материала и задания, сочетающиеся как с яркими самозащитными реакциями, так и с отдельными незрелыми реакциями с фиксацией на препятствии («это МОЙ мяч!»). Вторым вариантом (3 ярко выраженных случая, 1 – умеренно) также характеризуется мотивационными особенностями, но здесь на первый план выходит стремление произвести впечатление на психолога, бравада грубыми, вызывающими ответами, нередко (в соответствии с умственными возможностями) изощренными формулировками, с обладанием экстрапунитивных самозащитных ответов, но, нередко, и демонстративной жертвенностью. В третьем варианте (5 случаев, 1 – умеренно выраженные особенности) наиболее яркими являются нарушения контроля и критичности.

В целом паттерн ответов здесь нормативен, но отдельные ситуации вызывают неадекватные, грубые, малопродуманные ответы, иногда с последующим исправлением. Так же характерен регрессивный тренд, проявляющийся в нарастании грубых ответов в конце задания. В большинстве случаев нарушения контроля связаны с эго-блокинговыми ситуациями, и, особенно, ситуациями принижения. Четвертый вариант (2 случая, 2 – умеренная выраженность) характеризуется различными проявлениями чувства вины, в виде интрапунитивных или (чаще) импунитивных ответов, сомнений в собственной компетентности, правильности ответов, постоянных исправлениях, принятии пассивной позиции вплоть до отказа, в крайних случаях, от любого проявления агрессии, даже подразумеваемой ситуацией. Пятый вариант (4 случая) проявляет особенности в оценке межличностных отношений, с предвзятой трактовкой, проекцией враждебности, неприятия, обвинительных установок, подчеркиванием конфликтного измерения в отношениях. Шестой вариант (4 случая) характеризуется проявлением избыточного стремления к социальной желательности. Седьмой вариант (4 случая, 1 умеренный) характеризуется незрелостью, которая проявляется в занятии крайне пассивной позиции с преобладанием экстрапедитивных реакций, утрированным различием между ситуациями со взаимодействием со взрослыми и с детьми, незрелостью формулировок, репрессивным трендом.

Среди остальных протоколов ряд представляет смесь вышеуказанных тенденций (4), ряд протоколов отражает выраженные особенности психической деятельности, которые связаны с индивидуальными чертами (например, склонность к рассуждательству или захваченность агрессивными фантазиями с садо-мазохистическим компонентом) (4), другие не проявляют ярко выраженных особенностей (3).

Результаты пилотажного исследования показывают, что Р-Ф, в предложенной модификации, позволяет исследовать индивидуальные особенности динамики суицидального поведения и последующих личностных реакций на совершенную попытку. Они указывают на значимость нарушений межличностных отношений, переживаний нарциссического кризиса, импульсивности реагирования, чувства вины. В дальнейшем исследовании планируется более точно оценить распространенность выделенных вариантов выполнения методики, связать их с возрастом, типом суицидального поведения, проанализировать внутреннюю согласованность показателей, показать их связь с данными других (прежде всего проективных) методик, оценить прогностическое значение.

### III. ДЕТСКИЙ АУТИЗМ

#### ДИНАМИКА ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ДЕТЕЙ С АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**В.И. Багаев, А.А. Безгодова, М.В. Злоказова**

*Кировская государственная медицинская академия,  
г. Киров*

За последнее десятилетие отмечается значительный рост распространённости расстройств аутистического спектра, как в России, так и по всему миру (Симашкова Н.В., 2013; Сухорукова И.В., 2012), что связывают с влиянием неблагоприятных средовых и генетических факторов, кроме того, диагностика аутистических расстройств (АР) стала более точной и дифференцированной благодаря повышению квалификации специалистов, развитию специализированной помощи, большей информированности населения (Морозов С.А., 2012; Плаксунова Э.В., 2012).

**Цель исследования:** анализ динамики госпитализаций детей с аутистическими расстройствами по материалам детского отделения Кировской областной клинической психиатрической больницы им. академика В.М. Бехтерева (КОКПБ) за период с 2010 по 2013 гг.

**Результаты исследования:** с 2010 по 2013 гг. количество детей с АР госпитализированных в детское отделение КОКПБ по отношению к общему числу всех госпитализированных за год увеличилось почти в 2 раза: в 2010 г. – 3,1%, 2011 г. – 4,2%, 2012 г. – 4,7%, 2013 г. – 6,1%. Среди них отмечался рост числа пациентов с диагнозом атипичный аутизм (АА): в 2009 году их доля составляла 25,0%, 2010 – 37,5%, 2011 – 20,0%, 2012 и 2013 – по 66,7%. Соотношение количества пациентов с диагнозом АА и других

АР в 2009-2011 гг. составило 1:3, 2012-2013 гг. – 2:1. В Кировской области дети с впервые выявленными АР практически в 100% случаев госпитализируются в детское отделение КОКПБ для уточнения диагноза и решения социальных вопросов.

За период с 2010 по 2013 годы в детское отделение КОКПБ было госпитализировано 60 детей в возрасте от 3-х до 14-ти лет с АР, среди которых диагноз ранний детский аутизм (РДА) был поставлен в 20,0% случаев, синдром Каннера – 13,30%, синдром Аспергера – 3,30%, АА – 41,70%, синдром Ретта – 3,30%, органическое аутистическое расстройство – 1,70%, лёгкая умственная отсталость с аутистическими чертами – 6,70% и умеренная умственная отсталость с аутистическими чертами – 10%. Среди них мальчики составили 81,7%, девочки – 18,3%, соотношение – 4,5 : 1.

Количество детей от 3 до 4 лет на момент первой госпитализации составило 20,0%, от 4 до 5 лет – 30%, от 5 до 6 лет – 16,7%, от 6 лет до 7 лет – 8,3%, от 7 до 8 лет – 10%, от 8 до 9 лет – 3,3%, от 9 до 10 лет – 8,3%, от 10 до 12 лет – 3,4%, т.е. у 50,0% детей АР были выявлены достаточно поздно, в возрасте от 5 лет и старше.

Таким образом, в Кировской области в 2010-2013 гг. наблюдалась тенденция к увеличению количества детей с АР. К сожалению, данные расстройства выявляются недостаточно рано, что затрудняет оказание своевременной медико-психолого-педагогической реабилитационной помощи. Необходимо уделять больше внимания ранней диагностике АР. Для этого следует обучать специалистов разного профиля (педиатров, неврологов, педагогов, дефектологов, логопедов), работающих с детьми, ранней скрининговой диагностике.

## ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ ДО ОДНОГО ГОДА

Е.С. Гальчин

*Национальная медицинская академия последипломного  
образования им. П.Л. Шупика., г. Киев, Украина*

**Актуальность.** Термин «аутизм» предложен швейцарским психиатром Е. Блейлером (1857-1939). Ранний детский аутизм в 1943 г. был выделен в отдельную клиническую форму Лео Каннером. Современными исследователями (Башина В.М., Лебединская К.С., L. Wing и др.) детский аутизм рассматривается как расстройство психологического развития. Аутизм редко диагностируется в возрасте до трех лет, но большинство исследователей сходятся на том, что выявить характерные признаки аутизма возможно у детей шести-двенадцати месяцев (Dr. Rebekka Landa, 2012).

Основными признаками детского аутизма являются: нарушение социального взаимодействия, нетипичные реакции на сенсорные раздражители, нарушения развития речи, стереотипии и ритуальность поведения. Аутизм встречается 3-4 раза чаще у мальчиков, чем у девочек. Исследования, проведенные в различных странах свидетельствуют о том, что психические заболевания в детской популяции населения составляют от 5 до 20 % (Patel и др., 2007). Распространенность аутизма в последнее десятилетие выросла во всем мире, среди всех слоев населения, в разных странах проживания (Wing and Potter, 2002., Baird et al., 2006). По результатам статистических данных (2012 г.) в Украине распространенность детского аутизма за последние пять лет выросла в 2-3 раза, а первичная инвалидность по детскому аутизму занимает ведущее место в структуре инвалидности по психическим заболеваниям среди детского населения.

По предварительным данным исследований, проведенных в Великобритании, Северной Ирландии США, пожизненные расходы на уход за лицами с нарушениями спектра аутизма составляют от 1.4 до 2.4 млн. долларов на каждого пациента. (Доклад секретариата ВОЗ, 2013).

Ранняя диагностика расстройств аутистического спектра у детей, своевременно начатое медико-реабилитационные мероприятия способствуют развитию у ребенка коммуникативных, сенсорных, интеллектуальных способностей, что облегчает интеграцию в социуме, уменьшает инвалидность.

В последние годы исследователями отмечается положительный эффект в социализации детей с аутизмом при раннем вмешательстве до года. «Денверская» модель раннего вмешательства – программа интенсивного поведенческого вмешательства для маленьких детей, доказала активное позитивное воздействие на функционирование мозга. (Dawson G., Merkle K. et al. 2012). Программы ранней междисциплинарной помощи детям с расстройствами аутистического спектра являются приоритетными во многих странах. Поэтому возникает

острая необходимость в раннем выявлении детского аутизма.

**Цель исследования.** Ранняя диагностика расстройств аутистического спектра у детей в возрасте 0 – 12 месяцев. Выявление ранних признаков аутизма у детей в возрасте до одного года. Признаки нарушения психологического развития можно обнаружить уже в первый год жизни ребенка, так как этот возрастной период характеризуется быстрым темпом изменений центральной нервной системы и даже незначительные отклонения в развитии могут иметь негативные последствия для дальнейшего психического развития ребенка. Ранняя диагностика расстройств аутистического спектра предполагает раннее эффективное вмешательство с целью уменьшения инвалидизации.

**Материалы и методы исследования.** Работа основана на проведении анализа и оценке психофизиологического развития детей до одного года. Оценка развития ребенка проводится по Оценочной Шкале Детского Аутизма – CARS. Английские исследователи разработали диагностическую карту аутизма для малышей до 18 месяцев – CHAT (Baron-Choen et al., 1992).

В Украине наибольшую распространенность имеет модифицированная американская версия M-CHAT. При помощи этих тестов проводится оценка сенсомоторного, эмоционального, познавательного развития и адаптивного поведения ребенка.

**Результаты.** К основным диагностическим признакам раннего детского аутизма могут быть отнесены нарушения в когнитивной, эмоциональной, психомоторной сферах. (Чуприков А.П., Хворова Г.М. 2012.) Родители ребенка первыми замечают нарушения перцепции: ребенок не реагирует на голос матери, не поворачивает голову в направлении источника звука; в руках матери напряжен, нет радостного, эмоционального ответа на ласковое обращение к нему родителей и близких. Ребенок не реагирует на зрительные, слуховые сигналы. К пяти месяцам ребенок с нарушениями спектра аутизма не «гулит» и не протягивает руки к матери, а в 9-10 месяцев отсутствует лепет, нет подражания взрослым. Уже в возрасте до одного года обращает на себя внимание нарушения социального поведения, которые дают возможность провести дифференциацию проявлений аутизма от других нарушений психологического развития детей. Дети с аутизмом не могут отличить незнакомых людей от родных и близких, которых ребенок видит каждый день. Ребенок не проявляет чувства привязанности к матери, эмоции чаще всего в виде «аффектов», эмоции других не понимает. В 7-9 мес. могут появиться стереотипии: покачивание туловищем, кистями рук.

Родители таких детей, в первую очередь, обращаются к врачам поликлинической сети: педиатрам, к детским невропатологам. Важность подозрения нарушений аутистического спектра у ребенка данными специалистами и раннего своевременного вмешательства неоспорима.



Ранняя диагностика расстройств аутистического спектра у детей до года часто определяет своевременное начало медико-психологической коррекции, способствует улучшению степени социальной адаптации у детей и качества жизни во взрослом состоянии, что существенно влияет на инвалидность таких детей.

**Выводы.** Необходимость раннего выявления у детей до одного года признаков детского аутизма является крайне важным. Ранняя своевременно начатая междисциплинарная модель коррекции существенно снижает уровень инвалидности детей с расстройствами аутистического спектра. Раннее выявления аутизма у детей до одного года (0-12 мес.) может существенно улучшить диагностику расстройств аутистического спектра у детей. Ранняя диагностика расстройств спектра аутизма у детей существенно улучшит социальную адаптацию и эффективность коррекционной терапии.

## АКТУАЛЬНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ

С.А. Гребень\*, Т.В. Докукина\*\*,  
И.В. Григорьева\*\*

\*ГУ «Республиканский научно-практический центр оториноларингологии»,

\*\* ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», г. Минск, Республика Беларусь

**Ключевые слова:** речевое развитие, аутизм, медико-педагогическая помощь, логопедические методики, психологическая диагностика.

В Республике Беларусь с 2005 по 2012 год общее число детей, состоящих под наблюдением врачей-психиатров, по причине общих расстройств развития, в том числе и аутизма, возросло в 2,8 раз (с 251 до 699 случаев). По данным службы информации «ЕвроБеларусь» в 2013 году детей с официально установленным диагнозом аутизм было зарегистрировано 786 человек. Как показывают результаты современных научных исследований, отклонения в речевом развитии – один из основных признаков аутизма, при этом проявления речевых нарушений чрезвычайно многообразны по характеру и динамике, и в большинстве случаев они обусловлены нарушениями общения. Актуальность проблемы обусловлена тем, что на данный момент логопедические методики обследования речи эффективны в большей степени при специфических расстройствах развития речи (F80), и не приспособлены для использования в диагностике речевого развития детей с аутизмом.

**Цель исследования:** на основании изучения особенностей развития речи детей с аутизмом разработать опросник и определить его дифференциально-диагностическую значимость.

**Материал и методы:** клиничко-анамнестический и клиничко-патопсихологический скрининг

курируемых пациентов. При оценке анамнеза учитывалось не только соматическое состояние ребенка, психомоторное развитие, наличие наследственной патологии в семье, особое внимание уделялось динамике речевого развития: время появления гуления и лепета, характеристики звукокомплексов, темп нарастания словарного запаса, а также сроки появления фразы. Следующим методом при диагностике был психодиагностический: психиатрическое интервью, протокол первичного исследования речи для определения степени понимания речи, а также ее коммуникативного использования.

**Результаты и обсуждение:** у 80% обследованных детей с аутизмом имелись: нарушение коммуникативной функции речи – 84%; формирование подражательной речи с непониманием ее смысла – 65%; стереотипность речи (неологизмы, эхолалии, штампы) – 34%; нарушение звукопроизношения, темпа и плавности речи – 64%; гиперактивность – 29%; невнимательность – 84%; тревога – 43%; страхи – 47%; чрезмерная застенчивость – 48%; колебания настроения – 77%; агрессия – 22%; социальная неприспособленность – 81%; изоляция от сверстников – 54%; стереотипные интересы и действия – 39%. Практически у всех обследованных детей с аутизмом был выявлен более широкий спектр нарушения речи: монотонная речь – 12%; нарушение слоговой структуры – 23%; нарушение грамматического строя – 17%, нарушение темпа речи – 4%; повторяющаяся речь – 15%; расстройство экспрессивной речи – 17%; модуляции голоса – 5%; расстройство рецептивной речи – 19%; спонтанная инициация речи – 13%; эхолалии – 5%; утрата речевого навыка – 3%. На основании полученных данных был разработан диагностический опросник «Алгоритм диагностики речевых нарушений у детей до 7 лет страдающих аутизмом». Методика включает 19 серий заданий, позволяющих определить степень имеющихся расстройств: утрата речевого навыка; развитие экспрессивной речи; взаимодействие со взрослым; понимание обращенной речи; выражение просьб; спонтанная инициация речи; эхолалии; темп речи; голос; повторяющаяся речь; произведение необычного звука, шума, визга; грамматический строй речи; слоговая структура слова; пользование фразовой речью; способность к диалогу; способность к пересказу; особенности звукопроизношения; монотонная речь; способность регулировать тон, темп, интенсивность речи. Применение диагностического инструментария даст возможность повысить эффективность дифференцированной диагностики нарушения речи у детей с аутизмом и другими речевыми расстройствами, объединенными сходной симптоматикой.

## ЭФФЕКТ ДЕСТИГМАТИЗАЦИОННОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ В ПРЕОДОЛЕНИИ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ У МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ

И.В. Григорьева\*, Т.В. Докукина\*,  
Н.К. Григорьева\*\*, Т.Н. Алыко\*\*

\*ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»,

\*\*Белорусский Государственный медицинский университет,  
г. Минск, Республика Беларусь

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

Значительное влияние, оказанное родительскими организациями и движением за дестигматизацию детей с аутизмом на общественное восприятие такого расстройства, не привело в настоящее время к процессу дестигматизации самих родителей. Известно, что поведение аутичных детей воспринимается часто окружающими людьми негативно. Матери такого ребенка находятся в состоянии хронической психотравмирующей ситуации, выраженность которого обусловлена тяжестью состояния ребенка. Это приводит к искажению родительских установок, включающих когнитивный, эмоциональный и поведенческие компоненты стигматизации.

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

**Материал и методы:** в исследование были включены давшие информированное согласие группа матерей детей с аутизмом – 10 человек в возрасте от 30 до 40 лет, которым проводился курс дестигматизационной психотерапевтической программы «Путешествие через аутичный лабиринт» в количестве 15 групповых занятий. Методами исследования явились: 1. Клинико-психопатологический с использованием исследовательских диагностических критериев МКБ-10 V раздела; 2. Методика «стратегии совладающего поведения» (ССП) – «Ways of Coping Questionnaire» (WCQ) разработанная S. Folkman, R. Lazarus (1988).

**Результаты и обсуждение:** проведение дестигматизационной психотерапевтической программы, включало четыре последовательных блока: 1) информационно-аналитический: включающий создание информационного пространства обучения новым знаниям и навыкам нелинейного восприятия; определение модели внутренней картины аутизма; знакомство с методами психотерапевтической проработки деструктивных жизненных сценариев и восстановления партнерских взаимоотношений в семье; 2) формирование осознания и эмоционального выражения собственного психотравмирующего опыта родителями, включающий эмоциональное отреагирование и изменение отношения к личному и семейному психотравмирующему опыту; 3) анализ

и интеграция ресурсов, необходимых для преодоления психотравмирующего опыта, переформирование внутренней картины аутичного сценария ребенка и построение нового позитивного сценария и взаимодействия; активация мотивационной сферы, ценностных ориентаций 4) закрепление полученных умений, формирование позитивной модели поведения, освоение технологии оказания самопомощи и совладания с аутическим дистрессом, закрепление и перенос полученных знаний и навыков в реальные жизненные условия.

По полученным данным стратегией совладания явилось бегство – избегание у 12 человек (70%) и поиск социальной поддержки у 5 человек (50%), у 2 (20%) преобладала неадаптивная стратегия – дистанцирования и у 1 (10%) – конфронтации. После прохождения курса психотерапии лидирующей стала адаптивная стратегия у 7 человек (70%) – планирование решения проблемы и у 7 человек (70%) – стратегия самоконтроля. Переход у 7 человек (70%) на адаптивную стратегию – планирование решения проблемы позволило матерям начать проводить целенаправленный анализ сложившейся ситуации, разрешения осваивания возможных вариантов нового поведения, выработки плана своих последовательных действий относительно своего ребенка. Активизация адаптивной стратегии – положительной переоценки с 2 (20%) до 5 человек (50%) изменила состояние преодоления негативных переживаний за счет положительного переосмысления и рассмотрения, как имеющегося стимула для личностного и семейного роста. Применение дестигматизационной программы у матерей детей с аутизмом обеспечивает улучшение психологической адаптации, помогает устанавливать полноценный семейный контакт, корректировать эффективный контакт с окружающими, преодолевать глубокие психологические барьеры, семейные страхи, способствует формированию новых поведенческих родительских навыков, наработке эффективных коммуникаций и социального взаимодействия.

### ОПЫТ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ, СТРАДАЮЩИМИ АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.Л. Данилова, Е.Л. Селезнева, А.Ю. Шапиро

Учреждение здравоохранения «Витебский областной  
клинический центр психиатрии и наркологии»,  
г. Витебск, Республика Беларусь

В Витебской области распространенность различных форм аутизма составляет 3,32 на 10 тысяч детского населения. В г. Витебске этот показатель составляет – 2,23 на 10 тыс. дет. нас., 88.2% составляют мальчики.

Принцип лечения детей с аутистическими расстройствами основан на мультидисциплинарном подходе. В г. Витебске в областном центре психиатрии и наркологии работает мультидисциплинарная

бригада, состоящая из врача-психиатра-нарколога, психотерапевта, психолога, медицинской сестры, при необходимости привлекаются другие специалисты (невролог, логопед). В г. Витебске все дети охвачены системой дошкольного и школьного образования.

Основные принципы профилактики и лечения аутистических расстройств:

- Ранняя диагностика (максимально ранняя терапия – прогностически благоприятный фактор).
- Работа с родителями (привлечение родителей к тесному сотрудничеству).
- Социализация ребенка в детский коллектив (помещение ребенка в группу с детьми с сохраненным интеллектом, которые являются ролевыми моделями для детей с РДА).
- Образовательная работа со специалистами учреждений образования.
- Постоянная длительная психологическая коррекция.
- Использование нескольких методик одновременно (все, что работает с данным ребенком).

Аутистическое расстройство диагностируется на достаточно раннем этапе (2.5-3.5 гг). Оказание помощи аутичному ребенку начинается с работы с родителями. Наши действия в работе с родителями направлены на снятие комплекса вины, на принятие собственного ребенка.

Опыт показывает, что развитие социальных, коммуникативных и речевых функций ускоряется, а количество и сила аффективных нарушений, проявляющихся в ярко выраженной агрессии и неконтролируемом возбуждении снижается, когда аутичный ребенок воспитывается и обучается в коллективе детей со сформированным социальным поведением и коммуникациями. Мы сталкиваемся с проблемой принятия этого ребенка детским коллективом, правильного восприятия его специалистами детского учреждения. Поэтому ведем активную работу среди дефектологов, воспитателей, логопедов детских учреждений, педагогов школ в которых воспитывается, обучается данный ребенок. Одновременно с работой педагогов в детских учреждениях проводится постоянная и длительная психологическая коррекция. Для достижения лучшего терапевтического эффекта при психологической коррекции аутистических расстройств необходима системная работа как с ребенком, так и с родителями. Методики, используемые для психологической коррекции подбираются сугубо индивидуально и не являются статичными. Чаще используется индивидуальная психологическая коррекция (игровая, арт-терапия, поведенческая и т.д.).

Для купирования обманов восприятия, тревоги, возбуждения, аффективных симптомов, используем антипсихотики. Предпочтение отдаем rispидону, т.к. на фоне лечения нормализуется поведение и улучшаются когнитивные функции. За время применения этого препарата (5 лет) не было отмечено сколько-нибудь серьезных и стойких осложнений и побочных эффектов. На период

адаптации ребенка к изменениям условий жизни, для снятия аффективных расстройств используем антидепрессанты (амитриптилин 15-35 мг/сут в течение 3-5 месяцев).

Активно используем курсовое лечение ноотропными препаратами и аминокислотами и витамины группы В, С и Е, т.к. при обследовании практически у всех детей выявляются признаки органического поражения центральной нервной системы и более раннее применение данных препаратов приводит к значительному улучшению состояния ребенка.

Комплексный подход, планомерная и длительная работа дала положительный результат. Из прошедших через программу 11.5% детей обучаются по общеобразовательной программе, 13.8% – по программе для детей с тяжелыми нарушениями речи, 34.6% – по программе для детей с трудностями в обучении и 38.4% – обучаются по программе для детей с умственной отсталостью.

## КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРОЦЕССУАЛЬНОГО АУТИЗМА

**И.В. Забозлаева, Е.В. Малинина**

*ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск*

**Актуальность.** Процессуальный детский аутизм является одним из вариантов аутистических расстройств и формируется после перенесенного психоза в первые 3 года жизни после нормального развития. В клинике отмечаются кататонические, аффективные, психопатоподобные, неврозоподобные симптомы, с остановкой в психическом развитии, явлениями регресса в виде полной или частичной утраты ранее приобретенных навыков самообслуживания, опрятности и речи (Ковалев В.В., 1985; Башина В.М., Красноперова М.Г., 2003). Регрессивные расстройства детского возраста нозологически неспецифичны. Они наблюдаются при ранней детской шизофрении, прогрессирующих органических заболеваниях центральной нервной системы и детском аутизме (Ковалев В.В., 1985). Ряд исследователей считают, что регресс часто связан с аутизмом, особенно в отношении речи и относящихся к ней навыков (Bairdetal 2008; Picklesetal 2009). Важными аспектами для диагностики регрессивных расстройств является раннее развитие в преморбиде, пусковые факторы (психотравмирующие события, вакцинация, неврологические процессы или отсутствие каких-либо видимых причин), степень выраженности клинических проявлений.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение клинико-динамических характеристик процессуального аутизма.

**Материал и методы исследования.** В клиническом исследовании приняли участие 105 детей, 85 мальчиков и 20 девочек в возрасте от 2 до 13 лет с процессуальным детским аутизмом, рубрика

F 84.1 МКБ-10 – «Атипичный аутизм». Верификация диагноза опиралась на критерии МКБ – 10 и классификацию аутистических расстройств НЦПЗ РАМН (2005 г.). Критериями исключения являлись: 1) синдром Каннера; 2) генетически обусловленная (хромосомно – обменная) и другая патология с аутистическими чертами. Использовались методы исследования: клиническое и клинико-анамнестическое, рейтинговая шкала детского аутизма CARS, шкала общего клинического впечатления CGI, статистический (Н-критерий Краскела-Уоллиса, отклонения Фримана-Тьюки).

**Результаты исследования.** Анализ полученных данных показал что, дебют приступа в большинстве случаев начинался в 18 месяцев и длился в среднем 1 год 3 месяца. Все пациенты были разделены на две группы, в соответствии с клинико-психопатологической структурой аутистического регресса и выделением 2 типов приступов психоза *кататонно-регрессивного и полиморфного* (Красноперова М.Г., 2003). Изучались преморбидные особенности, причинные факторы дебюта и его клинические симптомы, а также динамические характеристики аутизма. В первую группу вошли 89 пациентов, у которых отмечалась постепенная утрата речи с появлением эхолалий, «птичьего языка», замкнутости, стереотипными играми, перепадами возбуждения и ступора, страхами громких звуков, новых помещений, нарушением сна, утратой навыков опрятности. Уровень выраженности аутизма достигал критерия «умеренный аутист» по шкале CARS. Степень проявлений тяжести симптоматики оценивалась как сильная по шкале CGI. Данная психопатологическая симптоматика с кататоническими, аффективными и неврободобными проявлениями соответствовала *полиморфному* варианту. Причинами возникновения психоза являлись стресс (начало посещения детского дошкольного учреждения, смена места жительства, выход матери на работу), вакцинация прививкой против коклюша, дифтерии, столбняка, реакцией Манту. В преморбиде у пациентов с полиморфным вариантом отмечались дизонтогенетическое нарушение развития в виде асинхронии и задержки. Течение заболевания было непрерывно-прогредиентным и регрессиентным с постепенным уменьшением выраженности психопатологических расстройств, восстановлением речи и упорядочиванием поведения.

Вторую группу составили 16 детей, у которых дебют приступа сопровождался полным распадом речевых, интеллектуальных и моторных функций и соответствовал *кататонно-регрессивному* типу. Уровень выраженности аутизма достигал критерия «выраженный аутист» по шкале CARS. Состояние расценивалось тяжелым по шкале CGI. Причиной психоза являлось аутохтонное возникновение. В преморбиде отмечался дизонтогенез по типу задержки развития. Течение заболевания носило злокачественный характер с дезинтеграцией основных функций и формированием тяжелого олигофреноподобного дефекта.

Таким образом, на тяжесть клинико-психопатологических проявлений, течение и дальнейшую динамику процессуального аутизма оказывали влияние причины возникновения дебюта, например, аутохтонное начало формировало более тяжелые проявления регресса, дизонтогенетическое раннее развитие являлись статистически значимыми факторами, которые оказывали влияние на клинические проявления регресса и дальнейшую динамику заболевания ( $P=0,092$ ).

**Выводы.** Таким образом, процессуальный аутизм дебютирует у детей, имеющих прежде нормальное развитие, кататонно-регрессивными или полиморфными регрессивными приступами, после выхода у детей формируются аутистические формы поведения и интеллектуальное снижение, в дальнейшем имеющие менее благоприятный прогноз, чем при детском аутизме.

## ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА ОСНОВЕ АНИМАЛОТЕРАПИИ

Л.Т. Козловская

Консалтинго-тренинговая компания «ЭКВИТЕР»  
ВКО, г. Усть-Каменогорск, Республика Казахстан

В современных условиях в Казахстане наблюдается рост психических расстройств у детей, в том числе расстройств аутистического спектра, что актуализирует необходимость поиска эффективных методов психокоррекционной работы. Многочисленные трудности таких детей имеют биологическую, психическую, социальную природу и, как правило, проявляются комплексно во взаимосвязи и взаимозависимости, хотя и в разной степени выраженности. На наш взгляд, анималотерапия, может не только внести свой определенный вклад в решении этих проблем, но и способствовать развитию адаптационных навыков детей с РАС, следовательно, в какой-то степени улучшить их качество жизни. На Западе, в России данное направление давно и активно используется, в Казахстане – делает только первые шаги. В данном случае речь идет о коррекционной работе с использованием таких видов анималотерапии как иппотерапия и канистерапия.

В основу коррекционной работы были положены следующие базовые принципы: принцип единства психосоциальных и биологических методов воздействия; принцип ступенчатости (переходности) прилагаемых усилий, принцип принятия и доверия – принятие любого уровня развития психики, создание доверительных отношений участников психотерапевтического процесса; принцип системности – активное включение в процесс всех участников, дающих возможность комплексного воздействия на психику ребенка: врачей-неврологов, психиатров, психологов, кинологов, логопедов, волонтеров, родителей и близких ребенка.

Очередность использования животных-терапевтов: на 1 этапе – лошадь, на 2 этапе – собаки, основана на понимании законов психического онтогенеза, особенностях визуального, тактильного, гаптического восприятия ребёнка, зоопсихологических и этологических характеристиках животных. В работе при участии лошади, акцент ставится не на визуальный контакт «глаза в глаза», а на соматосенсорный, телесный. Именно, на этапе работы с лошадью, оказывается ненавязчивое воздействие на сенсорную и моторную сферы ребенка, актуализируется развитие высших психических функций, синхронизируются процессы сенсомоторной и эмоциональной сфер.

Соответственно, для детей аутистов создаются спокойные, комфортные, щадящие условия вхождения в психотерапевтический процесс. На спине лошади для ребёнка создаются условия холдинг-терапии «удержания в ситуации и в позе». При отработке различных упражнений со сменой позы, на шагающей в заданном темпе лошади, у ребенка, формируется схема тела, ощущение себя в пространстве и «первичное доверие к самому себе», «доверие своему телу», что способствует формированию эмоциональной привязанности и чувству базового доверия. Данный процесс вызывает у ребенка различные эмоции от агрессии до радости, дает возможность ребенку экспериментировать с различными стратегиями эмоционального реагирования. Лошадь, как субъект коммуникативного процесса, всегда транслирует спокойствие, уверенность и безмятежность, передавая тепло своего тела ребенку, тем самым закладывает основу для формирования у ребенка границ «от себя к другому». Лошадь проявляет больше спокойствия и эмоциональной нейтральности к ребенку по сравнению с собакой.

На втором этапе коррекционной работы в качестве животного-терапевта выступает собака. Основной целью её использования является – развитие социализации и навыков коммуникативной сферы. Собака, имеет гораздо меньшие размеры, что позволяет паре «ребёнок – собака» поддерживать контакт на уровне глаз, она активно настроена на коммуникацию, чаще всего берет на себя функцию опеки над ребёнком, проявляет более мягкие движения, старательно подстраивается под движения ребёнка. Ребёнок, контактируя с собакой-терапевтом, уже с первого занятия устанавливают свои собственные взаимоотношения, чаще всего основанные на «взаимных претензиях», например, когда собака ожидает или требует от ребёнка выполнения определённого действия, например, встать и идти, а ребёнок не желает этого делать. Собаки обладают безошибочным чутьем, улавливают малейшие изменения в настроении человека, отвечают на них быстро и эмоционально, и это дает ребенку чувство собственной ценности.

Каждому участнику канистерапевтического процесса отведена своя роль. Психолог работает с пациентом на этапе диагностики (на входе и выхо-

де), проводит сеансы канистерапии, осуществляет контрольное наблюдение в ходе занятий. Кинолог обеспечивает сопровождение и управление собакой. Медики, логопеды участвуют в этой работе на этапе диагностики нарушения развития, врачи – диагностируют и направляют на иппо/канис-терапию, логопеды работают с детьми на фоне проводимого /и после курса состоявшейся работы.

Коррекционная работа с детьми посредством анималотерапии позволяет снять негативизм и агрессивные реакции, ненасильственно, безболезненно и быстро включить ребенка в работу, и запустить в нем через мотивацию животным инициацию к позитивным изменениям. Терапевтические эффекты в работе проявляются в устранении тонического напряжения, стабилизации положительных эмоций. Оценка проводилась на основании родительских отчетов, фиксированных данных наблюдения специалистов. Основные улучшения касались таких сфер жизнедеятельности, как эмоциональная, моторная, речевая, коммуникативная.

## ТЕСТ ВЕКслера КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ СПОСОБ ВЫЯВЛЕНИЯ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

К.В. Макарова

*ГБУЗ НППЦ ПЗДип ДЗ г. Москвы,  
«Специализированный дом ребенка №21 для детей  
с органическим поражением центральной нервной системы  
и нарушением психики» Департамента соц. защиты  
населения Москвы, Москва*

По своему содержанию и исходным принципам формирования тест Векслера для детей (WISC – Wechsler Intelligence Scale for Children) способен решать не только такие диагностические задачи, как определение готовности к обучению ребенка в школе, оценку возможных причин неуспеваемости школьника, обнаружение умственной отсталости ребенка, но и помогает наряду с другими диагностическими методиками выявить наличие предполагаемого аутистического спектра у обследуемых детей. Мы считаем, что при работе с детьми, в особенности с детьми раннего возраста, важен субъективизм со стороны экспериментатора, а также повышение частоты надежности и достоверности результатов. Тест Векслера в достаточной мере отвечает этим требованиям. Специалист-диагност должен предельно отчетливо сознавать психологически сложный характер аутистического спектра, его многогранность, уметь выносить суждения о результатах тестирования и умственном развитии ребенка, ведь у многих обследуемых детей с выявленными чертами аутистического спектра существует ярко выраженная неравномерность между показателями вербального и невербального интеллектуального развития; специалист-диагност должен действовать с подобающей корректностью, и строго в границах своей профессиональной компетенции.

На базе ГБУЗ НПЦ ПЗДП ДЗМ было проведено исследование, в котором принял участие 41 ребенок дошкольного возраста (32 мальчика и 9 девочек) с ранее выставленным диагнозом «Аутизм». Каждый ребенок был подвержен однократному тестированию тестом WISC. Установлено, что в 100% случаев уровень невербального интеллекта во много раз превышает уровень вербального. Многим детям не была доступна пониманию тематика социального поведения человека и умение строить умозаключения на основе своего жизненного опыта, только 7% опрошенных смогли ответить на небольшое количество вопросов субтеста «Понятливость». Всего 11% тестируемых детей способны к высокой степени абстрагирования, сравнению и упорядочиванию информации, развитому понятийному мышлению. У всех обследуемых детей был выявлен бедный словарный запас, недостаточное чувство меры и адекватности при определении необходимого и достаточного для раскрытия смысла слова на фоне достаточно успешного выполнения всех субтестов, определяющих уровень и структуру невербального интеллектуального развития. При этом следует отметить, что выявленная сенсорная доминантность рассматривается как тенденция ребенка фокусировать свое внимание на стимулах определенной модальности, а именно отдавать предпочтение зрительным стимулам слуховым. Исходя из результатов тестирования у детей с аутизмом страдает динамика мнестических процессов и связанный с ней недостаток развития логической памяти на фоне высоких показателей уровня развития механической памяти (по результатам выполнения субтеста «Повторение цифр»).

Во время выполнения детьми субтеста «Складывание фигур», а именно складывание фигуры человеческого лица было установлено, что многим задание оказалось не под силу, то есть 67% от всех детей не справились с заданием, при этом более сложный материал – машину дети собирали без каких-либо затруднений, что указывает на высокий уровень тревожности у ребенка, его ранимости, низкие сенсорные пороги, по мнению У. Найссера, каждому человеку даны от рождения определенные структуры, позволяющие ему замечать одни более важные аспекты больше, чем другие, отсутствие или недоразвитие таких схем у детей, страдающих аутизмом может создавать определенные у них трудности в формировании социального опыта.

### РОЛЬ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО МАРКЕРА МЕТАЛЛОТИОНЕИНА ПРИ АУТИЗМЕ

С.А. Марчук, И.В. Григорьева, Т.В. Докукина

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

По данным ООН опубликованным в 2010 году аутизмом в мире страдают 67 млн. человек

(1% всего населения планеты). Частота встречаемости аутизма – 40-45 случаев на 10 000 детского населения в мире, в Республике Беларусь – 2-3 случая. В настоящее время аутизмом страдает каждый 160-й ребенок в мире. Ранее существовало множество представлений об этиологии аутизма: особое конституциональное состояние (Бернард Римланд, 1964, Башина В.М., 1974); шизофреническое приступное состояние (Вроно М.Ш., Башина В.М. 1975); органическая патология (А. Ван-Кревелен, 1952, Мнухин С.С., 1967); нарушение адаптационных механизмов незрелой личности (Г. Ниссен, 1971); состояние при синдроме хрупкой Х-хромосомы при фенилпировиноградной олигофрении. Средовые факторы: определённые продукты питания; тяжёлые металлы; инфекционные заболевания; растворители; выхлопы дизельных двигателей; фталаты и фенолы; броминированные огнезащитные материалы; алкоголь; вакцины; пренатальный стресс. По данным У. Уолш (2005) у большинства обследованных детей с аутизмом отмечались дисэлементозы по содержанию Cu и Zn, было сделано вывод о возможной роли белка металлотионеина в этиопатогенезе развития аутизма и недостающего звена в его лечении. Металлотионеин (МТ): регулирует концентрацию цинка и меди в крови; защищает от активных форм кислорода и токсичных ТМ; оказывает существенное влияние на развитие и функционирование иммунной системы; участвует в развитии нейронов мозга вместе с  $\Omega 3$  жирными кислотами; препятствует чрезмерному росту дрожжей в кишечнике; воздействует на вкусовые ощущения и влияет на анализ состава пищи во рту; оказывает регулирующее влияние на гиппокампальное поведение; участвует в развитии эмоциональной сферы и социализации.

Плохо функционирующий металлотионеин приводит к увеличению медно-цинкового отношения (высокое содержание меди и низкое цинка); накоплению алюминия, ртути, свинца, кадмия, мышьяка и сурьмы; токсическому эффекту тяжелых металлов – от повреждения мозговых функций, дефектов работы печени, повреждения почек, блокирования важных ферментов до непереносимости некоторых видов пищевых продуктов; серьезному разрушению иммунной системы. Дефицит цинка и металлотионеина приводит к атрофии тимуса и лимфатической ткани, задержке роста и нарушению развития половой и эндокринной систем.

**Цель исследования:** исследование роли металлотионеина (МТ) в патогенезе аутизма

**Материал и методы:** исследовалась прикорневая часть волос методом атомно-абсорбционной спектроскопии.

**Результаты и обсуждение.** Из обследованных 86 детей с аутизмом и их родителей фактическое соотношение коэффициента (Cu/Zn) больше нормы было выявлено: у 72 (83,7%) детей с аутизмом и у 71 (82,6%) родителя. Исходя из выявленных нарушений микроэлементного статуса детей с аутизмом по содержанию соотношения Cu/Zn можно

сделать вывод о роли металлотионеина, как фактора развития данной патологии.

Для коррекции нарушенного микроэлементного статуса у детей с аутизмом и элиминации тяжелых металлов, могут быть использованы: цистеин, необходимый для синтеза металлотионеина, так как он оказывает лучший эффект в виде глутатиона (GSH); цистеин (GSH) в комбинации с цинком; биоэлементные препараты  $\Omega$  3 жирных кислот; постепенное увеличение количества цинка совместно с Vit. B6, в форме пиридоксаль-5-фосфата; питание без казеина и клейковины; биотин и витамины группы B; антиоксиданты: витамины C и E, марганец и селен; и в дополнение к упомянутым, цинку, глутатиону синтез МТ повышается посредством эстрогена и прогестерона. В более тяжелых случаях для детоксикации организма от тяжелых металлов могут быть использованы хелирующие агенты: димеркаптосукциновая кислота (DMSA); альфалиповая кислота; мелатонин; таурин; глутатион; металлотионеин стимулятор.

## ЭТАПЫ ИГРОВОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕТСКОГО АУТИЗМА С ВЫРАЖЕННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ, ЭМОЦИЙ И ИНТЕЛЛЕКТА

**В.Э. Пашковский, А.А. Романов**

*ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург  
ФГБУ «Научный Центр психического здоровья» РАМН,  
Москва*

Наиболее сложными в плане прогноза и эффективности игровой коррекции являются дети с аутизмом Каннера, с выраженными расстройствами интеллекта, негативизмом и тревогой, импульсивностью и полевым поведением, сенсорными и моторными стереотипиями, феноменом тождества, нарушениями в понимании и отсутствием разговорной речи, редукцией энергетического потенциала и другими расстройствами. По психологической классификации О.С. Никольской (1997) эти дети соответствуют 1-ому уровню.

Этапы взаимодействия с детьми этой группы могут быть следующими: 1) этап сенсорной (зрительной-слуховой и другой) стимуляции; 2) этап телесного взаимодействия с ребенком; 3) этап предметно-практического взаимодействия взрослого с аутичным ребенком.

На разных этапах коррекция одних и тех же симптомов аутистического поведения решается различными средствами: «сенсорными», «телесными» и «предметными». Например, коррекционная цель – стимуляция положительных эмоций у аутичного ребенка может достигаться как средствами телесного контакта (подбрасывание ребенка, раскачивание и т.п.), так и в процессе предметно-практической деятельности (например, подбрасывание мячей на покрывале, необычные действия с предметами). Сенсорное, телесное и предметное в игровом коррекционном воздействии (взаимо-

действии) взрослого на ребенка сосуществуют в их уникальном, неповторимом единстве с учетом ситуации взаимодействия, состояния ребенка и структуры дефекта.

**Этап сенсорной (зрительной-слуховой и другой) стимуляции** зачастую обусловлен тем, что ребенок активно отказывается от телесного контакта, а предметно-манипулятивная деятельность крайне стереотипна и с трудом поддается варьированию. Взрослый стремится через разнообразные сенсорные стимулы вводить элементы новизны и неожиданности в ригидное, аутоstimуляторное поведение ребенка.

**Этап телесного контакта и взаимодействия.** Ввиду выраженных трудностей в контакте, негативизма, выраженной импульсивности поведения или свертормозимости взрослый, работая с аутичными детьми, использует тело (руки, ноги, туловище) как своеобразные игровые предметы. Например, игротерапевт берет руки ребенка в свои руки, хлопает в ладоши руками ребенка, вкладывает в руки ребенка игровой предмет, удерживая его за части тела, ограничивая импульсивное поведение. Такой телесный контакт с элементами произвольности и положительных эмоций постепенно увеличивается в длительности и сложности.

Телесный контакт стимулирует у детей положительные эмоции, снижает тревожность, приучает ребенка ограничивать импульсивное поведение подчиняться некоторым требованиям извне (правилам), может быть средством переключения и предупреждения пресыщения от другой деятельности.

**Этап предметно-практического взаимодействия с аутичным ребенком.** Взрослый: 1) активно обогащает разнообразие практических действий с объектами предметно-игровой среды в группе детского сада, на участке во время прогулок детей; в условиях семейного воспитания аутичного ребенка; 2) поощряет совместные действия детей в простейших предметно-практических ситуациях (пройти вместе по кубикам и не упасть; взяться за руки и т. п.); В процессе обогащения опыта практических действий с объектами ребенок становится менее негативистичным, более целенаправленным, появляется активность в ориентации на просьбы и требования взрослого, элементы инициативности, самостоятельности в действиях с предметами.

**Результаты коррекции.** В процессе разнообразного предметно-практического взаимодействия у детей развиваются элементарные, ситуативно устойчивые навыки соподчинения действий, подчинения поведения определенным правилам (способам выполнения игровых действий) и правилам взаимоотношений (правила очередности, действия по условному сигналу и др.). За счет увеличения вариативности поведения снижается выраженность сенсорных и моторных стереотипий. Ребенок постепенно привыкает к взрослому, начинает испытывать потребность во взаимодействии с ним; Особенно важно, что аутичный ребенок начинает стремиться к общению со взрослым.

## МЕЖВЕДОМСТВЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЯХ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ

Н.В. Симашкова

*ФГБУ «Научный Центр психического здоровья» РАМН,  
Москва*

Актуальность изучения расстройств аутистического спектра (РАС) специалистами разных направлений определяется высокой распространенностью в детской популяции [62:10 000 детского населения (67 сессия ГА ООН, 2014)], трудностями диагностики, дифференциации, значением для профильных служб обсуждения стандартов терапии, профилактики, социализации на межведомственном уровне в разрабатываемых клинических рекомендациях.

Аутистические расстройства представляют собой группу комплексных нарушений психического развития, характеризующихся отсутствием способности к социальному взаимодействию, общению, стереотипностью поведения. Для больных характерны также нарушения моторики, фобии, возбуждение, особенности пищевого поведения и другие неспецифические симптомы.

Мультидисциплинарная модель оказания помощи больным положена в основу клинических рекомендаций, организацию маршрута сопровождения больных с РАС, который включает три этапа: своевременную постановку диагноза психиатром (по МКБ-10 рубрика F), определение инвалидности, профиля обучения. Современная организация психиатрической помощи детям и подросткам включает амбулаторную составляющую на базе психоневрологических диспансеров и специализированную на базе психиатрических клиник, дневных стационаров (Министерство здравоохранения РФ); система учебно-воспитательных и реабилитационных учреждений, подчиненных Министерству Образования и Науки РФ, психоневрологические санатории и интернаты (Министерство соцзащиты РФ).

Отсутствие межведомственного эффективно-го взаимодействия между Министерством здравоохранения, Министерством социального развития, Министерством образования и Науки в Российской Федерации, как и во все мире, приводит к недостаточному психолого-медико-социальному сопровождению больного с РАС вместе с его семьей в течение жизни.

Доказана преемственность проводимого восстановительного лечения и развивающего обучения в отделении по изучению проблем аутизма в ФГБУ «Научного центра психического здоровья» РАМН, и дальнейшего ведения и обучения в Центрах психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков Департамента образования города Москвы.

Проведение ранней диагностики и коррекции расстройств аутистического спектра у детей плани-

руется в рамках совместного пилотного проекта в ФГБУ «НЦПЗ» РАМН и НПЦ детской психоневрологии Департамента здравоохранения Москвы.

При создании нормативно-правовой базы необходима единая политика в отношении больных с РАС и их семей, на основе которой должны быть разработаны государственные программы помощи в соответствии с Конвенцией о правах лиц с инвалидностью и другими международными и региональными Конвенциями по правам человека.

Расширение межведомственного и междисциплинарного взаимодействия для создания реабилитационных баз на пути сопровождения больного с РАС и обучения специалистов планируется при участии всех перечисленных ведомств, включено на основании задания правительства РФ в разработку клинических рекомендаций для оказания помощи больным с РАС.

## НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КАК ЧАСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, СТРАДАЮЩИМ АУТИЗМОМ

А.С. Султанова

*Институт психолого-педагогических проблем детства  
Российской академии образования, Москва*

В связи с повышением распространенности расстройств аутистического спектра (РАС), особую актуальность приобретают как теоретические вопросы изучения этио- и патогенеза этих расстройств, так и проблема разработки эффективных методов их коррекции. В настоящее время среди специалистов растет понимание того, что к этой сложной проблеме необходим комплексный подход. Устойчивый положительный результат может обеспечить только сочетанная комбинированная работа различных специалистов с ребенком-аутистом. Такая работа, как правило, обеспечивается при госпитализации ребенка. Однако вне стационара родители нередко сталкиваются с «армией» специалистов (логопедов, АВА-терапевтов, анималотерапевтов, психологов и пр.), которые зачастую не имеют должного образования, с трудом представляют себе специфику аутизма, однако настаивают на том, что владеют единственно верным методом преодоления этого расстройства. Если даже в коррекционный процесс вовлекаются квалифицированные специалисты, проблему рассогласованности между ними решить удается крайне редко.

Причины этой проблемы кроются не только в том, что вне условий стационара специалисты имеют меньше возможностей общаться друг с другом, обсуждать ход коррекции и лечения ребенка. Не последнее место среди причин занимает профессиональный снобизм, утверждение приоритета своего направления. Особенно это характерно для некоторых детских психиатров, которые зачастую считают медикаментозный путь терапии РАС не только единственно правильным, но и единственно воз-



можным, не нуждающимся в привлечении других специалистов, дополнительных средств коррекции. Другой фактор, приводящий к несогласованной работе специалистов, – информационная недостаточность, неосведомленность о тех или иных направлениях, разрабатываемых в рамках различных специальностей. К одному из таких направлений относится детская нейропсихология. Несмотря на то, что нейропсихология детского возраста как научная отрасль клинической психологии развивается уже несколько десятилетий, а ее методы достаточно давно применяются для коррекции различных патологических состояний, многие специалисты не в достаточной степени представляют себе задачи, методы, специфику данной области.

Нейропсихологическая коррекция направлена на преодоление функциональной недостаточности различных областей головного мозга, каждая из которых обеспечивает тот или иной нейропсихологический фактор, т.е. является «звеном» одной или нескольких психических функций. В результате улучшения деятельности нервной системы, головного мозга достигаются различные задачи – стимуляция развития когнитивных, речевых и моторных функций, создание предпосылок и возможности успешного обучения и социальной адаптации, улучшение поведения ребенка в целом. Процессу нейропсихологической коррекции обязательно должна предшествовать нейропсихологическая диагностика, в результате которой выявляются сохраненные и нарушенные факторы, определяется основное направление коррекционной работы. Необходимо отметить, что, в связи с искажениями эмоционально-мотивационной сферы, своеобразным поведением, проведение полноценной нейропсихологической диагностики с детьми, имеющими РАС, зачастую недоступно. В таких случаях диагностический этап состоит в сборе данных анамнеза, опросе родителей об особенностях состояния ребенка; некоторые сведения о развитии моторной, сенсорной, речевой сфер можно получить, наблюдая за поведением ребенка, его игрой, пытаясь вступить с ним в контакт. Многолетний опыт проведения нейропсихологической диагностики позволяет выделить следующий обобщенный паттерн функциональной недостаточности структур головного мозга, наиболее часто встречающийся у детей с аутизмом: довольно грубая недостаточность функций левого полушария, практически сохраненные функции правого полушария на фоне недостаточно развитого межполушарного взаимодействия и дисфункций подкорково-стволовых отделов головного мозга.

Основу нейропсихологической коррекции детей с РАС составляет, как правило, сенсомоторная коррекция или другой похожий метод – метод замещающего онтогенеза. В большинстве случаев детям с аутизмом требуется довольно длительная, многолетняя коррекция, зачастую можно говорить не просто о коррекции, а о сопровождении психического онтогенеза ребенка. При осуществлении нейропсихологической коррекции квалифицирован-

ным специалистом отмечается двойное воздействие: как самих упражнений, так и специальным образом организованного взаимодействия с ребенком, для создания которого данный вид работы создаст уникальные условия. При этом отмечается специфическая динамика состояния ребенка: по мере исчезновения аутистических отклонений на первый план выходит задержка психического развития, невротическое или психопатоподобное поведение; дальнейшая работа направлена уже на преодоление этих отклонений. Нейропсихологическая коррекция улучшает моторику, повышает понимание речи, способность следовать инструкции, обучаемость ребенка. Т.о., на этом фоне эффективность работы других специалистов (педагога-психолога, дефектолога, логопеда и др.) существенно возрастает.

### ВЛИЯНИЕ ОБУЧЕНИЯ НА КОММУНИКАТИВНУЮ СФЕРУ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ

В.Н. Феофанов<sup>1</sup>, Д.И. Колодкина<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Российский государственный социальный университет,

<sup>2</sup>Средняя общеобразовательная школа №1465

им. адм. Н.Г. Кузнецова, Москва

Известно, что коммуникация имеет огромное значение в формировании человеческой психики, ее развитии и становлении разумного и культурного поведения.

Особенно значима эта информация в отношении детей с ранним детским аутизмом (РДА). По мнению большинства авторов (Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг, С.А. Морозов, О.С. Никольская, R. Jordan, L. Kanner, В.М. Prizant, M. Rutter, A.L. Schuler, H. Tager-Flusberg и др.), одним из главных нарушений, препятствующих успешной адаптации при аутизме, является недостаток коммуникативных навыков, проявляющийся в виде отсутствия или отставания развития разговорной речи, неспособности инициировать или поддержать разговор, стереотипных высказываний и ряда других специфических особенностей. Подчеркивается, что недоразвитие вербальной коммуникации не компенсируется спонтанно в виде использования невербальных средств (жестов, мимики) и альтернативных коммуникативных систем. Следовательно, интеграция в общество таких детей затруднительна или невозможна без специальной психолого-педагогической помощи.

Экспериментальное исследование проводилось в г. Москве на базе Государственной бюджетной средней общеобразовательной школы №1321 «Ковчег» (ул. Авиамоторная, 30А, стр. 1; директор – Р.А. Реуэль). Общая численность выборки 10 младших школьников с РДА, из них 6 мальчиков и 4 девочки.

В этой образовательной организации программа обучения включает в себя 5-6 уроков в день, которые предполагают: занятия иппотерапией, занятия физической культурой, рисование, раз-

вение речи и упражнение «На ковре». Последнее было введено классным руководителем и тьютором после проведения первого этапа диагностики. Упражнение проводится до начала первого урока. На свободном месте класса стелется ковер, на который по кругу садятся ученики, тьютор и педагог. Все берутся за руки и тьютор начинает петь песенку, в конце которой по очереди выбирается один ребенок, его целью становится поймать мяч, снова вместе со всеми спеть песню и передать мяч другому ребенку из круга. Задача данного упражнения – снижение порога чувствительности к прикосновениям других людей, развитие навыков прямого диалога. Следовательно, специальная адаптация уроков под РДА направлена на добавление элементов, формирующих навыки коммуникации; дает стимул к ее развитию, обогащает умение общаться и взаимодействовать со сверстниками.

В ходе исследования были использованы четыре методики, три из которых предлагались детям (Фильм-тест Р. Жилия, методика «Диагностика коммуникативных способностей» С.А. Соснина, Рисуночная методика «Я и мой класс» Е.С. Романовой и др.) и одна методика, разработанная нами, предлагалась педагогу (Непосредственное наблюдение).

При изучении динамики результатов по социальной приспособленности младших школьников с РДА, а так же их взаимоотношений с окружающими было обнаружено, что по 9 из 13 шкалам показатели возросли (Отношение к матери, Отношение к отцу, Отношение к родителям как чете, Отношения к братьям, сестрам, Отношение к бабушке и другим родственникам, Отношение к учителю, Любознательность, Общительность в группе, Конфликтность, агрессивность) по одной – остались на прежнем уровне (Отношение к другу, подруге) и по трем – снизились (Доминирования и лидерства, Реакция на фрустрацию, Отгороженность). Самые большие изменения средних значений указывают на возрастание роли педагога и появление у младших школьников с РДА интереса к одноклассникам и сверстникам.

Динамика результатов по диагностике коммуникативных способностей свидетельствует о том, что в ходе обучения низкий уровень снизился до нулевого значения; высокий – повысился в 1,75 раза; средний – снизился в 1,7 раза. Это говорит о том, что дети в большинстве случаев понимают как необходимо себя вести – помочь ровеснику или взрослому, как необходимо проявлять свое отношение к другим, и начинают понимать, что в тот или иной момент чувствуют другие люди. Статистическая проверка результативности программы обучения младших школьников с РДА в школе №1321 «Ковчег» с помощью t-критерия Стьюдента для зависимых выборок показала, что результат  $t_{эм}$  по уровня развития коммуникативных способностей составил 3,1 и превысил зону значимости на 5% уровне. Это означает, что в ходе обучения достоверно повышается понимание предъявляемых задач, понимание состояния сверстников, понимание способов выра-

жения своего отношения к взрослому и другим детям. Это указывает на эффективность используемой технологии.

Изучение изменений внутриклассных отношений показало, что в 70% случаев отмечается наличие динамики: в рисунках появляются одноклассники, или же их число увеличивается. Этот факт говорит об усилении значения одноклассников или ровесников для младших школьников с РДА. Так, в рисунках Софьи произошли кардинальные изменения, ранее нарисована была только сама девочка, теперь же изображены две фигуры; что примечательно не одна из них не является самой Софьей – это две ее одноклассницы.

Анализ динамики во взаимодействии с хорошо знакомыми людьми (матерью, сверстниками), особенностей тактильного контакта, эмоционального состояния и эмпатийных способностей показал однозначные изменения в лучшую сторону по трем блокам: младших школьников с РДА стали менее восприимчивы к тактильному контакту, чаще стали пользоваться фразами-просьбами, мимика стала более адекватной и общее выражение лица чаще стало отражать внутреннее состояние ребенка.

На основе анализа полученных результатов можно сделать вывод о том, что обучение оказывает положительное влияние на коммуникативную сферу младших школьников с РДА.

## КЛИНИКО-ЭТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ОРГАНИЧЕСКОГО И ПРОЦЕССУАЛЬНОГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА

**О.З. Хайретдинов**

*СПбГКУЗ «ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С.Мнухина»,  
Санкт-Петербург*

Несмотря на тенденции к объединению различных диагностических категорий в единое «расстройство аутистического спектра» в DSM-V и МКБ-11, дифференциация внутри группы аутистических расстройств необходима в связи с различиями течения, терапии и прогноза. Недостаточно определенная диагностическая категория «атипичного аутизма» в МКБ-10 или «первазивных расстройств развития без дополнительных уточнений» (PDD NOS) в DSM-IV была сформирована скорее по остаточному принципу и предполагает включение неоднородных клинико-нозологических состояний, что требует дальнейшего уточнения (А.С. Тиганов, В.М. Башина, 2005; Симашкова Н.В., 2006; Volkmar F.R. et al., 2009). Наиболее вероятный вклад в состав данной категории вносят картины с приближенной к синдрому Каннера симптоматикой при органическом поражении головного мозга и ранней детской шизофрении, в отечественной традиции – органический и процессуальный аутизм. В последнее время все чаще признается, что феномен регресса навыков после периода относительно благополуч-

ного развития утрачивает свое нозоспецифическое дифференциально-диагностическое содержание, т.к. встречается в большей или меньшей степени у многих детей с различными формами аутизма, а не только при шизофрении (Rutter M., 2011). Решающее значение в дифференциации при дефиците достоверных анамнестических сведений и результатов объективного исследования имеют признаки невербального поведения (НП), которые в силу специфики клиники и особенностей контакта пациентов становятся основными критериями диагностики.

В проведенном нами исследовании изучались особенности невербального поведения 142 пациента, в клинической картине заболевания которых наблюдались аутистические расстройства (синдромы Каннера и Аспергера, органический и процессуальный аутизм в рамках ранней детской шизофрении с манифестацией до 5 лет).

**Целью** данного сообщения является описание выделенных дифференциально-диагностических клинко-психопатологических признаков органического и процессуального аутизма, дополненных результатами клинко-этологического исследования. Клинко-этологический метод (Самохвалов В.П., 1984; Корнетов А.Н. с соавт., 1990) предполагает регистрацию и анализ признаков невербального поведения, включая элементы двигательных актов, простые комплексы поведения и сложные поведенческие формы.

При *органическом аутизме* отмечались относительно сохраненный глазной контакт, редкость взгляда «мимо» и «рядом» с собеседником; мимика смущения; некоординированная, неуклюжая походка; тенденция держаться рядом с родителем, при стремлении уклоняться от попыток организовать взаимодействие с ним; пренебрежение реальной опасностью; неразборчивость контактов; в трети случаев – стремление к телесным контактам, объятиям; у четверти пациентов – присутствие стремления к компенсации отсутствия разговорной речи мимикой и жестами. Некоторые особенности НП пациентов с органическим аутизмом оказались сходными с признаками, характерными для *синд-*

*рома Аспергера*: предпочтение контактов со взрослыми; попытки подражать взрослым в выполнении домашних или профессиональных функций; редкость феномена отсутствия обращения с просьбой в какой бы то ни было форме, а также необычных, вычурных страхов.

Для *процессуального аутизма* характерны бег по кругу или «от стены к стене»; биения туловищем, головой; парадоксальная и агрессивная жестикуляция; жесты и мимические изменения, не связанные с происходящим в данный момент; смена мимических выражений без плавных переходов и несоответствие выражений разных областей лица; гримасы; эхомимия; улыбка с отворачиванием; мимика растерянности, тревоги и испуга; взгляд исподлобья; отворачивание, вскрикивание и закрытие лица руками при встрече с взглядом другого человека; непрерывный глазной контакт; манерная и порывистая походка; импульсивные агрессивные действия; гротескность и причудливость размаха движений; прерывание начатого действия, застывания, замирания; неприкрытая мастурбация и манипулирование половыми органами без сексуальной окраски; требования участия окружающих в выполнении ритуалов; отсутствие использования горшка, туалета; медлительность; негативизм; неологизмы; затухающие интонации к концу фразы; речь нареспев, растягивание слов; невнятная неразборчивая речь; редкость привязанности к матери, близким.

Установленные различия могут служить основой для разработки дифференциально-диагностических критериев разграничения данных клинических вариантов аутистических расстройств, объединенных одной диагностической категорией в МКБ-10, но имеющих существенную специфику в лечебно-коррекционной тактике и различных прогноз. Следует отметить, что большая «смежная» группа пациентов, имеющих отдельные симптомы аутизма и неоднозначно оцениваемая разными специалистами (умственная отсталость с коммуникативными нарушениями, аутистическое поведение, атипичный аутизм и пр.), требует дополнительного многостороннего исследования.

## IV.

ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО  
ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

44

СТИЛИ РОДИТЕЛЬСКОГО ВОСПИТАНИЯ  
В СЕМЬЯХ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ  
С ДИАГНОЗОМ СДВГ**Е.В. Брюн, Ф.В. Булатов, Ю.В. Овечкина***ГБУЗ МНПЦ наркологии ДЗ г. Москвы, филиал №9,  
Отделение Медико-Социальной Помощи Детям, Москва*

Научная общественность активно занялась вопросами детской гиперактивности с начала XX в. В 1902 г. G.F. Still впервые предположил, что причины гиперактивного поведения могут иметь биологическую природу, а не являться результатами плохого воспитания.

СДВГ – расстройство, обусловленное тремя группами факторов: генетическими, органическими, психосоциальными. Исследование близнецовым методом позволило получить подтверждение наличия генетического фактора (Sandberg S., 1996; Levy E., 1998; Quist J.F. et al., 2003). Многочисленные исследования подтверждают значимость факторов, связанных с анатомией и физиологией головного мозга (Zametkin A.J. et al., 1993; Filipek P., Semrud-Clikeman M., 1997; F.X. Castellanos et al., 1994, 1996; Gill M., Daly G., 1997; Barkley R., 1997; Nigg J.T. et al., 2002; Wu K.K., 2002). К психосоциальным относят тревожность матерей, неготовность родителей к семейной жизни, семейные конфликты и т.д. (Суслова Г.А., 2001; R.T. brown et al., 1991).

Относительно распространённости СДВГ данные колеблются от 2,2% детей (С. Gillberg, 1983) до 18% (И.П. Брызгунов, Е.В. Касатикова, 2001, 2002). При этом СДВГ встречается у мальчиков в 3-4 раза чаще, чем у девочек. Таким образом, если принять самые масштабные оценки, СДВГ может быть диагностирован практически у трети мальчиков.

В то же время в научном сообществе (преимущественно в США и Великобритании) существует достаточно сильная оппозиция текущим тенденциям в области диагностики и методов лечения СДВГ. Критика направлена как на превалирование медикаментозных методов в коррекции, так и на сам факт существования СДВГ как самостоятельного расстройства (Kollins S.H., 2001; Safer D.J., 2000; Mayes R., Bagwell C., Erklwater J., 2008).

В ходе анализа литературы по проблеме СДВГ нами было принято решение исследовать стили родительского воспитания при наличии у детей диагноза «СДВГ».

Исследование проводилось на базе Отделения медико-социальной помощи детям Филиала №9 МНПЦН в 2013-2014 гг. В исследовании приняло участие 488 испытуемых. Испытуемые были родителями детей, направленных на получение профессиональной помощи медицинского психолога в связи с проблемным поведением и трудностями обучения, соответствующими критериям СДВГ. Возраст родителей – от 23 до 61 г., возраст детей – от 2 до 17 лет. Испытуемые заполняли опросник АСВ («Анализ Семейных Взаимоотношений») Э.Г. Эйдемиллера; данные в последующем прошли математическую обработку при помощи программы SPSS. Дополнительная обработка производилась для выяснения особенностей стилей воспитания в неполных семьях, а также, с учётом большей распространённости СДВГ среди мальчиков, для выяснения особенностей отношения отцов и матерей к детям разного пола.

Предмет данного исследования – роль психосоциальных факторов в генезе СДВГ. Объект исследования – родительские стили воспитания. Задача

исследования – определение распространенности дисфункциональных типов родительского воспитания в семьях, имеющих детей с симптомами СДВГ. Гипотеза исследования: развитию симптомов СДВГ у детей способствует воспитание в семье по типу «потворствующая гиперопека».

Кратко излагая результаты исследования, можно сказать, что гипотеза частично подтвердилась. Выраженную «гиперпротекцию» имело более 20% опрошенных родителей (при этом «гипопротекция» наблюдается лишь у 1%), 27% имели критические значения по шкале «Недостаточность требований – обязанностей ребёнка», 17% – по шкалам «Недостаточность требований – запретов к ребёнку» и «Воспитательная неуверенность родителя», 31% – по шкале «Минимальность санкций» (отсутствие наказаний). Интеркорреляция показала, что выбор родителями ответов на этих шкалах не всегда совпадает. В связи с этим нельзя говорить о наличии ярко выраженного стиля «потворствующая гиперпротекция» у родителей детей, имеющих симптомы СДВГ, но скорее о том, что отдельные черты данного стиля характерны для большинства таких родителей. Также отмечается существенное различие между шкалами «Предпочтение женских качеств» и «Предпочтение мужских качеств» (13% и 3%, соответственно), что позволяет сделать предположение о трудностях позитивной самоидентичности для мальчиков, воспитываемых в этих семьях. Не выявлено различий в предпочтении женских/мужских качеств в зависимости от пола ребёнка. Более детально результаты и выводы будут представлены на докладе. Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод о том, что дисфункциональные стили родительского воспитания являются одним из факторов развития нарушений, характерных для СДВГ, и в настоящий момент наблюдается яркая гипердиагностика данного заболевания.

## ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА КАТЕХОЛАМИНОВ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ

**Р.Ф. Гасанов**

*ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева»,  
Санкт-Петербург*

Проблема диагностики обозначенного в МКБ-10 расстройства под шифром F 90.0, нарушения активности и внимания, известного также как синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), остается актуальной и в настоящее время. Дискуссии ученых и практиков о том, каких пациентов относить к группе СДВГ, связаны, прежде всего, с отсутствием точных критериев диагностики.

В настоящем исследовании были обследованы дети с СДВГ в возрасте 6-10 лет. Было обследовано 75 детей (48 мальчиков и 27 девочек) с СДВГ. Контрольная группа включала 26 человек и включала детей без признаков гиперактивности и без

прогредиентных нервно-психических расстройств. Для отбора в группу СДВГ использовались методы ЭЭГ, нейропсихологические исследования, включающие тест Векслера, МРТ. Дети не получали терапии. Определялись биохимические параметры в суточной моче определяли содержание дофамина (ДА), норадреналина (НА), адреналина (А), серотонин (Сер) их метаболитов – гомованилиновой кислоты (ГВК – метаболит ДА) и ванилилминдальной кислоты (ВМК – метаболит НА), а также 5-оксииндолуксусной кислоты (5-ОИУК – метаболит серотонина), тирозин (Тир – предшественник дофамина) и триптазин (Три – предшественник серотонина).

С целью косвенной оценки состояния ферментных систем обмена катехоламинов были рассчитаны величины соотношения продуктов реакции к их предшественникам – ДА/Тир, НА/Тир, ГВК/ДА, НА/ДА, А/НА и ВМК/(НА+А). По клиническим характеристикам группа обследуемых с использованием строгих критериев выбора представлялась гомогенной. По результатам биохимического анализа была разделена на три подгруппы: 1.) уровень А превышал референтные пределы, а уровень НА был ниже нижней границы нормы; 2.) уровень НА регистрировался ниже референтных пределов, 3.) третья группа включала пациентов без особенностей биохимических параметров.

По результатам статистического анализа биохимические показатели основной группы отличались от контрольной более высоким уровнем А ( $8,95 \pm 7,22$  и  $3,47 \pm 2,43$ ,  $p=0,01$ ), более низким уровнем ДА ( $122,22 \pm 73,87$  и  $177,88 \pm 89,55$ ,  $p=0,032$ ), более высокими значениями отношения А/НА ( $0,71 \pm 0,6$  и  $0,19 \pm 0,13$ ,  $p=0,0034$ ), а также более низкими значениями ДА/Тир ( $7,23 \pm 3,37$  и  $9,85 \pm 4,71$ ,  $p=0,035$ ). Анализ биохимических показателей подгруппы I по сравнению с группой контроля выявил те же закономерности, характерные для всей группы СДВГ. Подгруппа II выявила некоторые различия с контрольной группой, где показатели А и НА, также как и общей группе СДВГ и подгруппе I отличались более высокими уровнями А и ДА и отношением А/НА, но и имели дополнительные данные: более низкий НА ( $8,31 \pm 2,9$  и  $20,73 \pm 13,09$ ,  $p=0,017$ ), более низкие показатели НА/Тир ( $0,63 \pm 0,26$  и  $1,13 \pm 0,49$ ,  $p=0,015$ ) на фоне отсутствия значимых различий отношения ДА/Тир. Подгруппа III отличается от контрольной группы только показателями А и А/НА, где обнаруживаются более высокие показатели А ( $9,12 \pm 8,75$  и  $3,47 \pm 2,43$ ,  $p=0,03$ ) и отношения А/НА ( $0,51 \pm 0,45$  и  $0,19 \pm 0,13$ ,  $p=0,017$ ).

Для уточнения характера корреляционной зависимости анализировались отношений моноаминергических структур, их предшественников и продуктов метаболизма, а также показатели указанных выделенных подгрупп. В подгруппе I А образует положительные корреляции с А/НА, ГВК/ДА и 5-ОИУК ( $r=0,93$ ,  $r=0,86$ ,  $r=0,84$ ,  $p<0,05$ ). НА коррелирует с ДА и А/НА ( $r=0,85$  и  $r=-0,94$ ,  $p<0,05$ ). В подгруппе II А образует корреляции с НА, А/НА и ВМК (А+НА) ( $r=0,74$ ,  $r=0,86$ ,  $r=-0,87$ ,  $p<0,05$ ). На образует досто-

верно значимые корреляции с А, ДА/Тир, НА/ДА и ВМК/(А+НА) ( $r=0,74$ ,  $r=-0,83$ ,  $r=0,77$ ,  $r=-0,75$ ,  $p<0,05$ ). В подгруппе III А образует корреляции с НА/ДА, А/НА и ВМК/(А+НА) ( $r=0,47$ ,  $r=0,84$ ,  $r=-0,70$ ,  $p<0,05$ ). Уровень норадреналина коррелирует с ДА, Три, Тир, ВМК и ГВК/ДА ( $r=0,51$ ,  $r=0,46$ ,  $r=0,53$ ,  $r=0,65$ ,  $r=-0,42$ ,  $p<0,05$ ). В данной подгруппе Дофамин образует множество статистически значимых корреляций: положительных с НА, НА/НА, ВМК/(А+НА), ВМК, ДА/Тир, Тир и отрицательных с Три, ГВК.

Полученные результаты исследования обнаруживают, что основная группа отличается повышением уровня А, вероятно, через повышение его синтеза из норадреналина, т.е. повышением активности фенолэтанолламин-N-метил-трансферазы, осуществляющей превращение норадреналина в адреналин. В подгруппа I, по всей видимости, ключевая роль принадлежит повышению синтеза адреналин из норадреналина путем активизации фермента фенолэтанолламин-N-метил-трансферазы (повышение уровня А и повышение уровня А/НА). В этих условиях наблюдается более низкий уровень ДА, что может отражать снижение активности тирозин гидроксилазы и допамин декарбоксилазы при уровне Тир, находящемся в пределах референтной нормы. Можно предположить, что уровень активности фенолэтанолламин-N-метил-трансферазы коррелирует со снижением активности MAO (ГВК/ДА (ниже) и А/НА (выше) – коррелируют положительно). И, вероятно, при снижении активности синтеза норадреналина, через снижение активности дофамин-β-гидроксилазы и повышению уровня адреналина через значительную активизацию фенолэтанолламин-N-метил-трансферазы и снижение активности MAO. В подгруппе II, вероятно, ключевая роль также принадлежит снижению синтеза норадреналина через снижение активности дофамин-β-гидроксилазы. Здесь уровень адреналина обратно коррелирует с уровнем ВМК/(А+НА), что отражает превращение НА и А в ВМК под действием MAO и катехол-О-метилтрансферазы. Таким образом, повышение активности фенолэтанолламин-N-метилтрансферазы сочетается со снижением активности MAO и катехол-О-метилтрансферазы. Уровень норадреналина также обратно коррелирует с активностями MAO и катехол-О-метилтрансферазы. В данном случае можно предположить, что повышение уровня синтеза адреналина при низком уровне норадреналина не приводит к патологическому повышению уровня адреналина, хотя он объективно выше, чем таковой в контрольной группе. Возможно, это достигается путем незначительного повышения активности фенолэтанолламин-N-метил-трансферазы. В подгруппе III повышение уровня катехоламинов не наблюдается, хотя отмечаются более высокие уровни А и активности ферментативных систем, превращающих НА в адреналин. Отмечается максимальное количество корреляций вокруг обмена дофамина, где ферментативные системы, вращающиеся вокруг дофаминовой системы, обеспечивают его обмен. На этом фоне отмечается все же более высокий уровень

адреналина и системы его превращения из норадреналина по сравнению с группой контроля.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют не только о гетерогенности группы детей, страдающих синдромом дефицита внимания, но и различии протекания обмена трансформации моноаминергических систем. Особенности метаболических и катаболических процессов моноаминергических систем, описанные выше для каждой из выделенных подгрупп, носят гипотетический характер и требуют дополнительных исследований с измерением ферментативных систем, обеспечивающих превращение катехоламинов.

## СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ФАРМАКОТЕРАПИИ

Н.Н. Заваденко

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России,  
Москва

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) встречается примерно у одного из двадцати современных детей и подростков. Почти у 50% пациентов симптомы СДВГ, претерпевая определенную трансформацию, продолжают отмечаться и во взрослом возрасте. Следовательно, во многих случаях СДВГ характеризуется длительным течением.

Клиническую картину СДВГ у детей определяют нарушения внимания, гиперактивность и импульсивность, которые имеют постоянный и не соответствующий возрасту характер. Одновременно СДВГ оказывает значительное негативное влияние на различные стороны жизни пациентов и их социально-психологическое функционирование.

В объективизации проявлений СДВГ существуют определенные сложности, обусловленные тем, что для них типичны колебания в различных ситуациях и в разное время, а также в зависимости от видов деятельности и отношения к ним ребенка. Кроме того, проявления СДВГ изменяются с возрастом. Поэтому представляют интерес обновленные диагностические критерии СДВГ, представленные в классификации Американской психиатрической ассоциации DSM-V [2013]. Хотя диагностические критерии СДВГ по DSM-V [2013] включают практически те же 18 симптомов расстройства, что МКБ-10 [1994] и DSM-IV [2000], их новая версия содержит следующие основные изменения:

- 1) формулировка критерия начала заболевания изменена с возраста 7 лет до 12 лет;
- 2) усилено требование к кросс-ситуационному характеру симптомов;
- 3) описание симптомов дополнено типичными примерами, иллюстрирующими их проявления в различные возрастные периоды на протяжении всей жизни;

4) расстройства аутистического спектра (РАС) не упоминаются в качестве критерия исключения, то есть допускается коморбидность СДВГ с РАС;

5) приводится пороговое количество симптомов СДВГ для взрослых. У взрослых пациентов (старше 17 лет) должны быть подтверждены не менее 5 (а не 6, как у детей) симптомов из одного или двух разделов диагностических критериев.

Дополнительные сложности внутрисемейной, школьной и социальной адаптации у детей с СДВГ могут быть связаны с формированием сопутствующих нарушений, которые развиваются на фоне СДВГ как основного заболевания не менее чем у 70% пациентов. Наличие коморбидных расстройств может приводить к утяжелению проявлений СДВГ, ухудшению отдаленного прогноза и снижению эффективности основной терапии по поводу СДВГ. Соответственно, проблемы в обучении, поведении и эмоциональной сфере могут быть связаны как с непосредственным влиянием СДВГ, так и коморбидных расстройств, которые должны быть своевременно диагностированы и расцениваться как показания для соответствующего лечения.

Коморбидные расстройства при СДВГ представлены следующими группами: экстернализированные (оппозиционно-вызывающее расстройство, расстройство поведения), интернализированные (тревожные расстройства, расстройства настроения), когнитивные (нарушения развития речи, специфические трудности обучения – дислексия, дисграфия, дискалькулия), двигательные (статико-локомоторная недостаточность, диспраксия развития, тикозные расстройства). Сопутствующими расстройствами у детей и подростков с СДВГ могут быть первичные головные боли (мигрень и головная боль напряжения), нарушения сна (парасомнии), энурез, энкопрез.

Сопутствующие СДВГ расстройства должны быть вовремя диагностированы, поскольку их позднее выявление и несвоевременная терапия часто служат предикторами неблагоприятной возрастной динамики СДВГ в подростковом и молодом взрослом возрасте, нарастания трудностей социальной адаптации. Кроме того, случаи СДВГ с коморбидными расстройствами требуют специальных подходов к лечению.

Лекарственная терапия СДВГ должна быть продолжительной, поскольку улучшение состояния должно распространяться не только на основные симптомы СДВГ, но и проявления коморбидных расстройств, а также социально-психологическую сторону жизни пациентов. К эффективным средствам лекарственной терапии СДВГ, которые при назначении в виде монотерапии длительными курсами оказывают положительное действие одновременно на симптомы СДВГ и коморбидных расстройств, относятся атомoksetин гидрохлорид (страттера), препараты ноотропного ряда (пантогам, тенотен детский, фенибут, ноофен), небензодиазепиновые транквилизаторы (адаптол).

## СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ДЕТЕЙ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ: ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Т.А. Куприянова, Е.В. Корень

Московский научно-исследовательский институт  
психиатрии Минздрава России, Москва

Современные требования к лечению детей и подростков с психическими расстройствами, основанные на доказательном подходе, выводят на первый план не только контроль над симптомами, но достижение и поддержание приемлемого уровня социального функционирования. При этом уровень социального функционирования выступает как интегральный динамический критерий функциональных возможностей личности, полноценности психической деятельности и адаптации в соответствии с задачей обеспечения наиболее благоприятных условий для развития ребенка. Это служит обоснованием того, что лечение психических расстройств у детей должно строиться на основании расширенной оценки применяемой психофармакотерапии, предполагающей учет клинико-социальных потребностей пациентов. Эффективность лекарственной терапии гиперкинетических расстройств изучалась в большом числе исследований, но при этом крайне редко анализировалось ее влияние на социальное функционирование и показатели качества жизни детей.

С целью сравнительной динамической оценки влияния терапии пантогамом (нейрометаболический стимулятор с мягким седативным действием) в сравнении с нейролептиком сонатакс (*Thioridazinum*) на социальное функционирование и качество жизни детей с гиперкинетическими расстройствами проведено комплексное динамическое обследование находящихся на амбулаторном лечении 64 пациентов (51 мальчик и 13 девочек) в возрасте от 6 до 12 лет (средний возраст  $9,6 \pm 2,8$ ) с гиперкинетическими расстройствами. Диагноз основывался на критериях МКБ-10, длительность заболевания –  $3,1 \pm 1,8$  года. Интеллектуальное развитие детей соответствовало возрастной норме.

Все обследуемые были разделены на 2 группы, сопоставимые по полу, основным возрастным и клинико-социальным характеристикам: в первой группе дети получали терапию пантогамом (28 человек) во второй лечение проводилось нейролептиком сонатакс (36 человек).

Для динамической оценки эффективности проводимой терапии, включая динамику социального функционирования детей с гиперкинетическими расстройствами, при инициальной оценке и через 3 месяца в обеих группах был использован адаптированный опросник по исследованию качества жизни детей и подростков Inventory of Quality of Life in Children and Adolescents – ILK, заполняемый родителями и детьми, преимуществом которого является возможность оценивать как объективные, так и субъективные аспекты качества жизни пациентов в

значимых сферах, включая «загруженность» в связи с имеющимся психическим расстройством и «загруженность» диагностическими и терапевтическими мероприятиями; оценка уровня социального функционирования проводилась с помощью детской шкалы CGAS (Children's Global Assessment Scale). Для оценки выраженности симптомов гиперкинетических расстройств использовалась оценочная шкала «СДВГ – критерии МКБ-10», разработанная и валидизированная Н.К. Сухотиной (2011).

При инициальной оценке в обеих группах отмечались достаточно высокие показатели как по субшкалам «невнимательность», «гиперактивность, импульсивность», так и суммарно по шкале СДВГ-критерии МКБ-10 – 38 баллов в первой группе и 36 баллов во второй группе. Наиболее выраженные изменения показателей отмечались в группе детей, получавших пантогам, начиная со 2-3 недели лечения, достигая максимума к 3 месяцу – суммарный показатель по шкале СДВГ-критерии МКБ-10 в первой группе снизился до 25 баллов, во второй группе – лишь до 32 баллов. Улучшение касалось поведения и учебы в школе, самооценки, общения и социальной активности.

Статистически достоверное снижение ( $p \leq 0,05$ ) основных проявлений гиперкинетических расстройств (невнимательность, гиперактивность, импульсивность) при оценке через 3 месяца при терапии пантогамом в сравнении с терапией нейролептиком сопоставимо коррелировало с позитивными изменениями уровня социального функционирования и качества жизни детей по CGAS (с 42,6 до 52,3 в первой группе и с 40,8 до 43,5 во второй группе) и ILK (с 30,9 до 24,7 в первой группе и с 31,5 до 29,5 во второй группе).

Контрольное обследование через месяц после окончания лечения свидетельствовало о сохраняющемся терапевтическом эффекте пантогама, в отличие от терапии сопоставимом. Терапия пантогамом детей с гиперкинетическими расстройствами не только снижала основные клинические проявления гиперкинетических расстройств – невнимательность, гиперактивность, импульсивность, – но и в значительно большей степени повышала социальное функционирование этих детей.

Таким образом, дифференцированный подход к психофармакотерапии детей с гиперкинетическими расстройствами представляется перспективным в контексте учета параметров социального функционирования и социально-реабилитационных подходов к мобилизации имеющихся ресурсов для повышения эффективности оказываемой психиатрической помощи, но требует дальнейшего изучения в плане уточнения механизмов влияния на социальное функционирование данной категории детей по отношению к основным факторам риска психосоциальной дезадаптации.

## СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ

М.И. Лохов<sup>1</sup>, Е.В. Фесенко<sup>2</sup>, Ю.А. Фесенко<sup>3</sup>

НИИЭМ РАМН,

СПб ГБУЗ «Детская городская поликлиника №19»<sup>2</sup>,  
СПб ГКУЗ «ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина»<sup>3</sup>,  
Санкт Петербург

Одним из главных сопутствующих признаков МДМ (минимальной дисфункции мозга), кроме речевой патологии, является нарушение внимания и гиперактивность. Как указывалось З. Тржесоглавой, такие отклонения наблюдались более чем у 80% обследованных ею детей с МДМ (Тржесоглавой З., 1986). В конце 80-х начале 90-х годов в США количество детей с такими отклонениями в некоторых штатах достигло 15-20% от общего числа детей раннего школьного возраста. Это привело к выделению синдрома нарушения (а позже – дефицита) внимания с гиперактивностью (СНВГ и позже – СДВГ) в отдельную нозологическую единицу в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим заболеваниям Американской Ассоциации Психиатров 1994 года (DSM-IV), т.е. произошла механическая замена одного диагноза на другой: МДМ на СДВГ. При этом основа развития всех пограничных расстройств – минимальная дисфункция мозга и вовсе исчезла из классификации.

Поскольку МДМ в настоящее время рассматривается, как последствие ранних локальных повреждений головного мозга, выражающихся в возрастной незрелости отдельных высших психических функций и их дисгармоничном развитии, то всегда необходимо учитывать следующее: при этой патологии имеет место задержка в темпах развития функциональных систем мозга, обеспечивающих такие сложные интегративные функции, как речь, внимание, память, мышление, восприятие. Несмотря на то, что такие дети по общему интеллектуальному развитию находятся в пределах возрастной нормы, они при этом испытывают значительные трудности в школьном обучении и социальной адаптации. И если в дошкольном возрасте среди детей с МДМ преобладают гипертормозимость, моторная неловкость, рассеянность, двигательная расторможенность, импульсивность, инфантилизм, то у школьников на первый план выступает школьная дезадаптация.

Поэтому диагностика МДМ чрезвычайно важна для опережающей коррекции нарушений развития ребенка с самого раннего возраста, когда отдельные симптомы только начинают проявляться, но заболевание еще не получила достаточного синдромологического развития. Для таких целей наиболее приемлемой является компьютерная электроэнцефалография (КЭЭГ), в последние годы получившая широкое распространение в медицинской практике, позволяющая проводить кросскорреляционный градиентный анализ ЭЭГ, с помощью которого можно обнаружить различные



закономерности в работе головного мозга, которые при визуальном контроле ЭЭГ малодоступны. В первую очередь, это касается спектральных, авто- и кросскорреляционных методов обработки ЭЭГ, с помощью которых удастся проследить динамику изменений взаимоотношений между различными отделами коры головного мозга в норме, при различных психоневрных нарушениях и в ходе лечебных мероприятий по их коррекции (Лохов М.И., Фесенко Е.В., Фесенко Ю.А., 2011).

Прямое отображение функционирования ЦНС стало доступным для фиксации только с началом применения компьютерной электроэнцефалографии (КЭЭГ), которая позволила широко использовать метод для исследования функциональных (или пограничных) расстройств ЦНС: невротических, психических, эмоциональных и когнитивных нарушений. Кроме выбора тактики лечения указанных расстройств, КЭЭГ отводят важное место в выборе фармакологических препаратов для лечения. ЭЭГ с компьютерной обработкой данных позволяет точно и наглядно описать топическую картину повреждения, а также количественно оценивать динамику изменений состояния мозговых структур при повторных записях. И хотя до настоящего времени корреляционный анализ ЭЭГ использовался широко, исследований, посвященных изучению взаимодействия структур в онтогенезе, очень мало. В подобных исследованиях основное внимание уделялось рассмотрению взаимодействия лобных, височных и нижнетеменных областей коры головного мозга, как структурам, непосредственно причастным к развитию памяти, внимания и речи, нарушение которых в явном виде наблюдается при развитии разнообразных психических расстройств у ребенка, в том числе и при СДВГ (Хризман Т.П., 1989; Лохов М.И., Фесенко Ю.А., 2000; Фесенко Е.В., Фесенко Ю.А., 2010).

В ходе проведения КЭЭГ нами используется известный метод проекции графов, отражающий динамику перемещения фокусов максимальной активности и сопряженного угнетения различных областей левого и правого полушарий головного мозга, что позволяет представлять полученные результаты в наглядной форме. На языке теории графов такие области обозначаются соответственно как точки «истока» и «стока». Нами в процессе диагностики отслеживается наличие «истоков» и «стоков» в теменно-затылочную или нижнетеменную зону (цитоархитектонические поля 39 и 40, по Бродману) правого полушария головного мозга. Эта область коры головного мозга, согласно современным данным, играет ведущую роль в развитии психики и интеллекта ребенка.

Важно отметить, что, согласно теории патологической системы Г.Н. Крыжановского, в начале развития нарушения высшей нервной деятельности патологическая детерминанта может преодолевать нормальные регуляторные связи межструктурных взаимодействий ЦНС и навязывать объединение этих структур в патологическую систему. Новая па-

тодинамическая организация, возникающая таким путем, со временем претерпевает самоупрочение и становится все более резистентной к коррекции, работая по жестко-программному принципу (Крыжановский Г.Н., 1980).

Таким образом, лишь раннее распознавание патологических межструктурных взаимодействий способно дать перспективу прерывания формирования таких патологических систем. Этой цели и служит КЭЭГ, позволяющая исследовать патоинформатику формирующейся болезни.

## РАЗВИТИЕ САМОРЕГУЛЯЦИИ ШЕСТИЛЕТНЕГО РЕБЕНКА С СДВГ

Н.И. Лункина

*Региональный консультативный центр медико-психологического сопровождения «РОСТОК»,  
Нижний Новгород*

Шестилетний возраст относится к периоду дошкольного детства в возрастной психологии. Данный период характеризуется интенсивным развитием личности ребенка, его активности и направленности. Развивается произвольность поведения, а это означает подчинение своих поступков ориентирующему их образцу. Формирование произвольных действий и поступков – процесс возникновения нового типа поведения, который может быть назван личностным. У шестилетних детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности на первый план выступает несформированность произвольной регуляции с ослаблением речевой регуляции двигательных актов, например:

А) импульсивное повторение двигательных программ, недослушав словесную инструкцию;

Б) «потеря программы» при выполнении серийных движений, для правильного выполнения серийных заданий требуется постоянное «речевое подкрепление»;

В) невозможность выполнять двигательные реакции в конфликтных ситуациях, быстрое появление имитации движений по количеству.

При разработке коррекционной программы мы учитывали данные отечественных исследований о специфике становления саморегуляции в раннем онтогенезе.

1. Овладение ребенком в процессе обучения собственной интеллектуальной деятельностью, основными ее структурными компонентами (мотивационно-ориентировочным, операционным, контрольно-оценочным).

2. Формирование и закрепление действий самоконтроля путем постепенного и последовательного перевода детей с внешнего контроля на самоконтроль.

3. Постепенное усложнение содержания задания, поставленной цели с точки зрения учета возможностей как ее осмысления, так и выполнения необходимых для этого действий: в ситуации предъявления наглядного образца при постепен-

ном увеличении количества правил и точном формулировании их взрослым; в той же ситуации (по наглядному образцу), но при увеличении доли самостоятельного труда детей, направленного на вычленение правил (ребенок должен «повторить точно так же, как здесь»); в ситуации предъявления словесной инструкции при ее последовательном усложнении; в ситуации перехода от воссоздания ранее выполненной деятельности («Вспомните и сделайте так же, с соблюдением правил») к работам по замыслу с обязательным соблюдением правил.

4. Постепенное усложнение требований к речевому опосредованию деятельности детей. В речевом опосредовании ребенком собственной деятельности мы видим необходимое условие осмысления поставленной перед ним общей цели, ее конкретизации, планирования путей и средств реализации, оценки адекватности средств достижения, а также представления законченного продукта. Возрастным эталоном при этом нам служили оптимальным образом реализованные возрастные возможности осознанной саморегуляции.

Организационно-методические принципы реализации программы по формированию саморегуляции:

1. Организация коррекционно-педагогической работы с гиперактивными детьми должна соответствовать двум обязательным условиям. Первое условие – формирование и развитие речевых и моторных функций необходимо осуществлять в эмоционально – привлекательной форме. Это существенно повышает переносимость предъявляемой нагрузки и мотивирует усилия по самоконтролю через игру. Второе условие – подбор таких игр, которые, обеспечивая тренировку одной функциональной способности, одновременно не перегружали бы другие дефицитарные способности, так как известно, что параллельное соблюдение двух, а тем более трех условий деятельности, вызывает у ребенка существенные затруднения, а порой невозможность выполнения.

2. Предъявляя ребенку игру, требующую напряжения, сосредоточения, удержания и произвольного распределения внимания, следует до минимума снизить нагрузку на самоконтроль импульсивности и не ограничивать двигательную активность. Контроль за собственной импульсивностью не должен сопровождаться ограничением возможности получать мышечную радость и может допускать определенную долю рассеянности внимания.

3. Формирование действий самоконтроля надо проводить поэтапно, путем «открытия» детьми алгоритмов регуляции и их дальнейшего осознанного использования в новых для ребенка ситуациях.

4. Должна быть разработана серия упражнений и коррекционных игр для гиперактивных детей, которые могут чередоваться в структуре единого игрового сюжета специально организованных занятий.

5. Педагогическое воздействие на детей и его продолжительность должны определяться темпом индивидуального продвижения в формировании всех структурных компонентов саморегуляции и сопровождаться дифференцированной помощью ребенку как на групповых занятиях, так и в процессе индивидуальной работы в соответствии с результативностью.

## ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО И СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

Л.А. Мелькова, Д.М. Федотов

*Северный (Арктический) федеральный университет  
им. М.В. Ломоносова, г. Архангельск*

**Актуальность.** Известно, что синдром дефицита внимания с гиперактивностью является одной из самых распространённых форм нарушения детского поведения. Актуальной проблемы объясняется как широким ее распространением (по данным различных авторов его частота в детской популяции составляет от 7 до 24 %), так и высокой социальной значимостью. Среди наиболее типичных проявлений данного состояния отмечают расстройства внимания, импульсивность, гиперактивность. Данное состояние чаще всего диагностируется у детей дошкольного и младшего школьного возраста, к подростковому возрасту частота и степень проявления функциональных отклонений значительно снижаются. Для СДВГ характерна диффузная церебральная дисфункция, проявляющаяся, в том числе и в нарушении мозгового кровообращения.

**Цель исследования.** Целью исследования являлось установление возрастных изменений микроциркуляторного компонента церебрального кровотока у детей младшего и среднего школьного возраста с СДВГ.

**Пациенты и методы.** Обследовано 153 мальчика с СДВГ, 97 – младшего школьного возраста (7 – 10 лет), 56 – среднего школьного возраста (11 – 14 лет). Оценка мозгового кровотока проводилась методом реоэнцефалографии с помощью комплекса «Валента+». На основе реоэнцефалограмм с фронтально-мастоидальным (F-M) и окципито-мастоидальным (O-M) расположением электродов в симметричных зонах кровоснабжения внутренней сонной и позвоночных артерий оценивались следующие показатели: время распространения рео. волны ( $\alpha$ , с), время максимального систолического наполнения сосудов (1, с), время быстрого наполнения ( $\alpha 2$ , с), дикротический индекс (ДКИ, у.е.), индекс периферического сопротивления (ИПС, у.е.), диастолический индекс (ДСИ, у.е.). Регистрация показателей мозговой гемодинамики осуществлялась в первой половине дня в состоянии относительного покоя в положении испытуемого сидя. Статистический ана-

лиз полученных результатов проводили с помощью пакета программ SPSS 21.0. Нормальность распределения оценивали с помощью критерия Шапиро-Уилка. При нормальном распределении применяли двухвыборочный критерий Стьюдента для независимых выборок, при ненормальном – критерий Манна-Уитни. Критический уровень значимости ( $p$ ) при проверке статистических гипотез в исследовании принимали  $p < 0,05$ .

**Результаты.** При проведении сравнительного анализа реоэнцефалограмм у детей младшего и среднего школьного возраста выявлены следующие статистически значимые различия. Временные показатели реографической волны также значительно снижались с возрастом: в каротидной  $\alpha$  ФМлев. м.ш.в.=0,13 (0,11-0,18),  $\alpha$  ФМлев. с.ш.в.=0,11 (0,10-0,15),  $p=0,002$ ;  $\alpha$  ФМправ. м.ш.в.=0,13 (0,10-0,19),  $\alpha$  ФМправ. с.ш.в.=0,11 (0,10-0,13),  $p=0,001$ ;  $\alpha 2$  ФМлев. м.ш.в.=0,11 (0,08-0,15),  $\alpha 2$  ФМлев. с.ш.в.=0,08 (0,07-0,12),  $p=0,001$ ;  $\alpha 2$  ФМправ. м.ш.в.=0,10 (0,07-0,16),  $\alpha 2$  ФМправ. с.ш.в.=0,08 (0,07-0,10),  $p=0,001$ ; в вертебробазилярной области  $\alpha$  ОМлев. м.ш.в.=0,16 (0,11-0,20),  $\alpha$  ОМлев. с.ш.в.=0,12 (0,10-0,18),  $p=0,020$ ;  $\alpha$  ОМправ. м.ш.в.=0,15 (0,11-0,19),  $\alpha$  ОМправ. с.ш.в.=0,11 (0,09-0,16),  $p=0,002$ ;  $\alpha 2$  ОМлев. м.ш.в.=0,13 (0,08-0,17),  $\alpha 2$  ОМлев. с.ш.в.=0,10 (0,07-0,14),  $p=0,002$ ;  $\alpha 2$  ОМправ. м.ш.в.=0,12 (0,08-0,17),  $\alpha 2$  ОМправ. с.ш.в.=0,09 (0,07-0,113),  $p=0,007$ . Время быстрого кровенаполнения ( $\alpha 1$ ) с возрастом значительно не изменяется. Изменение времени максимального систолического наполнения сосудов указывает на снижение тонуса и эластичности артерий с преобладающим снижением тонуса сосу-

дов сопротивления при сохранении тонуса сосудов распределения, что в свою очередь может свидетельствовать о снижении кровотока на микроциркуляторном уровне. Также с возрастом значительно снижаются показатели ДКИ и ИПС, характеризующие состояние микроциркуляторного русла: ДКИ ФМлев. м.ш.в.=0,82 (0,71-0,87), ДКИ ФМлев. с.ш.в.=0,76 (0,66-0,84),  $p=0,013$ ; ДКИ ФМправ. м.ш.в.=0,82 (0,74-0,87), ДКИ ФМправ. с.ш.в.=0,76 (0,65-0,83),  $p=0,006$ ; ДКИ ОМлев. м.ш.в.=0,83 (0,74-0,90), ДКИ ОМлев. с.ш.в.=0,77 (0,62-0,85),  $p=0,006$ ; ИПС ФМлев. м.ш.в.=2,04 (1,72-2,25), ИПС ФМлев. с.ш.в.=1,86 (1,60-2,10),  $p=0,008$ ; ИПС ФМправ. м.ш.в.=1,99 $\pm$ 0,34, ИПС ФМправ. с.ш.в.=1,84 $\pm$ 0,32,  $p=0,007$ ; ИПС ОМлев. м.ш.в.=2,25 $\pm$ 0,56, ИПС ОМлев. с.ш.в.=1,99 $\pm$ 0,47,  $p=0,005$ ; ИПС ОМправ. м.ш.в.=2,16 $\pm$ 0,52, ИПС ОМправ. с.ш.в.=1,94 $\pm$ 0,48,  $p=0,008$ . Значимых изменений диастолического индекса с возрастом не выявлено. Выявленные особенности также свидетельствуют о снижении тонуса сосудов микроциркуляторного русла. Обращает на себя внимание, тот факт, что значения ДКИ, ИПС и ДСИ превышают должные нормативы в обеих возрастных группах.

**Обсуждение.** Таким образом, несмотря на некоторую оптимизацию церебрального кровообращения у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью отмечается сохранение нарушений микроциркуляции, проявляющееся в виде повышенного тонуса прекапилляров, посткапилляров, мелких вен и венул головного мозга, что в свою очередь приводит к нарушению адекватности метаболического обмена.

## V.

**КЛИНИКА, ДИНАМИКА, ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ****ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ВНИМАНИЯ У ДЕТЕЙ С АТОНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ПСИХИЧЕСКОГО НЕДОРАЗВИТИЯ****А.С. Автенок***ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева»,  
Санкт-Петербург*

Нарушение внимания является одним из наиболее значимых признаков в клинической картине атонической формы психического недоразвития. На базе отделения детской психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева нами было исследовано 127 детей в возрасте от 3 до 12 лет с атоническим симптомокомплексом в структуре задержки темпа психического и психоречевого развития и умственной отсталости.

Нарушение внимания отмечались у всех детей исследуемой группы. Для них было характерно затруднение или невозможность привлечения внимания: не реагировали на оклик по имени, либо реагировали после многократных повторений, в редких случаях избирательно реагировали только на оклик матери. Речевые инструкции не воспринимались с первого раза, даже если было известно, что ребенок знает и понимает инструкцию. Нередко у родителей и врачей создавалось впечатление о том, что ребенок не слышит. Зачастую мы наблюдали, что ребенок все-таки реагирует, но только при многократных настойчивых повторениях, либо в ситуациях значимых и интересных для ребенка, что характеризовало внимание как избирательное. Не только обращенная речь оставалась без внимания, также редко привлекали предложенные игрушки, игровые и развивающие материалы. В то же время в большинстве случа-

ев дети реагировали на прикосновения, внимание могло быть привлечено телевизором, компьютером, музыкальными игрушками.

Функция произвольного внимания у большинства детей была не сформирована, либо сформирована не достаточно. Проявлялось это в невозможности длительно заниматься интересной и значимой для ребенка деятельностью (играть, собирать конструктор, рисовать, просматривать мультфильмы). Лишь небольшое количество детей были способны удерживать внимание при наличии интереса больше 15 минут, большинство же удерживало внимание от 1 до 5 минут. При этом ребенок мог часто отвлекаться на деятельность, не связанную с текущей, либо вовсе «зависать» (проявлялось в виде кратковременных эпизодов отсутствия сосредоточения, характеризующихся прекращением текущей деятельности, отсутствующим взглядом, усиливающимися при утомлении). У некоторых детей нарушение функции произвольного внимания было выражено в крайней степени. В таких случаях мы наблюдали полевое поведение, когда ребенок безостановочно бесцельно перемещался по помещению, брал различные предметы, тут же их оставлял и тянулся за новыми, ничто не способно было хоть сколько-нибудь надолго удержать его внимание.

В единичных случаях произвольное внимание, напротив, характеризовалось ригидностью, застреванием, чрезмерной увлеченностью, невозможностью в эти моменты добиться какой-либо реакции и переключить на другой вид деятельности.

Произвольное внимание у большинства детей было не сформировано, что проявлялось в неспособности выполнять задания и последовательные инструкции, снижении продуктивности на занятиях.

У тех детей, которым удавалось сосредоточиться на какой-либо деятельности, отмечалась выраженная истощаемость внимания: нарастала отвлекаемость, снижалась концентрация при выполнении заданий, чаще приходилось повторять инструкции. В конечном итоге ребенок переставал воспринимать инструкции и нуждался в отдыхе.

Все дети исследуемой группы нуждались в стимулирующей помощи и переключении на другой вид деятельности, что на некоторое время улучшало концентрацию внимания и повышало успешность выполнения задания.

Указанные нарушения внимания в свою очередь приводили к нарушению взаимодействия с окружающим миром, нарушению контакта с людьми, снижению целенаправленности деятельности и продуктивности обучения.

## ИСТЕРИФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВАХ У ДЕТЕЙ, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ

**А.Е. Алексеева**

*ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева»,  
Санкт-Петербург*

В данных литературы на сегодняшний день нет сведений о клинике и типологии истериформных расстройств у детей. Можно встретить отдельные работы, посвященные изучаемой нами теме в детской практике (Зачевицкий Р.А., 1959; Алешко В.С., 1969; Калашников А.В., 1975; Каубиш В.К., 1982; Есенова М.С., 1984).

**Цель работы:** клинический анализ когорты пациентов с истериформными расстройствами и проявлениями, характерными для церебрастенического синдрома.

**Материалом исследования** стали дети, обследованные в отделении детской психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева, в возрасте от 4 до 15 лет, всего 20 пациентов, из них 11 мальчиков, 9 девочек.

**Методы исследования:** клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический, параклинические исследования (обследования невролога, психолога, логопеда. Магнитно-резонансная томография, электроэнцефалография, ультразвуковая доплерография).

К ведущему истериформному симптому в данной группе нами были отнесены жалобы на головные боли, которые детьми предъявлялись как наиболее тяжело переносимые, мешающие в повседневной жизни и позиционировались как одна из причин не успешности в обучении или в других сферах жизни. Головные боли часто сопровождалась повышенной возбудимостью, криком, плачем, киданием вещей, демонстративным поведением, подобные реакции напоминали истерические. Учитывая, что данные жалобы сочетались с проявлениями, характерными для церебрастенического синдрома (быстрая утомляемость, рассеянность, забывчивость,

невозможность сосредоточиться, нарушения сна, головокружения, раздражительность, частые смены настроения), группа нами обозначена как «истериформные расстройства с церебрастенической симптоматикой». Перечисленные проявления у детей всегда усиливались в период нарастания утомления и снижения работоспособности, вне зависимости от присутствия окружающих, не носили характер демонстративного или манипулятивного характера. Так же отсутствует связь с психогенными факторами и наличие условной выгоды болезни.

Во всех представленных случаях истериформные нарушения редуцировались на фоне отдыха и снижения нагрузки (каникулы, пребывание в больнице, дома) или лечения, которое включало в себя патогенетическую и общеукрепляющую терапию. Наличие влияния различных средовых факторов, взаимоотношения в семье, со сверстниками на течение и компенсацию состояния не выявлено.

У всех пациентов в анамнезе имелись различные антенатальные и перинатальные вредности, признаки резидуально – органического поражения головного мозга. Обращает на себя внимание, что у пациентов данной группы в анамнезе у 7 пациентов имелись черепно-мозговые травмы, наличие признаков внутричерепной гипертензии – у 14 пациентов, у 11 пациентов этой группы зарегистрированы арахноидальные ликворокистозные изменения в головном мозге. Нарушения кровотока, ангиодистонические изменения по данным УЗДГ регистрируется у 13 пациентов. В структуре личностных особенностей для детей данной группы характерны: эмоциональной лабильности, повышенный уровень тревожности и возбудимость, снижение или неустойчивость самооценки, данных за наличие черт истерического типа в данной группе не выявлено.

Наблюдения, которые изложены в данных тезисах предполагают необходимость более углубленного изучения истериформных расстройств с последующим выделением типологии и дополнения дифференциально-диагностических критериев для отграничения истериформных расстройств от истерических.

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

**Ю.Ф. Антропов**

*Российская медицинская академия последипломного  
образования. Москва*

Проблема психосоматических соотношений наиболее актуальна при эндокринных расстройствах. Если при некоторых формах выраженной эндокринной патологии психические нарушения выступают как следствие, то при нарушениях углеводного обмена чаще являются причиной или условием возникновения этих расстройств.

С целью уточнения роли психических расстройств в патогенезе нарушений углеводного обмена были проанализированы истории болезни детей и подростков с сахарным диабетом и синдромом несахарного диабета, находившихся на лечении в Российской детской клинической больнице (глав. врач проф. Ваганов Н.Н.) в 1990 – 2012 годах.

Анализ историй болезни 85 больных с сахарным диабетом и 10 больных с синдромом несахарного диабета показал, что соотношение мальчиков/девочек – 1:1 и 9:1 соответственно. Средний возраст больных  $9,8 \pm 0,7$  года и  $9,8 \pm 3,1$  года, средний возраст возникновения нарушений углеводного обмена –  $6,7 \pm 0,8$  года и  $7,1 \pm 3,3$  года, а средняя длительность расстройств –  $3,0 \pm 0,6$  года и  $2,7 \pm 1,1$  года.

Сахарный диабет был определяющим у 4,7% и ведущим у 95,3% больных. В соматическом статусе у последних отмечалась патология других (от 1 до 5) систем – чаще пищеварительной (80%), выделительной (52,9%) и сердечно-сосудистой систем (34,1%), реже эндокринной (10,6%), терморегуляторной (2,4%), кожной (2,4%) и респираторной (1,2%) систем. Синдром несахарного диабета был ведущим у 70% и сопутствующим у 30% больных. У всех больных отмечалось сочетание с соматической патологией, чаще пищеварительной (50%) и выделительной (50%), реже сердечно-сосудистой (30%), эндокринной (20%), терморегуляторной (20%) и кожной (10%).

В неврологическом статусе у 87,1% обследованных с сахарным диабетом выявлялась минимальная дисфункция мозга, а несахарным – у 90%, выраженная неврологическая патология – у 1,2% больных сахарным диабетом. Алгические проявления у 40% и 80% больных: цефалгии у 31,8% и 50%, миалгии – у 7,1% и 30% больных – соответственно. Речевые нарушения – у 33,7% больных, двигательные у 9,4% только больных сахарным диабетом. Вегетососудистые нарушения отмечались у всех больных, в подавляющем большинстве слабо выраженные, лишь у 2,1% больных сахарным диабетом – выраженные.

Психический статус у подавляющего большинства (85,9%) детей и подростков с сахарным диабетом определялся аффективными нарушениями в виде депрессии невротического уровня, у меньшей части больных (14,1%) устанавливались различные психические нарушения, включающие депрессивные расстройства. У больных несахарным диабетом отмечались только собственно депрессивные расстройства.

У 90,6% больных сахарным диабетом и у 90% несахарным диагностировалась мало выраженная депрессия в виде эпизодического, незначительного снижения настроения, связанного с «неприятностями», чаще с чувством тревоги, реже вялости или раздражения, иногда агрессивности, особенно при невыполнении требований больных, нарушением засыпания.

У 9,4% и 10% больных соответственно отмечалась умеренно выраженная депрессия с жалоба-

ми на скуку, грусть, чувство подавленности, иногда тоски, колебаниями настроения с беспокойством по поводу плохого отношения близких, страхом за жизнь родителей, снижением интересов, отрицательным отношением к хорошему настроению окружающих, раздражительностью и конфликтностью, недовольством по любому поводу и без повода, а также нарушениями сна.

Преимущественно выявлялась психогенная депрессия у 92,9% больных сахарным диабетом и у 70% несахарным, значительно реже – соматогенная (5,9% и 30%) и крайне редко – эндогенная (1,2%) только у больных сахарным диабетом.

Квалификация депрессивных расстройств позволила выделить следующие типологические варианты: *тревожный* у 48,2% и 50% больных, *астенотревожный* у 41,2% и 20%, *астенический* – у 2,4% и 30% и *тревожно-тоскливый* у 8,2% больных только сахарным диабетом.

У всех больных устанавливались акцентированные черты характера с наиболее частым выявлением, *лабильно-истерических* – 35,3%, *эмоционально лабильных* – 25,9%, *истерических* – 18,4% и *тревожно-замкнутых* – 9,4% черт, реже *лабильно-неустойчивых* – 3,5%, и *психастенических* – 2,4% у больных с сахарным диабетом, а у детей и подростков с несахарным диабетом отмечались *истерические* черты характера – 40%, *эмоционально-лабильные* – 30%, реже *лабильно-истерические* – 20% и *психастенические* 10%.

Таким образом, психические особенности детей и подростков с сахарным и несахарным диабетом характеризуются наличием мало выраженной депрессии преимущественно психогенного происхождения при более значительной доле соматогенного при несахарном диабете с большей частотой астенического варианта на фоне личностных расстройств с истерическими чертами, а при сахарном диабете больше представлена психогенная депрессия при наличии эндогенной с астенотревожным и тревожно-тоскливым вариантами на фоне тревожных черт характера.

## ЭНДОГЕННАЯ ДЕПРЕССИЯ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ю.Ф. Антропов

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

В условиях детской больницы обследованы дети и подростки с различными соматическими заболеваниями и депрессивными расстройствами. Выявлены 62 (3,8%) больных с эндогенной депрессией, у которых отмечались двигательные (29% больных), гастроэнтерологические (25,8%), эндокринологические (21%), кожные (11,3%), респираторные (6,5%), цефалгические (4,8%) и мочевыделительные (1,6%) расстройства.

Соотношение лиц мужского и женского пола 1:1,3. Средний возраст больных –  $12 \pm 0,8$  года, возраст возникновения депрессивных расстройств – 6,71,3 года. Длительность депрессии с соматизацией в среднем –  $5,6 \pm 1,1$  года.

Депрессивные расстройства у 45,2% больных выступали как основная психическая патология, в виде депрессивных эпизодов, редко с периодами чрезмерной веселости и двигательной активности, а у 54,8% в виде синдрома или субсиндрома в структуре вяло текущей шизофрении, атипичного аутизма, нервной анорексии и сочетались нередко с обманами восприятия, отрывочными сверхценными и бредовыми идеями.

У большинства – 69,4% обследованных больных депрессия была мало выраженной, характеризовалась незначительным аффектом тоски, который выявлялся только при тщательном и длительном расспросе и описывался больными как скука, грусть, с эпизодическими ограничениями двигательной активности и «мыслительными» нарушениями. У 30,6% больных депрессия умеренно выраженная с заметными проявлениями пониженного настроения, угнетения и жалобами на скуку, грусть, чувство несвободы, подавленность и иногда тоску, с некоторым снижением общей активности, моторной и идеаторной заторможенностью и отдельными психотическими, чаще галлюцинаторными, симптомами.

Клинико-психопатологический анализ позволил выделить следующие варианты депрессии: тоскливый у 53,2% больных, тревожный – у 3,2%, тревожно-тоскливый у 33,9% и астенотревожный у 9,7% больных.

Больные с *тоскливым вариантом депрессии* были малоактивны, несколько заторможены с утра, мимика однообразная, голос тихий, порой жалобный, речь невыразительная. При расспросе они отмечали периодическую скуку, грусть, печаль, недостаток радости в жизни, «плохие» мысли. Суточные колебания настроения не выражены – «чаще плохо». Во второй половине дня мимика становилась живее, двигательная активность возрастала, повышалась успешность в играх и занятиях. Часто отмечались нарушения сна, ранние подъемы с невозможностью уснуть. Проявления легкого варианта тоскливой депрессии маскировались множественными соматическими нарушениями.

Из относительно простых вариантов крайне редко отмечался *тревожный вариант депрессии*, который определялся обследуемыми как пониженное настроение с чувством беспокойства, тревожности, неуверенности в сочетании со скукой, грустью, внутренним напряжением, чаще по вечерам. Grimасы недовольства, грусти, испуга плача нередко сменялись на лице в течение дня. Речь чаще торопливая в соответствии с выраженностью беспокойства, тревожности, боязливости. Изредка спонтанно высказывалась тревога за жизнь, опасения за себя и родственников с элементами фантазирования. Вечером тревожность усиливалась,

нарушалось засыпание. Сон беспокойный с устрашающими сновидениями и затрудненным пробуждением по утрам.

Из смешанных вариантов чаще встречался *тревожно-тоскливый вариант* обычно умеренно выраженной депрессии, при котором тревожный и тоскливый компоненты были достаточно заметны, но последний более выражен, характеризовался больными не только как скука, грусть, пониженное настроение, но и как подавленность, тоска, и сочетался с медлительностью, трудностями в усвоении школьного материала. Изредка выявлялись оклики, «видения», идеи несостоятельности, отношения, воздействия. Другой вариант депрессии – *астенотревожный*, наряду с гипотимией, беспокойством и тревогой, включал утомляемость, вялость, снижение активности, быструю истощаемость в занятиях и играх, конфликтность с детьми, нараставшие к вечеру на фоне падения продуктивности.

Проведение лечения антидепрессантами в сочетании с малыми дозами транквилизаторов и нейролептиков способствовало улучшению как психического, так и соматического состояния у всех (41) больных, чаще (56,1%) с относительно высокой эффективностью (выздоровление у 7,3% больных, значительное улучшение – у 48,8%) и улучшением у 43,9% больных. При симптоматическом лечении 21 больного значительное улучшение достигнуто у 4,8% больных, улучшение – у 33,3%, незначительное улучшение у 4,8% и состояние без перемен у 57,1% больных.

Таким образом, эндогенная депрессия у детей и подростков, определяемая тоскливым в большинстве случаев слабо выраженным аффектом, является патогенетически значимым фактором при ряде соматических заболеваний и использование антидепрессантов на основе учета варианта и степени выраженности этого вида аффективной патологии повышает эффективность терапии большинства соматических расстройств.

## ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С КАРИЕСОМ ЗУБОВ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НАРКОЗА

Ю.Ф. Антропов, В.В. Миленин

Российская медицинская академия  
последипломного образования,  
Детская стоматологическая поликлиника №41, Москва

**Целью исследования** являлось определение психического состояния больных со стоматологической патологией, нуждающихся в общей анестезиологической помощи при проведении лечения.

Обследованы 98 больных с кариесом зубов, среди которых мальчиков – 54(55,1%), девочек – 44(44,9%) (соотношение 1,2:1) в возрасте от 2 до 16 лет, у которых лечение кариеса было затруднено в связи с выраженными аффективными реакциями.

Средний возраст больных –  $5,1 \pm 0,5$  года. Средний возраст возникновения стоматологической патологии –  $2,9 \pm 0,3$  года, а средняя длительность –  $2,3 \pm 0,4$  года.

В большинстве (65/66,3%) наблюдений общий наркоз требовался после нескольких сеансов лечения зубов – от 1 до 9, меньшее число – 33 (33,7%) больных демонстрировали неприятие лечения под местной анестезией после одной или нескольких (до 10) безрезультатных попыток.

**Методы исследования:** клинический, клинико-психопатологический, клинико-психологический, анамнестический и статистический.

В соматическом статусе у 79(80,6%) больных отмечалась также патология других (от 1 до 4) соматических органов и систем – чаще пищеварительной (52%) и кожной (24,5%), реже мочевыделительной (7,1%), эндокринной (6,1%), респираторной (2%) сердечно-сосудистой (2%) и терморегуляторной (1%) систем.

Особенностью стоматологического статуса являлось раннее прорезывание зубов (до 6 мес.) у 24/29,6% больных и позднее начало прорезывания (после 8 мес.) – у 8/8,2%.

В неврологическом статусе у 84 (85,7%) обследованных детей и подростков выявлялась минимальная дисфункция мозга, выраженная неврологическая патология – у 2 (2%). Алгические проявления у 23 (23,5%) больных: цефалгии – у 21 (21,5%), миалгии – у 2 (2%) больных. Речевые нарушения у 33 (33,7%) больных, двигательные (тики) – у 3 (3,1%). Вегетососудистые нарушения отмечались у всех больных, в подавляющем большинстве легкие, у одной (1%) больной – выраженные.

Психический статус у подавляющего большинства (91,8%) детей и подростков определялся аффективными нарушениями в виде депрессии невротического уровня представленной незначительно выраженными подавленностью настроения и аффектом тоски (скука, уныние, грусть, печаль), тревожными (внутреннее беспокойство, напряжение, тревога, страхи, нередко навязчивые) и астеническими (утомляемость, усталость, вялость, раздражительность, настроенность на конфликт, гиперестезия) проявлениями. У меньшей части больных (8,2%) устанавливались различные психические нарушения в виде органического тревожного расстройства, атипичного аутизма с умственной отсталостью, органического астенического расстройства, задержки психического развития, патохарактерологического развития личности, включающие депрессивные расстройства.

Почти у всех (99%) больных диагностировалась мало выраженная депрессия, выявляемая только при целенаправленном расспросе в виде эпизодического, незначительного снижения настроения, связанного с «неприятностями», чаще с чувством тревоги, реже вялости или раздражения и иногда агрессивности, особенно при невыполнении их требований, утомляемостью, головными болями и трудностями при засыпании.

У одного (1%) больного отмечалась умеренно выраженная депрессия с жалобами на скуку, грусть, безразличие, подавленность, колебанием настроения часто с заметным снижением и с рассуждениями о жизни и смерти, беспокойством и даже страхом за жизнь родителей, снижением интересов, негативным реагированием на улыбки окружающих, раздражительностью и конфликтностью, нарушениями сна – поздним засыпанием с трудными подъемами по утрам.

Преимущественной была психогенная депрессия (92,9%), значительно реже отмечалась соматогенная (5,1%) и крайне редко – эндогенная (2%) депрессия.

Квалификация депрессивных расстройств позволила выделить следующие типологические варианты: *тревожный* у 79(80,6%) больных, *астенотревожный* у 17/17,4% и *астенический* – у одного (1%) больного.

У всех больных устанавливались акцентуированные черты характера, наиболее часто выявлялись, включающие истероидный компонент: *лабильно-истерические* (47,9%) и *истерические* (18,4%) черты. Менее часты черты характера, включающие тревожный компонент – *эмоционально лабильный* (21,4%), *тревожно-замкнутый* (7,1%) и *астено-невротический* (2%) типы акцентуаций. *Шизоидный тип* акцентуации черт характера выявлен у 3,1% больных.

Таким образом, психические особенности детей и подростков со стоматологической патологией, нуждающихся в лечении под наркозом, характеризуются аффективной патологией преимущественно в виде мало выраженной депрессии как самостоятельного психического расстройства различного, но в подавляющем большинстве случаев, психогенного происхождения, в виде тревожного и астено-тревожного, редко астенического вариантов, а также истерическими и тревожными чертами характера.

## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ УГОЛОВНО РЕЛЕВАНТНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ОБВИНЯЕМЫХ И ПОТЕРПЕВШИХ

В.Д. Бадмаева<sup>1,2</sup>, Е.Г. Дозорцева<sup>1,2</sup>,  
Д.С. Ошевский<sup>1,2</sup>

ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздрава России<sup>1</sup>,  
Московский городской психолого-педагогический университет<sup>2</sup>,  
Москва

Под уголовно-релевантными мы понимаем широкий спектр болезненных (психические расстройства) и неболезненных (психологические феномены) состояний у несовершеннолетних, которые влияют на их юридически значимые способности. Для обвиняемых в совершении преступлений подростков это – способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, для потерпевших – понимать ха-



ракти и значение, совершаемых действий, для всех категорий (обвиняемые, потерпевшие и свидетели) – способность правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания, принимать участие в судебно-следственных действиях, т.е. уголовно-процессуальная дееспособность (УПД). Уголовно-релевантные психологические феномены включают: эмоциональные (аффективные) состояния, индивидуально-психологические особенности, личностную незрелость. Уголовно релевантные психические расстройства у несовершеннолетних соотносятся с их юридически значимыми способностями и выступают в качестве медицинского критерия при оценке указанных способностей.

Структурный анализ деятельности Отделения судебно-психиатрической экспертизы детей и подростков ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздрава России показывает, что у несовершеннолетних обвиняемых отмечается значительное преобладание органических психических расстройств (ОПР), которые составили 56,8 % от всех обследованных. Из них в 10,8% ОПР сочетались с синдромом зависимости от психоактивных веществ (ПАВ). В 8,6% отмечалась иная коморбидная патология, в том числе расстройства сексуальной сферы. Практически в таком же процентном соотношении (7,2%) в клинической картине на первый план выступала патологическая пубертатная симптоматика на выраженном органическом фоне. Расстройства шизофренического спектра квалифицированы у 15,9% подэкспертных. Клиническая картина характеризовалась неочерченностью, фрагментарностью, частотой наличия на инициальных стадиях заболевания лишь эквивалентов психических расстройств, аффективных или поведенческих масок, психопатоподобного фасада. Формирующаяся личностная патология диагностирована у 9,4% подростков. В трети случаев (35,1%) указанная патология сочеталась с синдромом зависимости от ПАВ. Психически здоровыми признаны менее 5% несовершеннолетних, что объясняется тем, что на стационарную экспертизу направляются самые сложные в диагностическом и экспертном отношении подростки.

При психологическом исследовании у большинства несовершеннолетних имелись различные варианты нарушенного психического развития. Аномальное развитие личности подростков-правонарушителей с психическими расстройствами, не исключая вменяемости, характеризовались, как правило, несоответствием имеющихся проблем и ресурсов. Внутренние проблемы составляли психическая незрелость, асоциальность установок, дисгармоничность индивидуально-психологических свойств. Внешние (средовые) проблемы были связаны с социальными условиями, не обеспечивающими необходимый уровень развития и/или транслирующими асоциальные нормы. У подростков-правонарушителей отмечено сочетание психологических свойств, составляющих феномен личностной незрелости. Выявляемые комплексы

клинико-психологического неблагополучия несовершеннолетних правонарушителей обуславливает целесообразность дифференцированного подхода в квалификации психического расстройства, не только при решении традиционных вопросов. Это диктуется современными требованиями, касающимися определения УПД таких подэкспертных и необходимостью уточнения экспертных критериев – способности давать показания и возможности дальнейшего участия в судопроизводстве.

У несовершеннолетних потерпевших от сексуальных преступлений диагностически значимыми являлись «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации» (F43 по МКБ-10), которая выявлялась у 72,7% потерпевших, включавшая «Расстройство приспособительных реакций» (F43.2) – 54,5% и «Посттравматическое стрессовое расстройство» (F43.1) – 18,2%; «Смешанное тревожное и депрессивное расстройство» (F41.2) отмечалось также у 18,2%, «Другие невротические расстройства» (F48) в 9,1% случаев. В 52,3 % не было диагностировано психических расстройств, в т.ч. уголовно релевантных последствий, пережитого насилия. Однако психологами выявлялись изменения психического состояния в виде: пониженного настроения, тревожности, неуверенности, реакции раздражительности и негативизма, утомляемости. Последствия травматического опыта различались также от типа насилия – внутрисемейное и внесемейное. При внутрисемейном их выраженность была выше. Наблюдались неуверенность ребенка в себе и трудности общения со сверстниками (28,6%), амбивалентное отношение к насильнику (26,7%), как правило, значимому взрослому, принятие ответственности за преступления на себя. При внесемейном типе у потерпевших в проективных методиках выявлялся негативный образ мужчины и неприятие близких отношений (21,6%). Последствия пережитого сексуального насилия различались по полу, были более выражены у мальчиков и характеризовались обеспокоенностью своим состоянием и негативным представлением будущего (37,8%). У девочек выявлялся негативный образ мужчины (28,3%) и чаще наблюдалась проекция пережитого травматического опыта в содержание игровой деятельности и материал диагностических методик (17,2%). Проанализированные данные ставят ряд актуальных задач, касающихся не только экспертных вопросов. Значимым представляется разработка принципов и моделей оказания медико-реабилитационного сопровождения детей и подростков, пострадавших от преступлений.

Дальнейшее изучение параметров клинико-психологической оценки психических расстройств и характерных психологических последствий у несовершеннолетних обвиняемых и потерпевших, уточнение экспертных критериев в уголовно релевантный период остается актуальной проблемой подростковой судебной психиатрии.

## КОМПЛЕКСНАЯ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ НЕОРГАНИЧЕСКОГО ЭНКОПРЕЗА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

<sup>1</sup>А.А. Бибенин, <sup>2</sup>К.Ю. Ретюнский

<sup>1</sup>ГБУЗ СО Свердловская областная клиническая психиатрическая больница,

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, Екатеринбург

В МКБ-10 неорганический энкопрез рассматривается в рубрике F98 как «Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте», не смотря на это, данной проблемой занимаются преимущественно гастроэнтерологи, неврологи, проктологи. Противоречия в подходах к пониманию и терапии расстройства, приводит к применению малоэффективных, порой взаимоисключающих технологий, преимущественно симптоматического характера. Зачастую энкопрезу придается значение синдрома, исключая церебральные механизмы нарушенной регуляции выделительной функции. Длительное сосуществование с болезнью, в отсутствии патогенетически обоснованной терапии, приводит к присоединению вторичных по отношению к энкопрезу невротических расстройств, отражающими реакцию личности на болезнь, что позволяет исследователям рассматривать психогенную природу расстройства. В связи с чем, энкопрез приобретает затяжное течение с частыми рецидивами, что предопределяет снижение социального функционирования и обуславливает стойкую дезадаптацию детей. В контексте изложенного весьма актуальным представляется более глубокое изучение патогенеза энкопреза с затяжным течением, опираясь на современный биопсихосоциальный подход к диагностике, терапии и реабилитации заболеваний, включающий полипрофессиональное и межведомственное участие.

Целью настоящего исследования являлось разработка патогенетически обоснованной терапии и реабилитации пациентов страдающих неорганическим энкопрезом, с учётом центральной модели патогенеза основанной на закономерностях возникновения, клиники и динамики энкопреза в сравнительно-возрастном аспекте.

В исследование были включены 96 детей, страдающих неорганическим энкопрезом (согласно критериям МКБ-10) в возрасте от 5 до 13 лет, с общим интеллектуальным показателем (ОИП) по шкале Векслера не ниже среднего уровня (90-109 баллов). Все дети заранее были обследованы педиатром и гастроэнтерологом для исключения патологии желудочно-кишечного тракта.

В результате комплексного клинического, нейропсихологического, электрофизиологического, психофизиологического и ультразвукового исследования 96 детей страдающих неорганическим энкопрезом, установлены общие клинические и патогенетические закономерности его возникновения и динамики в сравнительно-возрастном (онтогене-

тическом) аспекте. КЭЭГ-показатели при энкопрезе свидетельствуют о преобладании двух типов ЭЭГ-картины: пограничного – 58,3% (n=96) и патологического – 35,4% (n=96). Соотнесение отчетливых эпилептиформных паттернов КЭЭГ с клиническими проявлениями психоорганических расстройств свидетельствует о важной роли механизмов, схожих с эпилептогенезом.

В ходе работы было сформулировано две подгруппы по выбранному методу лечения. Первую группу составили 37 детей, которые получали только нейрометаболические средства. Вторую группу составили 59 детей, которые получали нейрометаболические средства и антиконвульсанты.

В исследовании при лечении энкопреза применялись следующие ноотропные препараты: ноотропил в соответствующих возрастных дозировках 30-160 мг/кг массы тела, пантогам – 0,75-3 г в сутки, фенибут – от 20 мг до 250 мг в сутки. Из сосудистых препаратов назначался танакан – 80-120 мг в сутки. В качестве биогенных нейропротекторов использовался один из следующих препаратов: кортексин в дозе 0,5мг/кг массы тела внутримышечно или церебролизин 1мл на 10кг массы тела внутримышечно в течение 15 дней. Все указанные средства применялись в стандартных возрастных дозировках. Курсовое лечение противоорганическими средствами проводилось до 4 раз в год. В качестве антиконвульсанта применялась пролонгированная форма карбамазепина – финлепсин ретард в соответствующих возрастных дозировках. Также всем детям проводилась нейропсихологическая коррекция и психосоциореабилитационные тренинги. Распределение детей с энкопрезом по подгруппам производилось методом стандартной рандомизации.

В результате лечения у большинства детей основной группы, получавших лечение – 43 ребёнка (44,8%, n=96) отмечена отчетливая положительная динамика (отсутствие эпизодов энкопреза на протяжении не менее 1 года), что подтверждалось результатами периодических обследований.

Уменьшение выраженности основных симптомов энкопреза (уменьшение числа эпизодов недержания кала по сравнению с исходным количеством) отмечалось в обеих группах. Однако в I подгруппе, где применялись только противоорганические средства, результаты оказались несколько хуже. Улучшение состояния отмечено в 18 случаях (48,7%, n=37). Напротив, комплексная терапия (антиконвульсанты и противоорганическая терапия) привела к значительному повышению качества лечения: улучшение отмечено в 18 случае (30,5%, n=59).

Оценка биоэлектрической активности головного мозга у детей с энкопрезом в настоящем исследовании характеризовалось сдвигом нормальной частоты доминирующего ритма с появлением патологических колебаний в фоновой записи, при этом функциональные пробы вызывали асимметрию формирующегося  $\alpha$ -ритма, практически его редукцию. Анализ КЭЭГ через 6 месяцев и 1 год после начала терапии в основной группе позволил

установить у 61 ребёнка основной группы (63,5%, n=96) уменьшение высокоамплитудной медленно-волновой активности, преимущественно тета-диапазона, изменение соотношения тета- и бета-ритма. У 69 детей (71,9%, n=96) отмечалась стабилизация основного альфа-ритма и увеличение устойчивости к нагрузкам, т.е. повышение порога судорожной готовности.

Таким образом, сочетанное применение нейрометаболической терапии с антиконвульсантами является оптимальным вариантом патогенетической терапии энкопреза. Ранняя реабилитация детей с энкопрезом заключается в оказании своевременной, комплексной, адекватной профилактической, медико-психологической и социально-педагогической помощи, которая с большим успехом может осуществляться в детских дошкольных учреждениях, школьных медико-психолого-педагогических центрах с привлечением укомплектованных полипрофессиональных бригад.

### КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**И.Н. Вакула, Е.О. Бойко, Е.Ю. Никифорова,  
И.А. Маловатова, Д.И. Никифорова,  
Ю.О. Бойчевская**

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

Связь тяжёлого навязчивого расстройства с аутизмом, синдромом Туретта, компульсивностью (К. Гиллберг, 2004) утверждает нас в мысли, что общее биологическое нарушение является «вносящим» фактором при всех этих состояниях. Зарубежные и отечественные исследователи (Л.Р.Зенков, 2007) пришли к выводу, что в основе обсессивно-компульсивных тревожных расстройств часто лежит дисфункция орбитофронтальной и цингулярной коры, а также других отделов лимбической системы и неспецифических срединных структур мозга. Учёт биологической дисфункции ЦНС, более того, выявление эпилептиформной активности на ЭЭГ в определённых областях мозга даёт возможность подбора медикаментов (индивидуализации) для лечения навязчивых расстройств не только с учётом преморбидных особенностей личности, психопатологических компонентов, но и данных нейрофизиологических исследований.

Нами в течение года наблюдались 6 детей и подростков (5 мальчиков и 1 девочка в возрасте  $14 \pm 2,5$  лет) с навязчивыми расстройствами. При обращении клиническая картина у всех укладывалась в рамки тяжёлых проявлений. Из анамнеза: имелась перинатальная патология (у 6 детей), тревожно-мнительные черты характера у матерей (у 4 детей), а в 2 случаях у обоих родителей, у 4-х наблюдались страхи в возрасте 7 лет при поступлении в школу.

Детям проводилось клиническое психиатрическое обследование до начала подбора медикаментов и в динамике. В обязательном порядке дважды проводились консультация психолога и ЭЭГ (с депривацией сна или ночной ЭЭГ-видеомониторинг). У всех обследуемых на ЭЭГ была выявлена эпилептиформная активность в виде спайков, острых волн и/или комплексов «острая-медленная волна» в лобных или височных областях чаще правого полушария.

В психологическом исследовании использовались методики, направленные на выявление характеристик интеллекта (WISC) и эмоциональной сферы ребенка: методики «Интегративный тест тревожности» (ИТТ), SCL-90 (Symptom Check List-90) и тест «Нарисуй историю» (Р. Сильвер). Родители заполняли опросник по оценке выраженности симптомов и адаптации. У всех обследуемых выявлялся достаточный уровень интеллектуального развития (показатели  $IQ=109 \pm 6$  баллов). Первоначально, по результатам ИТТ выявлены достоверно высокие показатели тревожности с преобладанием личностной, в особенности тревожная оценка перспектив и социальная защита; в тесте Р.Сильвер по шкале эмоционального содержания получены рисунки с выраженным отрицательным и умеренно отрицательным эмоциональным содержанием, по шкале оценки образа «Я» рисунки относятся к рисункам с нейтральным и умеренно отрицательным эмоциональным содержанием; по SCL-90 получены высокие показатели по шкалам обсессивно-компульсивных расстройств (навязчивостей), интерперсональной чувствительности, тревожности, навязчивым страхам (фобии) и общий индекс тяжести с индексом тяжести наличного дистресса.

В остром периоде всем обследуемым назначили анафранил, – у двух детей в течение недели возникла задержка мочи, у подростка – развилась тахикардия до 132 удара в минуту. После отмены препарата был назначен Феварин в оптимальных дозах с хорошей переносимостью. Значительное и стойкое улучшение отмечено после добавления к лечению антиконвульсантов: Депакин хроносфера (вальпроат) – 2 человека, Кеппру (леветирацетам) – 3 человека, Вимпат (лакозамид) – 1 человек. Одновременно к проводимому лечению были подключены тренинги по преодолению навязчивостей с участием родителей в рамках когнитивно-поведенческой терапии: когнитивное построение альтернативного поведения, осознание обсессий (временная экспозиция) с целью замедлить проявление навязчивых действий и т.п. Задачей коррекции являлась редукция симптомов.

При оценке динамики состояния отмечается снижение показателей всех видов тревожности, сдвиг проявлений образа «Я», улучшение актуального состояния. По результатам родительской оценки снизилась частота и длительность периодов навязчивых проявлений, улучшились сон, аппетит, настроение и адаптационные возможности.

**Выводы:** более широкое применение нейрофизиологических методов исследования в детской психиатрии помогают уточнить патогенетические механизмы отдельных психиатрических синдромов (в том числе, обсессивно-компульсивных), диагноз, а главное индивидуализировать лечение (психотерапия, антиконвульсанты), что значительно улучшает качество жизни и прогноз при обсессивно-компульсивных расстройствах у детей и подростков.

### АКТУАЛЬНОСТЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ БЕЛОРУССКИХ ПОДРОСТКОВ И АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ, ВОВЛЕЧЕННЫХ В ЕЕ ФОРМИРОВАНИЕ

Л.Ю. Велижанская, А.В. Копытов

*Белорусский государственный медицинский университет,  
Республиканский научно-практический центр психического  
здоровья, г. Минск, Республика Беларусь*

**Компьютерная зависимость (КЗ)** – это навязчивое желание к проведению времени за компьютером и болезненная неспособность вовремя прекратить использование компьютера. В течение последних лет в Республике Беларусь отмечается распространение компьютерной зависимости среди населения.

**Цель исследования.** Целью работы является провести анализ ситуации с актуальностью проблем компьютерной зависимости среди белорусских подростков и анализ факторов, приводящих к ее формированию для разработки методики своевременного выявления лиц данного контингента и повышения эффективности мероприятий по ранней профилактике.

#### **Задачи исследования:**

1. Проведение анонимного анкетирования среди подростков
2. Изучение роли некоторых социальных факторов, ассоциированных с риском КЗ.
3. Изучение роли аддиктивного поведения в семье и отношения близких к использованию компьютера в формировании КЗ.
4. Изучение личностных характеристик и копинг-стратегий у подростков, имеющих КЗ.

**Материалы и методы.** В исследовании принимали участие 500 человек в возрасте от 12 до 23 лет, из них 292 девушки и 208 юношей. Всем исследуемым предлагалось заполнить тест на компьютерную зависимость (Т.А. Никитина, А.Ю. Егоров); пятифакторный личностный опросник; опросник копинг-стратегий (Лазарус). Статистическая обработка данных была осуществлена комплексом программного пакета SPSS 17.0.

**Результаты и их обсуждение.** Распространенность компьютерной зависимости среди лиц подросткового возраста составила: имеют КЗ – 20,6% (103 опрошенных); находятся в группе риска – 44,1% (221 опрошенный); не имеют зависимости – 35,3% (176 опрошенных).

На основании полученных данных в результате проведенного нами исследования можно утверждать, что гендерные особенности, уровень образования и возраст не являются определяющими в формировании компьютерной зависимости, в то время как наличие аддиктивного поведения у членов семьи и отношение близких к использованию компьютера влияют на формирование компьютерной зависимости. С помощью пятифакторного личностного опросника и теста Лазаруса были получены результаты: по сравнению с контрольной группой для исследуемых лиц с компьютерной зависимостью были характерны повышенная эмоциональность, потребность во внимании и склонность к самокритике. Также для лиц с компьютерной зависимостью отмечается склонность к дистанцированию, ведущей стратегией поведения у данной категории подростков является бегство.

Полученные данные привлекают внимание к данной проблеме, а также открывают вопросы для более глубокого исследования данной проблемы, использование магнитно-резонансной томографии для изучения работы белого вещества головного мозга, в частности, его отделов, отвечающих за самоконтроль, принятие решений и эмоции.

#### **Заключение.**

1. Распространенность компьютерной зависимости среди лиц подросткового и молодого возраста составила: 20,6% опрошенных имеют КЗ; 44,1% находятся в группе риска; 35,3% – не имеют зависимости.

2. Компьютерная зависимость не связана с гендерным фактором, уровнем образования и возрастом, а связана с наличием аддиктивного поведения в семье и отношением близких к использованию компьютера подростком.

3. У подростков с компьютерной зависимостью отмечается: повышенная эмоциональность; потребность во внимании; склонность к самокритике.

4. Лица, имеющие компьютерную зависимость, склонны дистанцироваться. Ведущей стратегией поведения у лиц с компьютерной зависимостью является бегство.

### КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЕЗНИ НИМАННА-ПИКА ТИП С, ВЫЯВЛЕННОЙ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

И.А. Волкова<sup>1</sup>, Ю.И. Поляков<sup>1</sup>,  
А.Ю. Митрофанов<sup>1</sup>, А.Д. Коротков<sup>1</sup>,  
М.А. Булатникова<sup>2</sup>, В.И. Ларионова<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой РАН,

<sup>2</sup>Медицинский центр «Покровский»

Покровского банка стволовых клеток,

<sup>3</sup>ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

**Введение.** Болезнь Ниманна-Пика тип С – наследственное нейродегенеративное заболевания из группы лизосомальных болезней накопления. Этиопатогенез заболевания связан с мутациями в

генах NPC1 и NPC2. В основе патогенеза лежит накопление в лизосомах холестерина, сфинголипидов, что нарушает нормальный метаболизм нейрона. Разработана патогенетическая терапия – препарата миглустат.

В зависимости от актуальности имеющихся жалоб в определенные периоды болезни пациенты могут обращаться к специалистам различного профиля (неврологам, психиатрам, психотерапевтам) и не рассматриваются как страдающие одной нозологической формой. В настоящее время разработана шкала вероятности Ниманна-Пика С, два неврологических симптома болезни Ниманна-Пика С наиболее патогномоничны – вертикальный офтальмопарез и геластическая катаплексия.

**Обсуждение.** Больная Б., 14 лет, поступила на отделение впервые. Со слов матери, беспокоят прогрессирующее интеллектуально-мнестическое снижение, наличие приступов «выраженной мышечной слабости», периодически сопровождающихся падениями без утраты сознания на фоне смеха, радости (геластическая катаплексия), нарушение мелкой моторики рук, изменение походки, нарушения глотания, дневной энкопрез.

Предъявляемые жалобы возникли и достаточно быстро прогрессируют с 9 летнего возраста по настоящее время. В анамнезе малый вес при рождении (2,9 кг), выраженная желтуха новорожденных, ветрянка и краснуха в 7 лет. До начала заболевания в психомоторном развитии не отставала. В течение всего времени наблюдалась неврологами, эпилептологами, психиатрами (ПЭП, идеопатическая эпилепсия, деменция, синдром навязчивых состояний, невроз), длительно получала симптоматическую терапию (депакин, феварин, акатинол мемантин) без какого-либо эффекта.

При обследовании обращала на себя внимание нетипичность выявленных нарушений как в психическом, так и в неврологическом статусе. При объективном осмотре: пациентка в формально ясном сознании, контакту доступна. Ориентирована в собственной личности полностью, в пространстве приблизительно, во времени дезориентирована. На вопросы отвечает односложно, формально, понимает только простые короткие предложения. Эмоции обеднены, но в целом адекватны. Подчиняема, добродушна. Мышление конкретное. Выраженные признаки амнестического расстройства: хорошо помнит события, произошедшие до начала заболевания, но текущие события запоминает фрагментарно (только эмоционально значимые). Хорошо сохранены навыки письма (под диктовку пишет без грубых грамматических ошибок), читает, но информацию не усваивает. Счет с затруднениями в пределах десяти. Гностических нарушений нет, праксис нарушен. Выражена повышенная истощаемость психических процессов, проявляющаяся игнорированием обращенной речи, сонливостью. В непривычной ситуации становится тревожной с усилением стереотипных действий в виде потирания рук, почесывания, усилением произвольных

движений в плечевом поясе. В неврологическом статусе: походка спастико-атактическая. Со стороны ЧМН: горизонтальный нистагм, вертикальный надъядерный офтальмопарез, дизартрия. Рефлексы с рук оживлены, больше слева. Коленно-пяточная проба с атаксией с двух сторон. Тонус в левой руке повышен по экстрапирамидному типу, в ногах по пирамидному типу. Шаткость в позе Ромберга. Нарушение мелкой моторики в руках. Соматически без актуальной патологии. ЭЭГ мониторинг: полиморфная эпилептиформная активность высокой мощности в бодрствовании и во время сна. МРТ головного мозга: Смешанная заместительная гидроцефалия. ПЭТ с  $F^{18}$  дезоксиглюкозой: гипометаболизм глюкозы в медиальной коре лобных долей, конвекситальной коре лобной и височной долей левого большого полушария, левом зрительном бугре, в стволе и мозжечке. Учитывая наличие типичной клинической картины, пациентке был выставлен клинический диагноз болезни Ниманна-Пика тип С, который подтвержден молекулярно-генетически (методом прямого секвенирования выявлены две патогенные мутации в компаундном состоянии).

**Заключение.** Наличие стертой неврологической симптоматики, если она носит медленно-прогрессирующий характер и соотносится по времени с появлением когнитивных и психоэмоциональных нарушений – основание для настороженности в отношении болезни Ниманна-Пика С. Многостороннее обследование пациентов с нетипичной клинической картиной в рамках психиатрического отделения многопрофильной клиники позволяет улучшить прогноз у пациентов с редко встречающимися, в том числе, генетически обусловленными заболеваниями.

## КЛИНИКО-ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

**И.В. Гранкина**

*БУЗ Омская областная психиатрическая больница  
им. Н.Н. Солодниковой, г. Омск*

По данным Л.М. Шипицыной (2002) и Н.Я. Семаго (2000) проявления отклоняющихся форм поведения чрезвычайно часто встречаются в группах детей с умственной отсталостью. Однако до настоящего времени мало исследована клинко-психопатологическая структура отклоняющихся форм поведения в разрезе онтогенеза личности у детей 6-12 лет, что определило цель настоящего исследования.

**Цель исследования:** изучение на основе комплексного клинко-психопатологического исследования и клинко-психопатологической структуры и разновидностей клинических проявлений симптомов нарушения поведения у детей с умственной отсталостью в разрезе онтогенеза личности.

**Материал исследования:** для реализации целей исследования проведено сравнительное изучение феномена нарушений поведения у 56 детей проходивших лечение в детском отделении БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» с диагнозом умственная отсталость. Нозологическая принадлежность основного заболевания определена как: умственная отсталость легкой степени (F 70.0) – 91,1% (n=51), умственная отсталость средней степени тяжести (F 71.0) – 8,9% (n=5). Средний возраст составил  $9,75 \pm 1,59$  лет. Исследуемая группа детей (n=56) была разделена на 2 возрастных периода: детский возраст с 7 до 9 лет (n=24) и предпубертатный возраст – с 10 до 12 лет (n=32). Группу сравнения представили дети, имеющие проявление девиантного поведения с расстройствами шизофренического спектра (n=35), находившиеся на лечение в указанном психиатрическом стационаре. Нозологическая принадлежность основного заболевания определена как: шизотипическое расстройство (F 21.8) – 22,8% (n=8), шизофрения детский тип (F 20.80) – 77,2% (n=27). Средний возраст составил  $10,11 \pm 1,96$  лет. Исследуемая группа детей (n=35) была разделена на 2 возрастных периода: детский возраст с 7 до 9 лет (n=12) и предпубертатный возраст с 10 до 12 лет (n=23)

**Методы исследования:** клиничко-анамнестический, клиничко-психопатологический, клиничко-онтогенетический.

**Результаты:** На момент обследования 14,3% детей (n – 8) исследуемой группы состояли на учете в инспекции по делам несовершеннолетних в связи с регулярным совершением противоправных деяний. 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). В то время как все дети контрольной группы с расстройствами шизофренического спектра не попадали в поле зрения правоохранительных органов. Клиника отклоняющихся форм поведения определялась раздражительностью, неустойчивостью настроения, грубыми шалостями, склонностью к примитивным двигательным реакциям на фоне низкой психической активности. В предпубертатном возрасте отмечалась грубость, раздражительность, кроме этого имело место повышение сексуальных влечений, склонность к агрессивно-насильственным способам разрешения конфликтов, высокая частота рискованного поведения, стремление к быстрому получению простых удовольствий без волевого напряжения. Выявленные сексуальные перверсии определялись сексуальным насилием, совершенным несовершеннолетними над другими несовершеннолетними. У детей с отклоняющимся поведением эндогенной этиологии, клинические проявления девиаций, носили характер протестного агрессивного поведения.

Нарушения поведения сексуального характера определялись сексуальной расторможенности,

обостренного полового любопытства, мастурбации, циничных высказываний, жестов, рисунков сексуального содержания. В возрасте 7-9 лет, у детей с умственной отсталостью клиническая картина отклоняющегося поведения определялась обидчивостью, плаксивостью. А у детей с шизофреническими расстройствами, в этот же возрастной период, превалировал негативизм, агрессивность, эмоциональная лабильность с плаксивостью и тревожностью и отсутствием контакта со сверстниками. С течением времени существующая симптоматика усугублялась присоединением неадекватности поведения. В возрасте 10-12 лет клинические проявления отклоняющегося поведения у детей с умственной отсталостью определялись обидчивостью, плаксивостью наряду со школьной дезадаптацией с конфликтностью и агрессией, с постепенным расширением спектра данных расстройств за счет хулиганства, жестокости по отношению к взрослым и детям, ранней алкоголизацией, курением и бродяжничеством. А у детей с расстройствами шизофренического спектра, негативизмом, агрессивностью, эмоциональной лабильностью с плаксивостью и тревожностью и отсутствием контакта со сверстниками, присоединялись драчливость, взрывчатость, колебания настроения и страхи. Детей этой группы отличала недоброжелательность, озлобленность, мстительность, жестокость, преобладание хмурого настроения.

## АЛИМЕМАЗИН В АМБУЛАТОРНОЙ ТЕРАПИИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ КРУГА ШИЗОФРЕНИИ У ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

А.Г. Головина

ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН,  
Москва

**Целью работы** был анализ роли алимемазина в терапии непсихотических расстройств круга шизофрении у лиц подросткового возраста в амбулаторной практике. Исследование проведено на материале 28 пациентов (20 юношей 8 девушек) 15-17 лет, страдавшими прогрессивными формами шизофрении (шизотипическим расстройством с вялым течением – F21.3, F21.4), а также формирующимися расстройствами личности шизофренического спектра (шизотипическим личностным расстройством, шизоидным расстройством личности – F21.8, F60.1). Особенностью клинической картины у этих больных была ее полиморфность с одновременным сосуществованием многочисленных (сопоставимых по интенсивности или «мерцающих»), но полностью не редуцирующихся) тревожно-фобических, obsessивных, аффективных, астенических, поведенческих, вегетативных расстройств, идей отношения на фоне когнитивных, волевых нарушений. Пациенты обнаруживали склонность к флюктуациям состояния, развивавшимся как пос-

ле незначительных провокаций (психо- и сомато-генных), так и возникавшим аутохтонно. При этом тяжесть и характер обнаруживавшейся симптоматики диссоциировали с характером триггерного воздействия. Все расстройства (при их возрастной несформированности) носили особый оттенок, присущий патологии круга шизофрении (нелепые сюжеты фобий, утрированно грубые поведенческие эксцессы, немотивированные суицидальные попытки, особенности эмоциональной структуры и процессов мышления). Характер самих нарушений, полиморфных, нетяжелых по регистру, но длительно персистирующих и нередко развивающихся исподволь, объяснял как позднее обращение к психиатру, так и отсутствие критики к расстройствам у пациентов, что влекло за собой слабую заинтересованность в терапии и низкий уровень комплайентности. Кроме того, ведущие психопатологические нарушения развивались у них, в подавляющем большинстве случаев, на отчетливом резидуальном церебрально-органическом фоне, сосуществовали в комплексе с иными психосоматическими/соматическими расстройствами (острыми/хроническими аллергическими/псевдоаллергическими состояниями, нестабильностью АД, термоневротическими проявлениями) и психофизиологическими особенностями пубертата, определявшими специфику ответа на терапию.

Все пациенты получали алимемазин в течение длительного (от 3-х до 12 месяцев) времени в дозе 7,5-15 мг/сутки с плавным ее титрованием. Помимо воздействия на оформленные психопатологические проявления (неразвернутые субпсихотические состояния, аффективные нарушения, тревожные симптомы, обсессивные феномены, психопатоподобные расстройства), препарат продемонстрировал высокую результативность в отношении соматопатической симптоматики. Особенно заметным было его действие в отношении нивелирования поведенческих девиаций, как вызванных собственно психопатоподобной симптоматикой, так и маскирующих расстройства настроения (особенно в структуре состояний со смешанным аффектом или быстрой смене фаз в рамках формирующейся патологии личности круга шизофрении).

Благодаря одновременному воздействию препарата на различные мозговые структуры, удавалось добиться полной или хотя бы частичной редукции различных расстройств (как психических, так и психосоматических), выявляемых у данных пациентов. Отсутствие депрессогенного эффекта и симптомов подавления интеллектуальной активности, дневной сонливости позволило длительно использовать его в амбулаторных условиях, давая возможность подросткам продуктивно продолжать учебу.

При этом мягкое седативное и гипнотическое воздействие алимемазина устраняли диссомнии, нормализовывали у больных ритм сна-бодрствования. Кроме того, не было выявлено крайне нежелательного для этих пациентов (учитывая

их возрастную склонность к гипотензии) выраженного гипотензивного действия, цифры АД и частота сердечных сокращений оставались стабильными. Не регистрировалось также характерных для атипичных антипсихотиков у этой возрастной категории эндокринных побочных эффектов (прибавки в весе, гиперпролактинемии, повышения уровня глюкозы в крови).

Кроме того, широкий спектр действия препарата давал возможность в ряде случаев избежать полипрагмазии (в частности, не назначая при расстройствах настроения легкого регистра антидепрессанты и нормотимики, исключив из схемы лечения становящиеся ненужными антигистаминные средства).

Таким образом, применение обсуждаемого препарата у обсуждаемой категории пациентов отвечало требованиям сочетания эффективности и безопасности, предъявляемым к лекарственным средствам, используемым при лечении лиц детско-подросткового возраста.

## ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ БОЛЬНЫХ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПЕРВОМ ДЕСЯТИЛЕТИИ 21-ГО ВЕКА

**В.В. Грачев**

*Российская медицинская академия последипломного образования, Москва*

Актуальность изучения расстройств пищевого поведения (РПП) обуславливается достаточно высокой распространенностью этой формы психической патологии в подростковом возрасте, зачастую неблагоприятным течением и значительным негативным влиянием, оказываемым как на физическое развитие больных, так и формирование социальных функций в крайне уязвимом периоде онтогенеза. По суммарным данным научной литературы, более чем у 20% больных с подростковыми РПП наблюдается в дальнейшем хроническое течение заболевания, а у 30% — выраженная социальная дезадаптация с неспособностью самостоятельно обеспечить свою жизнь. Последние годы различными группами исследователей отмечается «омоложение» нервной анорексии/нервной булимии и рост их распространенности у детей и подростков.

С целью уточнения динамики обращаемости больных подросткового возраста с РПП спектра нервной анорексии-булимии и возможных изменений психопатологической картины заболевания был проведен сравнительный анализ двух выборок больных. Первую составили подростки (15-18 лет), первично обратившиеся за медицинской помощью в подростковые отделения ПКБ №15 г. Москвы в 1999-2000 гг., вторую — в 2009-2010 гг.

В 1999-2000 гг. в подростковых отделениях специализированная помощь была оказана 1369 первичным больным (968 юношам и 401 девушке). РПП были выявлены у 18 подростков (исключительно женского пола), что составило 1,3% от всего контингента обратившихся и 4,5% от обратившихся за помощью девушек.

В 2009-2010 гг. в подростковых отделениях помощь была оказана 1233 первичным больным (921 юноше и 312 девушкам). РПП были диагностированы у 38 подростков: 2 мужского и 36 женского пола, что составило 3,1% от всего контингента обратившихся. Среди больных мужского и женского пола распространенность РПП составила 0,2 и 11,5% соответственно.

В 1999-2000 гг. наиболее часто встречающейся формой РПП у первично обратившихся за лечебной помощью подростков была так называемая рестриктивная нервная анорексия, при которой снижение массы тела достигается в первую очередь ограничением приема пищи и физическими упражнениями, наблюдавшаяся в 11 (61,5%) случаев. Нервная анорексия с приступами переедания и очистительным поведением была диагностирована в 4 (22%) случаев, нервная булимия – в 2 (11%), атипичные РПП – в 1 (5,5%).

В 2009-2010 гг. рестриктивная нервная анорексия была выявлена у 14 (39%) больных, нервная анорексия с приступами переедания и очистительным поведением – у 4 (11%); нервная булимия – у 8 (21%), атипичные РПП – у 10 (29%) (для правомочности соотнесения групп учитывались больные только женского пола).

Средний возраст манифестации заболевания у больных первой и второй группы достоверно не различался и составлял  $14,9 \pm 1,4$  лет и  $15,2 \pm 1,9$  года соответственно.

Проведенное исследование показало статистически достоверное увеличение обращаемости подростков с РПП в первом десятилетии 21-го века. Такое значительное, более чем двукратное, увеличение обращаемости может свидетельствовать о росте их распространенности в этой возрастной группе.

Отсутствие достоверных изменений возраста манифестации, по-видимому, указывает на отчетливую приуроченность этой патологии к подростковому возрасту и отсутствие значимых тенденций к распространению расстройств спектра нервной анорексии-булимии на младшие возрастные категории. Описанные в литературе и встречающиеся в клинической практике случаи нервной анорексии у детей моложе 12 лет остаются единичными наблюдениями.

Определенные изменения произошли и в клинических проявлениях: если в конце 90-х годов 20-го века в структуре РПП отчетливо преобладала нервная анорексия, в первую очередь рестриктивный тип, то в 2009-2010 гг. картина РПП стала более гетерогенной. Значительно возросло число случаев нервной булимии, и особенно, атипичных форм. Несмотря на не полное соответствие атипичных форм

критериям нервной анорексии и нервной булимии и, казалось бы, сглаженный субклинический характер расстройств они сопровождаются выраженным дистрессом, значительными нарушениями психического состояния, высоким уровнем коморбидной психической патологии и приводят к выраженным нарушениям социального функционирования.

Относительно небольшое число больных не позволяет сделать окончательных выводов о динамике клинических проявлений и обращаемости больных в первом десятилетии 21-го века. Однако полученные данные хорошо дополняют результаты других исследований и подтверждают гипотезу о росте распространенности РПП в подростковом возрасте и их определенном патоморфозе. Высказанные предположения требуют подтверждения дальнейшими исследованиями и анализом данных больных, наблюдавшихся в других медицинских учреждениях.

### **НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА**

**З.К. Гусманова**

*ГБУЗ «Научно-практический центр охраны психического здоровья детей и подростков» ДЗ г. Москвы, Москва*

**Целью исследования** является изучение предикторов нарушения пищевого поведения у больных детского и подросткового возраста с синдромом нервной анорексии, изучение влияния преморбидных особенностей, исследование нутритивного статуса и пищевого анамнеза, разработка основных дифференциально-диагностических критериев оценки тяжести состояния и соответствующих способов коррекции имеющихся нарушений с проведением дальнейшей психосоциальной реабилитации. В настоящее исследование вошли результаты клинико-динамического изучения 26 пациентов женского пола с синдромом нервной анорексии в возрасте от 7 до 18 лет, находившихся на стационарном лечении в НПЦ ПЗДП с 2010 г. по 2012 гг.

**Результаты исследования.** Среди обследованных в 27% случаев выявлена наследственная отягощенность по психическим заболеваниям, явления перинатальной патологии прослеживаются у 77% обследованных. Особенности преморбидного соматоэндокринного состояния (тенденция к ускоренному половому созреванию, склонность к полноте) выявляются у 73% пациенток. Почти в 100% случаев в преморбиде у больных наряду с преобладанием тревожных и истерических черт характера отмечались такие особенности, как эгоцентризм, завышенный уровень притязаний, настойчивость в достижении собственных целей. С целью профилактики вторичных соматоэндокринных осложнений, разработки основных дифференциально-диагностических критериев оценки тяжести состояния и



соответствующих способов коррекции имеющихся нарушений необходимо оценить следующие аспекты пищевого анамнеза: сроки изменения привычного пищевого поведения, скорость потери массы тела, наличие эпизодов переедания, провоцирование у себя рвоты, злоупотребление слабительными и диуретическими средствами, функционирование органов желудочно-кишечного тракта, гидратация, ограничение ассортимента потребляемых продуктов, употребление алкоголя, прием витаминов и биологически активных добавок. В исследуемой группе пациентов в 23% случаев наблюдался дефицит массы тела (ИМТ 16-18), а в 77% случаев – выраженный дефицит (ИМТ<16). Потеря массы тела у 23% пациенток составила меньше 10 кг, у 41% – от 10 до 20 кг, а в 36% случаев потеря массы составила более 20 кг. При оценке нутритивного статуса стало известно, что 68% пациенток отказались от употребления мяса, а еще 41% – от употребления в пищу молочных продуктов. Соматический анамнез при этом был отягощен провоцированием рвоты в 45% случаев, приемом слабительных и диуретических средств в 18% случаев, наличием отеков у 14% пациенток, применением физических нагрузок в 73%. При этом у всех обследованных была выявлена патология ЖКТ, нарушения функционирования сердечно-сосудистой системы, нейрогуморальные нарушения. Проводимая диетотерапия была направлена на прекращение потери веса у пациенток и постепенное регулирование пищевого поведения. С этой целью соблюдалось рациональное соотношение пищевого потребления и энергетических затрат. За месяц прибавка в весе у 63% пациенток составляла от 1 до 3 кг, у 37% – от 3 до 5 кг. С момента поступления в стационар с пациентами еще на этапе обследования проводилась психотерапия. Целями последней были коррекция представлений пациенток об идеальном весе, формирование навыков рационального питания и методов поддержания желаемого веса, осознание пациентками роли эмоционально-личностных проблем в генезе нарушений пищевого поведения. Целью фармакотерапии являлась коррекция соматоэндокринных нарушений с одновременным применением психотропных препаратов (постепенно наращивались дозы нейрореплетиков, по показаниям добавлялись транквилизаторы и антидепрессанты). Продолжительность курса лечения зависела от состояния больной и составляла в 59% случаев 2 месяца, в 27% – 1 месяц, в 14% – 3 месяца.

#### **Выводы:**

1. Результаты проведенного исследования указывают на высокий уровень риска развития синдрома нервной анорексии у лиц женского пола в препубертатном и пубертатном возрастных периодах.

2. В формировании данной патологии несомненна роль преморбидных особенностей (как характерологических, так и соматоэндокринных), микросредовых влияний, психогенных и соматических факторов.

4. Анализ пищевого анамнеза обследуемых показал, что все пациентки, госпитализированные в НПЦ ПЗДП, обратились за помощью на поздних сроках заболевания (у 77% больных – выраженный дефицит массы тела с ИМТ<16).

6. Оценка нутритивного статуса свидетельствует о наличии выраженной белково-энергетической недостаточности.

8. При лечении расстройств пищевого поведения необходимо основываться на взаимодействии фармакотерапии, психотерапии, диетотерапии и психосоциальной терапии.

### **ПРИЧИНЫ ТРУДНОСТЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПОЛИМОРФИЗМА СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП**

**И.В. Добряков**

*СЗГМУ им. И.И. Мечникова  
ФГБОУ ВПО СПб ГУ, Санкт-Петербург*

Нестабильность политической, экономической обстановки в современном мире приводит к тому, что часто и взрослые, и дети попадают в психотравмирующие ситуации, чреватые возникновением острых и посттравматических стрессовых расстройств.

В период разработки Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) было широко распространено мнение, согласно которому, у детей, оказавшихся в психотравмирующей ситуации, последствия, в отличие от взрослых, как правило, незначительны. Считалось, что, они проходят без психологической и медицинской помощи спонтанно и не причиняют серьезного вреда психическому здоровью ребенка (Garmezy N., 1986; Quarantelli E.L., 1985 и др.). В связи с этим было решено, что в МКБ-10 необходимости создания специальной диагностической категории для стрессовых реакций у детей по типу посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у взрослых нет. Это решение отражает большие трудности диагностики отличающихся выраженным полиморфизмом как острых, так и посттравматических стрессовых расстройств у детей и подросток. Однако они есть. Практический опыт многих врачей и психологов показывал несостоятельность игнорирования последствий у детей перенесенных ими психических травм, а также опасность не предоставления им необходимой психологической и психотерапевтической помощи. Так проведя наблюдения и исследования за детьми, перенесшими психическую травму, А.С. McFarlane с соавторами установили, что у многих отмечается отставленная посттравматическая стрессовая симптоматика, разворачивающаяся только спустя 8 месяцев (McFarlane A.C., Policansky S., Irvin C.P., 1987). Таким образом, выводы о незначительности и кратковременности последствий психических

травм для детей и подростков на основании наблюдений в течение небольшого периода времени были подвергнуты сомнению. Другие авторы критиковали методики, при помощи которых были сделаны подобные выводы (Yule W., Williams R., 1990). Клинико-психологические исследования К. Nader с соавторами убедительно показали, что через 14 месяцев после травмы 74% детей имели признаки ПТСР разной степени выраженности (Nader K., Rynos R.S., Fairbanks L., Frederick C., 1990).

Под влиянием этих, а также подобных работ уже в четвертом варианте принятой в США в 1987 году многоосевой нозологической системе Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM IV), разработанной American Psychiatric Association (APA), описано (правда, в примечаниях), что у детей, переживших психическую травму, отмечаются повторяющиеся игры. Причем эти игры отражают темы травматического события. В последнем пятом варианте DSM (DSM-V), официально принятом в 2013 году, примечаниями не ограничились. В новой главе «Расстройства, связанные с травмами и стрессами» приведен особый дополнительный подтип ПТСР (PTSD), который встречается «у детей младше 6 лет». Многочисленные наблюдения и исследования практических врачей и психологов, ученых (Венгер А.Л., Морозова Е.И., 2009; Зубова Е.А., 1998; Кекелидзе З.И. с соавт., 2002, 2004; Портнова А.А., 2004, 2005, 2007; Hornor G., 2013 и др.) убедительно доказывают, что последствия психических травм отмечаются у детей разных возрастов, и, несмотря на полиморфность симптоматики, имеют общие основные признаки травматического стрессового расстройства: повышенную возбудимость; реакции избегания всего, что напоминает о травме; симптоматику прямо или косвенно отражающую повторное переживание травмы; блокировку эмоционально-волевой сферы.

Отличия симптоматики травматических стрессовых расстройств у детей разных возрастных групп, столь затрудняющие диагностику, объясняются, с нашей точки зрения, прежде всего сменой в различные возрастные периоды четырех *уровней преимущественного нервно-психического реагирования*, выделенных и описанных В.В. Ковалевым (1985): соматовегетативного (0-3 года); психомоторного (3-7 лет); аффективного (5-10 лет) и эмоционально-идеаторного (11-17 лет).

Наш опыт работы (в 2004-2005 годах с жертвами террористического акта в Беслане; с детьми и подростками Чеченской Республики, пережившими две 2 войны; с получившими стрессовое расстройство во время кровавого межнационального конфликта в Ошской и Жалалабадской областях Кыргызской Республики в июне 2010 года), показал, что принимая во внимание преобладающий уровень нервно-психического реагирования детей, легче диагностировать стрессовые расстройства, формировать терапевтические доверительные отношения, находить пути оказания психологической и психотерапевтической помощи.

## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЗАДЕРЖЕК ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, ОСЛОЖНЕННЫХ СИНДРОМОМ АФФЕКТИВНОЙ НЕУСТОЙЧИВОСТИ

Д.А. Емелина

ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева»,  
Санкт-Петербург

Клиническая картина задержек психического развития (ЗПР) складывается из основных, «базовых» признаков и из сопутствующих психопатологических феноменов, которые вносят значительное своеобразие в облик ребенка, определяют особенности его поведения, контакта с окружающими, круг интересов. Различными авторами (Ковалев В.В., 1979; Асанова Н.К., 1988; Гайдук Ф.М., 1988; Кузнецов И.А., 1996) делались попытки выделять варианты ЗПР в зависимости от особенностей клинической картины, однако исследований в отношении коморбидных ЗПР синдромов не проводилось.

В отделении детской психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева были обследованы 137 детей, у которых была диагностирована задержка психо-речевого развития, осложненная коморбидной симптоматикой. Нередким было сочетание ЗПР и синдрома аффективной неустойчивости. Численность этой группы составила 11% от общего количества пациентов (15 человек), все мальчики.

Клинический анализ позволяет говорить о наличии характерных особенностей, свойственных этим пациентам.

У таких детей доминирует высокая интенсивность эмоциональной возбудимости – эксплозивность, которая выражается в бурной взрывчатости аффекта. Аффект по своей силе неадекватен вызвавшим его раздражителям. Как правило, недостаточность эмоционального контроля над аффективными реакциями и поведением в целом сочетается со склонностью к импульсивным реакциям. Дети капризны, эмоционально лабильны, склонны «закапывать истерики», если им в чем-то отказывают, однако, эпизоды аффективных вспышек наблюдаются также и без видимой причины.

У части детей отмечается застойность аффекта, родители жалуются, что ребенка никак не успокоить, ничем не отвлечь. Чаще, чем в других группах отмечаются примитивные демонстративные реакции: падение на пол, выгибание спины, разбрасывание вещей, имитация аутоагрессивных действий. Следует отметить, что большинство детей эмоционально достаточно дифференцированы, их эмоции разнообразны, яркие, порой отличаются чрезмерной силой.

Сопутствующий синдром аффективной неустойчивости осложняет адаптацию ребенка в коллективе. Такие дети тянутся к сверстникам, стремятся к контакту, однако в связи с эксплозивностью, недостаточностью эмоционально-волевого контроля, совместная игра довольно быстро перерастает в конфликт. При контакте со взрослыми, вызывающими тревогу у ребенка (например, врачом), ребенок

может быть замкнут, вести себя негативистично, сопротивляться контакту, проявлять агрессию, примитивные демонстративные реакции. При попытках настоять на выполнении – возникают типичные аффективные вспышки: ребенок разбрасывает материал, кричит, падает на пол и т.д. Переключить на выполнение другого задания сложно. Часто педагоги, столкнувшись однократно с реакциями негативизма, возбуждения, аффекта, отказываются от дальнейших занятий с ребенком. Неправильное поведение педагогов и родителей в момент аффективной вспышки может закрепить у ребенка такой стереотип поведения, и в дальнейшем эта реакция приобретает характер манипулятивной. Такая же ситуация может наблюдаться в детском саду – в массовой группе такой ребенок обычно не удерживается, воспитатели стараются убедить родителей забрать ребенка из сада. Необходимо посещение коррекционного детского сада, индивидуальные занятия с психологом и логопедом. Такие дети нуждаются в постоянном подкреплении (при правильном выполнении задания), похвале.

Таким образом, можно говорить, что основные особенности данного варианта ЗПР заключаются в эмоциональной сфере, а именно, в повышенной возбудимости, эксплозивности и недостаточности эмоционального контроля.

В целом, динамика когнитивных нарушений на фоне проведения коррекционных занятий при данном типе ЗПР довольно благоприятная. Это, скорее всего, обусловлено хорошей контактностью детей, достаточной дифференцированностью эмоций, положительным эмоциональным ответом на похвалу. Динамика же самого синдрома аффективной неустойчивости незначительная: повышенная возбудимость, вспыльчивость могут сохраняться несмотря на улучшение интеллектуальных показателей, и обычно требуют коррекции медикаментозной терапией.

### К ВОПРОСУ О СПЕЦИФИКЕ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЭНДОГЕННОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

**А.А. Коваль-Зайцев, А.И. Хромов, Н.В. Зверева**

*ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН,  
Москва*

Проблема когнитивного дефицита при расстройствах шизофренического спектра интенсивно исследуется в последние десятилетия преимущественно на взрослых больных. Меньшее внимание уделяется этой проблеме в детской и подростковой клинике. Имеются отдельные работы, показывающие наличие разных видов когнитивного дизонтогенеза у детей с РАС (Коваль-Зайцев А.А., 2010); описывающие динамику когнитивного развития детей и подростков с эндогенной психической патологией (Хромов А.И., 2012) и органической патоло-

гией ЦНС (Лассан Л.П., 2010). Малоисследованным остается вопрос о нозологической специфике когнитивного дефицита.

**Цели исследования:** выявить нозологическую специфику наиболее выраженных дефицитов познавательных процессов у детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра.

**Выборки испытуемых.** Исследование проводилось на базе клинического отделения отдела детской психиатрии (руководитель – д.м.н. Н.В. Симашкова) ФГБУ «НЦПЗ» РАМН и включало 207 больных в возрасте от 7 до 16 лет (средний возраст –  $12,5 \pm 2,4$  лет), из них 145 мальчиков. Диагнозы: шизофрения, детский тип (ШДТ); шизотипическое расстройство (ШТР); другие формы шизофрении (ДФШ).

**Дизайн исследования.** Выраженность когнитивного дефицита познавательных процессов у больных оценивалась с помощью патопсихологических методик (произвольная слухоречевая память – «10 слов», произвольная внимание – «таблицы Шульте», мышление – «конструирование объектов»). Результаты их выполнения после сравнения с нормативными данными были переведены в z-шкалы, которые использовались в качестве показателей выраженности когнитивного дефицита. 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 дефицит. Дефицитарным считался показатель  $z < -1$ . Такой подход позволил сравнивать испытуемых разного возраста между собой по уровню когнитивного дефицита.

**Результаты исследования.** Была обнаружена нозологическая специфика когнитивного дефицита, которая проявлялась в следующем. Больным ШДТ в наибольшей степени свойственен дефицит сразу нескольких познавательных процессов: памяти, внимания и мышления (24%), памяти и мышления (16%), памяти и внимания (16%); при этом доля больных, не имеющих дефицитарных показателей (близких к возрастной норме) составила лишь 6%.

У больных ДФШ в первую очередь страдают сферы внимания и мышления: дефицит внимания – 28%, дефицит мышления – 18%, дефицит внимания и мышления – 21%. Доля больных ДФШ с близкими к возрастной норме (бездефицитарными) показателями составила 5%.

У больных ШТР картина когнитивного дефицита в целом сглаженная. Выраженная дефицитарность отмечалась лишь в сфере внимания (24%). При этом доля больных ШТР с близкими к возрастной норме показателями составила 16%.

**Обсуждение и выводы.** Таким образом, можно предполагать, что принадлежность детей и подростков к той или иной форме эндогенной психической патологии обуславливает специфическую картину когнитивного дефицита. Выраженная дефицитарность сразу всех исследованных позна-

вательных процессов у больных детской формой шизофрении, по-видимому, связана с формирующимся/уже сформированным когнитивным дефектом. Состояние когнитивной сферы больных шизотипическим расстройством ближе к нормативному, при этом сохраняется дефицитарность внимания. Больные другими формами шизофрении занимают промежуточное положение с преимущественным дефицитом сфер внимания и мышления.

Затронутая проблема нуждается в дальнейшем более подробном изучении с включением дополнительных параметров оценки состояния когнитивной сферы, в увеличении выборки испытуемых, в использовании более строгих критериев оценки выраженности когнитивного дефицита.

### ДИНАМИКА НЕВРОЗОПОДОБНЫХ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

**В.В. Колмогорова, В.М. Полецкий**

*ГОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск*

**Актуальность проблемы.** Важность изучения клиники и динамики неврозоподобных состояний резидуально-органического генеза определяется не только постоянным ростом пограничных состояний в общей структуре психических заболеваний, но и их резистентностью к терапии, тенденцией к затяжному течению, нарушающему нормальное формирование личности подростка.

**Материал и методы исследования.** Клинико-динамическим методом обследовано 504 детей и подростков в возрасте 7 – 15 лет, средний возраст  $13 \pm 0,7$  года (220 – женского и 284 мужского пола) с клиническими проявлениями церебральных и неврозоподобных состояний резидуально-органического генеза. Обследование проводилось на базе Челябинской областной клинической специализированной психоневрологической больницы №1. Длительность катamnестического наблюдения  $14 \pm 1,3$  года. Результаты заносились в карту обследования и статистически обрабатывались. Резидуально-органический характер поражения головного мозга подтверждался неврологическими, нейровизуализационными и нейрофизиологическими исследованиями.

**Результаты исследования.** Проведённое исследование позволило выделить клинические варианты динамики резидуально-органических церебральных и неврозоподобных синдромов в различные периоды детства, проследить возрастное изменение клинической картины нарушений, оценить вклад различных патогенных факторов, влияющих на этот процесс. Были выделены следующие виды клинической динамики расстройств: регрессирующая, декомпенсация, неустойчивая компенсация, рецидивирующая с декомпенсациями и трансформационная.

**Выводы.** Таким образом, клиническая динамика церебральных и неврозоподобных синдромов резидуально-органического генеза в 28% случаев носит отчетливо благоприятный, регрессирующий характер. В 64% случаев наблюдаются состояния декомпенсации, различной длительности и клинической картины, в которой часто преобладают соматовегетативные расстройства. В 8% случаев развиваются более грубые психические расстройства других нозологических групп.

### РОЛЬ ГЕНОТИПИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА 5-HTTLPR ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

**А.В. Копытов\*, И.М. Голошенко\*\***

*Республиканский научно-практический центр психического здоровья\**

*Лаборатория нехромосомной наследственности Института генетики и цитологии НАН Республики Беларусь\*, г. Минск, Республика Беларусь*

По данным ВОЗ Республика Беларусь входит в число девяти государств с экстремально высоким показателем потребления алкоголя. В группе молодых мужчин наблюдается высокая смертность: каждый четвертый смертельный случай в этой популяционной группе связан со злоупотреблением алкоголя при дорожно-транспортных происшествиях, отравлениях, самоубийствах или драках.

Одним из наиболее значимых патогенетических механизмов формирования алкогольной зависимости (АЗ) в подростковом возрасте являются генетические факторы.

Современные исследования свидетельствуют, что в формировании АЗ помимо полиморфизмов генов алкогольдегидрогеназ ADH 1-го класса (ADH1B и ADH1C) вовлечены также полиморфные варианты генов нейротрансмиссии, оказывающие влияние на нейрохимические процессы в мозге. Основное внимание направлено на изучение генов, кодирующих белки нейромедиаторных систем головного мозга, тесно связанных с эмоциональными процессами и мотивацией. Аллельные варианты генов системы нейротрансмиссии вносят вклад в формирование АЗ и влияют на клинические особенности течения данного заболевания.

В исследованной литературе не встретили данных о вкладе полиморфизма переносчика (транспортера) серотонина 5-HTTLPR в прогрессивность АЗ. Никогда ранее молекулярно-биологические методы в наркологии РБ не применялись.

Прикладное значение молекулярно-генетических исследований заключается в объективной необходимости разработать и внедрить методы ранней диагностики, профилактики и лечения АЗ. Для этого следует развивать внедрение новых для наркологии в нашей стране исследовательских технологий.

**Цель исследования** – изучение вклада полиморфизма транспортера серотонина 5-HTTLPR в прогредентность алкогольной зависимости (АЗ) у лиц молодого возраста белорусской популяции для последующей оптимизации процессов лечения.

**Дизайн:** клиническое наблюдение-аналитическое исследование с использованием направленного формирования групп методом случай-контроль.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 229 субъектов мужского пола. Основная группа (ОГ) состояла из 107 субъектов мужского пола с АЗ в возрасте от 14 до 18 лет. Контрольная группа (КГ) – 122 человека без АЗ того же возраста. ОГ разделена на 2 подгруппы: 55 человек с относительно быстрым формированием АЗ (до 2 лет) и 52 человека со средней прогредентностью – 5 и более лет.

Анамнестические сведения и диагностика АЗ по МКБ-10, AUDIT, «Б-ИТА». Генотипическое исследование методом ПЦР в соответствии со стандартным протоколом.

**Результаты исследования.** На первом этапе при сравнении распределения частот гена переносчика серотонина 5-HTTLPR в ОГ и КГ не выявлено достоверных отличий по частоте его встречаемости ( $\chi^2=0,2$ ;  $p=0,9$ ).

На втором этапе исследовали распределения частот полиморфизмов 5-HTTLPR у пациентов ОГ с ранним и поздним вариантами формирования АЗ. Контрольная группа здоровых лиц на этом этапе была исключена из анализа. У пациентов с ранним формированием АЗ статистически достоверно чаще обнаруживался вариант LL гена переносчика (транспортера) серотонина 5-HTTLPR ( $\chi^2=10,1$ ;  $p=0,04$ ).

Результаты проведенного исследования позволяют констатировать, что полиморфизм LL гена переносчика (транспортера) серотонина 5-HTTLPR предрасполагает к быстрому формированию синдрома зависимости от алкоголя. Вероятно, это связано с дефицитом серотонина в синапсах из-за функционально-активного аллеля LL гена переносчика (транспортера) серотонина 5-HTTLPR, энергично перемещающего серотонин из синаптической щели в пресинаптический нейрон. Если предположение верно, раннее формирование синдрома зависимости от алкоголя происходит через биологические и психологические механизмы, опосредованные вышеуказанными особенностями трансмиссии серотонина. Полученные результаты могут открыть перед наркологической службой новые перспективы лекарственной коррекции и профилактики АЗ в популяции подростков и молодых мужчин.

#### **Выводы:**

1) генотип LL гена 5-HTTLPR предрасполагает к быстрому формированию синдрома зависимости от алкоголя;

2) формирование АЗ у лиц молодого возраста происходит с участием биологических и психологических механизмов, опосредованных генетическим полиморфизмом метаболизма серотонина;

3) полученные результаты указывают на необходимость разработки и внедрения методов профи-

лактики и лекарственной терапии АЗ у подростков мужского пола и молодых мужчин с опорой на особенности центрального метаболизма серотонина.

## **ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ КРИТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ В РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД**

**Н.А. Луговых, Е.В. Малинина**

*ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск*

Проблема когнитивных расстройств в настоящее время является одной из наиболее актуальных и значимых с медико-социальной точки зрения. В детском возрасте нарушения когнитивных функций встречаются не менее чем в 20%. (Ю.Ф. Антропов, 1996; Н.Н. Заваденко, 2006). Среди биологических причин когнитивных расстройств детского возраста наиболее часто рассматриваются генетическая предрасположенность и перинатальная патология (Д.О. Иванов, 2010; Н.А. Луговых, 2013; D.E., Odd, 2011). Значительное влияние на интеллектуальное развитие ребенка также оказывают социальные факторы (Г.Г. Буторин, 2006; Пори Никол, 2009; Van Ijzendoorn M., 2006).

**Цель исследования:** изучить причины возникновения когнитивных расстройств у детей дошкольного возраста, перенесших критическое состояние в ранний неонатальный период. Использовалась комплексная оценка клинических, экспериментально-психологических, параклинических, статистических данных исследования. В группу обследования вошло 100 детей дошкольного возраста 5-6 лет, которые перенесли критическое состояние в ранний неонатальный период. Все дети ( $n=100$ ) имели психопатологический симптомокомплекс, отвечающий критериям резидуально-органического психосиндрома детского возраста. В ходе работы было выделено 3 группы по результатам тестирования интеллекта. 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).

В процессе исследования были выделены статистически достоверные биологические факторы риска, а именно, наследственная отягощенность родителей по соматической патологии во всех трех группах, особенно у детей из 2 и 1 групп ( $P<0,05$ ) и по наркологической патологии у детей из 3 и 2 групп ( $P>0,05$ ). Во всех группах состояние здоровья родителей было очень низким ( $P<0,01$ ). Молодой возраст родителей преобладал у детей 3 группы ( $P<0,05$ ). При рассмотрении показателей акушерско-родового анамнеза обнаружено, что во всех группах был высокий процент недоношенных, глубоко недоношенных детей было больше в 3 группе ( $P<0,05$ ). Причем

у матерей этой группы чаще встречалась экстрагенитальная патология ( $P<0,01$ ), а также высокий процент генитальной инфекции. Акушерские пособия чаще применялись в 1 и 2 группах – экстренное и плановое оперативное родоразрешение, «выдавливание», стимуляция родовой деятельности ( $P<0,05$ ). Количество тяжелых новорожденных (оценка по шкале Апгар 5-3 баллов) среди детей 3 группы было в 2 раза больше ( $P<0,01$ ), чем у детей 1 группы. Новорожденные с низкой массой тела при рождении (1500-1000 гр.) преобладали во 2 группе детей ( $P<0,05$ ). Таким образом, тяжесть состояния новорожденных определялась степенью недоношенности, обусловленной сочетанием экстрагенитальной патологии, урогенитальной и внутриутробной инфекции (ВУИ), преимущественно среди детей 3 группы, наличием у них родовых травм, с последующим формированием тяжелых психических расстройств. При изучении данных реанимационных карт новорожденных у 64% детей верифицирована ВУИ. Из них, у 46,9% новорожденных диагностированы ВУИ-цитомегаловирусная (ЦМВ), вирус простого герпеса (ВПГ), вирус краснухи и их сочетание, а также сочетание ЦМВ и ВПГ с хламидийной и уроплазменной инфекцией. ВУИ преобладали у недоношенных и особенно глубоко недоношенных детей. Можно полагать что, внутриутробные инфекции сыграли существенную роль в развитии хронической фетоплацентарной недостаточности и хронической гипоксии плода, что могло стать причиной невынашивания беременности, преждевременных родов. По результатам сравнительного анализа этиологии поражения ЦНС между группами у детей первого года жизни, перенесших неонатальную реанимацию, выявлено, что поражения ЦНС у детей первого года жизни гипоксически-ишемического, дисметаболического генеза преобладали у детей с сохранным интеллектом ( $P<0,01$ ), гипоксического генеза – у детей с ЗПР ( $P<0,05$ ).

В ходе исследования статистически значимыми были выявлены следующие социальные причины: неблагоприятные материально-бытовые условия жизни родителей преобладали у детей 3 группы; высшее образование имели преимущественно матери детей 1 группы; среднее специальное образование превалировало у отцов детей 2 группы, а среднее образование у матерей среди детей 3 группы.

Изучение причин возникновения когнитивных расстройств у детей дошкольного возраста, перенесших критическое состояние в ранний неонатальный период, позволило определить, что на уровень развития интеллекта повлияли: неблагоприятные материально-бытовые условия жизни, низкий уровень образования и наркологические заболевания родителей, низкие показатели здоровья матери, генитальные и внутриутробные инфекции, глубокая недоношенность, гестационный возраст 28-33 недель, низкие показатели по шкале Апгар и родовая травма. Раннее выявление и устранение причин возникновения когнитивных расстройств у детей имеет важное практическое значение для профилактических и реабилитационных мероприятий.

## КЛИНИКА ОЛИГОФРЕННЫХ ПСИХОЗОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

И.В. Макаров

ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева»,  
Санкт-Петербург

Классификация психотических расстройств у больных с умственной отсталостью (олигофренией), а также их нозологическая трактовка по-прежнему остаются спорными. Психозы у больных с олигофренией могут быть вызваны различными экзогенно-органическими вредностями (черепно-мозговые травмы, интоксикации, инфекции и др.), при этом клиническая картина заболевания принципиально не отличается от подобных психозов у детей с сохранным интеллектом. Выделяются также эндогенные (в частности, пфпропфшизофрения) и психогенные психозы у умственно отсталых лиц и так называемые олигофренические психозы. Последние возникают не как следствие каких-либо экзогенных вредностей или дебютировавших психических заболеваний на фоне умственной отсталости, а развиваются аутохтонно и являются психозами *sui generis*.

Нозологическая принадлежность подобных психотических нарушений у больных олигофренией неясна, а сами эти психозы не укладываются в рамки существующих нозологических форм и их необходимо отграничивать от пфпропфшизофрении.

Нами наблюдались 27 детей с олигофреническими психозами, направлявшихся в детский психиатрический стационар или лечившихся амбулаторно в период с 1992 по 2013 г. Все дети страдали умственной отсталостью в степени дебильности. Средний возраст больных составил  $12\pm 1,2$  г. Длительность катамнеза составила до 12 лет. Клинико-психопатологический анализ олигофренических психозов у детей позволил выделить три клинических варианта: 1. психозы с аментивной спутанностью сознания, 2. шизофреноподобные психозы, 3. вербальные галлюцинозы, 4. психозы с преобладанием психомоторного возбуждения.

В отличие от детей с шизофренией, у больных с олигофреническими психозами не наблюдается специфических шизофренических изменений в аффективной и волевой сферах ни во время, ни после перенесенного психоза. Олигофренические психозы не сопровождаются специфическими для шизофрении нарастающими апато-абулическими расстройствами и структурными нарушениями мышления. Даже если ребенок с олигофренией переносит несколько подобных психотических приступов, у него не формируется характерного шизофренического дефекта, в том числе эмоционального обеднения. Можно говорить в этом случае о гораздо более благоприятном прогнозе, чем при шизофрении, а отсутствие специфической шизофренической симптоматики свидетельствует о том, что данные психозы не могут быть отнесены к пфпропфшизофрении. В отличие от больных шизофренией, эти дети с рождения отстают в психическом и моторном развитии, у них наблюдаются многочисленные стигмы дизэмбрио-

генеза и аномалии развития, характерные для олигофрений. То есть олигофренные психозы у детей клинически, по данным анамнеза и прогноза отличаются от ранней детской шизофрении, а также пфпропфшизофрении. Развитие олигофренных психозов *sui generis*, а не как следствие воздействия экзогенно-органических вредностей или психогений требует отличия их и от экзогенно-органических, симптоматических и реактивных психозов. В целом целесообразно выделять психозы у больных с олигофренией (экзогенного генеза или развившееся эндогенное заболевание на фоне умственной отсталости) и олигофренные психозы.

Таким образом, олигофренные психозы являются отличной от других, нозологически самостоятельной группой психотических расстройств, требующей выделения ее в отдельную диагностическую классификационную рубрику. Подобный дифференцированный подход позволит уточнить диагностические критерии олигофренных психозов, а также выработать оптимальную терапевтическую и реабилитационную тактику по отношению к этим больным.

### БИО-ПСИХО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

В.Л. Малыгин, Н.С. Хомерики,  
Ю.А. Меркурьева, А.С. Искандирова

*МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва*

Последние десятилетия интернет-ресурсы становятся все более доступными и распространенными. Вместе с этим нарастает проблема патологического пользования интернетом, особенно среди подростков и юношества. По данным зарубежных авторов распространенность интернет зависимости среди подростков составляет от 0,9 до 37,9% (Egger O., Rauterberg M., 1996; Greenfield D., 1999; Aboujaoude et al., 2006; Johansson A., Gotestam K., 2004, Lily Ghassemzadeh M.A., 2008). Результаты наших исследований (Малыгин В.Л., Хомерики Н.С., Меркурьева Ю.А., 2010-2014) свидетельствуют о том, что 4,3% московских школьников имеют признаки зависимости от интернета, а 29,3% злоупотребляют интернет-ресурсами. Все вышесказанное определяет актуальность исследования факторов риска формирования данного вида зависимого поведения. В течение 2010-2014 гг. нами обследовано 1260 подростка и 71 их родителей.

**Цель исследования** – изучение биологических, индивидуально-психологических и микро социальных (семейных) факторов риска развития интернет-зависимого поведения.

Критерии отбора в группу интернет-зависимых – высокие показатели по данным теста на интернет-зависимость Чена (S.-H.Cnen, 2003; Малыгин В.Л., Феклисов К., адаптация 2010), объектив-

ные клинические признаки зависимого поведения (R.Brown, 1993, M. Griffiths, 1996). Нейропсихологическое обследование 30 интернет – зависимых подростков выявило, что у них, по сравнению с условно здоровыми подростками достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) отмечается сглаженность межполушарного взаимодействия, функциональная слабость межполушарных комиссур и левой передней доли мозга, что проявляется нарушением пространственного праксиса, слухомоторных координации, контроля и регуляции деятельности. Функциональная недостаточность межполушарных взаимодействий увеличивает нагрузку на первый и третий блоки мозга, вызывает повышенную утомляемость.

Подростки могут использовать интернет как способ поддерживать активность и концентрировать внимание. В свою очередь напряженная деятельность в интернете, способствует еще большему истощению, вызывая потребность увеличить «дозу интернета» и формирует тем самым своеобразный порочный круг зависимого состояния. В ряде зарубежных исследований (Yoo H.J. et al., 2004; Diamond A., 2005) также выявлена высокая распространенность синдрома дефицита внимания и двигательной активности (СДВГ), отмечается высокий уровень невнимательности и чрезмерной импульсивности среди интернет-аддиктов. Исследование особенностей семейного воспитания интернет-зависимых подростков выявило, что стиль воспитания в их семьях обладает рядом специфических характеристик: в семьях интернет-зависимых подростков при низком уровне запретов в целом, количество санкций значительно превышает количество санкций в семьях группы нормы, что говорит о непоследовательности и возможной амбивалентности в воспитании родителями подростка.

Образ семьи у интернет-зависимого подростка носит фрустрирующий характер: интернет-зависимый подросток склонен отмечать большую близость с матерью, чем наблюдает родитель. Виртуальное пространство обладает определенными аддиктивными свойствами. Нами было выявлено, что одни ресурсы более аддиктогенны, чем другие. Так многопользовательские он-лайн игры, по сравнению с сервисами он-лайн общения вызывают сравнительно более выраженную степень интернет-зависимости.

Личностные свойства подростка с интернет-зависимым поведением (по данным опросника Кеттелла) отличаются статистически значимым повышением возбудимости, снижением способности к самоконтролю и организованности, эмоциональной неустойчивостью. Исследование акцентуированных черт характера (теста МПДО) выявило, что в группе подростков с интернет-зависимым поведением статистически значимо повышение значений по всем типам акцентуаций (кроме гипертимного типа). В тоже время ведущими акцентуациями характера в группе подростков с интернет-зависимым поведением являются возбудимый, астено-невротический и интровертированный типы. Социальный интел-

лект подростков с интернет-зависимым поведением отличается статистически значимым снижением показателей единой композитной оценки по методике Дж. Гилфорда: подростки с интернет-зависимым поведением испытывают трудности в понимании и прогнозировании поведения людей, а также хуже распознают различные смыслы вербальных сообщений в зависимости от контекста ситуации межличностного взаимодействия.

Исследование эмоционального интеллекта (методика MSCEIT) также выявило наличие снижения эмоционального интеллекта у подростков интернет-аддиктов: затруднение идентификации собственных эмоций, сложности эмоционального контакта с окружающими. Корреляционный и дискриминантный анализ выявил, что наиболее значимыми индивидуально-психологическими факторами риска возникновения интернет-зависимости у подростков являются повышенная возбудимость, сниженный самоконтроль, эмоциональная неустойчивость, неуверенность, повышенная тревожность, а также недостаточная развитость социального и эмоционального интеллекта.

Таким образом факторами риска формирования интернет-зависимого поведения у подростков являются биологические предпосылки (функциональная недостаточность Ц.Н.С.), особенности семейных отношений (дисфункциональные стили воспитания), определенные индивидуально-психологические свойства подростка, определяющие недостаточную развитость его адаптивных способностей.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

С.А. Немкова

*ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России,  
Научный центр здоровья детей РАМН, Москва*

Комплексная диагностика и лечение когнитивных расстройств у детей с заболеваниями нервной системы является важнейшей задачей современной неврологии и педиатрии, поскольку в РФ проживает более 165 тысяч детей-инвалидов по нарушениям когнитивных функций (включая умственную отсталость, речевые расстройства, другие психологические расстройства) – 32,8% от общего количества детей-инвалидов, что определяет высокую социальную значимость данной проблемы (Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., 2011). Мировая статистика последних лет свидетельствует о непрерывном росте случаев острых травм мозга и их последствий, при этом распространенность черепно-мозговой в мире составляет 1,8-6,73 на 1000 населения (Коновалов А.Н., Потапов А.А., Лихтерман Л.Б. и соавт., 1998; Langlois J.A. и соавт., 2006; Faul M., Xu L., Wald M.M., Coronado V.G., 2010). В струк-

туре последствий ЧМТ в отдаленном периоде ведущее место занимают когнитивные и двигательные нарушения, что определяет необходимость поиска и применения в комплексной реабилитации новых, высокоэффективных способов восстановительного лечения, одним из которых является метод динамической проприоцептивной коррекции (МДПК) с использованием лечебно-нагрузочного костюма «Адели» (Немкова С.А., 1998, 2003; Немкова С.А., Маслова О.И., Заваденко Н.Н., 2012).

**Целью исследования** явилась разработка и оценка эффективности применения метода динамической проприоцептивной коррекции в комплексной психоло-педагогической и медико-социальной реабилитации когнитивных, двигательных и поструральных расстройств у детей-школьников с последствиями ЧМТ в отдаленном периоде.

Были обследованы 297 детей и подростков (из них 32 пациента – после легкой ЧМТ, 131 – после среднетяжелой и 134 – после тяжелой ЧМТ) с использованием клиничко-неврологических, психометрических (тест Равена, Школьный тест умственного развития), компьютерных стабилографических и биомеханических методов, до и после курса реабилитации с использованием МДПК, а также курса традиционного лечения.

Результаты исследования свидетельствуют, что у детей-школьников с последствиями ЧМТ отмечается высокая частота психоневрологического дефицита (до 35% после легкой ЧМТ и 100% – после тяжелой ЧМТ).

Показатели психометрических тестов снижены у больных с последствиями легкой ЧМТ, в среднем, на 20%, среднетяжелой – на 54%, тяжелой – на 70%. При использовании МДПК отмечается улучшение вербальных когнитивных функций у больных с последствиями легкой ЧМТ, в среднем, на 19%, среднетяжелой – на 38%, тяжелой – на 44%, невербальных функций – на 9%, 33% и 37% соответственно, что превышает в 1,5-2 раза эффективность традиционного лечения.

Вертикальная устойчивость тела снижена у больных с последствиями легкой ЧМТ на 20%, среднетяжелой ЧМТ – в 3-5 раз, тяжелой ЧМТ – в 8-12 раз. При использовании МДПК вертикальная устойчивость тела повышается ( $p < 0,05$ ) у пациентов с легкой ЧМТ на 34%, среднетяжелой – на 66%, тяжелой на 54% (после традиционного лечения на 2%, 11%, 5% соответственно).

При исследовании биомеханических параметров походки до лечения выявлено снижение временных параметров походки у больных с последствиями среднетяжелой ЧМТ на 47%, тяжелой ЧМТ – на 72%, пространственных параметров походки – на 48% и 57% соответственно. После курса МДПК улучшение ( $p < 0,05$ ) временных параметров походки составило при среднетяжелой ЧМТ 20%, тяжелой ЧМТ 16%, пространственных параметров походки – 34% и 28% соответственно.

Снижение моторной функции рук до лечения у пациентов с последствиями среднетяжелой ЧМТ



составляло 48%, тяжелой – 70%. Эффективность МДПК для восстановления моторики рук в 2-4 раза выше, чем при традиционном лечении.

Таким образом, комплексная система психолого-педагогической и медико-социальной реабилитации с использованием метода динамической проприоцептивной коррекции более эффективна, чем методы традиционного лечения, и способствует восстановлению когнитивных и двигательных функций у 95% детей с последствиями легкой ЧМТ, у 82% пациентов после среднетяжелой и 54% больных после тяжелой ЧМТ, а также улучшению социальной адаптации с восстановлением способности к самообслуживанию у 67% пациентов после ЧМТ средней тяжести и 63% – после тяжелой ЧМТ, к обучению – у 83% и 72% соответственно, а также речевых функций – у 56% и 45% детей.

## КОМОРБИДНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ МИГРЕНИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**Ю.Е. Нестеровский**

*ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России,  
Москва*

Головные боли являются одним из самых частых болевых синдромов в детском и подростковом возрасте. При этом у большинства пациентов наблюдаются первичные головные боли – мигрень и головная боль напряжения (ГБН). Частота встречаемости головной боли увеличивается с возрастом, достигая пика примерно к 11–13 годам как у девочек, так и мальчиков. К возрасту 3 лет головная боль отмечается у 3-8% детей, к 5 годам – у 19,5%, к 7 годам – уже у 37-51,5%. Среди школьников 7-15 лет головными болями страдают от 26 до 82%.

У детей и подростков, как и взрослых пациентов, в основе диагноза первичной головной боли лежат критерии Международной классификации головных болей 2-го пересмотра (МКГБ-II). На основании этих критериев от 7 до 10% детей и подростков страдают мигренью, до 15% – вероятной мигренью и 20-25% – ГБН.

Головные боли у детей и подростков, особенно мигрень, неблагоприятным образом отражаются на качестве жизни и школьной посещаемости по сравнению со сверстниками, не страдающими периодическими головными болями. Достаточно часто у этих пациентов помимо головных болей встречаются другие соматические нарушения, в том числе со стороны сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта, а также эмоциональные расстройства. Функциональные нарушения работы внутренних органов, часто могут быть следствием наличия тревожных расстройств и расстройств настроения.

В рамках МКБ-10 такие состояния входят в рубрику «Соматоформных расстройств» (F45), категорию «Соматоформная вегетативная дисфункция».

Стоит отметить, что сочетание тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с головными болями выше (до 30%), чем в общей популяции.

Особенностью проявлений тревожных и депрессивных расстройств в детском возрасте является слабая дифференцированность непосредственно психических нарушений с преобладанием соматических симптомов. Наличие головных болей у таких пациентов не является изолированной жалобой. В клинической картине помимо жалоб на головные боли часто встречаются другие проявления соматоформных расстройств: кардиалгии, ощущение перебоев в работе сердца, приступообразные боли в животе, ощущение вздутия живота, синдром раздраженного кишечника, нарушения цикла сна – бодрствования, ощущение нехватки воздуха, кома в горле, учащенные мочеиспускания, диффузные миалгии и аллодиния, плохая переносимость как физических, так и эмоциональных нагрузок. Часто у этих пациентов также отмечаются снижение внимания, памяти, с чем бывают связаны ухудшение школьной успеваемости и трудности обучения.

Наличие коморбидных тревожных и депрессивных расстройств у детей и подростков с мигренью является одним из ведущих факторов хронизации головных болей. Установлено, что чем интенсивнее и чаще возникают головные боли, тем более выраженными становятся проявления соматоформной дисфункции. Формируется «порочный круг» когда ухудшение соматического состояния, приводит к нарастанию эмоциональных нарушений в виде снижения фона настроения и раздражительности. Нарастает тревога, нарушается сон, появляется дневная сонливость, что в свою очередь усиливает и учащает приступы мигрени и усугубляет аффективные нарушения.

Поэтому необходимо вовремя диагностировать сопутствующие тревожные и эмоциональные нарушения у детей и подростков с мигренью. При этом в отдельных случаях общепринятые препараты для профилактической терапии мигрени могут ухудшить течение коморбидной патологии. Индивидуальный подход к назначению препаратов с учетом сопутствующей патологии приводит к повышению эффективности профилактической терапии и облегчению течения мигрени.

## ШИЗОТИПИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО В КЛИНИКЕ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ (РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ)

**О.Ф. Панкова, М.А. Чумак**

*ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России,  
Москва*

**Актуальность проблемы** шизотипического расстройства в современной психиатрии связана с решением вопросов дифференциальной диагностики, прогноза и реабилитации больных. Со времени

выделения шизотипического расстройства до настоящего времени не прекращаются споры о месте данного расстройства среди других нозологий. В МКБ-10 оно находится в группе расстройств шизофренического спектра. В DSM-IV расстройство занимало место среди личностной патологии. Производимые в настоящее время ревизии двух основных классификаций психических расстройств (МКБ-11 и DSM-V), несмотря на имеющиеся противоречия и острые моменты, касающиеся клинической практики, отводят шизотипическому расстройству собственное место в группе расстройств шизофренического спектра.

**Целью настоящей работы** явилось изучение распространенности шизотипического расстройства, в том числе в детской и подростковой практике, его основных клинических форм.

**Материалами исследования** явились архивные истории болезни за десятилетний период (2003-2012 гг.) пациентов детской психиатрической больницы №6 (ныне научно-практический центр психического здоровья детей и подростков Департамента здравоохранения г. Москвы, директор – д.м.н. Е.Л. Усачёва).

Общее число детей и подростков, находившихся на стационарном лечении за этот период – 12212 чел. Диагноз из группы расстройств шизофренического спектра (рубрика F2) был выставлен у 1353 пациентов (11,07%). Диагноз шизотипического расстройства (F21) имел место у 442 пациентов, что составило 3,61% от общего числа пациентов и 32,66% от числа пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Гендерное распределение: мужской пол – 352 (79,63%), женский пол – 90 (20,36%).

Впервые в жизни был выставлен диагноз шизотипического расстройства при первичной госпитализации у 323 чел.

Возрастная структура впервые госпитализированных больных: до 6 лет – 7 человек (2,17%), 7-10 лет – 74 человек (22,91%), 11-12 лет – 68 человек (21,05%), 13-14 лет – 118 человек (36,53%), 15-17 лет – 56 человек (17,34%).

Распространенность основных клинических вариантов шизотипического расстройства в соответствии с МКБ-10 было следующим:

F21.1 Латентная шизофрения – 1 (0,22%)

F21.3 Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения – 33 (7,46%)

F21.4 Псевдопсихопатическая (психопатоподобная) шизофрения – 47 (10,63%)

F21.5 «Бедная симптомами» шизофрения – 8 (1,8%)

F21.8 Шизотипическое личностное расстройство – 323 (73,07%)

F21.9 Неуточненное шизотипическое расстройство – 30 (6,78%)

#### **Выводы.**

1. Проведенное исследование показало, что диагноз шизотипического расстройства у пациентов стационара в детско-подростковом возрасте яв-

ляется клинической реальностью. Треть пациентов с расстройствами шизофренического спектра имели данный диагноз.

2. Пациенты мужского пола почти в четыре раза чаще госпитализируются с расстройствами шизотипического спектра.

3. Первичная госпитализация и соответственно диагностика шизотипического расстройства приходится на подростковый возраст.

4. Анализ распространенности основных клинических вариантов шизотипического расстройства в соответствии с МКБ-10 выявил явное преобладание в детско-подростковом возрасте диагноза шизотипического личностного расстройства (около 80%).

5. Данный факт можно с большой долей убедительности объяснить незрелостью личности и психики в целом в детско-подростковом возрасте, полиморфностью и рудиментарностью имеющих расстройств, их динамичностью, что дает основание относить выявляемые расстройства именно к данной форме шизотипического расстройства. Дальнейшие клинико-динамические особенности шизотипического расстройства с началом в детском и подростковом возрасте будут изучены клинико-катамнестически.

## **ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ**

**О.И. Пилявская, Е.В. Малинина**

*ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск*

**Введение.** Современные исследования, проводимые в области изучения шизофрении, обнаруживают значительное сходство структурно-морфологических и нейрохимических изменений, происходящих в головном мозге людей, больных шизофренией, а также большую общность клинических проявлений в различные возрастные периоды. Это во многом подтверждает современный взгляд на шизофрению, как на единое заболевание, начавшееся в различные возрастные периоды. В то же время у ряда детских психиатров (Сухарева Г.Е., 1965 и др.) существует и противоположное мнение, утверждающее, что между шизофренией, возникающей в разные возрастные периоды, существует большая разница, а между детскими и подростковыми формами существует различие, пожалуй, даже большее, чем между подростковыми и взрослыми. В детском возрасте болезненный процесс поражает мозговые структуры, находящиеся в процессе формирования. Это приводит к появлению специфических особенностей клинической картины детской шизофрении (Симпсон Т.П., 1968, Ковалёв В.В., 1995), где наряду с собственно шизофреническими процессуальными симптомами существуют симптомы нарушенного развития – как дизонтогенетические стигмы «эволютивного не процессуального

психического дизонтогенеза» (В.В.Ковалёв, 1995). Таким образом, в детском возрастесам возрастной фактор приобретает роль патогенетического и патопластического агента, в силу чего феноменология психических расстройств, в том числе и шизофрении имеет ряд отличительных особенностей в сравнении с клинической картиной и особенностями течения этого заболевания в другие возрастные периоды. Неоднозначно мнение и о прогнозе детской шизофрении. Существуют полярные мнения, признающие исключительно неблагоприятный тип течения с быстрым формированием дефекта, так и благоприятный тип с остановкой процесса и полной компенсацией. Таким образом, выявление ранних симптомов детской шизофрении, как сугубо процессуального, так и эволютивного характера, определение их прогностических характеристик для течения, степени прогрессивности и исходов этого заболевания в настоящее время имеет важную диагностическую и практическую значимость.

**Цель исследования:** изучить клинико-динамические особенности шизофрении с дебютом в детском возрасте у подростков.

**Материал и методы исследования:** изучено 73 пациента, страдающих шизофренией (рубрика F-20.8 МКБ -10). Все пациенты были обследованы и получали лечение в стационарных отделениях ГУЗ ОКСПНБ №1 города Челябинска. Критерии отбора: 1. Возраст больных – от 5 до 18 лет. 2. Диагноз шизофрении детского типа. 3. Начало болезни в возрасте до 10 лет. Критерии исключения: 1. Другие шизоформные состояния.

Исследование проводилось с помощью клинико-anamnestического, клинико-катамnestического, клинико-динамического, клинико-психопатологического методов. Особенности пациентов в период раннего детства оценивались с помощью психодиагностического теста «Гном» (Москва, 2007). Также использовались оценочные шкалы позитивных и негативных симптомов (PANSS), экспериментально-психологическое и нейропсихологическое исследования.

**Результаты.** Выделено три группы наблюдений. Первую группу (n=38) составили подростки с непрерывно текущей детской шизофренией; вторую группу (n=32) подростки с эпизодическим течением шизофрении с прогрессивным развитием дефекта, третью (n=3) подростки с эпизодическим ремиттирующим типом. Во всех группах наблюдений обнаружено, что клиническая феноменология данного расстройства на различных возрастных этапах (в детском и подростковом возрасте) была различна. Это различие проявлялось с раннего возраста не только клиническими особенностями, но и в значительной мере нарушениями в области когнитивного развития и функционирования, а также разными типами течения заболевания и его исходов. У пациентов с рано начавшейся – детской шизофренией с непрерывным типом течения болезни в пубертатном возрасте в сравнении с подростками, у которых шизофрения имела эпизодическое течение с про-

грессионным развитием дефекта и ремиттирующей шизофренией достоверно чаще ( $p \geq 0,01$ ) наблюдался олигофреноподобный дефект. В то время, как при эпизодическом течении детской шизофрении с прогрессивным развитием дефекта и ремиттирующей шизофрении преобладали психотические состояния с аффективными и галлюцинаторно-бредовыми нарушениями, в ряде случаев (15%) была возможна стойкая продолжительная ремиссия.

**Выводы:** изучение клинических особенностей детской шизофрении у подростков является актуальной задачей современности. Так как это имеет большое значение для оценки прогноза заболевания и выбора правильной лечебно-реабилитационной тактики.

## ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОГО ПСИХОСИНДРОМА У ДЕТЕЙ

В.М. Полецкий, В.В. Колмогорова

ГОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск

**Актуальность проблемы.** Клинические особенности резидуально-органического психосиндрома, клинико-психопатологические и патогенетические механизмы различных клинических вариантов энцефалопатических синдромов в структуре резидуально-органического психосиндрома у детей остаются малоизученными. При этом наименее исследованы нейропсихологические нарушения при различных формах резидуально-органического психосиндрома.

**Цель исследования** – изучить клинико-психопатологические особенности астеногипердинамического и астеногиподинамического вариантов в структуре резидуально-органического психосиндрома в детском возрасте.

**Материал и методы исследования.** Проведено комплексное обследование 134 детей (108 мальчиков и 28 девочек), находящихся на стационарном лечении в детских отделениях ЧОКСПНБ № 1 с различными расстройствами в структуре резидуально-органического психосиндрома. Возраст обследованных составлял 7-11 лет. Выбор возрастного критерия основывался на теории периодизации индивидуального психофизического развития. Количественное сравнение проводилось с аналогичными показателями одновозрастных групп детей и подростков в количестве 60 человек. Использовались клинико-anamnestический, клинико-психопатологический, клинико-динамический, нейропсихологический и нейрофизиологический методы.

**Результаты исследования.** Клиническое исследование показало, что с раннего детства формируются два различных психопатологических варианта – астеногипердинамический и астеногиподинамический вариант. Астеногипердинамический вариант 62,1% (n=82) резидуально-органического

психосиндрома характеризуется участием в клинической картине двух ведущих симптомокомплексов – гипердинамического и церебрастенического с двигательной расторможенностью и эмоционально-волевыми нарушениями преимущественно возбуждаемого характера, которые тесно переплетаются с явлениями церебрастении со снижением психической работоспособности, утомляемости, вегетативной симптоматикой. Астеногиподинамический вариант 37,9% (n=52) резидуально-органического психосиндрома характеризуется стойкими астеническими симптомами в виде вялости, малой активности, повышенной психической и физической истощаемости, аффективной лабильности со склонностью к снижению настроению и дисфорическим эпизодам. На соматовегетативном уровне общими психопатологическими симптомами с достоверностью  $p < 0,001$  для обоих вариантов были: расстройства сна (85,6%), высокая чувствительность к внешним раздражителям (96,4%), эмоциональная неустойчивость, лабильность (87,5%), психовегетативные расстройства (81,4%) и трудность адаптации к новому (88,1%).

**Выводы.** Настоящее исследование является дополнительным подтверждением полиморфизма психопатологии резидуально-органических нервно-психических расстройств. Выделенные психопатологические варианты позволяют использовать дифференцированный патогенетически обоснованный подход к лечению резидуально-органических расстройств у детей.

## ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ НЕЙРОЛЮЭСА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

С.П. Фалькович

Ярославская областная клиническая психиатрическая больница, г. Ярославль

В 90-х годах прошлого века отмечался значительный рост заболеваемости люисом среди населения. С 1989 года в России наблюдается эпидемический рост заболеваемости сифилисом. В Ярославской области за 90-е годы она возросла в 35 раз и достигла своего пика в 1995 году. Особую опасность для будущих поколений представляет люэс беременных, т.к. это риск мертворождений, невынашивания беременности или рождения ребенка с врожденным люэсом. Люэс может быть у потомков во втором и третьем поколении. Настораживают участившиеся случаи нейросифилиса, которые уже не поддаются лечению. В некоторых регионах России таких случаев стало больше от 0,12 до 1,1%.

В условиях диспансерного отделения Ярославской областной клинической психиатрической больницы только за год на одном подростковом участке выявлено 5 больных перенесших конгенитальный люэс. Подростки с 14 до 18 лет. У 3 больных в клинике преобладала умственная отсталость легкой или умеренной степени с выраженным нарушением

поведения в виде дурашливости, сексуальной расторможенности, не критичности. У 1 больного шизоаффективная сим-ка с частыми обострениями 1 раз в полгода. И у одного больного клиника органического расстройства личности с манерностью, коммуникативными нарушениями по зависимому типу.

Несмотря на полиморфную клиническую сим-ку у всех больных были общие признаки:

1. Матери вели асоциальный образ жизни; во время беременности перенесли люэс.

2. Больные родились с характерными врожденными аномалиями: зубы Гетчинсона, седловидный нос, множественные стигмы дисэмбриогенеза, что свидетельствует о в/утробном поражении. С рождения отмечалась разной степени задержка психического развития. У больных была неврологическая микроочаговая сим-ка, патология ЧМН. У всех больных отмечалась церебрастения, головные боли при переутомлении, метеозависимость, головокружение в жаркую погоду. У 2 больных в анамнезе фебрильные судороги, эпи-с-м.

3. У детей психопатологическая сим-ка стала прогрессировать с 11-13 летнего возраста. В случаях с умственной отсталостью с подросткового возраста появились выраженные нарушения поведения с дурашливостью, идеями величия. Больные строили нереальные планы на будущее, без критики. У больного с шизоаффективной сим-кой впервые депрессивно-бредовый с-м развился в 13 лет. В контакте все больные проявляют живость эмоциональных реакций, открытость, отсутствие аутизации.

4. Больные плохо переносили лечение нейрорептиками, был нейрорептический с-м даже на низких дозах.

5. У всех больных экспресс диагностика – р-я Вассермана отрицательная. От проведения других серологических р-й в крови и ликворе родители отказались.

Диагностика нейролюиса затруднена, т.к. серологические реакции в крови могут быть отрицательными. В ликворе р-я Вассермана также может быть отрицательной, только повышение белка. Только при прогрессивном параличе в крови обычно сероположительные пробы.

В настоящее время проблема диагностики нейролюиса особенно актуальна, в связи с эпидемией люиса в 90-х годах. В нашей практике ни у одного пациента, перенесшего вр. люис в крови не выявлены специф.серологические реакции. В поле зрения психиатров эти дети и подростки попали в связи с психическими отклонениями. Вероятно серонегативные реакции в крови связаны с тем, что возбудителя в крови нет, он может быть в сосудах мозга или мозговой ткани. Кроме того, стертость клиники возможна и из-за бесконтрольного применения населением антибиотиков.

Целесообразно ввести стандарты диагностики в детских и подростковых психиатрических стационарах. Если пациент перенес врожденный люэс и через 10-15 лет появляется психические отклонения, то необходимо провести серологический

анализ ликвора. При выявлении серопозитивных реакций необходимо специфическое а/бактериальное лечение. Кроме того, матери могут скрывать перенесенный люис, следовательно надо внимательно обследовать больных на предмет специфических врожденных аномалий.

## РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ И ВОЛЕВОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ПОДРОСТКОВ

М.Г. Фомушкина, Т.В. Раева

ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России,  
г. Тюмень

Расстройства поведения по своей медицинской и социальной значимости являются одной из наиболее актуальных проблем детской психиатрии, так как повышают риск развития противоправных действий среди несовершеннолетних и подростковой преступности. Отсутствие современных систематизированных данных, касающихся особенностей клинической картины расстройств поведения у подростков, общепризнанной типологии расстройств поведения и особенностей волевой регуляции при пограничных нервно-психических расстройствах у детей и подростков послужило основанием для проведения данного исследования.

**Цель исследования:** комплексное изучение клинической структуры расстройств поведения у подростков и нарушений их волевой регуляции.

Нами было обследовано 110 пациентов в возрасте от 14-16 лет (из них мальчиков – 76,4%, девочек – 23,6%), проходивших лечение в ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница», с расстройствами поведения, отвечающими диагностическим критериям F91 по МКБ-10, с учетом синдромологической диагностики отечественной психиатрии и общим интеллектуальным показателем по шкале Векслера не ниже 71 балла. Большинство подростков (61,8%) проживали в учреждениях интернатного типа, 38,2% – в неполных, малообеспеченных семьях, где вместо отца был отчим, родители имели асоциальную направленность в поведении. Клинико-психопатологические исследования включало в себя оценку поведения подростка в семье, учебной среде, среди сверстников и особенности морально-этической сферы. Психопатологическое исследование проводилось с использованием следующих методик: опросник «Уровень развития субъектности личности (УРСЛ)» (Щукиной М.А., 2005); опросник «Диагностики волевых качеств личности (ВКЛ)» (Чумакова М.В., 2006); опросник «Эмоциональный интеллект (ЭМИн)» (Люсин Д.В. с соавт., 2004; Lyusin D., 2006).

**Результаты и обсуждение.** Расстройства поведения у подростков характеризовались полиморфизмом, стойкостью и выраженностью клинических проявлений (пропуски уроков, уходы из дома и бродяжничество, воровство, делинквентность, агрессивное поведение и др.), где стерж-

невым симптомом являлась дисфункция волевой регуляции. Они имели характер патологического стереотипа и приводили к социальной дезадаптации подростков. На основе проведенного феноменологического анализа поведения подростков были выделены три типа расстройств поведения: с преобладанием синдрома уходов и бродяжничества (39%), с преобладанием делинквентности (36%) и с преобладанием агрессии (25%).

Тип расстройств поведения с преобладанием синдрома уходов и бродяжничества характеризовался наличием у подростков этапа привычных, фиксированных уходов, а также разнообразием личностных особенностей пациентов. Данный тип встречался при социализированных и несоциализированных расстройствах поведения. Тип расстройств поведения подростков с преобладанием делинквентности был характерен для неустойчивых личностей с асоциальной и криминальной направленностью ( $p=0,001$ ), высокой зависимостью от негативного влияния окружающей среды, социализированным вариантом расстройства поведения. Тип расстройств поведения с преобладанием агрессии, часто физической ( $p=0,004$ ), наблюдался у пациентов с возбудимыми чертами характера и несоциализированным вариантом расстройства поведения.

Низкий уровень волевых качеств личности имели 23,5% подростков с расстройствами поведения, что проявлялось достоверно в меньшей самостоятельности, ответственности, более выраженной беспечностью, чем у здоровых подростков ( $p<0,001$ ). Тип расстройств поведения с преобладанием делинквентности чаще характеризовался наличием у подростков низкого уровня развития волевой регуляции ( $p=0,001$ ), дефицитом всех ее компонентов, преимущественно нравственного, средним уровнем субъектности личности с тенденцией к низкому ( $p=0,001$ ). При типе расстройств поведения с преобладанием агрессии у пациентов отмечался средний уровень развития волевой регуляции с тенденцией к высокому ( $p=0,001$ ), с дефицитом преимущественно эмоционального компонента, средний уровень субъектности личности с тенденцией к высокому ( $p=0,001$ ), их активность часто имела асоциальную направленность. Они были менее способны чем другие подростки к пониманию своих эмоций и совладанию с ними ( $p=0,002$ ). Тип расстройств поведения с преобладанием синдрома уходов и бродяжничества характеризовался разными степенями развития волевой регуляции и ее отдельных компонентов.

Определены гендерные особенности волевых качеств личности у подростков с расстройствами поведения: пациенты мужского пола были более волевыми, чем женского, более выдержанными и терпеливыми, но менее деятельными и способными к анализу своего поведения ( $p<0,001$ ); девочки-подростки отличались активностью, энергичностью, неуравновешенностью, завышенной самооценкой, но меньшей, чем мальчики способностью выстраивать отношения с окружающими ( $p<0,001$ ).

Выделение типов расстройств поведения у подростков и характерных для них дисфункций волевой регуляции позволили разработать дифференцированные методы психотерапевтической коррекции в системе реабилитации пациентов подросткового возраста с расстройствами поведения.

## НАРУШЕНИЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯМИ

А.А. Холин

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России,  
Москва

Эпилепсия в 50% случаев дебютирует в возрасте до 3-х лет. Длительные и серийные эпилептические приступы и эпилептиформная активность в младенческом и раннем детском возрасте оказывают губительное воздействие на развивающийся мозг ребенка, по сравнению с таковым у взрослого, вызывая развитие эпилептических энцефалопатий. Возникновение, течение, трансформация и исчезновение эпилептических синдромов происходит в тесной взаимосвязи с процессами развития детского мозга, что очень важно для клиницистов и дает ключ к объяснению механизмов появления эпилепсии. Профессор Shunsuke Ohtahara (1930–2013) положил начало изучению эволюции эпилептических синдромов и впервые ввел понятие «эпилептология развития».

Эпилептические энцефалопатии имеют общие характеристики:

1. Преимущественное возникновение в определенные возрастные периоды;
2. Представлены, как правило, короткими по продолжительности эпилептическими приступами (миоклонические, тонические спазмы, атипичные абсансы, малые моторные приступы, атонические и др.), но протекающими с высокой частотой, носящие серийный (т.н. кластерный) характер;
3. Наличие грубых нарушений ЭЭГ, как правило, постоянно присутствующих в фоне («супрессивно-взрывной» паттерн, гипсаритмия, продолженная медленная пик-волновая активность);
4. Имеют гетерогенную этиологию, чаще пре- и перинатальную;
5. Сопровождаются нарушением интеллектуального развития, а при раннем дебюте, как правило, и моторного развития;
6. Возможна эволюция синдромов с течением возраста у конкретного пациента (Синдром Отахара → синдром Веста → синдром Леннокса-Гасто);
7. Частая резистентность к медикаментозной терапии, серьезный прогноз для психического и моторного развития, а порой и для жизни.

Выделяют эпилептические энцефалопатии младенческого возраста: - Ранняя миоклоническая

энцефалопатия; - Ранняя младенческая эпилептическая энцефалопатия с супрессивно-взрывным паттерном на ЭЭГ (синдром Отахара); - Тяжелая эпилепсия с множественными независимыми фокусами спайков (SE-MISF, синдром Марканда–Блюме–Отахара, синдром Отахара II); - Злокачественные мигрирующие парциальные приступы младенчества (синдром Коппола-Дюлака); - Синдром Веста; - Тяжелая миоклоническая эпилепсия младенчества (синдром Драве).

Эпилептические энцефалопатии детского возраста включают следующие формы: - Синдром Леннокса-Гасто; - Синдром гемиконвульсий, гемиплегии и эпилепсии (синдром ННЕ); - Разрушительная эпилептическая энцефалопатия у детей школьного возраста (синдром DESC, FIRES); - Энцефалит Кожевникова-Расмуссена.

Отдельно выделяют эпилептические энцефалопатии детского возраста, ассоциированные с паттернами «ДЭРД» («доброкачественными эпилептиформными разрядами детства») на ЭЭГ: - Синдром псевдо-Леннокса (атипичная доброкачественная парциальная эпилепсия детского возраста); - Синдром Ландау-Клеффнера (приобретенная эпилептическая афазия); - Эпилепсия с электрическим статусом в фазе медленного сна (синдром ESES); - Аутистический эпилептиформный регресс; - Различные ДЭРД-ассоциированные состояния с парциальными когнитивными дефектами.

Применение комплексного подхода, включающего клинический, нейрофизиологический, нейровизуализационный и эволюционный составляющие, необходимо для подбора адекватных методов противосудорожной терапии и оценки прогноза форм эпилепсии, сопровождающихся проявлением эпилептической энцефалопатии у детей. К эффективным медикаментозным средствам для лечения эпилептических энцефалопатий относятся традиционные вальпроаты и этосуксимид, а также генерация новых антиэпилептических препаратов – топирамат, леветирацетам, ламотриджин, вигабатрин, стирипентол и др. Нередко приходится применять и препараты старых генераций, такие как барбитураты, бензодиазепины и даже бромиды, а также пульс-терапию кортикостероидами. В случаях наличия эпилептогенных структурных дефектов головного мозга возможна методика эпилептической хирургии. Раннее выявление эпилептических энцефалопатий и своевременная коррекция способствует профилактике тяжелых интеллектуальных и моторных дефицитов, улучшить качество жизни пациентов и их родителей.

# ДИНАМИКА «ПРЕДБОЛЕЗНЕННЫХ» ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО И ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ ОБСЕРВАЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

**В.В. Чубаровский**

*НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков  
ФГБУ «НЦЗД» РАМН,  
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва*

Проблема прогноза динамики пограничных психических нарушений субклинической степени выраженности имеет в различные периоды онтогенетического развития личности исключительное теоретическое значения, при разработке критериев возрастной нормологии, тик и практическую значимость при организации мероприятий по вторичной профилактике отклонений. По данным нашего института клинически очерченные формы пограничных психических нарушений диагностируются примерно у 10% учащихся образовательных учреждений. У 60% подростков определяются так называемые «предболезненные психические расстройства».

На основе многолетних обсервационных, клинко-эпидемиологических исследований нами было обследовано 277 подростков – учащиеся ПУ г. Москвы, в возрасте 13-16 лет. Они составили 1 группу из них подростки мужского пола 173 (62,45%) человека, а женского – 104 (32,43%). Было осуществлено когортное прослеживание основной и контрольной группы через 1,5 года.

Следующим этапом явилось аналогичное исследование лиц раннего юношеского возраста, которые составили вторую группу. В неё вошли студенты Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. Сплошным клинко-эпидемиологическим методом было обследовано 375 студентов 1 курса в возрасте 17-18 лет. Из них 157 человек (41,87%) составили юноши и 218 (58,13%) лица женского пола. На втором курсе осуществлено когортные прослеживание выделенных групп: 72 студентов с пограничными психическими расстройствами и 178 – группы контроля.

Нами диагностировались, как синдромально-очерченные нарушения, так и предболезненные состояния (Семичев С.Б. 1987, Александровский Ю.А. 2012), определяемые нами понятиями «патохарактерологические» и «невротические» реакции. Динамика оценивалась по критериям – «улучшение или выздоровление», «стационарное течение», «ухудшение».

Прогноз патохарактерологических реакций был относительно более благоприятным, чем у синдромальноочерченных состояний. Так в течение года полное выздоровление отмечено у 47,46% подростков и у 30% юношей. Трансформация в синдромально-очерченные состояния произошла соответственно лишь в 14,56% и 10% наблюдений. При этом 20% студентов с данной формой патологии были отчислены. Относительно устойчивая динамика была зафиксирована у 40% лиц с патохарактерологическими реакциями в обеих группах.

Выявленные особенности динамики свидетельствуют о более благоприятном прогностическом значении патохарактерологических реакций в старшем подростковом возрасте. Синдромально-очерченные состояния отличаются устойчивостью, сочетаются с выраженными аддиктивными расстройствами и социальной дезадаптацией.

Невротические реакции имели гораздо более благоприятное прогностическое значение у лиц старшего подросткового возраста. Полное выздоровление в течение года наступило у 43,2% подростков и лишь у 22,58% лиц раннего юношеского возраста. Переход в синдромально-очерченные состояния зафиксирован соответственно в 6,5% и 12,91% наблюдений. При этом более трети студентов были отчислены из учебного заведения вследствие неуспеваемости. У половины учащихся подросткового возраста и приблизительно трети лиц раннего юношеского возраста был подтверждён прежний диагноз. Полученные данные свидетельствуют о том, что в подростковом возрасте невротические реакции, по-всей видимости, следует рассматривать как проявление особенностей психической адаптации личности в кризисный период онтогенеза, а не как «предболезненное состояние». В раннем юношеском возрасте аналогичные расстройства скорее являются этапом формирования собственно невротических и невротоподобных нарушений.

Выявленные особенности имеет существенное значения для разработки критериев возрастной психической нормологии и должны определять тактику специалиста в отношении профилактики и лечения состояний субклинической степени выраженности. В частности по возможности избегать раннего назначения фармакокоррекции в ранние и средние фазы пубертата. И одновременно более широко использовать биологическую терапию в юношеском возрасте в связи с гораздо более неблагоприятным прогнозом.

## НАРУШЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**Л.С. Чутко, С.Ю. Сурушкина, Е.А. Яковенко,  
И.С. Никишена, Т.И. Анисимова,  
Ю.Л. Бондарчук**

*Институт мозга человека им. Н.П. Бехтерева РАН,  
Санкт-Петербург*

Тревожно-фобические расстройства характеризуется наличием навязчивых страхов (фобий). У детей с фобиями наблюдается чрезмерный, патологический страх перед чем-либо, что либо не представляет какой-либо угрозы или опасности, либо эта угроза или опасность ничтожно мала. В отличие от большинства взрослых, страдающих фобиями, дети зачастую не понимают, что их страхи чрезмерны и необоснованны. Учитывая большую роль

тревожности в возникновении школьной дезадаптации, нами предпринята попытка изучения коморбидных когнитивных нарушений у детей с фобическими расстройствами.

**Материалы и методы исследований.** Под нашим наблюдением находилось 74 ребенка (учащиеся общеобразовательных школ) с различными страхами, в возрасте от 10 до 13 лет (средний возраст –  $11,3 \pm 1,4$  лет; 36 мальчиков и 38 девочек). В соответствии с МКБ-10 их состояние оценено как фобическое расстройство детского возраста (F93.1). Уровень тревожности оценивался с помощью опросника тревожности, разработанного С.М. Зелинским и В.Е. Каганом, на базе шкал Teylor J.A. и Sarason J.G. и с помощью теста тревожности Р. Тэмпл, В. Амен, М. Дорки. Интенсивность (выраженность) страхов измерялась с помощью Визуальной аналоговой шкалы (10 балльный вариант).

Для исследования кратковременной слухоречевой памяти использовалось запоминание двух групп по пять слов и десять слов. Для проверки зрительной памяти – запоминание пяти фигур и шести букв.

Степень нарушения внимания оценивалась при помощи теста непрерывной деятельности TOVA (Test of Variables of Attention), позволяющего оценить состояние внимания и уровень импульсивности по отношению к нормативным данным для каждого возраста.

Контрольную группу составили 68 детей того же возраста без проявлений фобических расстройств и явных когнитивных нарушений.

**Результаты исследований.** У детей из основной исследуемой группы отмечались следующие страхи: в 41 случае (55,4%) – страх темноты, в 30 случаях (40,5%) – страх животных, 23 (31,1%) случаях отмечались страхи тяжелого заболевания. Необходимо отметить, что во многих случаях у детей отмечалось сразу несколько страхов. Средняя интенсивность страхов составила  $6,6 \pm 2,3$ .

Результаты проведенных исследований показали повышенный уровень тревожности у детей из основной исследуемой группы. Кроме этого, психологические исследования показали, что у детей данной группы показатели кратковременной слухоречевой и зрительной памяти достоверно ниже соответствующих показателей в группе сравнения.

Психофизиологическое исследование TOVA показало, что у детей с фобическими расстройствами выявляется достоверное повышение показателей невнимательности, и, особенно, импульсивности, по сравнению с детьми из контрольной группы. Достоверных отличий времени реакции не регистрируется.

**Заключение.** Проведенные исследования показали, что дети с тревожно-фобическими расстройствами характеризуются коморбидными нарушениями внимания и памяти. Можно предположить, что в основе коморбидности фобических расстройств и когнитивных нарушений лежат изменения пластичности организацию под влиянием

экзогенных и эндогенных факторов. Это обеспечивает адаптацию организма и эффективную его деятельность в условиях нервной системы. Е.И. Гусев и П.Р. Камчатнов (2004) рассматривают нейропластичность как способность нервной ткани изменять структурно-функциональную изменяющейся внешней и внутренней среды.

## К ОБОСНОВАНИЮ КОНЦЕПЦИИ ИНЕРТНО-ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО (ЭПИТИПИЧЕСКОГО) ДИАТЕЗА

Ю.С. Шевченко

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Неоптимальность защитных возможностей био-психо-социальной сущности человека во многих случаях обуславливает возникновение так называемой болезни адаптации (адаптационного синдрома) одной из основных причин которой, согласно Г. Селье, является *особая реактивность* организма, что создает предрасположение (диатез) к развитию патологических процессов (Горизонтов П.Д., 1974).

В случае наличия предрасположения к дезадаптации в психической сфере говорят о «психопатологическом диатезе» (Циркин С.Ю., 1995). Среди вариантов психопатологического диатеза отечественными авторами выделяются: 1. психовегетативный диатез, определяющий повышенную склонность к невротическим и психосоматическим нарушениям; 2. шизотипический диатез, как состояние высокого риска шизофрении; 3. депрессивный диатез, как предрасположенность к аффективной патологии, преимущественно депрессий; 4. недифференцированный диатез. Наличие дифференцированного диатеза наряду с общей конституциональной предрасположенностью к возникновению адаптационного синдрома определяет клиническую предпочтительность психопатологического ответа на неспецифический стресс, либо соответствующую индивидуальную окраску конкретного эндогенного или экзогенного заболевания. Нами гипотетически выделяются четыре основные типа психического диатеза: регрессивно-психовегетативный или «невропатический»; фазно-ритмический или «тимопатический»; парадоксально-аутистический или «шизотипический» (соответствующие, в целом первым трем из перечисленных выше); а также инертно-пароксизмальный или «эпитипический», которые ассоциируются с четырьмя базисными психотипами – истероидным, циклоидным, шизоидным и эпилептоидным. Оправданность выделения инертно-пароксизмального («эпитипического») варианта психопатологического диатеза основывается нами (Шевченко Ю.С., Баздырев Е.И., 2013) на опыте клинического и электроэнцефалографического изучения 100 детей и подростков с наличием **неэпилептических**



пароксизмов в рамках пограничной патологии. У каждого пациента в статусе или в анамнезе отмечалось в сумме не менее трех из приводимых ниже феноменов инертно-пароксизмальной реактивности. Её проявления, наряду с неспецифическими дисфункциональными состояниями, относимыми к общим признакам психопатологического диатеза, в рамках самой различной нозологии характеризуется более характерными именно для данного типа диатеза феноменами, которые мы попытались систематизировать в следующие группы. Психомоторные феномены: «пьяная походка» и смазанная речь на фоне сонливости; подергивания и дрожание во сне; слабость в ногах и падение без потери сознания при смехе (катаплексия); гиперкинезы в руках; медлительность; инертность в графических пробах; вязкая, монотонная речь; неулыбчивость; эпизоды замирания с падением до 5 лет; плохая моторика; мышечная дистония; эпизоды ухудшения походки в 1,5 года (проходящие на фоне приема фенибута); привычные кружения вокруг своей оси после 2 лет; заикание; медлительность при еде; аффектогенные судороги Клооса. Пароксизмы: одиночные судорожные приступы в раннем и дошкольном возрасте; фебрильные припадки; эписиндром; «дикий крик» в грудном возрасте, частые срыгивания; тремор рук при возбуждении. Диссомнические феномены: гиперсомния; неожиданные дневные засыпания на 1-1,5 часа; неполное пробуждение; дневная сонливость; ночные кошмары и пробуждения (часто в определенное время); способность засыпать в немонотонной обстановке; профундосомния. Аффективные феномены: агрессивность при пробуждении; успокаивающий эффект еды; беспричинные «истерики» с «закатываниями» по вечерам (аффект-респираторные приступы); дисфорические перепады настроения; аффективная вязкость («защипываемость на эмоциях»); колебания настроения по нескольку раз в день (в т.ч. по типу «гневливой мании»); повышенная аффективная возбудимость. Эпизоды экзогенных нарушений мышления и восприятия: гипнопомпические галлюцинации; неожиданно появившаяся в 6 лет «способность предвидеть события»; психосенсорные расстройства, гиперактузия на высоте температуры.

Страхи: страх туалета, одиночества; сновидения по типу фильмов-страшилок; усиленный Эдипов комплекс (сон только с матерью). Сомато-вегетативные феномены: критические эпизоды в соматическом развитии (ребенок в 8 лет за 3 мес. набрал 10 кг., затем быстро вырос на несколько см.); аналогичный тип полового созревания; головные боли с рвотой (в том числе при умственной нагрузке); гиперэргический характер аллергических реакций; ортостатические реакции; неразборчивость в еде, отсутствие чувства насыщения; возбуждение при приеме валерианы, реланиума; стойкий субфебрилитет или пароксизмальный характер температурной кривой при простуде. Личностно-характерологические феномены: эгоцентризм; высокомерие; аффективная возбудимость, вспыльчивость с жесткостью в кон-

фликтах; гиперсоциальность; взрослообразность в поведении; склонность к резонерству; с раннего возраста плаксивость, непослушание, своенравие, поведение «домашнего диктатора»; своеволие и стремление командовать детьми; непризнание чужих авторитетов, склонность всех обвинять; жадность; сочетание общительности и автономности; «анальный характер».

Невротические и поведенческие реакции: ревность; выраженность реакций эмансипации и оппозиции; мысли о самоубийстве; детские «истерики»; склонность к шантажному поведению; реакции отказа при неудачах и проигрышах; склонность к реакциям активного протеста; экстремальность хобби-реакций; предпочтение одних и тех же игрушек; расторможенность сексуального поведения. Патопсихология: инертность, застреваемость, плохая переключаемость, обстоятельность, конкретизация при нормальном интеллекте; импульсивность; упрямство; некритичность к себе при стремлении всех поучать. ЭЭГ: дисфункция срединных структур; повышенная судорожная готовность; острые пик-волны в лобно-височно-теменных отведениях (при отсутствии собственно эпилептических приступов); диффузные медленно-волновые вспышки; «доброкачественные эпилептиформные паттерны детства». Наследственность: эпилепсия, эписиндром, нарколепсия, мигрень, тики, эпи-активность на ЭЭГ, «тяжелый характер», обстоятельность, вязкость, стеничность у ближайших и отдаленных родственников. Неврология: синдром Клейна-Левина (сонливость, булимия, эпи-активность, макроглоссия); вегетососудистая дистония; гидроцефалия; перинатальная энцефалопатия; мышечная дистония (в т.ч. при высокой физической силе); роды кесаревым сечением из двойни, недоношенность, церебральная ишемия, хроническая гипоксия плода, морфофункциональная незрелость мозга; содружественное косоглазие.

## МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ

О.П. Шмакова, А.А. Шмакова, И.Н. Отман,  
Л.В. Андросова

ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, Москва

Анализ иммунологического статуса детей и подростков с психическими заболеваниями является предметом активного научного поиска последних десятилетий, однако до настоящего времени мало изучены и недостаточно освещены в литературе вопросы отдалённой динамики иммунологических показателей в периодах относительной стабилизации психических нарушений. Целью настоящего исследования явилось выяснение роли воспалительных процессов в патогенезе отдалённых этапов течения хронических психических заболеваний у детей и подростков, поиск маркёров эксацербации.

**Материал и методы.** Клинически и иммунологически обследовано 97 учащихся с психическими заболеваниями (74 мальчика и 23 девочки) в возрасте от 8 до 17,5 лет ( $12,7 \pm 2,5$  года), посещавших вспомогательную (VIII-вида) школу г. Москвы. По нозологическому принципу они были распределены на 5 подгрупп: 1) с лёгкой умственной отсталостью (далее – УО) резидуально-органического генеза – 43 чел.; 2) с умеренной УО резид.-орг. генеза – 7 чел; 3) с УО, обусловленной хромосомными нарушениями – 24 чел; 4) с расстройствами аутистического спектра, включая раннюю детскую шизофрению (РАС) – 13 чел.; 5) с эпилепсией, со снижением интеллекта – 11 чел. Начало заболевания у всех больных можно было отнести к возрасту до 4-х лет жизни. Постоянное поддерживающее лечение психотропными препаратами на момент исследования получали только 19 школьников. Степень тяжести клинической картины оценивалась по шкале CGI-S.

Контрольная группа состояла из 77 детей (55 мальчиков и 22 девочки) соматически и психически здоровых от 6,5 до 14 лет 2 мес. (средний возраст  $10,7 \pm 3,1$  года), осмотренных психиатром, при наличии согласия родителей в ходе плановой диспансеризации.

Анализировался ряд иммунологических показателей: активность лейкоцитарной эластазы – ЛЭ, которая измерялась ферментативным спектрофотометрическим методом и оценивалась в нмоль/мин·мл; функциональная активность  $\alpha 1$ -протеиназного ингибитора –  $\alpha 1$ -ПИ, измерявшаяся спектрофотометрическим методом и оценивавшаяся в ИЕ/мл – ингибиторных единицах/мл; уровни аутоантител к нейроспецифическим антигенам S-100 (аАТ к S-100) и основному белку миелина (аАТ к ОБМ), определявшиеся иммуноферментным методом, титры антител оценивались в единицах оптической плотности.

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью непараметрического статистического программного обеспечения Statistica-7, уровень достоверности:  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Иммунологические показатели в самой многочисленной 1-ой подгруппе обследованных с лёгкой УО резид.-орг. генеза не отличались от контроля. Активность ЛЭ у в подгруппах 2 – 4 была выше контрольных значений. Наиболее значительное повышение ЛЭ отмечалось у пациентов с умеренной УО резидуально-органического генеза ( $p < 0,05$ ). У больных эпилепсией (5-я подгруппа) уровень ЛЭ не отличался от контроля, что, возможно, обуславливалось тем, что 10 из 11 этих больных постоянно получали поддерживающее лечение противосудорожными препаратами.

Во всех изученных подгруппах (кроме 1-ой) функциональная активность  $\alpha 1$ -ПИ была достоверно выше контрольных показателей ( $p < 0,05$ ), что может говорить о наличии воспалительных реакций у данного контингента обследуемых. Уровень аАТ к S-100 и к ОБМ во всех подгруппах психически больных детей не отличался от контрольных значений.

Сравнение подгрупп пациентов, разделённых по степени тяжести психопатологических расстройств (шкала CGI-S) на лёгкую, умеренную и выраженную, показало, что у пациентов с лёгкими расстройствами активность ЛЭ не отличалась от контроля. Для пациентов с умеренными и выраженными психопатологическими расстройствами характерно статистически значимое увеличение активности ЛЭ как по сравнению с контролем ( $p < 0,05$ ), так и по сравнению с показателем при лёгких расстройствах ( $p < 0,05$ ). Функциональная активность  $\alpha 1$ -ПИ была достоверно повышена при всех степенях тяжести психопатологических расстройств ( $p < 0,05$ ) по сравнению с контролем. Уровень аАТ к S-100 и к ОБМ не зависел от тяжести психопатологических расстройств и не отличался от контрольных показателей.

**Выводы:** 1) у детей с различными хроническими психическими заболеваниями вне обострения наиболее чувствительными иммунологическими показателями являются: ЛЭ и  $\alpha 1$ -ПИ, повышение активности и дисперсии которых свидетельствует о вовлечённости врождённого иммунитета в патогенез нарушений, регистрируемых на этапах стабилизации психопатологических расстройств и в ремиссиях; 2) у школьников с более выраженными нарушениями интеллекта (до степени умеренной умственной отсталости) органического генеза, а также у больных с выраженной тяжестью иных психопатологических нарушений, уровни ЛЭ и  $\alpha 1$ -ПИ достоверно превышают контрольные значения, следовательно, могут использоваться как дополнительные критерии оценки тяжести состояния; 3) все иммунологические показатели, проанализированные в настоящем исследовании, имеют значительную индивидуальную вариативность, и при исследованиях амбулаторного контингента должны оцениваться в рамках индивидуальной динамики у каждого конкретного пациента.

## ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Ю.А. Яковлева

ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева»,  
Санкт-Петербург

**Актуальность.** Современные стандарты оказания помощи ориентированы на обеспечение полипрофессионального бригадного подхода, и включают, помимо биологической, психосоциальную терапию и реабилитацию (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2002; Корень Е.В., Куприянова Т.А., 2013; Попов Ю.В., Яковлева Ю.А., Семенова С.В., Воронкова В.Б., 2014). При внедрении данного подхода в детско-подростковую практику приходится сталкиваться с рядом проблем.

**Цель.** Изучение трудностей в реализации реабилитационного процесса.

**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 80 родителей детей и подростков, страдающих психическими заболеваниями (72 (90%) – женщины, 2 (10%) – мужчины, средний возраст  $36,3 \pm 0,02$ ), а также 69 воспитателей и учителей ГОУ СПб, средний возраст педагогов  $39,24 \pm 0,61$  лет, педагогический стаж  $19,11 \pm 0,64$ . В учреждениях коррекционного вида (специализированные детские сады, классы) работали 19 (27,5%) педагогов.

**Результаты:** 56 родителей (70%) были убеждены, что ребенок страдает психическим заболеванием после инструментальных обследований (МРТ, ЭЭГ, ТКДГ). Для 20 (25%) было убедительным осмотр ребенка психиатром и объяснение симптомов, 53 родителей (66,3%) были уверены, что для постановки диагноза доктор должен осмотреть ребенка несколько раз, 21 (26,2%) соглашались с диагнозом только после нескольких осмотров различными специалистами, 62 родителя (77,5%) начинали лечение сразу, как только возможно, в соответствии с рекомендациями психиатра, 18 родителей (23,5%) отказывались от терапии. 72 родителей (90%) не были удовлетворены информацией о болезни ребенка, предоставляемой врачом. 51 родитель (69,8%) нуждались в информации о прогнозе заболевания.

Среди социально – значимых и представляющих опасность для общества заболеваний психоневрологического профиля среди детей и подростков педагоги ставят на первое место злоупотребление ПАВ и алкоголем, на второе – эпилепсию, на третьем месте – депрессия и суицидальное поведение.

Для 73,9% (51) педагогов необходимым было знание, что у ребенка посещающего группу д/сада или класс есть диагноз психического расстройства, 21,7% (15) полагали, что общение с больным ребенком вряд ли будет полезным и приятным для остальных детей, 86,9% (60) преподавателей полагали, что детей, с психическими расстройствами нужно лечить медикаментозно и оказывать им психологическую помощь, 8,7% (6) считали, применение каких-либо медикаментов бессмысленно, так как психические заболевания не излечимы, 65,2% (45) педагогов подтвердили свою готовность

относиться к нему более внимательное и терпеливое, 39,1% (27) выразили готовность объяснить другим детям, что это за расстройство, 34,8% (24) посчитали необходимым научить других детей более внимательно относиться к такому ребенку, 8,7% (6) педагогов не придали бы этому факту никакого значения, столько же, высказали опасение, в связи с отсутствием знания о степени собственной ответственности в данной ситуации, 4,3% (3) ограничили бы взаимоотношение ребенка с психическим расстройством с другими детьми, даже если давно знали этого ребенка. 65,2% (45) воспитателей хотели бы узнать больше о психических заболеваниях у детей, так как это необходимо в их работе, 34,8% (24) надеялись никогда с этим не столкнуться, 26,1% (18) педагогов из исследуемой выборки имели в своей практике опыт общения с детьми с психическими нарушениями

**Выводы.** Для успешной и эффективной реализации реабилитационных программ для детей и подростков необходимо:

1. Мультидисциплинарное взаимодействие специалистов (педиатров, семейных врачей, неврологов) и врачей-психиатров, проведение семинаров, лекций. Соблюдение принципа «направленности» в учреждения оказания квалифицированной медицинской помощи.

2. Усиление работы с родителями (проведение родительских школ, индивидуальных консультаций, предоставление необходимой печатной информации).

3. Разработка программы антистигмы в образовательной сфере, предполагающей тесное сотрудничество профессионалов медицинских, психологических и социальных служб, а также педагогов, представителей администрации и общественных структур.

Педагоги, в целом, готовы проявлять большую толерантность к детям и подросткам, страдающим психическими расстройствами, однако недостаточность знаний о самом заболевании, об их личной ответственности в отношении этих детей, страх не оказания необходимой помощи, затрудняют реализацию возможной психолого-педагогической помощи и требуют разработки специальных психообразовательных семинаров и лекций.

## VI.

## МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

**СТРУКТУРА ЗАПРОСА АБОНЕНТОВ  
НА ДЕТСКИЙ ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ  
КАК ЗЕРКАЛО ДЕТСКИХ ПРОБЛЕМ****О.Б. Андреева, С.Ш. Сабиров, С.П. Ивашев***ГКУЗ «Волгоградская областная детская клиническая  
психиатрическая больница», г. Волгоград*

Как показали итоги практической деятельности, благодаря службе «Детский Телефон Доверия» у детей и подростков появилась возможность получить эмоциональную поддержку и помощь в особенности, когда они лишены полноценной обращаться за помощью к своим близким: к семье, сверстникам, боясь остаться непонятыми. У обратившегося с проблемой подростка появляется возможность взглянуть на неё с различных сторон социальной и психологической жизни и моделировать своё поведение на основе сделанных им же выводов сформированных в процессе консультации с психологом. Учитывая данные факторы трудно переоценить актуальность детской «горячей линии» в оказании психологической помощи детям и подросткам.

Анализ обращений в службу «Детский Телефон Доверия» за период с 1 июля 2011 года по 30 июня 2014 года показал следующие результаты: общее количество звонков за указанный период работы службы – 17246. Далее, соответствие количества звонков тематике проблем: 62,9% приходится на взаимоотношение со службой «Детский Телефон Доверия» (интерес к службе, розыгрыш, обращение постоянного абонента, обращение по поводу третьих лиц и т.д.), 10,6% приходится на проблемы взаимоотношения полов (в основном по поводу распада диады, трудностей в установлении знакомства и пе-

реживания ревности и неразделённой любви), 8,6% – отношения со сверстниками (ссора с другом/подругой, трудности в отношениях с учебной группой и др.), 6,8% – семейная проблематика, 3,1% – здоровье детей и подростков (в основном обращения по поводу страхов у детей и вопросам формирования аддикций), 2,5% – проблемы принятия себя в основном, проблемы структурирования свободного времени, переживания по поводу выбора жизненного пути, по поводу своей внешности, особенностей характера и поведения), 2,3% – учебные проблемы (в основном обращения в связи с переживанием по поводу плохих оценок, трудностей в обучении, конфликтов с учителем), 1,3% – проблемы сексуальной сферы (в основном переживания по поводу отсутствия сексуальных контактов, вопросы сексуальной ориентации), 0,6% – проблемы социальной адаптации (в основном переживания родителей по поводу ухода подростков из дома, переживания, связанные с переездом), 0,5% – беременность/аборт (в основном отношение к беременности семьи/партнёра), 0,4% – правовые вопросы защиты прав детей (в основном обращение за юридическим советом или информацией), 0,2% – суицид (в основном суицидальные мысли, суицидальные намерения, суицид в прошлом), 0,2% – переживание травмы (в основном переживания взрослых по поводу травмы). Большинство обращений на «Телефон Доверия» связаны с так называемыми розыгрышами.

На первый взгляд это может показаться малоинформативным фактором в работе службы, к этому можно отнести, как к игровому структурированию свободного времени детей и подростков. Но это лишь на первый взгляд. При более внимательном взгляде на феномен розыгрыша, стано-

вится понятной его смысловая составляющая для детей и подростков, обратившихся в психологическую службу за помощью: это своеобразная попытка «проверить почву», т.е. в шуточной форме заявить о тревожащей проблеме и отследить реакцию консультанта на его запрос. В этой связи хотелось бы отметить, что многие подростки, звонившие в компании сверстников на «Телефон Доверия» с розыгрышами, зачастую затем отходили от веселящихся друзей, чтобы в спокойном режиме обсудить с психологом ситуацию, которая их волнует на данный момент. Подросток хочет быть уверенным в том, что к его звонку отнесутся серьезно, что разговор с психологом не имеет ничего общего с чтением нотаций и морализаторством.

Анализируя оставшиеся статистические данные обращений на «Телефон Доверия», на сегодняшний день отмечается характерность субъективных переживаний тематике психологических проблем. В частности, страх и тревога наиболее характерны для обращений, требующих защиты прав ребёнка. Обиду чаще всех переживают дети и подростки, обратившиеся по вопросам отношений со сверстниками и по семейной проблематике. Это обусловлено ситуациями конфликта с друзьями, родителями, неудовлетворённым желанием самоутвердиться в глазах окружающих значимых людей. Чувство обиды и несправедливости сопровождают подростка на всём этапе «войны за самостоятельность»: переживание непонимания со стороны родителей противостоят их запретам, вовлечение в семейные конфликты. Чувство отчаяния и вины переживают подростки, заявившие о суицидальных намерениях, мыслях, суицидальной попытке в прошлом.

Появление указанных чувств обусловлено тем, что суицидальные планы зачастую неразрывно связаны с паническим переживанием того или иного кризиса. При этом у человека возникает реакция, что происходящее вышло у него из под контроля и не поддаётся осмыслению и осознанию. Полученные данные позволяют выстроить «Ландшафт-архитектурный системокомплекс» психологического благополучия населения региона, параметры которого могут быть использованы в интересах оптимизации «валеологического контракта» межведомственного пула заинтересованных институтов и популяции.

### **АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА И АГРЕССИВНЫЕ РЕАКЦИИ ШКОЛЬНИЦ, СКЛОННЫХ К УПОТРЕБЛЕНИЮ АЛКОГОЛЯ**

**Т.П. Бартош**

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

В настоящее время обострение женского алкоголизма представляет угрозу демографической ситуации в России. Несовершеннолетние наименее устойчивы к формированию зависимостей, темпы

которых превышают таковые у взрослых. Вызывает тревогу увеличение числа подростков с девиантным поведением (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2009). В подростковый период формируются особенности акцентуаций характера и ресурсы личности. При дефиците адаптационных механизмов подросток нуждается в компенсирующих факторах, одним из которых является алкоголь, употребление которого исследователями рассматривается как псевдоадаптивное копинг-поведение, ведущее к социальной дезадаптации, различным формам агрессивных и аутоагрессивных реакций (Нартова-Бочавер С.К., 1997; Ениколопов С.Н. и соавт., 2003).

Нашей задачей было исследовать особенности акцентуаций характера и агрессивные реакции девочек-подростков, проживающих в Магадане, склонных к употреблению алкоголя.

Были обследованы 238 девочек 8-11-х классов гимназии № 1 и № 30 г. Магадана. Школьницы были разделены на склонных и не склонных к употреблению алкоголя на основании Мичиганского скрининг-теста для подростков «есть ли проблемы с наркотиками и алкоголем», который состоит из 5 вопросов: 1. Приходилось ли Вам когда-либо находиться в автомобиле, которым управлял кто-то (включая вас), кто находился в состоянии алкогольного опьянения (или под воздействием наркотиков?). 2. Употребляете ли вы алкоголь или наркотики для того, чтобы расслабиться, почувствовать себя лучше? 3. Вы когда – либо употребляете алкоголь или наркотики в одиночестве? 4. Ваша семья или друзья говорили когда-либо вам, что вы должны сократить употребление алкоголя или наркотиков? 5. Были ли у вас когда-либо неприятности из-за употребления алкоголя или наркотиков? – двух положительных ответов достаточно для установления вероятных проблем с психоактивными веществами (Методика адаптирована в Психоневрологическом ин-те им. В.М. Бехтерева, г. Санкт-Петербург). Для определения типов акцентуаций характера применялся характерологический опросник Г. Смишека – К. Леонгарда. Для определения форм агрессивных и враждебных реакций использовали опросник А. Басса и А. Дарки. Статистическая обработка данных проведена с использованием лицензионного пакета прикладных программ Excel-97 и Statistika-6.

Исследование показало, что в структуре акцентуаций характера у девочек, склонных к употреблению алкоголя, в следующей последовательности представлены такие типы: экзальтированный, возбудимый, гипертимный, циклотимический, эмотивный, застревающий. Меньше выражены черты демонстративного, дистимичного, педантичного и тревожного типов акцентуаций. Школьницы, склонные к употреблению ПАВ, отличались от сверстниц, не склонных к употреблению алкоголя, достоверно более выраженными чертами возбудимого типа ( $p < 0,05$ ), и меньше эмотивного типа ( $p < 0,05$ ). У них в 2 раза чаще регистрировали черты дистимического типа. Данные корреляционного анализа показали положительную связь склонности к употреблению

ПАВ и возбудимого типа характера ( $r=0,29$ ,  $p<0,05$ ) и отрицательную связь с эмотивным типом ( $r=-0,43$ ,  $p<0,01$ ). Такая характерная черта возбудимого типа, как импульсивность, многими авторами признается ключевым фактором употребления психоактивных веществ, положительно связана с курением, употреблением алкоголя и наркотиков (Ахметова О.А., 2003, Verdejo-Garcena A., Lawrence A.J.). Употребление алкоголя девочками в дальнейшем может способствовать заострению черт возбудимого типа характера.

Исследование профиля агрессивности у девочек-подростков, склонных к употреблению алкоголя показало, что по сравнению со сверстницами, у них в большей степени выражены ( $p<0,05$ ) показатели физической, косвенной, вербальной агрессии, негативизма и раздражительности, а также проявление чувства обиды. Это свидетельствует о большей фрустрированности и общей нестабильности межличностных отношений исследуемых школьниц с окружающими.

Таким образом, девочки-подростки, отнесенные с помощью Мичиганского скрининг-теста как склонных к употреблению алкоголя, характеризуются достоверно более выраженными чертами возбудимого и менее эмотивного типами акцентуации и более выраженными агрессивными и аутоагрессивными реакциями по сравнению со сверстницами, не употребляющими алкоголь. Определение групп риска по употреблению алкоголя и девиантного поведения школьников психологическими методами продолжает оставаться одним из важных профилактических и прогностических мероприятий.

### ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМОЙ ЭПИЛЕПСИИ

И.С. Быкова<sup>1</sup>, А.А. Кенжагалиева<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная  
медицинская академия»

<sup>2</sup>ГБУЗ «Областная детская клиническая больница»,  
г. Оренбург

Эпилептические расстройства относятся к числу распространенных, занимая в структуре неврологических треть, а психических расстройств четвертое место и манифестируя более чем в 75% случаев в детском и подростковом возрасте.

Диапазон изменений личности при эпилепсии весьма значителен – от сравнительно нерезких характерологических особенностей до расстройств, свидетельствующих о слабоумии. Основными чертами психики становятся тугоподвижность, вязкость, замедленность всех психических процессов, склонность к застреванию на деталях (педантизм), обстоятельность, невозможность отличить главное от второстепенного, трудность переключения (Ковалёв В.В., 1995, Карлов В.А., 2002, Болдырев А.И., 2000).

Несмотря на широкое освещение в психиатрии эпилептических изменений личности, исследований, содержащих практические рекомендации для клинических психологов по психодиагностике и психокоррекции отклонений в изменении познавательных функций и формировании личности детей, больных эпилепсией недостаточно (Микадзе Ю.В., 2008).

Теоретический анализ по проблеме указывает, что, несмотря на качественное и систематическое лечение, проблемы поведения у этих детей с течением заболевания часто усугубляются. Большое влияние заболевание оказывает на детей в период их обучения, когда наступают характерные для эпилепсии изменения личности, требующие точной диагностики и реабилитации (Белопольская Н.Л., Улькина Н.А., 2005).

С целью определения особенностей формирования личностных свойств детей младшего школьного возраста, больных генерализованной формой эпилепсии на базе неврологического отделения ГБУЗ «ОДКБ» обследовано 24 пациента младшего школьного возраста. Контрольную группу составили 25 здоровых детей в возрасте от 7 до 9 лет, обучающихся в общеобразовательной школе.

Для реализации поставленных задач использовались следующие методики: «12 факторный личностный опросник» Кеттелла (детский вариант), проективная методика «Дом-Дерево-Человек» (Дж. Бук), «Шкала явной тревожности СМАС» (в модификации А.М. Прихожан), «Исследования самооценки по методу Дембо-Рубинштейн» (в модификации А.М. Прихожан).

В результате проведенного исследования с помощью личностного опросника Кеттелла получены статистически достоверные различия между экспериментальной и контрольной группами ( $p\leq 0,05$ ) по уровням следующих шкал: Е (зависимость, уступчивость), Н (робкий, застенчивый), I (чувствительный), О (тревожный озабоченный).

Для детей больных эпилепсией характерны неустойчивость настроения, плохой контроль эмоций, трудности в приспособлении к новым условиям; чувствительность к угрозе; зависимость от взрослых; робость; низкий самоконтроль; плохое понимание социальных нормативов; тревожность.

Анализ результатов проективной методики «ДДЧ» оказал достаточно высокие уровни ( $p\leq 0,01$ ) тревожности, конфликтности и незащищенности у больных эпилепсией. Выраженность симптомокомплексов «конфликтность» в экспериментальной группе составляет 68%, в контрольной группе – 35%; «трудности в общении» 59% и 17% соответственно; «тревожность» составляет 73% и 26%; «незащищенность» 45% и 9%; «депрессивность» составляет 36% и 13%, «враждебность» – 32% и 30%, «чувство неполноценности» – 14% и 9% и «недоверие к себе» выявлено у 9% детей экспериментальной группы и 4% у контрольной группы.

Уровень тревожности у детей с эпилепсией по результатам методики СМАС также достоверно выше ( $p \leq 0,01$ ) по сравнению с условно здоровыми младшими школьниками. Среди детей больных эпилепсией 41% детей с очень высоким уровнем тревожности и 18% с повышенным уровнем.

Уровень самооценки по шкалам: ум, способности, авторитет у сверстников и уверенность в себе у детей с эпилепсией оказался достоверно выше ( $p \leq 0,01$ ) по сравнению с условно здоровыми младшими школьниками.

Тревожный ребенок имеет неадекватную самооценку: заниженную, завышенную, часто противоречивую, конфликтную, испытывает затруднения в общении, редко проявляет инициативу, а интерес к учебе снижен.

Механизм образования симптома повышенной самооценки может возникнуть как псевдокомпенсаторное характерологическое образование в ответ на низкую оценку со стороны окружающих, чувство собственной малоценности (часто бессознательного), вследствие чего и возникает псевдокомпенсаторная переоценка своей личности.

Таким образом, эпилепсия не только медицинская, но и социальная проблема, ставящая перед специалистами ряд задач по адаптации больных детей к окружающей среде.

Дети, страдающие эпилепсией, нуждаются в индивидуальном подходе при психодиагностическом исследовании и психологической коррекции эмоционально-личностной сферы.

## ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АГРЕССИИ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

И.В. Васильев\*, С.П. Ивашев\*\*,  
Ю.Д. Иванова\*\*\*

\*МОУ СОШ,

\*\*ГУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница»

\*\*\*ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»,

Профориентационный клуб старшеклассников «Юный медик», г. Волгоград

Проблема детской агрессии стоит очень остро. Сегодня мы сталкиваемся с разгулом агрессии не только в обществе, но и наблюдаем пропаганду агрессии и насилия с экранов телевизоров, дисплеев компьютеров. Возраст проявления агрессии явно помолодел. Ее проявляют не только взрослые и подростки. Агрессию проявляют даже малыши. Практически в каждом классе есть задиристые и драчливые ребята, которые постоянно нападают на одноклассников, оскорбляют их, бьют. Причина такого поведения не только в них самих. Ведь агрессия – это отражение внутренних проблем ребенка, которые чаще всего возникают из-за жестокости и безучастия взрослых. Ведущие причины, питающие агрессию, проявлений негативных эмоций и чувств детей, в первую очередь связаны с семьей.

Постоянные ссоры родителей, физическое насилие родителей по отношению друг к другу, грубость ежедневного общения, унижение, сарказм и ирония, желание постоянно видеть друг в друге плохое и подчеркивать это – ежедневная школа агрессии, в которой ребенок формируется и получает «уроки мастерства».

С учетом актуальной проблемы возникает необходимость построения «дорожной карты», или с позиции системно-информационного подхода – «ландшафт-архитектурного системного комплекса», логистики проблема-решающего алгоритма. С этой целью проведено исследование по выявлению агрессии у школьников в пределах «онтогенетических окрестностей» латентного периода (5-8 классы), так как именно эта возрастная группа детей, как показала практика работы психолого-педагогического корпуса МОУ СОШ, оказалась наиболее подверженной агрессивным тенденциям. Общее число обследованных лиц 74 школьника. Как показали итоги пилотного тестирования посредством опросника Басса-Дарки среднее значение суммарного индекса агрессии оказалось относительно постоянной величиной в каждой возрастной группе (5-й класс – 6,67, 6-й класс – 6,63, 7-й класс – 5,67, 8-й класс – 6,60). Этот факт рассматривался как «фасад» исследуемого феномена. Напротив, системное осмысление полученных данных показало, что варибельность оказалась почти вдвое больше в 7 классе по сравнению с наименьшим значением (соответственно коэффициент вариации: 0,24; 0,31; 0,41; 0,23). Несколько неожиданным оказался пик корреляционного пула у 6-тиклассников (соответственно сумма модуля коэффициентов корреляции Пирсона зависимых переменных: 2,36; 3,56; 2,95; 2,82). Примечательна и динамика структурных изменений, представленная фазовыми состояниями «ведущей деятельности». В частности, если в 5-м классе «ведущим игроком» является вербальная агрессия, в 6-м – тандем физической агрессии и раздражительности, в 7-м – раздражительности и вербальной агрессии и, наконец, в 8-м – снова вербальная агрессия.

Целенаправленный запрос в адрес психолого-педагогического и административного корпуса позволил отчасти пролить свет на природу описанного феномена. Оказалось, что значительная часть детей с 1-го по 4-й классы учились по программе компенсирующего обучения, и только в 5-м классе их объединили с остальными детьми. При этом очевидной причиной агрессивного поведения детей оказывается равнодушие к эмоциональному миру ребенка. Именно поэтому они и «ополчаются» на весь мир, родителей и самих себя. С позиции системогенеза следует рассматривать детскую агрессивность с фазовых позиций – системоквантов (по К.В. Судакову), в рамках которых исходное состояние через фазу адаптивного напряжения разрешается в многообразии практических решений, составляющих некоторое «пространство выбора» для подрастающего поколения. Агрессивное поведение – своеобразный крик ребенка о помощи, просьба о внимании к его

внутреннему миру, в котором накопилась «избыточная масса» разрушительных эмоций. Выплескивая их, он, таким образом, борется за свое психологическое «выживание». Представленные материалы породили проблемную область, которую в первом приближении можно сформулировать как формирование функциональной системы агрессивного отклика детей на неблагоприятные условия специфически сложившиеся на определенном этапе онтогенеза несовершеннолетних. В этом свете предупреждение агрессии является приоритетным направлением для сохранения психологического здоровья не только ребенка, но и всего общества в целом.

### ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИХОТИЧЕСКОГО ПРОСЛУШИВАНИЯ РЕЧИ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ ПРОЦЕДУР ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

**М.В. Вассерман<sup>1,2,6</sup>, Д.Ю. Пинчук<sup>1</sup>,  
Е.Л. Вассерман<sup>3,4,5</sup>, К.Т. Сирбиладзе<sup>1</sup>,  
Н.К. Карташев<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>СПб ГКУЗ Городской центр восстановительного лечения  
детей с психоневрологическими нарушениями,

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО СПбГПМУ Минздрава России,

<sup>3</sup>Санкт-Петербургский институт информатики  
и автоматизации РАН,

<sup>4</sup>ФГБОУ ВПО СПб ГУ, <sup>5</sup>РГПУ им. А.И.Герцена,

<sup>6</sup>ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева»,  
Санкт-Петербург

Расстройства психического развития (РПР), такие как специфические расстройства речи и языка (РРЯ, F.80) и специфические расстройства развития школьных навыков (РШН, F.81), часто встречаются в неврологической и психиатрической практике и являются одной из основных причин трудностей обучения у детей. Нейропсихологические и логопедические методы коррекции требуют длительного времени и зачастую оказываются недостаточно эффективными, а медикаментозная терапия не позволяет избирательно воздействовать на отдельные структуры головного мозга. В последние десятилетия для направленного изменения возбудимости структур ЦНС все шире используется метод транскраниальной микрополяризации (ТКМП). Одним из важнейших условий его эффективности является индивидуальный подбор позиций электродов на скальпе, что невозможно без учета индивидуальных особенностей функциональной асимметрии мозга. Для определения доминирующего по речи полушария и для выявления особенностей асимметрии слухового внимания у детей с РПР наряду с нейропсихологическими пробами мы в последние годы используем дихотическое прослушивание (ДП) речи.

В этой работе мы проанализировали результаты ДП, выполненного у 96 детей (36 дев. и 60 мал.) 6–13 лет. В клиническую группу вошли 57 право-

руких интеллектуально сохранных детей с РПР (26 с РРЯ, 31 с РШН), получавших сеансы ТКМП, при которых стимулирующие электроды располагались в проекции левого полушария. Группу здорового контроля составили 39 практически здоровых школьников (17 дев. и 22 мал.) 7–12 лет. Все 57 детей клинической группы прошли 10–12 недельный реабилитационный курс. Процедуры ТКМП получали 47 детей этой группы; остальные 10 детей получали лечение без ТКМП и составили группу клинического контроля. У всех детей было выполнено ДП (использовалась компьютерная программа «Дихотик» версии 1.3, вычислялись индекс латеральности (ИЛ) и количество ошибок (КО)). У 36 детей из клинической группы (26 получавших и 10 – не получавших ТКМП) ДП был выполнен дважды: в начале и в конце реабилитационного курса.

До лечения значения ИЛ у детей с РПР отличались от ИЛ у здоровых в сторону меньшего «преимущества правого уха» (U-test,  $p=0,000001$ ), причём в подгруппе РРЯ отличия были сильнее (U-test,  $p<0,0000001$ ). Значения КО у детей с РПР были выше, чем у здоровых, но только при РРЯ (U-test,  $p=0,00005$ ). Результаты повторного ДП, выполненного через 7–14 дней после окончания курса лечения, показали изменения характеристик восприятия вербальных стимулов пациентами с РПР, прошедшими курс ТКМП. Значения ИЛ приблизились к нормативным показателям, однако такие изменения наблюдались только в подгруппе с РРЯ (W-test,  $p=0,0004$ ), в то время как у детей с РШН (6 чел.) статистически значимых изменений отмечено не было (W-test,  $p=0,24$ ). В то же время, у детей, не получавших ТКМП, значимых различий в величине ИЛ до и после реабилитационного курса выявлено не было (W-test,  $p=0,12$ ). Значения КО после ТКМП у детей клинической группы в целом не изменились (W-test,  $p=0,24$ ), однако при сравнениях по подгруппам выявляется небольшое уменьшение КО у больных с РРЯ (W-test,  $p=0,03$ ). У детей, не получавших ТКМП, значимых различий в величине КО до и после реабилитационного курса выявлено не было (W-test,  $p=0,83$ ).

Таким образом, у детей с РПР (в особенности при РРЯ) участие левого полушария в реализации речевых функций оказывается сниженным. Согласно литературным данным и по нашему мнению, это объясняется переносом функций из левого полушария в правое в силу каких-либо неблагоприятных обстоятельств. В исследуемой группе детей поляризационное воздействие было направлено на активацию структур левого полушария, дефицитарность функций которого была выявлена в ходе предварительного обследования. По-видимому, левополушарная активация и смещение слухового внимания в сторону левого полушария и являются причиной того, что после лечения ИЛ значительно вырос, а КО уменьшилось. Это сопровождалось улучшением клинического состояния по неврологическим и нейропсихологическим данным и по результатам опроса родителей. В целом, значительное улучшение



ние наблюдалось у 11% детей, умеренное улучшение – у 61%, незначительное улучшение – у 13%, у 5% изменений выявлено не было.

Таким образом, результаты, получаемые в ходе ДП и позволяющие определить особенности межполушарной функциональной асимметрии в отношении восприятия вербальных стимулов, оказываются практически полезным при выборе тактики лечения методом ТКМП, а также дают возможность быстро и просто оценить эффективность поляризационных воздействий.

## МЕТОДИКА «НЕЗАКОНЧЕННЫЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ» В ИССЛЕДОВАНИИ ВОСПРИЯТИЯ ОПАСНОСТИ ВНЕШНЕГО МИРА У ПОДРОСТКОВ В НОРМЕ И ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

М.И. Вещикова\*, Н.В. Зверева\*\*

\*ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН,

\*\*ГБОУ ВПО МГППУ, Москва

Восприятие опасности окружающего мира в его разнообразных проявлениях – актуальная тема исследований в разных областях науки (экономика, психология, социология, медицина), это существенно для подросткового возраста, особенно при наличии психических заболеваний (А.Е.Личко, М.Ш.Вроно, Х.Ремшмидт и др.). Использование проективных методик представляется адекватным для анализа восприятия опасности внешнего мира, патопсихологи часто используют набор Д.М. Сакса и С. Леви. Есть варианты, специально адаптированные для детей и подростков, для решения научно-практических задач в возрастной психологии, психологии аномального развития, психосоматике, психотерапии (Головей, 2002, Прихожан, 2002), мы разработали свой вариант этой методики.

**Выборки и методика исследования.** Клиническая группа: 27 подростков 12-17 лет (13 мальчиков), пациенты 7 клинического отделения ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН (диагнозы F20, F21, F25), далее – ЭГ. Контрольная группа: 72 подростка 12-16 лет (24 мальчиков), учащихся общеобразовательных школ и колледжей г. Москва и г. Электросталь, не обращавшихся в специализированные учреждения за психиатрической и психоневрологической помощью – далее КГ.

**Методика:** специально подобранный набор, включающий на предварительной стадии исследования 12 начальных фрагментов фраз, посвященных теме опасности, далее добавлены еще 2, всего 14. В наборе содержится по 3 утверждения, относящихся к социальной, антропогенной и природной среде, а также четыре утверждения, в которых нет указания на источник опасности, различающиеся по степени последствий («Мне неудобно...», и т.п.). Оценивалось количество предложений, где в завершении указывалось на опасность (всего и по видам источников опасности).

**Результаты.** Методика «провоцирует» испытуемых обеих групп на завершения предложений, связанные с опасностью. Показатели антропогенной и природной опасности статистически не различались. Для формулировок с неопределенным содержанием опасности и в норме, и в патологии значимо повышено количество окончаний ( $p \leq 0.01$ ), указывающих на социальные угрозы. Между ЭГ и КГ не наблюдается статистически значимых различий в количестве «опасных» окончаний при данном количественном составе выборок.

Более тонкий анализ ответов ЭГ и КГ показывает различие частот встречаемости максимально возможного завершения предложений, расцениваемых как опасные – их общее количество значимо выше в ЭГ.

Качественный анализ показывает своеобразие ответов. В КГ есть тенденция к оценке некоторых ситуаций, указанных в начальных формулировках, как возможности интересно провести время, способа получить новый опыт и положительные эмоции. Частые окончания формулировки «Ночевать в лесу...» у подростков группы нормы: «...интересно», «...круто»; предложения «Гулять ночью по городу...»: «...красиво». На формулировки с неназванным источником опасности подростки в данной группе могут давать отказ, вместо окончания предложения отвечая «Мне везде хорошо», «Я ничего не боюсь», «Я не знаю». Подростки КГ в качестве собственных источников опасности видят страх лишиться возможности заниматься любимым делом (занятиями спортом, играми), либо же страхи потерять близких, остаться в одиночестве. В ЭГ на формулировки с неназванным источником опасности чаще даются конкретные ответы, указывающие на типичные страхи: темнота, высота, насекомые, болезни. Многие ответы являются исключительно отражением эмоциональной оценки ситуации («боюсь», «страшно», «неприятно» и т.п.).

**Резюме.** Проведенное исследование показало, что использование модификации методики «Незаконченные предложения» дает возможность оценить особенности восприятия опасности подростками, обнаруживая как общие для выборок черты, так и различия между ними. Для ЭГ и КГ значимым источником опасности оказались социальные взаимодействия, что может являться следствием специфики подросткового возраста, в котором особую значимость приобретают отношения со сверстниками. В ЭГ значимо чаще встречаются указания на потенциальную опасность, независимо от ее источника. Характерными признаками ответов здоровых подростков КГ стали тенденции к поиску нового опыта, подчеркиванию значимости собственных интересов, игнорирование опасностей. Для подростков ЭГ с эндогенной патологией характерным оказалось указание на типичные страхи и высокая эмоциональная оценка приведенных ситуаций.

Использование данной методики в структуре комплекса по оценке восприятия опасности пока-

зало значение проективных техник для уточнения характера предполагаемой опасности окружающего мира у подростков КГ и ЭГ. В дальнейшем будет осуществлен анализ связей между оценкой потенциальной опасности социальных, антропогенных и природных источников в зависимости от способа диагностики – с опорой на проективные компоненты (в незаконченных предложениях) и на особенности классификации визуально предъявляемых стимулов как с реалистическими, так и схематическими изображениями.

### СТАНДАРТИЗОВАННАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА АГРЕССИВНОГО КРИМИНАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ-ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

А.А. Волкова<sup>1</sup>, Д.С. Ошевский<sup>1,2</sup>

Филиал ГБУ «Психиатрическая клиническая больница №1  
им. Н.А. Алексеева»,

Психоневрологический диспансер № 13 Минздрава России<sup>1</sup>,  
ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского» Минздрава России<sup>2</sup>,  
Москва

Серьезную озабоченность вызывает тот факт, что от 50% до 70% подростков, совершивших агрессивные деликты, имеют психические расстройства, около четверти страдают расстройствами шизофренического спектра (Гурьева В.А., 2001; Макушкин Е.В., 2009; Grisso T. et al. 2004; Fite P.J., Stoppelbein L., Greening L., 2009). Деяния данной группы лиц отличаются слабой мотивированностью и высоким риском совершения повторных аналогичных правонарушений. В России эта проблема становится особенно острой, учитывая существенный прирост общей заболеваемости психическими расстройствами в детско-подростковой популяции – за 12 лет более чем на 25% (Макушкин Е.В., Демчева Н.К., Творогова Н.А., 2013). Применяемые за рубежом шкалы оценки риска агрессивного поведения (Borum R., Bartel P., Forth A., 2002; Hoge R.D., Andrews D.A., 2002) представляются перспективными для прогнозирования агрессивного поведения подростков, страдающих расстройствами шизофренического спектра.

**Цель исследования** – структурированная оценка специфических факторов риска агрессивного криминального поведения у несовершеннолетних с расстройствами шизофренического спектра.

**Материал и методы исследования.** Для выявления специфических факторов риска совершения повторных правонарушений проводилось исследование, построенное на принципах квази-эксперимента. *Основную группу* составили несовершеннолетние, направленные на комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу (КСПЭ) в ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», совершившие общественно опасные деяния, квали-

фицированных в соответствии со ст. 105, 111, 158, 161, 162 УК РФ, имеющие расстройства шизофренического спектра (F.20-F.21), (n=28). В *группы сопоставления* вошли: психически здоровые подростки, совершившие аналогичные агрессивные правонарушения (n=17 человек); несовершеннолетние, находящиеся под наблюдением в Городском Центре «Дети улиц» (n=12). *Контрольная группа* – психически здоровые подростки с нормативным поведением, учащиеся общеобразовательной школы г. Москвы (n=28).

**Методы исследования.** «Тест Руки», индивидуально-типологический диагностический опросник; цветовой тест отношений. Стандартизованный учет факторов риска агрессивного поведения осуществлялся методикой «Оценка рисков и возможностей» (Дозорцева Е.Г., Бадмаева В.Д., Ошевский Д.С., Александрова Н.А., 2011). Верификации данных проводилась статистическими методами в программной среде Statistica 6.0.

**Результаты исследования.** Подростки, страдающие расстройствами шизофренического спектра и обвиняемые в агрессивных деликтах в сравнении с психически здоровыми правонарушителями, совершившими аналогичные деликты, не обнаруживают более высокого уровня проактивной агрессии. По-видимому, фактор психической патологии не выступает как специфический для этой группы расстройств, а опосредуется рядом других факторов. В тоже время для подростков, обвиняемых в агрессивно-насильственных правонарушениях в целом в сравнении с просоциальными школьниками характерен повышенный уровень проактивной агрессии, что может рассматриваться в качестве неспецифического фактора агрессивного реагирования. У подростков, страдающих расстройствами шизофренического спектра и обвиняемых в агрессивных деликтах выявляются специфические нарушения механизмов сдерживания агрессивных побуждений, которые в совокупности со своеобразием эмоций, существенно повышают вероятность неадекватного реагирования даже вне ситуаций фрустрации. Анализ проведенный с помощью метода структурированной оценки позволяет заключить, что наряду с индивидуальными патопсихологическими факторами риска существенный вклад в формирование агрессивного криминального поведения вносят ряд социальных факторов. Для подростков, страдающих расстройствами шизофренического спектра характерен негативный семейный контекст, который усугубляется специфическими коммуникативными проблемами, в результате которых формируются своеобразные установки которые, повышают вероятность агрессивного криминального поведения. В отличие от подростков без психических расстройств, фактор злоупотребления психоактивными веществами не является значимым при оценке риска агрессивного криминального поведения.

**ФАКТОРЫ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА  
И ДИНАМИКА ЭМПАТИЧЕСКИХ  
СПОСОБНОСТЕЙ СЛУШАТЕЛЕЙ КАФЕДРЫ  
ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ  
И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ  
В ХОДЕ ОБУЧЕНИЯ  
НА ЦИКЛАХ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ**

**М.Ю. Городнова**

*ГБОУ ВПО «СЗГМУ им И.И. Мечникова» Минздрава России,  
Санкт-Петербург*

Эмпатические способности специалистов психиатрического профиля являются важным профессиональным качеством обеспечивающим эффективность установления контакта с пациентом и его окружением. Рассматривая обучающую среду как поле формирования и совершенствования профессиональных навыков, мы изучили структуру и динамику эмпатии у 270 слушателей кафедры (психиатры, психотерапевты, психологи), а также ее связь с факторами учебного процесса. Исследование проводилось в начале и в конце обучения с помощью опросника В.В. Бойко «Диагностика уровня эмпатических способностей», позволяющего диагностировать 4 уровня эмпатии и представленность 6 эмпатических каналов. Для статистической обработки применена программа SPSS-20, с использованием параметрических и непараметрических критериев: Стьюдента, Уилкоксона, Манна-Уитни; дисперсионного анализа. Уровень значимости  $p < 0,05$ .

С учетом гендерных особенностей получена следующая динамика нарастания эмпатии. У специалистов-женщин (140 чел.) повысился уровень эмпатии с  $21,36 \pm 0,37$  до  $21,93 \pm 0,37$ , что при округлении позволяет диагностировать средний, а не заниженный уровень эмпатии ( $p < 0,05$ ). Увеличились значения интуитивного канала (с  $3,33 \pm 0,14$  до  $3,56 \pm 0,15$ ,  $p < 0,05$ ) и идентификации в эмпатии ( $3,79 \pm 0,13$  до  $4,04 \pm 0,13$ ,  $p < 0,05$ ). У мужчин (39 чел.) также произошло значимое нарастание уровня эмпатии (с  $18,69 \pm 0,76$  до  $19,92 \pm 0,79$ ,  $p < 0,001$ ), за счет роста ее рационального канала (с  $2,72 \pm 0,23$  до  $3,08 \pm 0,24$ ,  $p < 0,05$ ).

К факторам учебного процесса, имеющих возможное влияние на динамику эмпатии и ее каналов, мы отнесли: теоретические и практические знания, приобретенные в ходе обучения, опыт личной супервизии и личностного роста (участие в одноименной группе), участие в групповой супервизии, стиль преподавания, межличностное взаимодействие и продолжительность обучения. Сравнив группы слушателей, указавших значимые для себя факторы, по уровню эмпатии и ее каналов, с помощью критерия Манна-Уитни, нами получены следующие достоверные различия:

1. Специалисты, приобретшие опыт личной супервизии ( $n=54$ ), имеют более высокие значения интуитивного канала ( $3,94 \pm 0,22$  против  $3,23 \pm 0,15$ ,  $p < 0,05$ ), проникающей способности ( $4,22 \pm 0,71$  про-

тив  $3,85 \pm 0,13$ ,  $p < 0,05$ ) и общего значения эмпатии ( $21,49 \pm 0,31$  против  $20,9 \pm 0,37$ ;  $p < 0,001$ ), чем их коллеги ( $n=154$ ), не получившие такого опыта.

2. Специалисты, указавшие на опыт личностного роста ( $n=129$ ), имели достоверно более высокие значения установок, способствующих эмпатии ( $3,83 \pm 0,1$  против  $3,49 \pm 0,13$ ;  $p < 0,05$ ), способности к идентификации ( $4,13 \pm 0,13$  против  $3,63 \pm 0,18$ ;  $p < 0,05$ ) и общего уровня эмпатии ( $22,2 \pm 0,36$  против  $20,3 \pm 0,54$ ;  $p < 0,01$ ), чем их коллеги, не приобретшие подобный опыт ( $n=79$ ).

3. Специалисты, указавшие на недостаток личностного роста ( $n=42$ ), имели значимо низкие значения проникающей способности ( $3,57 \pm 0,22$  против  $4,06 \pm 0,08$ ;  $p < 0,05$ ), чем их коллеги, удовлетворенные таким опытом ( $n=166$ ).

4. Специалисты, указавшие на недостаток приобретения теоретических знаний ( $n=26$ ), имели более низкие значения эмоционального канала эмпатии, чем их коллеги ( $n=182$ ), не указавшие данный параметр ( $2,38 \pm 0,24$  против  $3,44 \pm 0,12$ ;  $p < 0,001$ ).

5. Специалисты, отметившие важность стиля преподавания ( $n=173$ ) имели более высокие значения рационального канала эмпатии ( $3,68 \pm 0,24$  против  $3,08 \pm 0,10$ ;  $p < 0,05$ ), чем не отметившие этот параметр ( $n=25$ ).

**Выводы:**

В ходе учебного процесса в общей выборке произошло нарастание общего показателя эмпатии, достигшего среднего уровня у женщин. Нарастание эмпатических способностей у мужчин произошло за счет усиления спонтанного интереса к другому, у женщин за счет усиления интуиции и способности идентифицироваться с пациентом, что при чрезмерном использовании может служить базисом для развития синдрома эмоционального выгорания.

Эмпатические способности являются динамической структурой и меняются в результате действия факторов обучающей среды, что можно учитывать в разработке обучающих программ в системе последипломного образования. Участие в группах личностного роста и опыт личной супервизии позволяет корректировать уровень эмпатии, развивая способность к идентификации и эмпатические установки в первом случае, а проникающую способность и интуицию во втором. Теоретические знания как ресурс в установлении контакта рассматривается специалистами, имеющими более низкие значения эмпатического канала, важность стиля в преподавании отмечают специалисты с более высоким спонтанным интересом к другому.

Учет теории параллельных процессов, позволяет использовать стиль взаимодействия в обучающей среде преподаватель-слушатель для развития рационального канала эмпатии, обеспечивающего важный профессиональный навык – спонтанный интерес к другому как субъекту диадных отношений.

## ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Гречаный С.В.<sup>1</sup>, Егоров А.Ю.<sup>2,3,4</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО СПбГПМУ Минздрава России

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «СЗГМУ им И.И. Мечникова» Минздрава России,

<sup>3</sup>ФГБОУ ВПО СПб ГУ, медицинский факультет

<sup>4</sup>ФГБУН Институт эволюционной физиологии и биохимии  
им. И.М. Сеченова РАН, Санкт-Петербург

Произошедшая в последнее десятилетие трансформация ВИЧ-инфекции из острого летального заболевания в хроническое с пожизненным приемом антиретровирусной терапии ставит в настоящее время на одно из центральных мест проблему психологической адаптации ВИЧ-инфицированных пациентов. В аспекте эпидемиологической безопасности ВИЧ-инфицированные подростки представляют собой наименее контролируемую возрастную группу, что повышает необходимость проведения профилактических мероприятий, основанных на коррекции психологических основ подросткового рискованного поведения.

**Целью исследования** явилось изучение специфики отношения к болезни у ВИЧ-инфицированных девушек-подростков с зависимостью от психоактивных веществ.

**Материал исследования.** Обследовано 87 девушек-подростков (основная группа) в возрасте 12-18 лет с зависимостью от опиоидов (45 чел.) и летучих растворителей (42 чел.). Группу сравнения составили юноши-подростки (97 чел.) той же возрастной группы, также страдающие опиоидной зависимостью (44 чел.) и зависимостью от летучих растворителей (53 чел.).

**Методы исследования.** Использовалась методика «Типы отношения к болезни».

**Результаты исследования.** Сравнение отдельных типов отношения к болезни пациентов основной группы и группы сравнения не выявляет достоверных различий ( $p > 0,05$  по Манну-Уитни). Однако сопоставление суммарных показателей блоков шкал, которые объединяют в себе близкие друг другу типы отношения к болезни, позволяет говорить о некоторых важных закономерностях. Так, суммарный показатель типов 1 блока (объединяет гармоничный, эргопатический и анозонозический типы), характеризующийся активным стремлением к преодолению болезни, был достоверно ниже у девушек ( $p < 0,05$  по Манну-Уитни). В то же время, количественный показатель 2 блока, отражающего тенденцию к пассивному отношению к болезни, смирению с ней (внутриличностная дезадаптация), в основной группе, наоборот, преобладал ( $p < 0,05$  по Манну-Уитни). Преобладание у юношей суммарного показателя типов 3 блока (сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический типы) указывает на преимущественно межличностный (социально-дезадаптивный) характер отношения к болезни у пациентов группы сравнения, что принципиально отличает их характер приспособления от пациентов основной

группы ( $p < 0,05$  по Манну-Уитни). Таким образом, половая специфика психологической адаптации ВИЧ-инфицированных девушек-подростков заключается пассивно-приспособительном характере личностного реагирования на болезнь, что клинически чаще всего выражается реакциями депрессивного круга. Результаты исследования позволяют говорить о важном месте медико-психологической поддержки в структуре оказания комплексной помощи страдающим нарко- и токсикозависимостью ВИЧ-инфицированным девушкам-подросткам.

## ОЦЕНКА АДАПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

А.М. Жигар

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

Умственная отсталость – группа гетерогенных болезненных состояний, которые обусловлены врожденным или рано приобретенным интеллектуальным дефектом, затрудняющим или делающим полностью невозможным адекватное социальное функционирование индивидуума. Исторически при определении умственной отсталости акцент делался на определении когнитивного дефицита. Уровень IQ часто является наиболее важным показателем как для постановки диагноза, так и для определения степени тяжести умственной отсталости. Однако очевидно, что оценки уровня интеллекта недостаточно для понимания того, как функционирует пациент в обычной жизни. Кроме того, оценка навыков, сформированных у пациента с умственной отсталостью, позволяет понять, в какой степени расстройство влияет на повседневную жизнь ребенка, а также на жизнь его семьи.

Адаптивное поведение – понятие многогранное, включающее в себя множество сфер. Можно выделить следующие навыки, сформированность которых нужно оценивать в клинике:

1. Навык приема пищи. Оценивается способность принимать пищу самостоятельно, способность пользоваться столовыми приборами, а также способность регулировать количество принимаемой пищи.

2. Одевание. Оценивается как способность одеваться самостоятельно, так и сформированность более тонких моторных навыков: застегивание пуговиц, завязывание шнурков. Кроме того, может оцениваться умение самостоятельно выбирать подходящую одежду (соответствующую погоде, ситуации и т.п.).

3. Пользование туалетом. Оценивается способность пользоваться туалетом самостоятельно без напоминания.

4. Личная гигиена. Оценивается способность пользования средствами личной гигиены (расческа, зубная щетка, полотенце), а также стремление соблюдать правила личной гигиены.

5. Речь. Оценивается способность использования речи для сообщения о своих потребностях, установления контакта с другими людьми, способность понимать обращенную речь. Оценивается уровень овладения речевыми навыками (отдельные слова, простые предложения, сложные предложения). Кроме того, может оцениваться артикуляция пациента.

Оценка адаптивного поведения в большей степени фокусируется на способности ребенка выполнять определенные задачи, а не на познавательных процессах, что предоставляет более важную информацию для планирования коррекционного вмешательства, а также оценки возможности успешной интеграции ребенка в детский коллектив.

### ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В РАБОТЕ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

**О.С. Захарчук**

*МБУ ЦЕНТР ЛЕДА, г. Архангельск*

Танцевальная психотерапия с детьми в состоянии невроза, проводится в нашем центре в течение года. Количество родителей обратившихся с этой проблемой с каждым годом растёт, невротические проявления носят всё более сложный характер: моргание глаз, облизывание губ, подёргивания губ, выдёргивание ресниц, выдёргивание волос до облысения.

Необходимо учитывать, что в этом возрасте возрастает подвижность нервных процессов и это определяет такие характерные особенности младших школьников, как повышенная эмоциональная возбудимость. А ситуация школьной жизни вводит ребёнка в строго нормированный мир отношений, ужесточая условия жизни, новая социальная ситуация повышает психическую напряжённость. Это отражается и на здоровье младших школьников и на их поведении.

Бесспорно, родительский стиль воспитания играет основополагающую роль в невротизации ребёнка.

Занятия с такими детьми, сначала проводятся индивидуально, в рамках 5-7 сессий по 2 раза в неделю, а в дальнейшем они переходят на групповую танцевально-двигательную терапию 1 раз в неделю, 10 сессий. Количество детей в группе не более 10.

Специфическими мишенями танцевальной психотерапии с такими детьми является: – неадекватная самооценка;- высокий уровень телесного напряжения;- не умение выражать свои эмоции;- проблемы межличностных коммуникаций;- осознание себя как личности.

Преимущества танцевально-двигательной терапии перед другими методами, заключается в том, что уже с дошкольного возраста у детей формируются психологические защиты, а на телесном уровне человек более беззащитен, поэтому достичь положительного результата можно гораздо быстрее. Работа осуществляется на всех уровнях восприятия: аудиальном, визуальном и кинестетическом. Включается образное мышление и элементы игры. Этих детей отличает: – высокий уровень напряжения

– сниженный эмоциональный фон; – длительная фрустрация приводит к недоверию; – часто астеническое состояние.

Методики используемые для оценки результатов работы:

1. «Какого я цвета» Н.Ю. Оганесян (до и после каждой сессии);
2. Цветовой тест Люшера;
3. Дембо-Рубинштейн (исследование самооценки)3-4 класс; Лесенка 1-2 класс
4. «Телесный анализ» Н.Ю. Оганесян;
5. Проба Ромберга

По окончании танцевально-двигательной терапии по всем методикам наблюдается положительная динамика: «Какого я цвета» – сначала преобладают холодные и тёмные оттенки, часто пространство не заполнено полностью, что говорит о сниженном эмоциональном фоне, наличии переживаний, об ограничениях, в конце занятия появляются тёплые тона, больше используется пространство, иногда появляются образы; по Люшере улучшается вегетативный коэффициент и эмоциональный фон; улучшается самооценка, как правило у таких детей она занижена; «Телесный анализ» – изначально ограниченное использование пространства, многие танцуют на полупальцах, руки и ноги слегка согнуты, голова опущена, движения слабые, трудно иницируют что-то своё, плечи зажаты, трудности с координацией, в процессе занятий движения становятся более свободными, шире используют пространство, уверенней стоят на ногах, легче вступают в контакт, импровизируют. После 3-4 сессии заметно уменьшается частота невротических проявлений, а в завершении у некоторых симптомы уходят совсем. Работа ведётся параллельно с неврологом.

Резюмируя вышесказанное, танцевально-двигательная терапия является наиболее эффективным методом в работе с детскими неврозами.

### ТАКТИЛЬНАЯ И СЛУХОРЕЧЕВАЯ ПРОИЗВОЛЬНАЯ ПАМЯТЬ ПРИ РАЗНЫХ ТИПАХ ДИЗОНТОГЕНЕЗА

**Н.В. Зверева\*\*, Т.В. Калашникова\***

*\*ГБОУ ВПО МГППУ*

*\*\*ФГБУ НЦПЗ РАМН, Москва*

**Введение.** Работа посвящена изучению разных видов модально-специфической памяти в контексте исследований когнитивного дизонтогенеза (Зверева, 2005), сравниваются легкая степень умственной отсталости и детский тип шизофрении.

Анализируются особенности произвольного запоминания стимульного материала двух модальностей – слуховой (слухоречевая память) и тактильной (фактурная и гаптическая память). Эти модальности мнестической деятельности (слухоречевой и тактильной) имеют разную траекторию развития в онтогенезе. Тактильная модальность развивается с самого начала онтогенеза, и впоследствии отходит на второй план, слухоречевая память, напротив, начинает свое интенсивное развитие позже, но долго остается среди ведущих видов памяти, как востребованный и тренируемый вид произвольного запоминания (Каримулина, 2000, Зверева, 2008). Психический дизонтогенез меняет сроки развития различных функций, возникает вопрос о сходстве или различии двух нозологических групп – умственная отсталость в легкой степени и разные формы шизофрении, по отношению к видам модально-специфической памяти. Одним из негативных последствий шизофрении является олигофреноподобный дефект, но какова разница между детьми с легкой степенью умственной отсталости и детьми, больными шизофренией? Мы полагаем, что уровень развития памяти в этих двух модальностях различается в младшем школьном возрасте и имеет своеобразие при дизонтогенетическом развитии и в норме.

**Материал и методы.** Исследование проведено на базе специальной школы VIII-го вида №77 г. Москвы, ФГБУ «НЦПЗ» РАМН и ЦО «Измайлово» №1811 г.Москвы.

**Выборки испытуемых:** (возраст 7-12 лет): 1 контрольная группа (КГ) ученики общеобразовательной школы, (30 чел.); 2. экспериментальная группа 1 (ЭГ1) – ученики специальной школы VIII вида, с легкой степенью умственной отсталости (16 чел); 3 экспериментальная группа 2 (ЭГ2) – дети, страдающие детским типом шизофрении (F20.8), проходящие лечение в стационаре (8 чел).

**Методики:** исследование слухоречевой памяти – методики «10 слов» А.Р.Лурии, и «Парные ассоциации»; исследование тактильной (фактурной и гаптической памяти) – специально подобранные тактильная (фактурная, дощечки с разными поверхностями) и стереогностическая (гаптическая – объемные предметы) серии на запоминание стимулов и последующее распознавание их по единой схеме среди дистракторов.

**Результаты и обсуждение.** Слухоречевая память. Методика «10 слов»: объем непосредственного слухоречевого запоминания в КГ (6,6 слов) достоверно выше по сравнению с ЭГ 1 (3,75 слов) и ЭГ2 (5слов). Между ЭГ1 и ЭГ2 различия не достоверны. Средний результат по заучиванию имеет ту же тенденцию. Отсроченное воспроизведение: нет различий между КГ (8,3 слова) и ЭГ1 (7,6 слова), при этом КГ и ЭГ2 (6,1 слова) достоверно различаются. Можно предположить, что у детей КГ и ЭГ1 имелась более стойкая мотивация к мнестической деятельности, чем в ЭГ2. Методика «Парные ассоциации» показала, что для всех групп характерно более успешное воспроизведение простых пар и

сниженное – для сложных пар. При этом КГ (9,7 и 6,3 слова) всегда достоверно лучше, чем ЭГ1 (7,9 и 3,5 слова) и ЭГ2 (7,4 и 2,4 слова), между ЭГ1 и ЭГ2 нет различий в воспроизведении простых и сложных пар ассоциаций.

Тактильная память. КГ продемонстрировала достоверно лучший результат, чем ЭГ1 и ЭГ2. Фактурная память оказалась менее успешной, чем память на гаптические стимулы. Достоверно лучше справились со «стереогностической серией» дети КГ и ЭГ1 ( $p \leq 0.01$ ), тогда как внутри ЭГ2 не было получено достоверных различий между сериями тактильной памяти – фактурной и гаптической. Фактурный материал, нанесенный на дощечки, оказался для всех групп детей малознакомым, но для детей ЭГ2 такую же трудность представляли и объемные предметы из стереогностической серии. Качественно различались и стратегии запоминания. В КГ дети использовали мнемотехники (считать дощечки, запоминать другие, не фактурные параметры стимулов и т.п.), что не было характерно для детей ЭГ1 и ЭГ2. Эти испытуемые могли отвечать, что запомнили все, в том числе и дистракторы, т.е. чаще встречались ложные узнавания (ЭГ1 – 44%, ЭГ2 – 50%, КГ -13), что может указывать на мотивационное снижение вследствие личностного и интеллектуального дефекта в выборке ЭГ2.

#### **Выводы.**

- Уровень произвольной памяти (во всех модальностях) значимо выше у детей КГ, можно констатировать проявления когнитивного дизонтогенеза в мнестической деятельности при легкой степени умственной отсталости и детской шизофрении.

- Группы ЭГ1 и ЭГ2 по большинству параметров запоминания не различаются, хотя уровень выполнения в ЭГ2 в целом ниже, чем в ЭГ1.

- Гаптическая и фактурная память в ЭГ2 не различаются, а в КГ и ЭГ1 – различия достоверны. В КГ и ЭГ1 показана связь стимульного материала и успешности произвольного запоминания – чем более «предметным» является стимул, тем легче происходит запоминание, что не характерно для ЭГ2.

## **ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ ДЕТЕЙ НА СИТУАЦИЮ ЛИШЕНИЯ РОДИТЕЛЬСКОЙ ОПЕКИ**

**М.В. Земляных**

*Институт специальной педагогики и психологии,  
Санкт-Петербург*

Вопросы воспитания и обустройства детей, чьи родители лишены родительских прав, являются чрезвычайно актуальными в современной России. Однако, только перевод ребёнка под опеку государства из неблагополучной семьи без учёта особенностей его психологического состояния, затрудняет адаптацию к новым условиям и даже может привести к формированию невротических и поведенческих расстройств.

Предметом данного исследования явились депрессивные, тревожные и фобические проявления у детей, недавно лишённых родительской опеки и находящихся в ситуации адаптации к государственному детскому учреждению. Исследования проводились в центре медицинской и социальной реабилитации детей, оставшихся без попечения родителей им. Цимбалына и ряде детских домов Санкт-Петербурга. Проанализированы данные, полученные в результате исследования 89 детей в возрасте от 6 до 10 лет, находящиеся в учреждении меньше 1 года, за период 2011-2013 гг.

**Результаты исследований и их обсуждение.** Исследования выявили преобладание следующих эмоциональных проявлений и реакций у детей: лёгкая или средняя степень выраженности депрессивных проявлений с отчётливым ангедоническим компонентом, высокая тревога с переживаниями за собственную безопасность и безопасность матери (которая лишена родительских прав), страхи одиночества, будущего, смерти. Большинство детей при беседе отмечали, что родители злоупотребляли алкоголем, использовали физические наказания, но в то же время в структуре страха одиночества у них часто присутствовала боязнь остаться без родителей. Ряд детей жаловались на нарушения сна, ночные страхи и сновидения, в содержании которых имели место сцены, где ребёнок видел себя потерявшимся, одиноким, потерявшим мать и т.п. Аналогичные сюжеты часто встречались и в рисунках детей.

Таким образом, многие переживания отражают сохранение привязанности к родителям, даже если проживание с ними сопровождалось как материальным, так и психологическим неблагополучием. Можно предполагать, что травма, перенесенная детьми, носит двойной и противоречивый характер, и влечёт за собой – с одной стороны – страх перед родителями, которые злоупотребляют алкоголем, наркотиками, могут наказывать, а с другой стороны – страх их потерять. Подобные переживания являются факторами, усиливающими риск формирования невротических и поведенческих расстройств. Они должны быть учтены при формировании программ психосоциальной реабилитации и адаптации детей-социальных сирот к новым условиям.

## СТАНДАРТИЗОВАННАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА АГРЕССИВНОГО КРИМИНАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ-ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ С ОРГАНИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

А.А. Зубкова<sup>1</sup>, Д.С. Ошевский<sup>1,2</sup>

Московский городской психолого-педагогический университет<sup>1</sup>,  
ФГБУ ГНЦССП им. В.П. Сербского Минздрава России<sup>2</sup>  
Москва

Проблематика агрессивного криминального поведения несовершеннолетних, в том числе страдающих психическими расстройствами, широко

представлена в научной литературе (Дозорцева Е.Г., 2004; Макушкин Е.В., 2009; Вандыш В.В., Пивоварова П.А., 2014), однако специфические аспекты, касающиеся подростков с органической патологией, отражены недостаточно. Перспективным направлением в работе с подростками, склонными к агрессии, является стандартизованная оценка риска повторного совершения аналогичных деликтов (Bogum R., Bartel P., Forth A., 2002) и составление кейсовых программ их дальнейшего сопровождения (Hoge R.D., Andrews D.A., 2002; Воронова Е.Л., Шипшин С.С., 2002). Представляется актуальным определение возможности использования стандартизованных средств для выявления риска агрессивного криминального поведения у несовершеннолетних с органическим поражением головного мозга (ОПГМ) – что стало **целью исследования**.

**Материал и методы.** Исследование было построено по принципу квазиэксперимента и предполагало выявление у подростков с органическим поражением головного мозга (ОПГМ) (F07. по МКБ-10) специфических факторов риска совершения агрессивных правонарушений. *Основную группу* составили подростки с ОПГМ, совершившие агрессивные деликты и направленные на комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу (КСППЭ) в ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского» (n=32). Для учета патофизиологического фактора эта группа была разбита на подгруппы по принципу нарастания органической симптоматики, в зависимости от степени выраженности психического расстройства. В первую подгруппу вошли подростки, признанные КСППЭ невменяемыми. Вторую составили несовершеннолетние с менее глубокими патофизиологическими характеристиками – признанные вменяемыми и «ограниченно вменяемыми». *Группа сопоставления:* подростки, обвиняемые в агрессивных деликтах и признанные КСППЭ психически здоровыми (n=16). Кроме того, были обследованы несовершеннолетние с различным уровнем социальных девиаций. *Группы сопоставления:* подростки с ОПГМ, совершившие деликты имущественного характера (n=14); подростки с делинквентным поведением – ГБУ ГЦ «Дети Улиц» (n=12). *Контрольная группа* – психически здоровые подростки с нормативным поведением, учащиеся общеобразовательной школы г. Москвы (n=28).

**Методы исследования:** «Тест Руки», индивидуально-типологический диагностический опросник; цветовой тест отношений. Стандартизованный учет факторов риска агрессивного поведения осуществлялся методикой «Оценка рисков и возможностей» (Дозорцева Е.Г., Бадмаева В.Д., Ошевский Д.С., Александрова Н.А., 2011). Верификации данных проводилась статистическими методами в программной среде Statistica 6.0.

**Результаты исследования.** У несовершеннолетних с ОПГМ, совершивших агрессивные деликты, выявлен высокий уровень реактивной и проактивной агрессии, что отличает их от подростков без психической патологии. Механизмы

сдерживания агрессивных побуждений у них сформированы слабее. По мере нарастания органической симптоматики в силу нарушения регуляторных процессов вероятность агрессивного поведения увеличивается. У подростков с ОПГМ, обвиняемых в агрессивных деликтах, вероятность агрессии повышается в силу заострения ряда индивидуальных черт. Они более чувствительны к внешнесредовым воздействиям и склонны фиксироваться на отрицательных переживаниях. В силу инертности и ригидности психических процессов их поведение теряет гибкость. Склонность к эмоциональному отреагированию возникающего напряжения может реализовываться в агрессивных, в том числе противоправных деяниях. Вероятность агрессии существенно возрастает в случае, если подросток злоупотребляет алкоголем и психоактивными веществами. В смысловой сфере у подростков с ОПГМ наблюдается конфликтность в оценках, которая проявляется на уровне самооценивания и гендерных стереотипов. Такое сочетание приводит к формированию негативной самоидентичности. Индивидуальные факторы риска у подростков с ОПГМ имеют тесную связь с их социальным неблагополучием. Неблагоприятная обстановка в семье, отсутствие контроля со стороны родителей, а также плохо организованный досуг и диссоциальное окружение повышают риск агрессивного криминального поведения. Полученные данные свидетельствуют о перспективности использования стандартизованных методик оценки риска криминального поведения у несовершеннолетних с ОПГМ. Однако, учитывая специфические нарушения в интеллектуальной и эмоционально-волевой сферах, таких несовершеннолетних, подобные методики целесообразно дополнить клиническими шкалами.

### **ОБЕСПЕЧЕНИЕ АТМОСФЕРЫ ПРИНЯТИЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ТЕПЛОТЫ КАК УСЛОВИЕ УСПЕШНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

**А.Ю. Зырянова, Н.А. Могучева**

*МБДОУ №28 «Теремок» ГКП «Особый ребенок»,  
Екатеринбург*

*Люди с функциональными нарушениями имеют право не только на хорошую жизнь, но и – как все другие, – на самую лучшую жизнь, которой они были бы в состоянии жить.*

*К. Грюневальд*

Попытка воплощения идеала ценности человеческой личности, определяющая деятельность великого гуманиста Карла Грюневальда, перевернувшего сознание большинства человечества относительно «жизни людей с функциональными нарушениями – доказательство достижения обществом рубежа своего совершеннолетия на пути бес-

конечно долгого самосовершенствования с позиции отношения к людям с альтернативными вариантами развития (К. Грюневальд, 2003). В истории христианской культуры и европейской цивилизации завершающим этапом эволюции отношения государства и общества к детям с ограниченными возможностями здоровья является обретение ими гарантированного государством права не только на специальное, но и на интегрированное обучение (Малофеев Н.Н., 2007).

Трудность введения интегративной и инклюзивной практики на сегодняшний день обусловлена, главным образом, усложнением дизонтогенетических проявлений по МКБ-10, что требует постоянного пополнения теоретического багажа специальной подготовки педагога по вопросам психофизиологических особенностей детей с альтернативным развитием. Эффективность данной практики зависит не только от физической и психологической выносливости самого педагога, но также его психологических особенностей, его психологической готовности внедрять новые технологии в уже достаточно привычный для него стереотип профессиональной деятельности.

К. Берьесон рассматривает систему помощи в трех теоретических направлениях, являющих базу современных концепций реабилитационной помощи: медико-биологическом, психологическом, социологическом. И уделяет внимание последнему направлению, приводя весомые аргументы в пользу последнего, как вносимого большой удельный вес в систему реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья (К. Берьесон, 2002).

Изучая опыт отечественных реабилитационных центров, главным образом обращаем внимание на атмосферу теплой эмоциональной поддержки, являющейся основой всей реабилитационной помощи лицам с ограниченными возможностями здоровья. Анализ публикаций и материалов электронных образовательных порталов, освещающих тему условий эффективной интеграции, привел к пониманию актуального состояния процесса внедрения инклюзивных практик в системе образования, как нуждающегося в существенной доработке.

Об этом же свидетельствуют результаты международной научно-практической конференции «Аутизм. Выбор маршрута» (Москва, 2014) Необходима существенная перестройка системы помощи лицам с особыми образовательными потребностями; консолидация всех правительственных структур, профессиональных и родительских сообществ, а также субъектов образования, с целью выработки единой концептуальной базы системы помощи лицам с ограниченными возможностями здоровья. А именно – доработка нормативно-правового и содержательного компонента системы реабилитации, внедрение эффективных коррекционных технологий в обучении и сопровождении лиц с ограниченными возможностями здоровья.

В результате работы по внедрению инклюзивной практики в ГКП «Особый ребенок» с 2013 года



нами обозначены следующие условия, как необходимые для достижения положительной динамики в реабилитации детей: обеспечение согласованной помощи всех специалистов, вне зависимости от организационной принадлежности, участвующих в реабилитации; наличие возможности подобрать эффективный вариант интегрированного обучения в условиях квалифицированной специальной педагогической помощи; разработка адаптированных образовательных программ, соответствующих индивидуальным особенностям развития детей; готовность образовательного учреждения принять детей с ограниченными возможностями здоровья по материально-техническим условиям их сопровождения; организация особой психологической среды, т.е. атмосферы принятия детей с ограниченными возможностями здоровья со стороны всех без исключения субъектов образовательного и терапевтического пространства (в условиях стационара).

В рамках Государственной программы «Доступная среда» на 2011-2015 годы, а также Федеральной целевой программы развития образования на 2011-2015 годы, в условиях общей гуманизации общества, обеспечение атмосферы принятия и эмоциональной теплоты образовательного и терапевтического пространства является основой успешной реабилитационной помощи детям со специальными образовательными потребностями. Особо важно также оказание психологической помощи родителям и лицам, воспитывающим детей с ограниченными возможностями здоровья, как участников образовательного и реабилитационного процесса, что является необходимым и главным условием реализации права на качественное образование каждого ребенка, с учетом его индивидуальных образовательных запросов и потенциала развития.

## ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ С СЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ С ПОЗИЦИИ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

И.С. Карауш

ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН, г. Томск

Нарушения слуха и зрения у детей нередко являются причиной психических расстройств и нарушений у детей и подростков, ограничивают познавательные, учебные, социальные возможности (Bakhla A.K., Sinha V.K. et al., 2011; Boonstra N., Limburg H., Tijmes N., et al., 2012). Определение клинического диагноза часто не дает полной информации о степени нарушения социального функционирования ребенка. Для оценки детской инвалидности с позиции биопсихосоциальной модели наряду с МКБ Всемирная организация здравоохранения рекомендует использовать Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для детей и молодежи (ICF-CY – International

Classification of Functioning, Disability, and Health), которая является инструментом определения профиля функционирования инвалида и приоритетных реабилитационных направлений и стратегий раннего вмешательства (Bornman J., 2004; Lollar D.J., Simeonsson R.J., 2005; Simeonsson R.J., Scarborough A.A., Hebbeler K.M., 2006). Международная классификация функционирования служит оценочной категорией, позволяющей объединить дефект, психопатологию, психологический и социальный профиль пациентов.

**Цель настоящего исследования** – изучение возможностей применения ICF-CY при оценке психического здоровья детей с тяжелыми нарушениями слуха и зрения.

**Материал исследования.** 348 учащихся коррекционных школ-интернатов I-II вида (для слабослышащих и глухих детей) и III-IV вида (для слабовидящих и слепых детей) 7-18 лет: из них 170 человек – это дети с нарушениями слуха (нейросенсорная тугоухость III-IV степени, нейросенсорная глухота) и 178 – человек это дети с нарушениями зрения (врожденные аномалии зрительного анализатора, последствия травм). Использовались клиничко-психопатологический, психологический (клинические шкалы и опросники), статистический методы исследования.

**Результаты.** В характеристике состояния здоровья ребенка с сенсорным нарушением были выделены следующие составляющие («блоки»): «Психические функции (нарушения)», «Сенсорный дефект», «Соматическое здоровье», «Психологические характеристики», «Активность и участие», «Факторы окружающей среды (микро- и макроокружение)» Составляющая «*Психические функции*» включает характеристику психического статуса, наличие психических нарушений или расстройств. При клиническом исследовании чаще определялись смешанные специфические расстройства, умственная отсталость, органические, речевые расстройства. Сочетанная патология отмечалась более чем у половины детей.

Составляющая «*Сенсорный дефект*» выделена в контексте особенностей изучаемого контингента, включает характеристику основного дефекта, способность соблюдения личной безопасности, возможности самостоятельного передвижения, коммуникации (например, у слабослышащих детей – уровень овладения жестовой речью, уровень развития речевых навыков, у слепых – уровень владения чтением по Брайлю). Составляющая «*Соматическое здоровье*» характеризует наличие или отсутствие соматических хронических заболеваний, частоту обострений, астению, уровень физической активности. Блок «*Психологические характеристики*» включает такие позиции как отношение ребенка к собственному заболеванию (внутренняя картина болезни), уровень качества жизни, тревоги, депрессии, агрессии, эмоциональные характеристики актуального состояния, особенности мотивации.

Непрерывным условием полноценного развития ребенка является участие его в соответствующей возрасту деятельности, чему может препятствовать имеющийся сенсорный дефект, вторично развивающиеся расстройства психологического развития, особенности социальной среды. Составляющая «Активность и участие» оценивает способности выполнения различных задач или действий; способности к обучению, применение получаемых навыков и знаний на практике; общие знания об окружающем; способность к самообслуживанию, заботе о собственном здоровье; особенности межличностных и семейных отношений.

Блок «Факторы окружающей среды» характеризует среду отношений и установок, в которой живет и воспитывается ребенок с нарушениями слуха или зрения. «Уровень микроокружения» включает особенности семьи и образовательной среды (сверстники, педагоги). «Уровень макроокружения» включает характеристику медицинских, образовательных, социальных организаций и служб, влияющих (экономически, политически, общественным влиянием) на функционирование ребенка и его семьи, особенности правовой системы, степень толерантности общества к лицам, имеющим дефекты развития.

Описание составляющих, которые определяют психическое здоровье, дает информацию как об «проблемных» моментах (например, высокий уровень тревоги, депрессии, нарушения поведения, недостаток физической активности, отсутствие достаточного круга общения), которые в будущем станут мишенями для психотерапии, психокоррекции; так и о позитивных, ресурсных сторонах, которые могут являться опорой для реабилитационных программ (например, сохранность абстрактного мышления, способности к самообслуживанию, мотивация на развитие, адекватное отношение к собственному дефекту). Традиционно медицинский подход рассматривает дефект (заболевание) и/или вторичные нарушения, определяет терапевтическую тактику. Социальная и психологическая составляющие вносят четкое понимание «проблемных» и ресурсных сторон ребенка и его социального окружения (семья, учебная среда – сверстники и педагоги) – психологических характеристик, особенностей межличностного взаимодействия, мотивации, уровня физической активности, т.е. базиса, который будет значимо влиять на возможности реабилитации и определять прогноз вместе с клиническими характеристиками.

## ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ СИТУАЦИЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ У ПОДРОСТКОВ

М.С. Климова

ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева»,  
Санкт-Петербург

Необходимость изучения различных аспектов расстройств адаптации в настоящее время, объясняется, прежде всего, ростом частоты их встречаемости в популяции, изменениями, происходящими в современном мире, и расширением спектра их воздействия на психические функции человека. Современные исследования, посвященные проблеме расстройств адаптации, недостаточно широко освещают особенности их проявления среди лиц подростковой группы населения.

Согласно определению диагноза расстройства адаптации и критериям его постановки, которые предлагает нам МКБ-10, длительность симптоматики составляет не более 6 месяцев после прекращения действия психотравмирующей ситуации (ПТС), за исключением пролонгированной депрессивной реакции. Однако, сталкиваясь в клинической практике с подростками, имеющими схожую с расстройством адаптации симптоматику, мы зачастую замечаем, что симптомы сохраняются дольше, при этом клиническая картина не соответствует другим расстройствам, например, рекуррентному депрессивному эпизоду, генерализованному тревожному и другим невротическим расстройствам. Такие «отклонения» от общепринятых критериев объясняются тем, что подросток, в отличие от взрослого, часто имеет дело с ПТС, влияющими на его психическое здоровье на протяжении длительного периода времени, и окончания действия стрессора не предвидится в ближайшем будущем.

Прежде всего, подросток сталкивается с нарушениями внутрисемейных отношений. Частые ссоры, затянувшийся бракоразводный процесс родителей с последующим ограничением общения с одним из них нередко приводит к тому, что подросток используется в качестве средства манипуляции враждующими сторонами, когда каждый из родителей пытается настроить его против другого. Из-за переживаний подростка за будущее членов семьи и свое собственное повышается уровень тревоги, происходят аффективные нарушения, что зачастую находит выход в протестных реакциях, уходах из дома, снятию напряжения при помощи алкоголя и психоактивных веществ, приводит к пропускам занятий в школе и снижению успеваемости. Смена стиля воспитания в результате изменения состава семьи также создает новые условия для жизни подростка, к которым ему не всегда удается приспособиться. Наличие у члена семьи тяжелого соматического заболевания, психического расстройства или склонности к систематической алкоголизации ведет к неполноценному воспитанию и накладывает определенные ограничения на жизнь подростка.

тка, оказывает влияние на его окружение. Нередко подростки бывают не готовы к появлению нового члена семьи, младшего брата или сестры, при этом действия родителей в попытках отрегулировать сложившуюся семейную ситуацию далеко не всегда грамотны и приводят к усугублению психического состояния подростка. Необходимо учитывать также влияние семейной обстановки на формирование личностных черт, определяющих уязвимость подростка к развитию расстройства адаптации.

Проблемы соматического характера являются причинами пропуска большого количества учебных занятий, приводят к дублированию классов и неизбежной смене коллектива, нарушают функционирование подростка в сфере школьного окружения. При хронических соматических заболеваниях, травмах опорно-двигательного аппарата перевод на домашнюю форму обучения бывает неизбежен, круг общения подростка сужается, что также ведет к эмоциональному дискомфорту, снижению самооценки, развитию соматизированных симптомов. Насмешки со стороны одноклассников из-за дефекта внешности, когда пациент становится «белой вороной», повторяющиеся конфликты в силу различных характерологических особенностей подростка с последующими изменениями в отношениях со сверстниками, а также низкая самооценка в результате того, что подросток не может добиться больших успехов в учебе, могут стать причиной нежелания выходить из дома и переключения на виртуальные формы общения, что повышает риск формирования зависимого поведения, способствует возникновению различных нарушений поведенческого спектра, реакций эмансипации и оппозиции.

Более глубокое изучение проблем воспитания и взаимоотношений в семье, трудностей общения со сверстниками в силу сложившейся в школе ситуации, либо вытекающих из личностных особенностей подростка, рациональная оценка возможностей подростка, подвергшегося какому-либо хроническому заболеванию, помогает определить показания к семейным, индивидуальным либо групповым занятиям с психотерапевтом, психокоррекции личностных изменений, а также проведение реабилитационных мероприятий различного характера, способствующих наиболее быстрому выведению из кризисной ситуации.

### **О НЕОБХОДИМОСТИ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С РОДИТЕЛЯМИ ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

**К.В. Кмить, Ю.В. Попов**

*ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева»,  
Санкт-Петербург*

Психическое заболевание ребенка – тяжелое бремя для родителей, связанное со значительными

социальными потерями семьи. Шизофрения, манифестирующая в подростковом возрасте, накладывает отпечаток на развитие и созревание ребенка, замедляя и искажая его, приводя к грубым, нередко необратимым изменениям. Резкий характерологический «излом» и нарушение социального функционирования подростка меняют привычный жизненный уклад семьи и приводят к глубокому психоэмоциональному стрессу родителей. Необходимость психологического сопровождения семей с больным ребенком сегодня в полной мере осознается врачами-специалистами и клиническими психологами психиатрических стационаров. Важно не забывать о том, что родители должны оставаться активными участниками лечебно-реабилитационного процесса, на всем его протяжении. Именно семейное окружение может обеспечить подростку необходимую эмоциональную поддержку и помочь ему адаптироваться в условиях болезни. В литературе можно встретить убедительные данные, свидетельствующие о том, что успешность адаптации пациентов с шизофренией во многом определяется отношением родителей к их заболеванию и лечению. Поэтому работа с семьей больного ребенка является неотъемлемой составляющей терапевтического и реабилитационного процесса. Однако, несмотря на актуальность данной проблемы, на сегодняшний день нет четко разработанной и отлаженной системы помощи родителям, чьи дети проходят лечение в психиатрическом стационаре, а соответствующая работа проводится пока только в рамках амбулаторных служб и кризисных центров. Опираясь на собственный опыт практической работы с родителями подростков, больных шизофренией, мы выделили ряд направлений для психосоциальной помощи семье в рамках подросткового психиатрического стационара:

1. Формирование у родителей адекватного представления о заболевании ребенка, что позволяет избежать «психологизации» болезненных проявлений и недооценки серьезности состояния;

2. Повышение родительского доверия к биологической терапии и врачебным рекомендациям, что помогает преодолевать их сопротивление длительной фармакотерапии, предупреждает негативную реакцию на побочные эффекты и обеспечивает жесткий контроль за приемом лекарств на амбулаторной стадии лечения;

3. Формирование активной родительской позиции в лечебно-реабилитационном процессе;

4. Психологическая работа с эмоциональными переживаниями родителей (страх, тревога, отчаяние, неопределенность), формирование у них необходимых навыков проблемно-разрешающего поведения;

5. Коррекция родительских ожиданий и воспитательных установок в отношении подростка, что способствует нормализации семейного микроклимата и позволяет избегать декомпенсации состояния ребенка;

6. Помощь в преодолении самоизоляции и самостигматизации.

На наш взгляд, разработка и внедрение программы для психосоциальной помощи семье с больным ребенком является одним из приоритетных направлений в развитии подростковой психиатрии и неотъемлемой частью биопсихосоциального подхода к терапии психических расстройств.

## РОЛЬ АЛЕКСИТИМИИ В ФОРМИРОВАНИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ

А.В. Копытов, О.Г. Шпаковская,  
В.П. Максимчук

*ГУ Республиканский научно-практический центр психического здоровья, г. Минск, Республика Беларусь*

В настоящее время распространенность алкогольной и наркотической зависимости носит характер эпидемии в мире и в нашей Республике. На 2013 год: количество учтенного потребляемого алкоголя на душу населения в РБ 11,14 литра в год, смертность от причин связанных с алкоголем 1091 человек, общее число наблюдаемых наркологами пациентов 281339 человек (из них 56949 женщин, 15780 – детей и подростков).

В научных исследованиях данная проблема рассматривается с позиций феномена алекситимии, которая не имеет нозологической специфичности, а чаще является почвой для формирования психосоматических и аддиктивных расстройств.

Алекситимия привлекает к себе внимание и по причине частой встречаемости. Среди здорового населения алекситимические черты присущи по разным данным от 5 до 23%. Причем у мужчин встречается в 4 раза чаще, чем у женщин.

Имеются противоречивые результаты о положительных отношениях между алекситимией и алкогольной зависимостью в подростковом и молодом возрасте.

В ходе работы мы попытались проверить версию, взаимосвязи уровня алекситимии в формировании алкогольного аддиктивного поведения у подростков.

**Цель исследования:** определить роль алекситимии в формировании алкогольной зависимости, исследовать уровень алекситимии у лиц молодого возраста для оптимизации методов профилактики.

**Задачи:** мотивы потребления алкоголя несовершеннолетними; на основании полученных данных рекомендовать меры профилактики.

**Материалы и методы.** Обследованы 52 мужчины 14-18 лет с установленным диагнозом зависимости к ПАВ. Использовались опросники: личностный опросник Шмишека; Торонтская шкала для исследования алекситимии; шкала исследования мотивов употребления ПАВ. Статобработка с помощью SPSS-17.0

**Результаты исследования:** работа состояла из нескольких этапов. На первом этапе работы были изучены акцентуации личности у лиц молодого возраста с алкогольной зависимостью, где были об-

наружены: выраженная гипертимность, циклотимность, эмоциональность, дистимичность.

В исследуемой группе выявлен высокий уровень алекситимии: 72 балла, что свидетельствует о проблеме в сфере чувств и эмоций. Отреагирование в ситуациях фрустрации обычно происходит на уровне действий или уходе от реальности, изменения состояния сознания с помощью различных форм аддикций, чаще употребления алкоголя. Причем употребление алкогольных напитков позволяет «оживить» сферу чувств, чувствительности, активизировать кинестетический опыт. Однако употребление алкоголя подростками является вариантом дезадаптивного поведения, приводящего к пагубным последствиям.

Данные изучения мотивов потребления алкоголя лицами молодого возраста. У подростков с алкогольной зависимостью употребление связано с социально-психологической мотивацией (влияние внешних, бытовых факторов), личностными мотивами (купирование эмоционального дискомфорта, скованности, застенчивости)

У лиц молодого возраста с алкогольной зависимостью влечение к алкоголю тесно связано с уровнем алекситимии ( $r=0,67$ ,  $p<0,05$ ). В группе лиц с алкогольной зависимостью социально-психологические мотивы употребления находятся в обратной корреляции с гипертимностью и эмоциональностью, но тесно связаны с демонстративностью и бровадой. Когда нет истинных чувств и невозможно их выразить, поведение начинает носить гиперкомпенсаторный характер, в том числе при употреблении алкоголя.

На основании полученных данных, предоставляются следующие выводы: - лица молодого возраста с алкогольной зависимостью осознанно употребляют алкоголь, стремясь преодолеть проблемы душевного дефицита, скорректировать внутреннюю проблему в сфере чувств и эмоций; - в обследуемой группе подростков высокий уровень алекситимии, который обуславливает влечение к алкоголю; - на различные компоненты мотивации употребления влияют и личностные акцентуации; - полученные результаты можно применить на практике для профилактики и лечения данной зависимости; - необходимо проводить более активные мероприятия для душевной реабилитации среди подростков из групп риска с целью предотвращения алкоголизации несовершеннолетних; - психотерапия в данных случаях специфична, т.к. большинство ее подходов предполагают сохранную способность использовать собственные эмоции в качестве важных символов; - одним из возможных эффективных подходов м.б. телесно-ориентированная психотерапия.

Учитывая высокую заболеваемость алекситимией в популяции, необходимо дальнейшее исследование отношений между алекситимией и потреблением алкоголя, тяжестью зависимости и психологическими паттернами потребления алкоголя, включая потенциальную роль алекситимии, как фактора риска для алкогольных нарушений и как маркер ответа на лечения.

## ОЦЕНКА СЕКСУАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА МУЖСКОГО ПОЛА, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Д.А. Копытов\*, В.А. Доморацкий\*\*

ГУ Республиканский научно-практический центр  
психического здоровья\*,

Белорусский государственный университет\*\*,  
г. Минск, Республика Беларусь

Алкогольная зависимость (АЗ) – одна из главных текущих угроз здоровью и безопасности людей. Влияние алкоголя на половую сферу начали изучать еще в последней четверти 19 века, но в публикациях, посвященных нарушениям сексуальной функции и клиническим аспектам АЗ, до сих пор нет единой точки зрения на их причинно-следственные взаимодействия. Вопросы взаимовлияния АЗ и проблем в сексуальных отношениях выходят далеко за рамки патофизиологии и при несомненном теоретическом интересе имеют важное практическое значение. Последнее не ограничивается только клиникой сексуальных расстройств, а имеет прямое отношение к некоторым аспектам профилактики и лечения АЗ.

**Целью настоящего исследования** явилось определение особенностей сексуальной мотивации у лиц молодого возраста, имеющих алкогольную зависимость (АЗ) для последующего обоснования профилактических мероприятий.

**Материал и методы.** Исследовали 205 молодых людей с АЗ (14-18 лет), – основная группа (ОГ). Контрольная группа (КГ) – 118 лиц (14-18 лет) без АЗ. Группа сравнения (ГС) из 76 человек с АЗ, имели достоверно более высокие показатели возраста и стажа АЗ по сравнению с ОГ.

Диагностика АЗ в соответствии с критериями МКБ-10, «Б-ИТА», AUDIT. Проведено исследование уровней коммуникативной импульсивности, гормонов, ассоциированных с сексуальным статусом (свободный (СвТ) и связанный тестостерон, креатинин, кортизол, эстрадиол, пролактин, ФСГ, ЛГ), параметров половой конституции с использованием шкалы разработанной Г. С. Васильченко (1977, 1990). Статистика с помощью SPSS 17.0.

**Результаты и обсуждение.** В ОГ больше субъектов (65,2%), по сравнению с КГ (48,2%) и ГС (52,5%), с ранней сексуальной активностью ( $\chi^2=8,8$ ;  $p<0,05$ ). Обстоятельства первой сексуальной связи в ОГ, КГ и ГС: случайная связь (соответственно, 15/18,4/20%;  $p<0,05$ ), связь с партнершей из одной компании (21,7/14,6/22,9%), любопытство (13,3/17,5/19,4%), «нажим» партнерши (23,3/0/15,3%;  $p<0,05$ ), за компанию (1,7/2,9/3,5%), результат длительных ухаживаний (25/45,6/18,6%;  $p<0,05$ ). Средние значения генотипического индекса половой конституции в ОГ ( $K_g=3,3$ ) и ГС ( $K_g=3,5$ ) не отличались между собой, свидетельствуя о преобладании в этих группах лиц со слабой половой конституцией и задержками пубертатного развития, в то время как в КГ этот показатель был достоверно выше ( $K_g=4,4$ ;  $p<0,05$ ) и соответствовал средней половой конституции.

В ОГ выше уровни пролактина по сравнению с КГ и ГС (соответственно, 54,2/36,8/24,8 мЕд/л;  $p<0,05$ ) и кортизола (309,6/256,3/252,9 нмоль/л;  $p<0,05$ ). КГ по сравнению с ОГ и ГС выше уровни свободного (12/10/6,9 нмоль/л;  $p<0,05$ ) и связанного (43,1/45,3/30,6 нмоль/л;  $p<0,05$ ) тестостерона. В ОГ уровни СвТ связаны со склонностью к агрессивным реакциям ( $\chi^2=9,2$ ;  $p<0,05$ ), поиску новизны ( $\chi^2=5,8$ ;  $p<0,05$ ), асоциальному поведению ( $\chi^2=4,9$ ;  $p<0,05$ ), в КГ со склонностью к тревожным реакциям ( $\chi^2=25,8$ ;  $p<0,05$ ) и гедонистическими МПА ( $r=-0,3$ ;  $p<0,05$ ).

Среднегрупповые уровни импульсивности были ниже в КГ (43,4 баллов), по сравнению с ОГ и ГС (48,9 и 48,6 баллов;  $p<0,05$ ). В ОГ высокие уровни импульсивности связаны с ранней сексуальной активностью, любопытством, сексуальными контактами с партнерами из одной компании ( $\chi^2=11,2$ ;  $p<0,05$ ), в КГ со случайными связями ( $\chi^2=15,8$ ;  $p<0,05$ ).

У лиц, страдающих АЗ, обнаружена связь с возрастом свободного тестостерона ( $r=-0,27$ ;  $p<0,05$ ) и связанного ( $r=-0,32$ ;  $p<0,05$ ). Не установлено у данного контингента корреляционных связей между уровнями обоих видов тестостерона со стажем АЗ.

### Заключение.

1. Лица из ОГ, по сравнению с КГ, более склонны к рискованному сексуальному поведению, которое характеризуется ранним началом половой жизни, причём сексуальный дебют у них обычно происходит при случайных связях в состоянии алкогольного опьянения.

2. Установлено, в ОГ и ГС преобладали лица со слабой половой конституцией, а также задержками пубертатного развития. У них выявлены наиболее низкие показатели свободного тестостерона, в силу чего сексуальная активность в этих группах была в большей степени связана с импульсивностью, склонностью к поиску новизны, агрессивными тенденциями, асоциальным поведением, нежели с выраженностью полового влечения и собственно сексуальными потребностями.

3. Более низкие базовые уровни СвТ при высокой импульсивности могут обуславливать потребность в дополнительной стимуляции сексуальной функции с помощью алкоголя, который выступает, как своеобразный «сексуальный допинг». Можно предположить, что растормаживающее действие алкоголя поначалу является фактором усиления сексуальной мотивации у молодых мужчин с конституционально ослабленным преморбидом. Повышение сексуальной возбудимости и активности в состоянии опьянения у этих мужчин может приводить к целенаправленному использованию эффектов алкоголя в интимных ситуациях, злоупотреблению спиртными напитками, а в дальнейшем и к возникновению у них алкогольных проблем.

4. Полученные данные следует учитывать при организации профилактической работы в молодёжной среде.

## БРЕМЯ-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ГРУППОВАЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

**Е.В. Корень, Т.А. Куприянова**

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии  
Минздрава России, Москва*

Специфической особенностью психосоциальной реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами является то значение, которое придается роли семьи и вовлечению родителей в лечебно-реабилитационный процесс. Семья психически больного ребенка рассматривается в качестве основного источника его поддержки в достижении успешного социального приспособления и преодоления последствий имеющегося психического расстройства.

Наличие психического расстройства у ребенка может оказывать негативное воздействие на семью в целом, с высокими показателями как объективного (сокращение социальных контактов, самостигматизация, ухудшение физического здоровья, разрыв семейных отношений и взаимоотношений с родственниками, экономические потери, финансовые трудности), так и субъективного (чувство собственной вины, беспокойство, растерянность и депрессивные переживания) бремени. Как интегративный динамичный психосоциальный параметр, семейное бремя рассматривается как один из ключевых проблемных аспектов помощи детям, выступающий в качестве препятствия для раскрытия психосоциального родительского ресурса в процессе оказания мультидисциплинарной помощи. Это влечет за собой необходимость разработки конкретных мероприятий по психосоциальной поддержке семьи и психосоциальных вмешательств, нацеленных непосредственно на родителей с учетом их потребностей.

**Целью работы** являлось изучение влияния групповой психосоциальной терапии с родителями, направленной на снижение семейного бремени, на динамику социального функционирования и качества жизни детей и подростков с психическими расстройствами.

Проведено комплексное обследование 140 пациентов (92 мальчика и 48 девочек) в возрасте от 8 до 17 лет (средний возраст  $13,9 \pm 5,5$ ) с расстройствами шизофренического спектра (одна из наиболее тяжелых инвалидизирующих категорий больных с выраженными негативными социальными последствиями) и их родителей (в основном матерей). С родителями проводилась групповая психосоциальная терапия по модульному принципу в группах, с количеством участников в каждой 8 – 9 человек. Общее количество проводившихся рабочих сессий – 8. Частота занятий – 2 раза в неделю, продолжительность каждого занятия – 90 минут.

При инициальной оценке, через 1, 3 и 6 месяцев для оценки субъективного и объективного

бремени семьи применялась русская версия опросника для оценки проблем, возникающих при уходе за больным ребенком (Caregiver strain questionnaire - CGSQ), оценка уровня социального функционирования проводилась с помощью детской шкалы CGAS, динамики психического состояния пациентов оценивалась с помощью адаптированной версии Шкалы оценки позитивных и негативных симптомов при шизофрении (PANSS).

При инициальной оценке по шкале CGSQ в семьях, имеющих детей с расстройствами шизофренического спектра, отмечался высокий уровень семейного бремени, профиль которого характеризовался выраженными баллами как объективного, так и субъективного бремени, показатели последнего нередко приближались к максимальной оценке. При этом отмечена статистически значимая корреляция между тяжестью бремени и более низким уровнем социального функционирования у детей и подростков.

Сравнительный анализ по шкале CGSQ через 6 месяцев после проведения бремя-ориентированной групповой психосоциальной терапии с родителями, показал явную тенденцию к уменьшению семейного бремени, особенно в субшкале, касающейся субъективных внутренних чувств – с 4,98 до 3,75 ( $p < 0,05$ ), что коррелирует с повышением уровня социального функционирования и качества жизни детей по CGAS ( $p < 0,05$ ), но не связано напрямую с тяжестью психического состояния.

Таким образом, групповая психосоциальная терапия с родителями, направленная на снижение семейного бремени, создает условия для раскрытия психосоциального родительского ресурса и оказывает положительное влияние на уровень социального функционирования и качества жизни детей и подростков с психическими расстройствами. Параметры семейного бремени должны учитываться при построении индивидуализированных лечебно-реабилитационных программ (модулей) и разработке мероприятий по психосоциальной поддержке семьи в качестве самостоятельной базовой «мишени» психосоциальных вмешательств в детской психиатрии.

## КОНСТРУКТИВНО-РАЗВИВАЮЩИЕ АСПЕКТЫ ХОЛДИНГ-ТЕРАПИИ

**В.А. Корнеева, Ю.С. Шевченко**

*Российская медицинская академия последипломного образования, Москва*

В настоящее время применение технологии холдинг-терапии вышло за первоначальные клинические пределы, а ее теоретическая интерпретация уже не укладывается в узкие рамки сугубо психодинамической парадигмы. Если «классический» холдинг представляет собой вариант эмоционально-стрессовой психотерапии, направленной на разрушение эмоционально-поведенческого стереотипа отношения аутичного ребенка с матерью и позитивно-регрессивное провоцирование этологического

механизма взаимного импринтинга, то психоэлевационное его продолжение (или вариант) более тяготеет к бихевиорально-модифицирующим техникам, направленным на формирование социально-иерархического взаимодействия ребенка не только с матерью, но и с другими взрослыми. И в этом аспекте показания к данной методике выходят за клинические рамки «расстройств аутистического спектра», а ее формы становятся более гибкими.

Наш опыт использования холдинг терапии позволяет говорить о ее эффективности в отношении широкого круга нервно-психических расстройств, характерных для детского возраста. В частности, данная технология с успехом использовалась в комплексном лечении детей в возрасте от 4 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 жесткой, что позволяет нам использовать понятный для ребенка рабочий термин «железные объятия». Последний логически включается в контекст словесных обращений к ребенку (например: «Я слишком тебя люблю, чтобы позволить твоим капризам руководить твоим поведением, что может повредить твоему здоровью, характеру и отношениям с другими людьми» или «Я не только умнее, опытнее и сильнее, в данной ситуации я – главный. А любящий и сильный начальник это тот, которого нужно, полезно и выгодно слушаться»). 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, 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 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.

Как видно из приведенных примеров, данный вариант холдинг-терапии направлен не на символически-психоаналитическое «воссоединение» матери и ребенка, а на бихевиоральное обучение нужным поведенческим моделям и аверсивное преодоление негативных вербальных и невербальных стереотипов. Второй механизм психотерапевтического воздействия холдинг-терапии относится к более глубоким инстинктивным механизмам поведения. 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 протраивает иерархию в их взаимоотношениях. В отношении ребенка данный этологический механизм может быть дополнен когнитивным приемом в виде следующего тезиса: «Сильный и любящий родитель – это тот «президент», которого дети сами бы избрали, если бы имели такую возможность».

## ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ТАНЦЕВАЛЬНО- ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ С РЕБЁНКОМ ЧЕТЫРЁХ ЛЕТ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХО-РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

Г.А. Ли<sup>1</sup>, Н.Ю. Оганесян<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Муниципальное бюджетное дошкольное учреждение  
детский сад № 6 коррекционного вида,

Муниципальное бюджетное дошкольное учреждение  
детский сад № 35 «Сказка», г. Южно-Сахалинск,

<sup>2</sup>ИПП «ИМАТОН», СПб КГУЗ № 6, Санкт-Петербург

Социально-экономические, экологические условия современной действительности приводят к увеличению числа детей с психическими и физическими задержками в развитии. Проблемы в психомоторной сфере в последнее время стали всё чаще

проявляться в раннем и младшем дошкольном возрасте. Ранний возраст наиболее благоприятный для формирования познавательных, эмоционально-волевых психических процессов, а также и физического развития. Отставания в психомоторном развитии негативно влияют на дальнейшее формирование ребенка. Задержка в развитии детей раннего возраста не восполняется в полной мере в последующие жизненные периоды. Ранний возраст является не только сенситивным периодом в формировании психомоторной сферы, но и периодом компенсаторных возможностей организма, следовательно, является эффективным для психолого-педагогического воздействия.

Существуют разные методы работы с детьми с задержкой развития. В нашем исследовании мы предлагаем в коррекционной работе использовать метод танцевально-двигательной терапии. Танцевально-двигательная терапия – это уникальный метод психотерапии, в основе которого лежит принцип: тело и психика неразрывны и взаимосвязаны и, следовательно, оказывают постоянное взаимное влияние друг на друга. Таким образом, работая в танце, мы можем воздействовать на развитие в психомоторной сфере.

**Объект исследования:** психомоторное развитие (крупная моторика и речь) ребёнка четырёх лет с ЗППР.

**Предмет исследования:** влияние индивидуальной танцевально-двигательной терапии на психомоторную сферу ребёнка четырёх лет с ЗППР.

**Цель исследования:** изучение особенностей воздействия индивидуальной танцевально-двигательной терапии на психомоторную сферу ребенка четырёх лет.

**Цель программы:** работа над формированием психомоторного развития, которая включала речевую и моторную функции.

**Задачи терапии:** 1. развивать крупную и мелкую моторику; 2. развивать активную речь.

**Основная структура программы:** 1. Приветствие. Ритуал. 2. Разогрев. 3. Работа над формированием движения. 4. Танец с использованием нового и освоенного движения. 5. Техники релаксации. 6. Лепка. 7. Ритуал завершения. Нами было проведено 23 сессии в течение 2,5 месяца с продолжительностью в начале 15 минут и с последующим увеличением до 35 – 40 минут.

**Психологическое заключение о психомоторном состоянии в процессе танцевальной терапии пациента А.**

А. – четырёхлетний мальчик, посещавший вторую младшую группу МБДОУ детский сад № 35 «Сказка» города Южно-Сахалинска – прошел 23 танцевально-двигательных сессии с 25.02.2013 по 29.07.2013. По предварительной диагностике: на момент эпикризного возраста (3 года) до танцевально-двигательной терапии нет ни одного показателя соответствующего возрасту, при этом по 2-м – возраст не определен (по сенсорному развитию), так как на момент диагностического обследования из-за рассредоточенного внимания ребёнок не реагировал на вопросы.

Сравнивая результаты, полученные по методике «Мотоскопия» Н.И. Озерецкого (для определения развития моторной сферы), мы видим, что:

- блуждающий, рассеянный взгляд до и сосредоточенный, сфокусированный взгляд после терапии;
- безразличное вначале и осмысленное и даже лукавое выражение лица по окончании сессий;
- первоначально вялая и бедная мимика впоследствии – живая и выразительная;
- ранее ребёнок не пожимал руки, в дальнейшем появилось средней силы рукопожатие;
- глухая вокализация наблюдалась до начала сессий, и громкая, разнообразная модуляция голоса после;
- малыш научился садиться и вставать чуть сгибая туловище, а не с размаху;
- слабый мышечный тонус приближается к норме;
- быстрое проявление усталости сменяются медленными признаками.

Резюмируя, необходимо отметить, что танцевально-двигательная терапия способствовала психомоторному развитию ребёнка. После танцевально-двигательной терапии картина нервно-психического развития намного улучшилась – появились показатели, соответствующие возрасту. При этом отставание в нервно-психическом развитии сократилось на 3 эпикризных срока: до терапии отставание на 9 эпикризных срока, после – на 6 эпикризных срока. Работа с движением подключила моторную, зрительную, речевые центры коры головного мозга – сфокусировалось внимание, активизировалась речь ребёнка, сдвинулась в развитии грубая моторика.

## НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЛЕСНОСТИ У ПОДРОСТКОВ С ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

В.Л. Малыгин, Ю.А. Меркурьева

*МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва*

**Введение.** На данный момент исследования особенностей подростков с интернет-зависимым поведением продолжаются, и одним из направлений является исследование их нейропсихологических особенностей и особенностей телесности. Данные вопросы до сих пор недостаточно освещены в современной литературе. Исходя из того факта, что нарушение развития мозговых структур, а также их повреждение являются фактором риска для развития химической аддикции, мы предполагаем, что и в случае Интернет-аддикцией возможно найти нейропсихологические корреляты. Определенные нарушения телесности также зачастую связаны с развитием аддиктивного поведения и могут стать мишенью психокоррекции.



**Цель исследования.** Целью исследования было изучение нейропсихологических особенностей и особенностей телесности у подростков с Интернет-зависимым поведением.

**Материалы и методы.** Нами было обследовано 235 учащихся школ ЦАО г. Москвы средний возраст 15.5. Далее по результатам методики «Шкала интернет-зависимости Чен» и экспертной оценки, данная группа была поделена на две: экспериментальную и контрольную. В экспериментальную группу вошли 98 испытуемых, в контрольную – 100. Нейропсихологические особенности выявлялись путем проведения адаптированного нейропсихологического исследования для подростков (на основе Лурия-90). Особенности телесности исследовались с помощью методик ВДИО Тхостова и методики «Телесный образ я» (М. Feldenkreis, адаптация И.А. Соловьевой),

Нами были высчитаны средние баллы по нейропсихологическим пробам для обеих групп (контрольной и экспериментальной). По результатам нейропсихологического исследования можно отметить, что подростки с интернет-зависимым поведением значительно отличаются от условно здоровых по показателям функциональных нарушений пространственного праксиса, слухомоторных координаций, внимания, контроля и регуляции деятельности, а также опосредованного запоминания, которые у них значительно выше. Соотнося эти данные с локализацией функций, мы отмечаем функциональную слабость межполушарных комиссур и левой передней доли, кроме того учитывая утомляемость, снижение концентрации внимания можно говорить о слабости первого блока мозга. Важно отметить, что функциональная недостаточность межполушарных взаимодействий увеличивает нагрузку на первый и третий блоки мозга, так как не позволяет мозгу избирательно включаться в работу отдельных функций, что вызывает его истощение.

В ходе исследования телесности корреляционный анализ результатов методик «Телесный образ я» и показателей выраженности интернет-зависимого поведения показал наличие положительной корреляции, то есть, снижение его адекватности, связано с увеличением выраженности Интернет-зависимого поведения.

По результатам методики «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений», статистически достоверные ( $p=0,001849$ ) отличия были выявлены для дескрипторов, описывающих внутренние телесные ощущения как «опасные и угрожающие здоровью». Отмечена тенденция выбора большего количества слов для описания внутренних телесных ощущений; их классификации как испытанных и важных; увеличения количества прилагательных среди выбранных слов.

Можно предполагать когнитивную (оценочную) основу подобного выбора; снижение «качества» восприятия собственной телесности с тенденцией потери непосредственной чувственной связи в пользу ментального, умозрительного представления о ней.

Таким образом, подытоживая эмпирическое исследование особенностей образа тела, эмоциональной сферы и их коррекции у подростков склонных к интернет-зависимому поведению, опишем основные выводы:

1. Образ тела подростков с интернет-зависимым поведением значительно менее дифференцирован по сравнению с образом тела здоровых подростков.

2. Подростки с интернет-зависимым поведением склонны оценивать большинство собственных телесных ощущений как опасные и угрожающие здоровью.

3. Подростки с Интернет-зависимым поведением с точки зрения нейропсихологии характеризуются функциональными нарушениями пространственного праксиса, слухомоторных координаций, внимания, контроля и регуляции деятельности, опосредованного запоминания. Отмечается функциональная слабость межполушарных комиссур, а также функциональная недостаточность первого блока мозга.

## СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ СЕМЬИ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

О.В. Михейкина

ГАУЗ «Брянская областная психиатрическая больница №1»

Отличительной чертой современного этапа развития помощи детям с психическими нарушениями является поиск эффективных путей взаимодействия специалистов различных профилей и семьи, воспитывающей ребенка. Согласно мнению некоторых авторов, в России нет единой концепции многопрофильной медицинской, социальной и психолого-педагогической помощи семьям детей с нарушениями в развитии (Шипицына Л.М., 2005). При этом наблюдается рост количества научных работ, свидетельствующих о необходимости активного изучения всего спектра проблем подобных семей (Зайцев Д.В., 2001; Левченко И.Ю., Ткаченко В.В., 2008).

Наше исследование было направлено на изучение некоторых социально-демографических и экономических показателей семей, воспитывающих детей с умственной отсталостью. Были проанализированы амбулаторные карты детей от трех до пятнадцати лет ( $N=621$ ), наблюдающихся у психиатров Брянской областной психиатрической больницы и обратившихся за помощью с января 1998 по декабрь 2013 года, с диагнозами: Легкая умственная отсталость (F70), Умеренная умственная отсталость (F71), Тяжелая умственная отсталость (F72). Из общего количества детей с умственной отсталостью, пациенты с F 70 составляли 78%, с F71 – 14% и с F 72 – 8%. Необходимые анамнестические сведения уточнялись с помощью участковых психиатров.

Статистический анализ полученной в ходе исследования информации позволил выявить сле-

дующие особенности семей, воспитывающих детей с умственной отсталостью. Низкая материальная обеспеченность и (или) неблагоприятные бытовые условия выявлена у 45% семей. При этом, наибольший показатель отмечается среди семей детей с легкой умственной отсталостью (48%), несколько ниже он среди семей детей с умеренной умственной отсталостью (41%) и самый низкий – с тяжелой умственной отсталостью (28%). Данный показатель оценивался как самими родителями, так и участковым психиатром.

Значительное количество детей (42%) живут в неполных семьях (45% детей с F70; 32% с F71; 37% с F72). Усыновленными или взятыми под опеку являются 10% детей (11% с F70 и 8% с F71).

Единственными в семье являются 43% детей (с F70 – 44%, с F71 – 4%, с F72 – 32%); 28% семей имеют двоих детей, (с F70 – 28,5%, с F71 – 32%, с F72 – 14%); 27% семей имеют трех и более детей, (с F70 – 26%, с F71 – 30%, с F72 – 33%).

Среднее или средне-специальное образование имеют 75% родителей (с F70 – 83%; с F71 – 60%; с F72 – 43%). Неполное среднее или вообще не имеют образования 11% родителей (с F70 – 9%, с F71 – 17%, с F72 – 11%). Высшее образование, хотя бы у одного из родителей, есть в 16% семей (с F70 – 10%, с F71 – 23%, с F72 – 46%).

Злоупотребляют алкоголем или психоактивными веществами в 18% семей детей с умственной отсталостью (в 23% семей, детей с F70, 6% с F71 и 5% с F72). При этом, социально-неблагополучными, по мнению педагогов, социальных работников и участковых психиатров, являются 14% семей (17% с F70, 7% с F71 и 5% с F72).

Таким образом, почти половина семей детей с легкой умственной отсталостью имеет низкое материальное обеспечение и (или) неблагоприятные условия проживания. При этом 45% семей являются неполными и более половины имеют двоих и более детей. В 10% семей дети не воспитываются биологическими родителями, в большинстве случаев это дети, опекаемые близкими родственниками в связи с тем, что родители лишены родительских прав, находятся в местах лишения свободы или ведут асоциальный образ жизни. Родители детей с легкой умственной отсталостью преимущественно со средним или средне-специальным образованием.

Семьи детей с F71 и F72 оцениваются как имеющие более высокое материально-бытовое обеспечение. Родители реже злоупотребляют психоактивными веществами и являются, по мнению учителей, социальных работников и врачей, в большинстве случаев, семьями с благоприятным социально-психологическим климатом. Среди них несколько ниже процент неполных семей. В большинстве семей детей с F71 воспитываются двое или более детей. Семьи детей с F72 одинаково часто как многодетны, так и имеют только одного ребенка. Самый высокий процент родителей с высшим образованием у детей с F72, родители детей с F71 занимают второе место. Возможно, это связано с

тем, что умеренные и тяжелые формы умственной отсталости реже являются наследственными.

Выявленные в ходе исследования особенности социального статуса семей детей с умственной отсталостью в дальнейшем будут использованы для планирования лечебно-реабилитационной помощи.

## ПОЗИТИВНАЯ СОЦИАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПРАКТИКИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО МУЗИЦИРОВАНИЮ

И.М. Недилько

МБДОУ детский сад комбинированного вида № 94,  
Екатеринбург

*«Из всей земной музыки ближе всего к небесам – биение истинно любящего сердца».*

*Генри Бичер*

Одной из приоритетных задач Федеральной целевой программы развития образования до 2015 года, а также Государственной программы «Доступная среда» на 2011-2015 годы является создание современных организационно-правовых и образовательных моделей, обеспечивающих успешную социальную адаптацию детей с проблемами в развитии.

Говоря о процессе интеграции необходимо учесть его специфику, состоящей с одной стороны в необходимости наличия специальной подготовки у педагога по вопросам коррекционной педагогики и психологии, а также психологической готовности педагога и сформировавшейся системы ценностных ориентаций, его социальной и духовной зрелости. Успешный результат интеграции достигается лишь в том случае, когда качественно выполняются задачи на всех уровнях и со всеми участниками образовательного процесса.

Универсальный характер музыкальных занятий, положительно влияющих на всестороннее развитие ребенка, а также их терапевтический эффект, обуславливает их интегративное свойство гармонично устанавливать связь со всеми областями образовательного процесса. Помимо непосредственного музыкального терапевтического эффекта, совместное музицирование – как вид музыкальной деятельности имеет главное преимущество перед всеми остальными, заключающееся в том, что является средством объединения детей различающихся по интеллектуальному и физическому развитию. Каждый ребенок становится участником важного творческого процесса.

Практическая реализация модели интегративного включения детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях психолого-педагогического сопровождения личностного развития в рамках образовательного процесса в МБДОУ №94 г. Екатеринбурга успешно находит отражение в виде адаптированной программы «Детский оркестр» (Тютюнникова, 2000).

## НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МНЕСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ОБРАТИМЫХ ФОРМАХ ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА

Г.Р. Новикова

ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздрава России,  
Москва

Под каждую особенность ребенка, музыкальный руководитель из своего педагогического арсенала выбирает свою роль и инструмент. Дети, с ярко выраженными лидерскими качествами, активные, подвижные и обладающими особенностями развития, характеризующимися как гиперактивность, могут стать в такой деятельности дирижерами, помощниками, «запевалами» или «командирами». Педагог лишь направляет, поощряет, советует, предлагает, тем самым создавая «ситуацию успеха» для всех.

Для адаптации детей педагог использует приемы и методы, повышающие чувства уверенности в себе. Здесь педагог использует игру «Солист», где каждый может просолировать. Если ребенок не готов на данном этапе попробовать солировать, играет «Тутти» со всеми вместе. В каждой игре есть «музыкальное правило», сколько бы ни играло солистов, дуэтов, ансамблей, дети должны обязательно играть все вместе.

Учиться прислушиваться к одному или нескольким инструментам, что также помогает культуре общения. Каждый ребенок индивидуален и уникален. Видеть в общем оркестре каждого и в одном ребенке оркестр – есть искусство педагога. Выполнение данного условия особенно актуально в образовательном и реабилитационном процессе с детьми, чьи особенности, характеризуются ограничениями по физическому параметру развития, в том числе при формах ДЦП. Из опыта работы педагогов-музыкантов следует отметить, что больше времени с такими детьми уделяется развитию эмоциональной сферы. При ограничении развития певческих навыков из-за таких особенностей заболевания, как головные боли при пении, нужно направить обучение на восприятие музыки, на её понимание через образную сферу. Так же педагоги отмечают, что дети в условиях организации музыкальной деятельности сами начинают сочинять музыку, писать стихи. Использование в полной мере объема игр с инструментами, ритмические и другие творческие задания, активное восприятие по данной программе побуждает педагога-музыканта разработать адаптированную программу совместно с педагогами-психологами и работниками социальной сферы, с ограничением двигательной и певческой активности. В нашей практике положительную динамику в развитии детей с ДЦП обеспечивает также игра на синтезаторе. Специфика инструмента дает возможность получить для восприятия полную палитру музыкальных тембров и технических возможностей при ограничении движений кистей рук и ног. При извлечении всего одного звука можно сделать такие настройки синтезатора, что ребенок услышит сложные виртуозные пассажи, доступные профессиональным музыкантам. Обучаясь игре на синтезаторе, активно участвуя в концертной и любой другой творческой деятельности ребенок с ограниченными возможностями здоровья становится успешным, использует свое право на полную социализацию в обществе.

Нейропсихологический метод, построенный на качественном анализе нарушений психической деятельности, открывает определенные возможности для исследования дизонтогенетических механизмов нарушения созревания отдельных функциональных систем. Данные механизмы составляют патогенетическую основу общей и парциальной ретардации, диспропорционального развития, связанного с его асинхронией, а также координирующих взаимоотношений различных форм нервно-психического реагирования. В настоящей работе был использован нейропсихологический метод для выявления своеобразия структуры отклонения слухо-речевой памяти при обратимых формах нарушенного психического развития. По методике Э.Г. Симерницкой обследовано 48 детей 6-7 лет с дизонтогенетическими расстройствами в виде парциальной психической ретардации и по типу церебральной альтерации (простое и осложненное церебрастеническое расстройство).

По результатам непосредственного воспроизведения стимулов, основным компонентом недостаточности вербально-мнестических процессов явилось воспроизведение заданного порядка элементов. Эти трудности легкой и умеренной степени выраженности отмечались в 44,4% случаев (затронуты все группы слов). Легкое сужение объема слухо-речевой памяти было зафиксировано в единичных случаях (11,1%) и сопровождалось литеральными парафазиями. Повышенная тормозимость следов (непосредственное воспроизведение; 2 группы по 3 слова) наблюдалась у 22,2% обследованных и не превышала легкой или умеренной степени выраженности.

У 77,8% детей наблюдалось снижение прочности следов (группы слов воспроизведены лишь частично) при большой вариативности в выраженности недостатка, вплоть до грубой степени его проявления. Сохранность воспроизведения стимулов после «пустой» паузы сочеталась с выраженным тормозящим эффектом побочной интерферирующей деятельности. Явления повышенной тормозимости следов в условиях гетерогенной интерференции имели а) большую частоту; б) большую степень выраженности; в) с одинаковой частотой отчетливо выступали как при запоминании двух групп по 3 слова, так и в тесте на запоминание 5 слов. Исключение составили случаи существенного дефицита прочности запечатленного материала (22,2%): на следы памяти оказывала влияние «пустая» пауза, гомогенная и гетерогенная интерференции имели одинаковое интерферирующее воздействие, снижение продуктивности припоминания особенно отчетливо выступало только при воспроизведении двух конкурирующих групп элементов.

В 66,7% случаев (2/3 из них носили выраженный характер) отмечалось смешение элементов из разных серий слов (контаминация). Наибольшие затруднения обнаруживались при непосредственном воспроизведении материала (68%) и затрагивали оба теста. При этом для опыта с запоминанием конкурирующих серий слов была характерна большая частота и большая степень выраженности контаминаций. Ошибки избирательности системы связей в виде вербальных парафазий (замены словом, близким по смыслу или по морфологическим характеристикам) были обнаружены в обоих тестах: в условиях отсроченного припоминания они выступали особенно отчетливо, но были зафиксированы и при непосредственном воспроизведении материала (29,6%). Отмечалась инертность раннее возникших следов (повторное называние стимульных слов; персеверация контаминаций, парафазий).

Динамика интенсивности, контроля и коррекции ошибок зависела от условий предъявления и воспроизведения материала. В целом, деятельность детей носила активный целенаправленный характер: на протяжении всего эксперимента у них сохранялась прочность намерения выполнить задания, они самостоятельно применяли приемы, которые укрепляют программу деятельности и опосредуют процессы запечатления и припоминания.

Таким образом, мы пришли к заключению, что вербально-мнестическая деятельность у детей с обратимыми формами дизонтогенетических расстройств имеет ряд структурно-динамических особенностей. 1. Отчетливо обнаруживается недостаточность процессов как непосредственного, так и отсроченного воспроизведения. 2. При непосредственном воспроизведении страдают процессы формирования дискретных единиц (осмысленных целостных структур), которые определяются структурой той деятельности, в которую включены мнестические процессы. На этапе консолидации следов доминируют ошибки нарушения заданной последовательности элементов и избирательного воспроизведения групп слов по типу контаминации. 3. Недостаточность процессов отсроченного воспроизведения связана со снижением прочности следов модально-специфического характера преимущественно в условиях гетерогенной интерференции, а также с ослаблением селективности связей лексико-грамматической системы. 4. Параллельно разворачиванию мнестических процессов нарастает инертность раннее возникших следов, которая сочетается с целенаправленной деятельностью. 5. Нарушения воспроизведения в большей степени обусловлены недостаточностью процессов приема и фиксации предъявляемого материала, чем недостатками его произвольной актуализации.

Полученные данные могут иметь значение для выделения негативных и продуктивных дизонтогенетических симптомов и изучения их взаимосвязи, для клинического понимания эволютивных и психопатологических феноменов.

## СОСТОЯНИЕ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ПОДРОСТКОВ ПОСЛЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ

С.В. Первичко, И.С. Горина, О.Б. Степанова

*МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва*

В детской травматологии сотрясение головного мозга – один из самых распространенных диагнозов. При этом наибольшее количество травм (45%) приходится на школьный возраст. Несмотря на относительно благоприятный прогноз восстановления психической деятельности, около 10-15% больных с легкой, и около 50% больных с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) средней степени тяжести обнаруживают хронические когнитивные нарушения. Однако от сохранности когнитивных функций больного в значительной степени зависят и возможности социальной адаптации, и качество его жизни, поэтому в диагностике нарушений важная роль отводится нейропсихологическому обследованию, которое позволяет не только выявить основные дисфункции, но и, на основе полученных данных, строить индивидуальные программы для проведения дальнейшей реабилитации больного.

Исследование проводилось на базе Научно-исследовательского института неотложной детской хирургии и травматологии г. Москвы. Экспериментальная группа включала 31 подростка 10-14 лет (средний возраст  $11,5 \pm 1,3$  лет, 16 мальчиков и 15 девочек), которые имели диагноз «закрытая ЧМТ, сотрясение головного мозга» (все травмы были получены в бытовых условиях). В контрольную группу вошли 20 здоровых подростков 10-14 лет (средний возраст  $12 \pm 1,5$  лет, 10 мальчиков и 10 девочек), ученики 4-8 классов ЦО «Ясенево» № 1694, с хорошей успеваемостью, без патологии ЦНС (по данным опроса и анализа медицинских карт) и без жалоб на состояние здоровья на момент обследования.

Нейропсихологическое обследование проводилось с использованием батареи методик, разработанных А.Р. Лурия. Исследовалось состояние высших психических функций (ВПФ) подростков (двигательной сферы, гностических и мнестических функций, интеллекта), а также характер протекания психической деятельности в ее регуляторном и динамическом аспектах. Обработка результатов включала количественный и качественный анализ выявленных нарушений. Выраженность симптомов оценивалась по четырёхбалльной системе (0 – отсутствие нарушений, 3 – выраженный дефект без возможности коррекции ошибок). Качественный анализ включал процедуру квалификации характера и особенностей нарушений, и симптомы, связанные общим нейропсихологическим фактором, объединялись в синдромы.

По данным проведенного исследования центральное место в нейропсихологической картине расстройств психических функций у подростков с ЧМТ легкой степени тяжести занимали наруше-

## СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОНФЛИКТ КАК ФОРМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

А.А. Портнова<sup>1</sup>, О.В. Серебровская<sup>2</sup>,  
Л.С. Шинко<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского» Минздрава России

<sup>2</sup>ГБУЗ «НПЦ ПЗДиП ДЗ г. Москвы», Москва

ния динамических параметров ВПФ в виде снижения скорости, продуктивности, неравномерной эффективности выполнения заданий и повышенной утомляемости, нарушений внимания в виде трудностей сосредоточения, общей рассеянности и отвлекаемости, свидетельствующие о преимущественной дефицитарности стволово-диэнцефальных структур. Анализ данных показал, что по всем «фоновым» характеристикам психической деятельности экспериментальная и контрольная группа статистически значимо различались ( $p < 0,05$ ). Значительное большинство подростков (70-90%) испытывали трудности при выполнении двигательных проб (реципрокной координации и динамического праксиса, графомоторных проб, реакции выбора и др.), что проявлялось в нарушении динамических характеристик движений, трудностях удержания программы, а так же значительном количестве импульсивных реакций во всех пробах. Следует отметить, что ошибки в правой руке превышали ошибки в левой руке. Нарушения носили негрубый характер, но результаты выполнения методик достоверно различались между группами. Исследование памяти показало наличие модально-неспецифических субклинических нарушений, в виде снижения непосредственного воспроизведения и патологической тормозимости следов памяти вследствие влияния гомогенной интерференции ( $p < 0,05$ ). Дефицитарность в оптико-пространственной сфере проявилась преимущественно в большом количестве координатных ошибок в различных заданиях и трудностях передачи проекционных характеристик объектов ( $p < 0,05$ ). Негрубые нарушения интеллектуальных функций проявлялись в виде снижения функции обобщения.

Анализ полученных результатов показал, что нарушения ВПФ у подростков с ЧМТ лёгкой степени тяжести в остром периоде были представлены тремя типами синдромов: 1) дефицитарности неспецифических структур мозга, преимущественно нижних отделов ствола; 2) дефицитарности неспецифических структур мозга, преимущественно нижних отделов ствола, в сочетании с признаками функциональной недостаточности передних (лобных) отделов мозга; 3) дефицитарности неспецифических структур мозга, преимущественно нижних отделов ствола, в сочетании с признаками функциональной недостаточности передних (лобных) отделов мозга, а так же ассоциативных отделов (зона ТПО), преимущественно левого полушария. Хотя выявленные в нашем исследовании нарушения ВПФ носили, в целом, негрубый характер, тем не менее можно отметить, что по мере нарастания выраженности функциональной недостаточности стволово-диэнцефальных структур мозга, наблюдалось вовлечение в патологический процесс корковых отделов полушарий, преимущественно передних. Такая последовательность проявления симптоматики дает нам возможность говорить о вторичном характере корковых дисфункций.

Начало XXI века характеризуется постоянным ростом частоты антропогенных чрезвычайных ситуаций (ЧС), однако групповые и массовые конфликты, являющиеся следствием ЧС, остаются недостаточно изученными. Актуальность исследования обусловлена тем, что такие конфликты могут оказывать значительное неблагоприятное влияние на психическое здоровье населения, усугубляя тяжесть последствий ЧС.

В ходе оказания психологической помощи пострадавшим при стрельбе в средней общеобразовательной школе №263 города Москвы 3 февраля 2014 года нами были выявлены явные и скрытые («тлеющие») межличностные и межгрупповые конфликты, которые возникали между пострадавшими.

Наблюдаемые нами социальные конфликты нельзя объяснить этнопсихологическими и социокультуральными особенностями поведения, поскольку сходные явления ранее были отмечены у пострадавших при ЧС в трех отличающихся от столицы регионах – в Якутии (поселок Сыдыбыл), в Северной Осетия (город Беслан), в Оренбургской области (село Беляевка). Следует отметить, что и Беслан, который является сравнительно небольшим городом, и Сыдыбыл, и Беляевка, характеризующиеся небольшим числом жителей, и микрорайон школы в Отрадном можно отнести к местностям, где «все друг друга знают». Поскольку социальные конфликты возникали среди населения, которое в известном смысле представляет собой замкнутое сообщество, представляется уместным охарактеризовать его с помощью определения «индигенный» (от латинского *indigenalis* – «местный, туземный»).

Проведенное нами исследование показало, что во всех перечисленных ЧС коллективные реакции на тяжелый эмоциональный стресс включают несколько стадий: 1) солидарность; 2) размежевание; 3) раскол. Солидарность населения стремительно сменяется расслоением общества на «пострадавших», «мало пострадавших» и «виновных» (приведенная стратификация определяется субъективными оценками лиц, причисляющих себя к первой категории); начинается активный поиск виноватых в трагедии (примечательно, что во всех изученных нами ЧС гнев родителей обращается на школьных учителей и школьную администрацию, которые, по мнению пострадавших, не приложили достаточных усилий для обеспечения безопасности учащихся).

Лица, считающие себя в наибольшей степени пострадавшими, формируют ядро инициативных групп, обвиняют представителей учебных заведений в небрежении интересами выживших

пострадавших, постепенно расширяя круг обвиняемых. Так, после стрельбы в школе родители десятиклассников и педагоги объявили бойкот ученику, который допустил публикацию фотографии трупа погибшего учителя.

Мы полагаем, что обвинение окружающих в происшедшей трагедии является протективной формой психологической защиты, позволяющей не допустить информацию в сознание, избавиться от непереносимого чувства собственной вины перед пострадавшими и погибшими детьми.

В рамках индигенного конфликта проявляется ряд активных форм психологической защиты: экстрапунитивность (тенденция во всем обвинять других); поиск мишени с последующей персонализацией тревоги и «праведным гневом». Социальный конфликт выступает в качестве основного механизма обеспечения психологической защищенности. Перенаправляя гнев с истинных виновников происшествия, пострадавшие вырабатывают такую систему стабилизации личности, которая позволяет на короткое время свести до минимума тревогу, связанную с осознанием факта трагедии (захват заложников, гибель на глазах детей и т.д.).

## ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОДРАМА В РАБОТЕ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

В.А. Потапова, Ж.В. Зуева

ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского» Минздрава России,  
Москва

В психотерапевтической работе с подростками часто невозможны обычные диадические отношения в рамках индивидуальной терапии, также как и их участие в группах психодинамической терапии. Отмечаемый в детской и подростковой психиатрии патоморфоз в сторону маломентализованных, дефицитарных, аддитивных патологий, где превалируют либо процессы психической заторможенности, либо перевозбуждения с эвакуацией психического содержания во вне, на телесный или поведенческий уровень, требует и новых терапевтических методик. Первичная задача при работе с подобными патологиями является восстановление процессов ментализации. Так, например, подростки с психотической организацией психики нуждаются в работе по связыванию тревоги и разъединенных частей личности, а также в процессе психического разделения с архаическим материнским Имаго.

Объектом нашего методического исследования послужили 67 подростков, в возрасте от 12 до 18 лет, обратившиеся амбулаторно за психокоррекционной и психотерапевтической помощью в консультативно-диагностический центр ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского». Критерием исключения из группы исследования было наличие психопатологической симптоматики, требующей стационарного лечения

(расстройства психотического уровня). Психокорректирующим методом был выбран метод психоаналитическая психодрама – один из современных методов, отвечающий задаче как восстановления, так иногда и запуску процессов ментализации.

Техника психоаналитической психодрамы была предложена в 1949 году Эвелин Кестемберг (Париж, Парижское Психоаналитическое Общество). Изначально метод психодрамы заимствован у Морено. В психоаналитическом подходе от метода Морено сохранились предложенные им режим игры, ролевое взаимодействие, техника двойника. Однако, в отличие от классической психодрамы, психоаналитический подход позволяет вплотную приблизиться к проработке *внутрипсихического конфликта*, когда ядром психотерапевтического процесса становится *перенос-контрперенос*, вместо провозглашенной Морено спонтанности. Содержание психоаналитической психодрамы наполнено работой со свободными ассоциациями, представленными в свободной игре, что дает возможность подростку с заблокированной системой фантазирования *проиграть* сценарии фантазий. Именно благодаря психодраматической игре с ко – терапевтами под руководством ведущего, создается необходимое для процесса символизации *отстранение*, которое является не чем иным, как возможностью, условием для игры с образами, представлениями и речью во внутрипсихической реальности. Для формирования этой наблюдательной *эгодистонной* позиции помогает техника двойника из классической психодрамы Морено, когда ко-терапевты играют позитивного, негативного двойников, идеалы-Я и идеальное Я ребенка, его бессознательные импульсы. Именно в контексте самой игры воспроизводится конфигурация застывшего и отсеченного внутреннего конфликта, происходит переход от отреагирования к действию, от внешней реальности, где властвуют перцепция и потребности созревающего тела подростка, к фантазированию, сотворению репрезентации.

Важно отметить, что наличие группы позволяет организовать не только проработку переноса и внутрипсихического конфликта подростка, но и дает возможность поддержать его *нарциссизм*, к которому очень сложно получить доступ, используя классическую технику психоанализа или другие психотерапевтические методы. Часто тело подростков заблокировано, сковано, что связано с невозможностью символизировать свои телесные переживания и связать свои частичные влечения. Но, когда они *видят*, как другие реализуют в игре свою способность к метафорической эмпатии, свою способность быть включенными в действие, в игру, как через контакт со своим собственным телом ко-терапевты могут находить доступ к новым образам и смыслам, то постепенно у подростка возникает степень доверия к группе и интегрируется его телесный опыт. Важно отметить, что группа предстает как *модель ментального функционирования* пациента, а также некоторым образом материализует телесные и психические границы, создавая постепенно

различия между внутренней и внешней реальностью. Таким образом, открытие подростком возможности парциальных инвестиций в ко-терапевтов и в группу целом, даёт возможность говорить о группе как гаранте *интегрированности инарциссической* целостности пациента, что иногда сложно создать в диадическом психотерапевтическом процессе, как было отмечено ранее, это связано с особенностью создания «фрагментированного» переноса.

В заключении мы отметим, что психоаналитическая психодрама организует среду, когда в контексте игры происходит переход от отреагирования через действие к осмыслению, переход от внешней реальности, где властвуют перцепция и потребности созревающего тела, к сотворению внутренней зрелой психической реальности и фантазированию, к формированию более адаптивных защитных механизмов и к восстановлению процесса ментализации.

### НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

И.А. Сабитов, Ю.М. Павлова, О.Л. Быстрова

ФГБУ ВПО «Ульяновский государственный университет»  
г. Ульяновск

В условиях роста алкоголизации и наркотизации подрастающего поколения происходит формирование новых паттернов аддиктивного поведения и расстройств личности. Особую актуальность приобретает и проблема детерминированности психических расстройств этнической принадлежностью индивида. На территории Ульяновской области сформировалась особая этнокультуральная среда, поскольку здесь поволжские народы (чуваши, мордва, татары) объединились в единый суперэтнос, имеющий самоназвание «чумотары» (чуваши – мордва – татары). Аддиктивное поведение является способом ухода от «неустраниваемой» реальности, поэтому важным является состояние системы психологической защиты подростка. Особенности преморбидных нейропсихологических факторов, изменения в механизмах антистрессовой защиты, этнокультуральные особенности подростков, способствующие формированию аддиктивного поведения в Ульяновской области, изучены недостаточно.

С этой целью обследовано 112 подростков в возрасте от 13 до 18 лет, состоящих на учете в комиссии по делам несовершеннолетних по поводу злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами. Среди них 37 татар, 15 чувашей, 10 подростков мордовской национальности, 50 русских. Контрольную группу составили 30 подростков в возрасте 14-17 лет, не употреблявших алкоголь и психоактивные вещества. Всем больным было проведено психиатрическое и наркологическое обследование. Нейропсихологическое исследование

проводилось по методике А.Р. Лурия. Диагностика личностных особенностей подростков проводилась с помощью модифицированной формы личностного вопросника FPI, теста на выявление акцентуации личности, индекса жизненного стиля, копинг-теста Лазаруса. Отдельно проводились тесты на этническую идентичность и этническую аффилиацию.

В обеих группах чаще всего встречались гипертимный и истероидный тип акцентуации характера, однако такие черты личности как дистимичность и возбудимость были достоверно больше выражены у первой группы, хотя и не доходили до уровня акцентуации. У подростков с аддиктивным поведением отмечались высокие оценки по шкалам депрессивности, реактивной агрессивности, раздражительности и общительности.

По данным психопатологического обследования у 98% подростков, выявлены нарушения психической деятельности: органическое поражение головного мозга резидуального генеза (84%); гиперактивность и дефицит внимания (30%); расстройства личности возбудимого типа (12%), истероидного типа (16%); неустойчивого типа (12%); гипертимное расстройство личности (2%); другие виды специфического расстройства личности (6%); умственная отсталость легкой степени (легкая дебильность) [2%], энурез неорганической природы (4%); психофизический инфантилизм (4%).

При нарколого-психиатрическом осмотре выявлено: злоупотребление алкоголем – 64%; злоупотребление наркотическими веществами: каннабиоидами – 12%, курительными растительными смесями – 12%; опийной группы (преимущественно кодеинсодержащими препаратами) – 4%; синдром зависимости от наркотических веществ первой степени (опийная наркомания) – 4%; синдром зависимости от алкоголя I степени – 6%; злоупотребление алкалоидами («дурман-трава») – 8%.

По данным нейропсихологического исследования у аддиктивных подростков, выявлено снижение концентрации произвольного внимания (42%) и нарушение продуктивности произвольного запоминания (84%). Обращали на себя внимание трудности произвольной регуляции всех психических функций (96%), а недостаточное программирование (80%) и контроль (76%) за собственной психической деятельностью психической деятельности. При этом интеллект у большинства обследованных подростков (98%) был сохранен. Нарушение программирования и контроля за деятельностью приводило к низкой способности к рефлексии относительно качеств своей личности и личности значимых других людей, трудности эмоциональной саморегуляции и коррекции собственного поведения, а недостаточность критики к самому себе к стремлению преподнести себя лучше, чем есть на самом деле. Наиболее часто используемый механизм психологической защиты – вытеснение, в то время как в контрольной группе – компенсация и интеллектуализация. Подростки с аддиктивным поведением в стрессовых ситуациях чаще используют поиск социальной поддержки.

У всех подростков, проживающих в Ульяновской области, независимо от национальности выявилась нормальная позитивная этническая идентичность и несколько менее выраженная этническая индифферентность. Это подтверждает сведения о формировании в условиях Ульяновской области собственного супер-этнота.

Выявлены некоторые национальные особенности личности подростков. У подростков с отклоняющимся поведением выявлена кризисная трансформация личности по типу гиперидентичности (этноэгоизм, этноизоляция, национальный фанатизм). Отмечено также наличие большого количества национальных маргиналов (35%), что свидетельствует об их психосоциальном неблагополучии.

### «КРИЗИС МОТИВАЦИИ» ПОДРОСТКОВОГО ПЕРИОДА

А.А. Северный, Н.М. Иовчук

Ассоциация детских психиатров и психологов, Москва

У 5% дизадаптированных учащихся подросткового возраста тщательное многостороннее исследование с привлечением и широкого круга специалистов, и параклинических методов не выявляет каких-либо психических отклонений и психотравмирующих воздействий, которые могли бы каким-то образом объяснить наступившую декомпенсацию с последовавшими грубыми отклонениями в поведении (уходами из школы, из дома, пребыванием в асоциальных компаниях, приобретением к курению, алкоголю и т. п.).

Мы предполагаем, что во всех этих случаях социальная дизадаптация, проблемы школьной неуспешности со всем последующим «шлейфом» нарушений общения и поведения, вызванных мощным прессингом со стороны семьи и школы на почему-то ставшего неблагополучным до этого вполне благополучного ребенка, связаны с особым нарушением становления самосознания, которое можно обозначить как «кризис мотивации».

Конкретно в данном случае речь идет об утрате мотивации позитивной социализации (*позитивная социализация определяется нами как «процесс и результат социализации индивидуума, обуславливающие такое его положение в микросоциуме, которое дает ему возможность развития и максимально полной реализации природных познавательных, творческих и духовных задатков с присвоением (интериоризацией) социокультурных ценностей общества в условиях личностной защиты»*) и, как частный случай, об утрате мотивации познавательной деятельности. Внешне это выглядит так, что подросток в относительно короткий временной промежуток, без понятных внешних оснований и при отсутствии какой-либо психопатологии, утрачивает интерес к продуктивной, содержательной деятельности, что отражается прежде

всего на учебе как на основной деятельности такого рода у школьника.

Поведенческие отклонения на этом фоне (помимо полного или частичного прекращения учебы) зависят от особенностей темперамента и характера подростка, а также от силы и способов «педагогических» воздействий со стороны окружающих. При наиболее неблагоприятном сочетании указанных факторов происходит, как сказано выше, полный отказ от школы, уход в асоциальную группу, обращение к психоактивным средствам и т. п. Сам ребенок, при его подробном расспросе и достаточной доступности, будучи частично критичным к собственной диссоциальности, не находит к ней мотивов, кроме утраты интереса к тому, что до этого было привлекательным либо осуществлялось как само собой разумеющееся. Как правило, таким подросткам присущи те или иные, но не грубые проявления инфантилизма и кризоспецифические особенности не патологической глубины.

По мнению Л.И. Божович, именно в мотивационной сфере находится главное новообразование переходного возраста. С точки зрения Х. Хекхаузена, поведение описывается как мотивированное либо «изнутри» (интринсивно), либо «извне» (экстринсивно). И, наконец, важно, по Ш. Бюлер, деление пубертатного периода на начальную, негативную, и завершающую, позитивную, фазы, причем первая характеризуется, в том числе, снижением работоспособности, враждебностью к окружающим и к самому себе, асоциальностью поведения.

Исходя из сказанного, как гипотеза нами выдвигается предположение об особом характере пубертатного кризиса с парциальной резко выраженной недостаточностью мотивации. Причины этого явления могут заключаться в следующем: у ребенка в силу несформированности самосознания и в силу естественной личностной зависимости от ближайшего (родительского, в первую очередь) окружения социальная, деятельностная мотивация в значительной мере определяется влиянием этого окружения, является по сути индуцированной, или экстринсивной, по Х. Хекхаузену. В процессе пубертатного становления личности со всеми его особенностями (оппозицией, эмансипацией и т. д.) происходит более или менее выраженное отвержение родительской индуцированной, «экстринсивной», социальной мотивации (что нормально) и замещение ее собственной, формирующейся из социальных представлений и потребностей подростка, то есть «интринсивной», мотивацией.

В случае же «парциального» инфантилизма, при затянувшейся негативной фазе пубертатного кризиса с неприятием родительских и других позитивных социальных воздействий, в то время как индуцированная мотивация отвергнута, а собственная еще не сформирована, возникает недостаточность, «кризис» мотивации, что лишает подростка, в первую очередь, того необходимого импульса к деятельности, который и в норме является наиболее энергетически затратным процессом. При этом, естественно,



подросток, подвергаясь, как правило, ожесточенной «репрессивной» педагогике со стороны и родителей, и школы, особенно легко подпадает под влияние асоциальных групп, взаимодействие с которыми не требует опять же формирования собственных мотивов и активных деятельностных побуждений. Приходится признать, что в некоторых случаях такого рода дети с резким падением активности и с грубым асоциальным поведением диагностируются как больные простой формой шизофрении или шизотипическим расстройством, что еще более усугубляет их социальную дизадаптацию, одновременно глубоко нарушая внутрисемейные отношения.

Можно предположить, что у большинства подростков, по мере созревания и перехода в позитивную фазу пубертата (по Ш. Бюлер), происходит личностная и социальная компенсация. Но несомненно и то, что в ряде случаев личностный и социальный урон, полученный за время «кризиса мотивации», может обернуться невосполнимыми потерями для бытия запоздало созревшего индивида.

## ЗАДАЧИ ПОДРОСТКОВОЙ ГРУППЫ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

**С.В. Семенова**

*ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева»,  
Санкт-Петербург*

Групповая психотерапия с подростками является одним из наиболее эффективных и экономичных методов при нарушениях адаптации, невротических и соматоформных расстройствах. Однако, возможности и задачи групповой психотерапии с подростками в психиатрическом стационаре еще недостаточно изучены.

Функционирование подростковой группы в психиатрическом стационаре имеет несколько специфических характеристик. Во-первых, это открытость группы – состав участников постоянно меняется это связано как с поступлением одних пациентов и выпиской других, так и с динамикой психического состояния пациентов, возможностью обострения психического состояния. Во-вторых, это гетерогенность участников по нозологическим единицам – среди участников группы имеются пациенты, страдающие шизофренией, эпилепсией, нервной анорексией и другими расстройствами. В-третьих, нарушение конфиденциальности – не вынесение информации за пределы группы, а обсуждение только «здесь и теперь» практически невозможно в условиях психиатрического стационара при совместном пребывании подростков в палате, столовой, игровой и на прогулке.

Все задачи подростковой группы в психиатрическом стационаре можно условно разделить на несколько блоков. Это задачи, связанные с госпитализацией, с особенностями подросткового возраста и с конкретным психическим расстройством пациента.

Рассмотрим круг проблем связанных с госпитализацией в психиатрический стационар. Наиболее важной является задача адаптации подростков к пребыванию в стационаре. Госпитализация может являться сильным психотравмирующим фактором. Встречаются пациенты, которых впервые оказались в медицинском стационаре, они могут одновременно переживать сильную тоску по дому и гнев на родных, которые дали согласие на госпитализацию. Кроме того, подростковый возраст характеризуется выраженными реакциями эмансипации и необходимость соблюдения психиатрического режима может вызывать протестные реакции. В связи с этим одной из задач группы может быть обсуждение, разрешение и предотвращение конфликтов между пациентами и медицинским персоналом. Достаточно часто среди пациентов стационара встречаются подростки с нарушениями социальной адаптации, и им требуется помощь и поддержка в установлении дружеских отношений с другими пациентами.

Спецификой подросткового возраста является интенсивное развитие самосознания, принятие своей внешности, осознание своей сексуальности, совершенствование навыков общения со сверстниками, достижение эмоциональной независимости от родителей, формирование системы ценностей, поиск личного и профессионального самоопределение. Перед подростком стоит множество проблем, решение которых осложнено наличием психического расстройства. Поэтому одной из задач ведущего группы является проработка проблем подросткового возраста. Типичными проблемами являются конфликты с родителями, переживания и разочарования связанные с межличностными отношениями (дружба, любовь). Волнуют подростков и экзистенциальные вопросы смысла жизни, веры, ценности современного общества.

Последний блок задач связан с собственно психическим расстройством. В отношении части пациентов актуальной является задача дифференциальной диагностики, в этом случае анализ характера вербальной и невербальной коммуникации в группе дает возможность получения ценной диагностической информации об индивидуально-психологических и межличностных особенностях пациента. Еще одна задача, вытекающая из наличия заболевания – формирование адекватного отношения к болезни, улучшение комплаенса, понимание того, что ответственность за успешное лечение не является прерогативой врача.

В зависимости от симптоматики участников формулируются конкретные задачи работы. Это может быть повышение уровня социальной компетентности (навыки знакомства, вступления в контакт, умение говорить комплименты, отстаивать свою точку зрения, формирование конструктивных способов решения конфликтных ситуаций и т.п.); стимулирование эмоциональности и социальной активности; создание адекватного образа физического Я.

Решение индивидуальных психологических проблем участников в условиях открытой гетерогенной группы в психиатрическом стационаре является мало осуществимым. Возможно осознание участниками своих индивидуальных трудностей и создание мотивации на дальнейшую индивидуальную, групповую или семейную психотерапию. Понимание возможностей и ограничений подростковой группы, которая функционирует в условиях психиатрического стационара, способствует повышению ее эффективности и препятствует формированию профессионального выгорания у ее ведущих.

### НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОСТАВЛЯЮЩИХ НЕЙРОКОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЭНДОГЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

А.А. Сергиенко, А.И. Хромов, Н.В. Зверева

ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН,  
Москва

Нейропсихологический анализ в последние годы хорошо зарекомендовал себя при изучении нейрокогнитивных дефицитов у взрослых (Л.И. Вассерман, Н.К. Корсакова, О.Ю. Щелкова и др.). Вышесказанное определяет правомерность использования нейропсихологической диагностики и анализа для квалификации дефекта в познавательном развитии детей и подростков с рано начавшейся шизофренией и другими расстройствами психики. Анализ данных нейропсихологической диагностики с использованием метода иерархической кластеризации (Hierarchical cluster analysis) позволяет приблизиться к обоснованию сочетанной структуры синдрома, входящего в определенную группу расстройств, что, в свою очередь, помогает обоснованию диагноза.

**Цели исследования:** нейропсихологический анализ составляющих нейрокогнитивного дефицита у детей и подростков с различной эндогенной патологией; выявление степени выраженности симптомов нарушения функциональной сформированности корковых, подкорковых структур и межполушарного взаимодействия при различных диагнозах (F20.8, F21, F2х.х).

**Выборки испытуемых.** Исследование проводилось на базе ФГБУ «НЦПЗ» РАМН. Всего было обследовано 45 больных в возрасте от 7 до 14 лет (средний возраст – 10 лет) с диагнозами (F20.8, F21, F2х.х). Из них 14 девочек.

**Методы исследования:** *Нейропсихологическое обследование:* проводилось с использованием проб А.Р.Лурия–Л.С.Цветковой, и было направлено на исследование уровня сформированности двигательной, эмоциональной и познавательной сфер и различных видов восприятия, внимания, памяти, мышления, а также восприятия и воспроизведения эмоциональных состояний (Сергиенко, 2013; Цветкова, 1999). Нейропсихологические параметры

оценки: дисфункция подкорковых структур, нарушение функциональной несформированности межполушарного взаимодействия, функциональная несформированность (дисфункция) корковых отделов. Для оценки тяжести нарушения использовалась трехбалльная шкала: 0 – нет симптома; 1 – слабо выраженный симптом дисфункции; 2 – сильно выраженный симптом дисфункции функциональной несформированности. *Статистический метод:* иерархический кластерный анализ (Hierarchical cluster analysis, SPSS 15.0). Кластеризация проведена по всем имеющимся нейропсихологическим параметрам.

**Результаты исследования.** Иерархический кластерный анализ, проведенный по данным нейропсихологического исследования, выделил три кластера (CLUSTER 1, CLUSTER 2, CLUSTER 3). Вклад нейрокогнитивного дефицита (степень выраженности симптомов нарушения функциональной сформированности корковых, подкорковых структур и межполушарного взаимодействия) в каждом из трех кластеров различен. В относительных единицах степень выраженности симптомов нарушения в каждом из трех кластеров распределились следующим образом: 1) дисфункция корковых отделов: CLUSTER 1 – (1,32); CLUSTER 2 – (0,9); CLUSTER 3 – (0,46); 2) дисфункция подкорковых структур: CLUSTER 1 – (1,625); CLUSTER 2 – (1,6); CLUSTER 3 – (1,0); 3) несформированность межполушарного взаимодействия: CLUSTER 1 – (1,82); CLUSTER 2 – (1,54); CLUSTER 3 – (1,3). Распределение в кластерах дисфункции подкорковых структур на разных уровнях локализации – симптомы дисфункции стволовых структур, симптомы дисфункции срединных структур (признаки дисфункции на уровне мезэнцефально-диэнцефальных структур): 1) дисфункции на уровне мезэнцефально-диэнцефальных структур: CLUSTER 1 – (1,57); CLUSTER 2 – (1,92); CLUSTER 3 – (1,11); 2) дисфункция стволовых структур: CLUSTER 1 – (1,76); CLUSTER 2 – (1,36); CLUSTER 3 – (0,89).

Следует отметить, что и CLUSTER 2 коррелируют с низким уровнем познавательных функций, а CLUSTER 3 – с относительно высоким уровнем развития познавательных функций (по данным нейропсихологической диагностики), CLUSTER 2 представлен наибольшим количеством детей с диагнозом F20.8.

Введение нейропсихологического аспекта анализа в программу психодиагностического исследования позволяет более четко определить уровень нарушения (корковый, подкорковый) и его структуру, что, в сочетании с классическим патопсихологическим анализом, современным психодиагностическим подходом и специальными статистическими методами, позволяет ближе подойти к малоизученной и трудноисследуемой теме становления дефекта и верификации диагноза при эндогенных заболеваниях у детей и подростков.

## **ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**О.В. Серебровская<sup>1</sup>, А.А. Портнова<sup>2</sup>,  
Е.Л. Усачева<sup>1</sup>, О.М. Дерябина<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ГБУЗ «НПЦ ПЗДиП ДЗ г. Москвы»,  
<sup>2</sup>ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербакова» Минздрава России,  
Москва

Рост числа детей раннего возраста с нарушениями развития психической сферы выдвигает проблему раннего выявления признаков психического дизонтогенеза в рамках профилактических осмотров. Сложность диагностической оценки дизонтогенеза у детей в возрасте 1-3 лет в рамках профилактического осмотра усугубляется ограниченностью процедуры осмотра по времени. Это диктует необходимость создания удобного и простого в использовании скринингового инструмента обследования, позволяющего в условиях профосмотра выявить детей, нуждающихся в углубленном обследовании.

**Цель исследования** – создание адаптированной программы раннего выявления нарушений психического развития (в первую очередь – задержанного и искаженного вариантов дизонтогенеза) и выделения групп специфического риска из общей популяции детей в возрасте 1-3 лет.

**Материалы и методы.** Обследовано 150 детей в возрасте от 1 года до 3 лет, находящихся в домах ребенка г. Москвы. Использовались клинический метод, метод наблюдения, метод анкетирования (специально разработанная анкета предлагалась для заполнения лицам, заменяющим родителей и анкета для сбора анамнестических сведений). Оценка уровня психического развития детей раннего возраста проводилось в сравнении данных стандартизированного скрининга (анкетирование) с данными клинического обследования.

**Результаты и выводы.** Предложенный авторами опросник ДЭФК включает 16 показателей, характеризующих 4 сферы психической деятельности – двигательную и поведенческую, эмоциональную, физиологическую, коммуникативно-речевую. При сопоставлении данных, полученных с помощью опросника ДЭФК, с данными клинического наблюдения, получена высокая корреляционная связь. У 113 детей (75,3%) были выявлены 8 и более баллов по опроснику ДЭФК, что в 86,7% случаев сопровождалось клиническими признаками задержек или искажений развития.

Использование стандартизированной формы сбора жалоб и анамнестических сведений, представленной в виде анкеты ДЭФК, позволяет провести анализ диагностически значимых показателей в профилактическом режиме, определить степень риска формирования психической патологии и направить ребенка на более углубленное исследование с целью установления функционального клинико-психологического диагноза. Психиатрическая нозологическая оценка ребенка в возрасте 1 года не-

целесообразна, поскольку она носит исключительно симптоматический характер.

Целью осмотра в возрасте 1 года является вычленение признаков одного из вариантов психического дизонтогенеза, проведение их дифференциации с отклонениями развития, не выходящими за рамки нормативных отклонений, вызванных внешними неблагоприятными условиями, то есть фактически разделение функционального состояния психики и негативного влияния внешнего воздействия. При профилактическом осмотре ребенка в возрасте 3-х лет возможно не только установить наличие негативных тенденций в психическом развитии, но и дать предварительную оценку варианта дизонтогенеза, каждый из которых требует разработки программы индивидуального коррекционно-развивающего сопровождения.

В результате профилактического осмотра, схема которого базируется на разработанной нами анкете, может быть:

1. определение нормативного типа психического развития ребенка;
2. выявление негативных тенденций в психическом развитии, позволяющих отнести ребенка к «группе риска» с целью дальнейшей дифференциально-диагностической оценки и динамического наблюдения;
3. выявление негативных тенденций в психическом развитии, обусловленных неправильным семейным воспитанием, с целью психообразования и формулировки рекомендаций родителям по оптимизации педагогического подхода к ребенку;
4. квалификация дефицитарного варианта дизонтогенеза с необходимостью передачи ребенка на динамическое наблюдение у детского невролога.

Таким образом, разработана процедура ранней диагностики нарушений психического развития детей в возрасте 1 и 3-х лет с алгоритмом диагностического обследования, который может быть интегрирован в практику работы врачей педиатров и детских психиатров.

## **ВЗАИМОСВЯЗ ДИНАМИКИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ И УРОВНЯ ИХ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ К ОБУЧЕНИЮ В ШКОЛЕ**

**Е.В. Строкова**

*МУЗ «Детская городская поликлиника №4»,  
г. Саратов*

Повреждение или незрелость тех или иных мозговых образований вследствие перинатального поражения ЦНС в более поздние сроки развития ребенка может проявляться в трудностях обучения из-за недостаточной сформированности тех или иных высших психических и моторных функций.

Число детей с последствиями перинатального поражения ЦНС растет из года в год, что неизбежно сближает педагогику, психологию и медицину в поиске эффективных путей освоения учебных программ детьми, а также в поиске легко определяемых факторов, ассоциирующихся с худшей школьной адаптацией, для выделения группы риска задолго до момента начала обучения в школе.

**Цель исследования:** выявить особенности динамики перинатальной энцефалопатии у детей в течение первого года жизни, ассоциирующиеся с худшим уровнем психического здоровья дошкольника и его психологической готовности к обучению в школе.

**Материалы и методы:** было обследовано 30 детей в ходе прохождения профилактических и предварительных медицинских осмотров для оформления в школу. Проводился профилактический (в возрасте 7 лет) или предварительный (при обращении для оформления формы 026/у) осмотры врачом – психиатром в соответствии с Приказом МЗ РФ от 21.12.2012 г. № 1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них». Кроме того, дошкольники были проконсультированы психологом для определения уровня психологической готовности к обучению в школе. Учитывались данные медицинской документации относительно динамики перинатальной энцефалопатии в течение первого года жизни обследованных детей (данные осмотров неврологом, динамика нейросонографии (НСГ), характер медицинских вмешательств – лечение ноотропами, препаратами ноотропного действия, диуретиками, цереброваскулярные средства, массаж, гимнастика), также были учтены некоторые перинатальные, интранатальные, неонатальные факторы. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 8.0.

**Результаты:** в исследование были включены 30 дошкольников, средний возраст 6,7 лет, количество мальчиков и девочек было одинаковым. Половина всех девочек была абсолютно психологически готова к обучению в школе ( $p=0,007$ ). Среди мальчиков 60% были психологически готовы к обучению в школе средне, остальные 40% – умеренно (т.е. имели недостаточный кругозор, средне-низкий уровень развития вербально-логического мышления, слабый навык работы по образцу, уровень внимания или памяти, ( $p=0,007$ )). Все обследованные девочки отнесены детским психиатром к первой группе здоровья. 23%(7) мальчиков были отнесены к первой группе здоровья, тогда как по 13%(8) ( $p=0,004$ ) к второй и третьей группам здоровья детей (имели расстройства памяти, внимания, трудности с выполнением основных логических операций, неврозоподобную симптоматику, тикоидные гиперкинезы, состояли на диспансерном учете у невропатолога).

Чаще всего во вторую и третью группу здоровья по результатам осмотра детского психиатра попадали дети, получившие при рождении оценку

по шкале Апгар 7-8 баллов, это ассоциировалось в дальнейшем со слабо или умеренно выраженной неврологической патологией и потому, вероятно, не подвергалось значимой медикаментозной коррекции ( $p=0,06$ ). Дети, которые к возрасту 6 месяцев имели полисиндромальную структуру неврологического диагноза, к моменту поступления в школу в 100% случаев (10) демонстрировали невысокий уровень психологической готовности к обучению в школе ( $p=0,003$ ). Из детей, имевших полисиндромальную структуру неврологического диагноза к возрасту 6 месяцев, никто не был отнесен детским психиатром при осмотре перед школой в 3-ю группу здоровья, тогда как дети с более легким течением перинатальной энцефалопатии и, вероятно, менее активным медикаментозным вмешательством, были отнесены к третьей группе здоровья в 16% случаев (3),  $p=0,02$ .

**Выводы:** полисиндромальная структура неврологического диагноза у ребенка к возрасту 6 месяцев и, вероятно, оцениваемое как более тяжелое течение перинатальной энцефалопатии подвергается эффективной медикаментозной коррекции и не ассоциируется с худшим уровнем психического здоровья к моменту поступления в школу, но ассоциируется с более низким уровнем психологической готовности к школьному обучению.

## КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ У ДЕТЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Т.П. Хышиктуева (Злова)<sup>1</sup>,  
Ю.В. Лебедева<sup>2</sup>, В.В. Ахметова<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ «НПЦ ПЗДиП ДЗ г. Москвы», Москва  
<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия Минздрава России»

<sup>3</sup>ООО «Психотерапевтический центр Кодар», г. Чита

**Целью исследования** стало изучение клинических и патопсихологических особенностей умственной отсталости у детей старшего дошкольного возраста, проживающих в Забайкальском крае. Указанный субъект РФ характеризуется высокой распространенностью интеллектуальных расстройств в детской популяции и, в том числе, умственной отсталости (Ступина О.П., 2012). Возрастной диапазон выбран в аспекте ранней первичной диагностики интеллектуального дефекта. Указанный аспект особенно актуален, поскольку в стране имеет место проблема позднего выявления умственной отсталости (Шевченко Ю.С., 2011; Менделевич Б.Д., 2012; Пронина Л.А. и др., 2012).

Для реализации цели сплошным методом одномоментно были обследованы дети ( $n=818$ ) в возрасте от 6 лет 0 мес. до 7 лет 1 мес., проживающие в районах Забайкальского края, различающихся по социально-экономическим, экологическим и этнокультуральным характеристикам: краевой центр г. Чита ( $n=473$ ; Центральный и Черновский районы –

второй является менее благополучным в социально-экономическом отношении), п.г.т. Агинское (n=259; этно-культуральный район, 80% среди обследованных оставили лица бурятской национальности), п.г.т. Первомайское (n=86; экологически неблагополучный район). Были использованы следующие методы: клинический (с оценкой согласно МКБ-10), патопсихологический (детский вариант теста Векслера), нейропсихологический (с использованием батареи тестов, адаптированной И.Л. Морозовой, 2007). Статистическую оценку значимости результатов проводили при помощи критерия хи-квадрат.

Выявлено, что распространенность умственной отсталости у обследованных детей старшего дошкольного возраста (все изученные районы края) составила 6,2% (n=51). При этом более высокий показатель отмечен у респондентов, проживающих в районах с низким социально-экономическим уровнем: по 10,5% в п.г.т. Первомайский (n=9) и п.г.т. Агинское (n=27) против 3,1% (n=15) – в г. Чита (p<0,01). Такая закономерность подтверждает данные литературы о более высокой распространенности умственной отсталости у жителей сельской местности по сравнению с городской (Пронина Л.А. и др., 2012), что связано, в первую очередь, с социально-экономическим фактором. Подтверждением последнему является более высокая распространенность умственной отсталости у детей из социально менее благополучного Черновского района Читы по сравнению с таковой в благополучном Центральном районе города (4,5% против 3,1%).

Клиническая оценка показала, что по степени тяжести интеллектуального дефекта у обследованных детей (все районы) значительно преобладала (88%; p<0,001) легкая умственная отсталость (по МКБ-10 шифр F70), реже выявлялись умеренная (F71) и тяжелая формы (F71) – 10% и 2%, соответственно. Следует отметить, что практически все случаи умеренного и выраженного интеллектуального дефекта (F71, F72) были зарегистрированы в экологически неблагополучном п.г.т. Первомайский. Кроме того, у детей из Первомайского значительно чаще по сравнению со всей обследуемой группой встречались нарушения поведения (75% против 6% во всей группе; p<0,001) и рассеянная неврологическая симптоматика (67% против 15% в общей группе; p<0,001). Отмечено, что причиной умственной отсталости в подавляющем большинстве случаев (76,5%) является перинатальное поражение ЦНС, реже другие экзогенные (инфекция, интоксикация и др.) и наследственно-экзогенные факторы (гипотиреоз и др.) и наиболее редко хромосомные.

Патопсихологический анализ по тесту Векслера показал, что общий коэффициент интеллекта у всех обследованных детей соответствовал «интеллектуальному дефекту». При этом наиболее низкий вербальный показатель отмечен у детей п.г.т. Агинское (p<0,05 при сравнении с показателями других районов), что связано, вероятно, с коммуникативными трудностями при одновременном использовании двух языков (русского и бурятского).

Анализ интеллектуального профиля по методике Векслера показал, что наиболее низкие показатели во всех группах зарегистрированы в вербальных субтестах «понятливость», «сходство», «словарь» и невербальном «последовательные картинки», что отражает патопсихологическую сущность умственной отсталости.

При анализе нейропсихологического профиля во всех исследуемых группах наиболее низкие показатели выявлены в пробах на обработку кинетической информации, зрительно-моторные и слухо-моторные координации, и сформированность логического мышления. При этом дети из п.г.т. Первомайский хуже справлялись со всеми указанными заданиями (p<0,01). Аналогичные нейропсихологические паттерны выявлены у детей с пограничной интеллектуальной недостаточностью, проживающих в этом районе (Лебедева Ю.В. и др., 2014).

Выявленные клинические и патопсихологические особенности умственной отсталости свидетельствуют о необходимости подробного изучения и разработки региональной программы превенции и коррекции интеллектуального дефекта у детей Забайкальского края.

## ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ САМОСОЗНАНИЯ У СОЦИАЛЬНЫХ СИРОТ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Ю.М. Шикин, Е.В. Чудновский

Ставропольский государственный медицинский университет,  
г. Ставрополь

Проблема самосознания и самооценки сохраняет свою популярность в исследованиях, посвященных психологии формирования личности детей и подростков. Пограничные психические расстройства оказывают существенное влияние на становление самосознания у детей и подростков, что ведёт к нарушению их семейной, школьной, и, в широком смысле, социальной адаптации. Отчётливо выраженные формы нарушения структуры образа Я наблюдаются у детей в условиях семейной депривации. В этих условиях у детей выявляются глубокая личностная дисгармония, задержка физического и умственного развития, нарушается способность вступать в значимые отношения с другими людьми.

Уровень самосознания в нашем многолетнем исследовании определялся при помощи разработанных на кафедре психиатрии оригинальных методик: адекватности самооенок (АСО), отражающей степень развития когнитивного компонента самосознания, и картиночного теста (КТ), основанного на изучении степени адекватности прогностических самооенок (А.Ю.Кржечковский, В.С.Чудновский, 1990). Картиночный тест позволяет судить о степени развития интуитивного (эмоционального) компонента самосознания, являющимся базовым свойством Я.

У детей с последствиями семейной депривации возрастные различия абсолютных значений адекватности самооенок оказываются сглаженными. Другими словами, у социальных сирот, в отличие от семейных детей, не обнаруживается по мере взросления закономерного повышения степени когнитивной сложности образа Я, что делает образ Я чрезвычайно подверженным дестабилизирующим влияниям различного рода мотивационных и аффективных факторов. Динамика АСО у детей-сирот, страдающих неврозами, характеризуется почти полным отсутствием роста показателей адекватности самооенки, что свидетельствует о задержке развития самосознания, особенно когнитивного его компонента. Изучение возрастной динамики самосознания с помощью картиночного теста, определяющего способности испытуемых прогнозировать свои действия и поступки на основе интуитивного (эмоционального) компонента самопознания, свидетельствовало о снижении величин уровня самосознания во всех возрастных группах сирот с расстройствами поведения, неврозами и, особенно, с последствиями органического поражения головного мозга.

Полученные данные свидетельствуют о том, что у детей-сирот с пограничными психическими расстройствами, невербальный или интуитивный компонент самосознания развит значительно хуже, и познание себя происходит у них за счёт усвоения вербальных оценочных суждений, даваемых воспитателями. Недостаточное развитие эмоционального компонента самосознания у детей и подростков, лишённых семейного воспитания, делает их «глухими» по отношению к тем правилам и нормам межличностных отношений, которые прививаются им воспитателями. Воспитатели интерната своими усилиями добиваются становления у своих подопечных определённых представлений о своём образе Я, большей частью за счёт формального когнитивного научения. Однако, в виду неразвитости эмоционального компонента самосознания, поступки детей-сирот лишены чувства ответственности, они в общей массе мало способны к сочувствию и сопереживанию к ближним, не умеют противиться отрицательным влияниям со стороны. Эти выводы подтверждаются исследованиями связи уровня самосознания по данным КТ с данными социометрии – во все возрастные периоды определяется достоверная корреляция между адаптацией воспитанников в интернате и уровнем адекватности прогностических самооенок. Таким образом, дезадаптированные воспитанники имеют низкие способности к саморегуляции своего поведения, вследствие неразвитости интуитивного компонента самосознания.

## СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ПОДРОСТКОВ, С ДЕТСТВА СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

О.П. Шмакова

ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, Москва

Пациенты, с детства страдающие хроническими психическими расстройствами, достигнув подросткового и юношеского возрастов, как правило, демонстрируют парциальную или тотальную несформированность социальных навыков, интеллектуальную несостоятельность, личностное недоразвитие, что приводит к необходимости решения специалистами, вопросов социальной адаптации и реабилитации подопечных, вынесения взвешенных суждений о целесообразности оформления им инвалидности. Анализ нарушений социального функционирования необходим также для выстраивания маршрута медико-социальной помощи повзрослевшим больным.

На основе имевшегося опыта клинических наблюдений и анализа предшествующих методик была составлена «Карта овладения навыками в основных сферах жизнедеятельности» – опросник, помогающий выявлять наличие или отсутствие жизненно необходимых умений у пациентов подросткового и юношеского возрастов; который был апробирован в ряде исследований, проведённых в отделе по изучению проблем подростковой психиатрии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН.

Навыки, необходимые для самостоятельной жизнедеятельности, в опроснике группировались следующим образом: умение ориентироваться в себе и окружающем; образовательные навыки, навыки общения, самообслуживания, бытовые умения, способность ориентироваться вне дома и пользоваться общественным транспортом, способность к контролю и планированию своей деятельности. Значительный объём методики, включавшей 149 вопросов, позволял очертить структуру имевшегося объёма базовых навыков, обнаружить сферы, развитие которых запаздывало, проанализировать типичные варианты парциального и тотального недоразвития сфер жизнедеятельности у пациентов с определёнными психическими заболеваниями. Подобный аналитический измерительный подход позволил в дальнейшем индивидуализировать реабилитационные программы, способствовал принятию взвешенных решений по вопросам компенсации социальной несостоятельности больных, необходимости/преждевременности направления на Бюро медико-социальной экспертизы для оформления инвалидности.

К типичным особенностям социального функционирования пациентов, страдавших шизофренией, можно было отнести: несостоятельность в развитии навыков общения, причём преимущественно нарушенными оказывались невербальное общение, сложные техники общения, межличностное взаимодействие; диссоциацию между удовлет-

## ТОЛЕРАНТНОСТЬ И ИДЕНТИЧНОСТЬ СОВРЕМЕННОГО ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИ- ОРИЕНТИРОВАННОГО ПСИХОТЕРАПЕВТА

Э.Г. Эйдемиллер

*ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России,  
ФГБОУ ВПО СПб ГУ, Санкт-Петербург*

ворительным развитием образовательных навыков и недоразвитием умений из разделов «самообслуживание» и «бытовая жизнь», которыми пациенты хотя и владели, но фактически реализовали их редко, после стимуляции, напоминания; выраженные индивидуальные предпочтения в реализации навыков.

Социальное функционирование подростков с умственной отсталостью зависело от тяжести умственного недоразвития. Наиболее дезадаптированными были пациенты с тяжёлой умственной отсталостью, испытывавшие затруднения при ориентировании в себе и окружающем, имевшие минимальные возможности к обучению и общению; и хотя обладавшие простейшими навыками самообслуживания, в быту, при необходимости проявлять более сложные умения, оказывавшиеся гораздо менее состоятельными, не умевшие самостоятельно перемещаться в городе по знакомому маршруту.

Среди пациентов с умеренной умственной отсталостью были как неадаптированные, так и социально адаптированные подростки. Первые наблюдались с умеренной умственной отсталостью, отягощённой психоорганическим синдромом, речевыми нарушениями, аутистическими расстройствами. Они обладали низким потенциалом к обучению, контролю за своей деятельностью, обнаруживали выраженные речевые расстройства, однако, в отличие от пациентов с тяжёлым умственным недоразвитием, гораздо лучше ориентировались в окружающем, обладали базовыми навыками самообслуживания, способны были функционировать в быту (помогали в уборке дома, приготовлении пищи и пр.), у них формировались некоторые образовательные навыки (чтения, механического счёта), но они почти не применяли их вне учебной ситуации. Адаптированные отличались хорошо развитыми навыками самообслуживания и бытовыми умениями, свободно общались на упрощённом языковом уровне, испытывая, однако, затруднения в использовании более сложных техник общения (умения знакомиться, поддержать беседу, вести диалог, дискуссию); наиболее низким у них были баллы развития образовательных навыков.

Пациенты с лёгкой умственной отсталостью оказались самыми адаптированными, их психическое недоразвитие не вызывало значимых нарушений социальной приспособленности. Они успешно общались, обладали необходимыми навыками самообслуживания, ведения быта, удовлетворительными способностями к контролю и планированию. Затрудняли их адаптацию сопутствующие расстройства – двигательные (ДЦП), неврологические, речевые, соматические.

Т. о., представленная методика оказалась полезной в структурировании работы с подростками, имевшими значительные нарушения социального функционирования. Она может использоваться как при диагностике этих нарушений, так и при планировании социо-реабилитационных усилий.

Психотерапия – полимодальная духовная практика, соединившая в себе по мере их появления другие духовные практики: религию, медицину вообще и психиатрию в частности, педагогику, психологию, этику и политику. Сдерживающим моментом, предотвращающим злоупотребление властью и влиянием в психотерапии, являются два фундаментальных параметра личностного и профессионального измерения психотерапевта: толерантность и идентичность. С нашей точки зрения, они являются основными взаимосвязанными параметрами организации современного психотерапевта.

Онтогенетически-ориентированный психотерапевт в своей деятельности опирается на знания о синтетической периодизации психического развития детей, подростков и взрослых, основанной на работах З.Фрейда, А.Фрейд, Д.Б. Эльконина, В.В. Ковалева и Г.К. Ушакова.

Толерантность психотерапевта исчерпывается определенным набором качеств 1. Умением принять клиента таким, какой он есть. 2. Способностью выступать в роли исследователя, посредника, переводчика, инициатора изменений и не выступать в роли эксперта, судьи, прокурора и священника. 3. Эмпатией. 4. Темпоритмом и глубиной эксплорации в психотерапии (следованием за клиентом «по маршруту его проблемы» в том темпоритме и с той глубиной эксплорации, которая тому доступна в силу биологических и психосоциальных возможностей). 5. Вслушиванием и вчувствованием. 6. Исследованием баланса содержания и структуры переживания пациентов. 7. Рефреймингом. 8. Соответствием языка психотерапевта языку клиента. 9. Аутентичностью. 10. Принимающей нейтральностью. 11. Способностью к выдвиганию психотерапевтических гипотез.

Идентичность психотерапевта представляет собой последовательность ответов на вопросы: «Какой я психотерапевт?», «В рамках какой парадигмы я действую?», «Что обусловило мой выбор парадигмы?»

Формированию толерантности и идентичности способствуют внешние и внутренние условия. К внешним можно отнести: 1) закономерности развития цивилизации (психотерапия как еще одна услуга по предоставлению комфорта); 2) социально-экономические, социально-психологические, демографические и национальные катастрофы и достижения (психотерапия как средство спасения и обретения благополучия); 3) систему додипломной и последипломной подготовки в области психотерапии (наиболее важные базисные блоки обучения: теория, наблюдение, система тренингов, балинтовские группы и супервизия).

К внутренним условиям формирования толерантности и идентичности относятся: 1) способность к интроспекции и ауторефлексии, 2) личность психотерапевта, 3) мотивация к выбору профессии психотерапевта. Эти параметры толерантности и идентичности не являются исчерпывающими, они динамичны, поддаются развитию, формированию и контролю. Следовательно, подготовка профессионалов-психотерапевтов есть процесс управляемого профессионального формирования толерантности и идентичности.

### МОДЕЛИ КРАТКОСРОЧНОЙ АНАЛИТИЧЕСКОЙ ПСИХОДРАМЫ И АНАЛИТИКО-СИСТЕМНОЙ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И ВЗРОСЛЫХ

Э.Г. Эйдемиллер, Н.В. Александрова

ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России,  
ФГБОУ ВПО СПб ГУ, Санкт-Петербург

Групповая и семейная психотерапия признаны в настоящее время наиболее эффективными и экономически целесообразными при лечении нервно-психических расстройств у детей. Э.Г. Эйдемиллер и Н.В. Александрова разработали модели краткосрочной аналитической психодрамы и аналитико-системной семейной психотерапии.

Аналитическая психодрама – это метод индивидуальной и групповой психотерапии, основанный на игровом моделировании актуальных представлений клиента/клиентов. Метод разработан Д. Л. Морено (1973). Теоретической концепцией психодрамы является теория ролей, разработанная самим автором.

Наш практический опыт позволяет утверждать, что теоретической основой аналитической психодрамы являются идеи психоанализа. Регрессии участников психотерапии на более ранние этапы онтогенеза с помощью техники «управляемого психотерапевтического регресса» (Эйдемиллер Э.Г. 2005) позволили выявлять и корректировать у них последствия перенесенных фрустраций.

Преимущество аналитической психодрамы перед другими методами индивидуальной и групповой психотерапии заключается в том, что она использует протоязык – язык чувств, мимики, жестов, поступков, поведения. Именно поэтому она доступна людям разного возраста: детям, начиная с 4-5 лет, подросткам, взрослым и пожилым людям. В психодраме участники имеют возможность моделировать собственные представления о тех или иных психотравмирующих ситуациях и вновь их переживать и корректировать.

Краткосрочную аналитическую психодраму прошли более 200 человек в возрасте от 10 до 60 лет с различными нервно-психическими расстройствами в амбулаторных условиях.

В отличие от классической аналитической психодрамы, продолжительность которой составляет от 320 до 600 часов и более с частотой занятий 1 раз в неделю, в разработанной модели *краткосрочной аналитической психодрамы* продолжительность работы составляет 40 часов с периодичностью 3 раза в неделю по 1-2 часам.

Принципиальное отличие групповой динамики при краткосрочной психодраме от таковой при долговременной заключается в особенностях прохождения участниками 2-ой фазы, которую мы назвали «фаза переформулирования целей и перераспределение ответственности».

При классическом проведении аналитической психодрамы переживания участников неявно рассеиваются при проигрывании различных ситуаций.

В нашем случае на третьем часе работы группы возникали выраженные или подавляемые проявления агрессии, справиться с которыми позволяла либо техника «циркулярного интервью», либо различные социометрические техники.

**Модель аналитико-системной семейной психотерапии** (Эйдемиллер Э.Г., Александрова Н.В., 2005), основанной на идеях психоанализа, системного и нарративного подходов, представлена приемами присоединения и формулирования психотерапевтического запроса с целью реконструкции и оптимизации психологического функционирования «идентифицированного пациента» и семьи.

Нарративный подход (от англ. *narrative* – повествование) как воплощение идей философии социального конструктивизма появился в семейной психотерапии в последней четверти XX века и распространился по всему миру. К сожалению, сообщения об опыте проведения нарративной психотерапии, а тем более исследовании процесса ее в нашей стране единичны.

Основное допущение нарративной психотерапии заключается в том, что все, что мы говорим, опирается на какую-то традицию, на то, что мы привыкли что-то понимать определенным образом, и все сказанное имеет смысл только в рамках этой традиции. Если нечто вырвать из контекста, то оно потеряет смысл. Если мы поместим фрагмент сообщения в новый контекст, то он будет означать нечто другое.

Функция нарративного психотерапевта (индивидуального, группового или семейного) сводится не только к посредничеству в переговорах индивида с самим собой, с членами группы или семьи, но и к расшифровке посланий к себе, к другим людям и миру.

Декодирование искаженных посланий членов семей осуществлялось с помощью рефрейминга, перефразирования и вопросов различных типов: 1. идентификационных, 2. линейных, 3. циркулярных, 4. стратегических, 5. рефлексивных.

Использование этих техник способствовало тому, что участники психотерапии за короткое время осознавали и корректировали свои проблемы. Еще раз подчеркнем, что средняя продолжительность



разработанных нами моделей аналитико-системной семейной психотерапии составили 6-18 часов при продолжительности одного сеанса 1 час, краткосрочной аналитической психодрамы – 40 часов.

Эффективность моделей (Эйдемиллер Э.Г., Александрова Н.В., 2005) краткосрочных аналитико-системной семейной психотерапии и аналитической психодрамы были исследованы независимым экспертом-психологом И.М. Никольской (Эйдемиллер Э.Г., Никольская И.М., Александрова Н.В., 2005) с помощью клинико-психологических методов. Эти измерения, проведенные в начале психотерапии

и после ее окончания, а также данные катаннеза подтвердили эффективность краткосрочных аналитико-системной семейной психотерапии и аналитической психодрамы.

Синтез теоретических установок психоанализа, системного и нарративного подходов нашел свое воплощение в разработанных моделях психотерапии. Проведенные клинико-психологические исследования подтвердили высокую эффективность данных моделей психотерапии и необходимость их внедрения в широкую практику детских и взрослых психиатров, психотерапевтов.

## АВТОРЫ (СОАВТОРЫ) ТЕЗИСОВ И ДОКЛАДОВ

**1. Автениук Антон Сергеевич** – м.н.с. отделения детской психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева Минздрава России, [anonim-box@list.ru](mailto:anonim-box@list.ru)

**2. Александрова Нина Викторовна** – ассистент кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, [eidemiller\\_marо@mail.ru](mailto:eidemiller_marо@mail.ru)

**3. Алексеева Анастасия Евгеньевна** – мл. науч. сотр., заместитель руководителя отделения детской психиатрии по лечебной работе. Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, отделение детской психиатрии. Эл. почта: [anastasya\\_alexee@mail.ru](mailto:anastasya_alexee@mail.ru)

**4. Алыко Татьяна Николаевна** – к.м.н., ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии Белорусского государственного медицинского университета (Белоруссия, Минск), [mm\\_montage@tut.by](mailto:mm_montage@tut.by)

**5. Андреева Ольга Борисовна** – специалист по соцработе, ГКУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница», [andreeva\\_ob@mail.ru](mailto:andreeva_ob@mail.ru)

**6. Андропова Наталья Владимировна** – к.м.н., доцент кафедры психиатрии и неврологии, Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток, [natvlad@list.ru](mailto:natvlad@list.ru)

**7. Андросова Любовь Васильевна** – кандидат биологических наук, ведущий научный сотрудник лаборатории нейроиммунологии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, Москва, [androsl@mail.ru](mailto:androsl@mail.ru)

**8. Анисимова Татьяна Игоревна** – медицинский психолог, младший научный сотрудник Института мозга человека РАН им. Н.П. Бехтеревой, ассистент кафедры психосоматики и психотерапии СПбГПМА, [info@spbnevrolog.ru](mailto:info@spbnevrolog.ru)

**9. Антохин Евгений Юрьевич** – заведующий кафедрой клинической психологии и психотерапии ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздрава России, главный детский психотерапевт Министерства Здравоохранения Оренбургской области, к.м.н., доцент, [antioh73@yandex.ru](mailto:antioh73@yandex.ru)

**10. Антропов Юрий Федорович** – доктор медицинских наук, профессор кафедры детской психиатрии и психотерапии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России. [AntropovYF@list.ru](mailto:AntropovYF@list.ru)

**11. Ахметова Валерия Валерьевна** – кандидат медицинских наук, врач психиатр, психотерапевт ООО «Психотерапевтический центр Кодар» (г. Чита, Забайкальский край), [lera-axmetova@yandex.ru](mailto:lera-axmetova@yandex.ru)

**12. Багаев Владимир Иванович** – зав. кафедрой, профессор кафедры психиатрии Кировской государственной медицинской академии, д.м.н.

**13. Бадмаева Валентина Дорджиевна** – к.м.н., руководитель отдела ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского» Минздрава России; доцент кафедры психологии и права, Московский городской психолого-педагогический университет, [vdbadmaeva@gmail.com](mailto:vdbadmaeva@gmail.com)

**14. Бартош Татьяна Петровна** – к.б.н., доцент, вед.н.с. группы психофизиологии, Научно-исследовательский центр «Арктика» ДВО РАН (Магадан), [tabart@rambler.ru](mailto:tabart@rambler.ru)

**15. Бебенин Александр Алексеевич** – аспирант кафедры психиатрии ГБОУ ВПО Уральского государственного медицинского университета Минздрава России, заведующий детским отделением № 3 ГБУЗ Свердловской областной клинической психиатрической больницы. bebenin\_aa@sokpb.ru

**16. Бибчук Марина Александровна** – кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры психотерапии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, bebtshuk@gmail.com

**17. Безгодова Алевтина Александровна** – ассистент кафедры психиатрии Кировской государственной медицинской академии, kgma\_psi@mail.ru

**18. Безменов Пётр Васильевич** – к.м.н., заместитель директора ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков Департамента здравоохранения города Москвы», rvb-clinic@yandex.ru

**19. Белова Ольга Сергеевна** – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии и клинической психологии Северного государственного медицинского университета, osbelova@ Rambler.ru

**20. Бойко Елена Олеговна** – доктор медицинских наук, главный врач Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Специализированная клиническая психиатрическая больница №1» (Краснодар), inbox\_skpbl@mail.ru

**21. Бойчевская Юлия Олеговна** – врач-психиатр детский Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Специализированная клиническая психиатрическая больница №1» (Краснодар), 4177844@mail.ru

**22. Бондарчук Юлия Леонидовна**, медицинский психолог Института мозга человека РАН им. Н.П. Бехтеревой, info@spbnevrolog.ru

**23. Брюн Елена Владимировна** – заведующая отделением, врач психиатр-нарколог ГБУЗ МНПЦ наркологии ДЗ г. Москвы, филиал №9, Отделение Медико-Социальной Помощи Детям, eval45@mail.ru

**24. Булатникова Марина Алексеевна** – врач-невролог-генетик медицинского центра «Покровский» Покровского банка стволовых клеток siriusbm@gmail.com

**25. Булатов Фёдор Владимирович** – медицинский психолог ГБУЗ МНПЦ наркологии ДЗ г. Москвы, филиал №9, Отделение Медико-Социальной Помощи Детям, merrymeany@gmail.ru

**26. Бухановская Ольга Александровна** – психиатр, психиатр-нарколог, кандидат медицинских наук, главный врач ООО «ЛРНЦ «ФЕНИКС», Ростов-на-Дону, olgabux@yandex.ru

**27. Быкова Ирина Сергеевна** – к.м.н., доцент кафедры клинической психологии и психотерапии ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»

**28. Быстрова Ольга Леонидовна** – к.пед.н, доцент кафедры физкультуры и спорта ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет»

**29. Вакула Ирина Николаевна** – кандидат медицинских наук, врач-психиатр детский Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Специализированная клиническая психиатрическая больница №1» (Краснодар), vakulain@mail.ru

**30. Васильев Иван Васильевич** – педагог-психолог МОУ СОШ (Волгоград). E-mail – kakovka@bk.ru

**31. Вассерман Евгений Людвигович** – канд. мед. наук, доцент Российского государственного педагогического университета им. А.И.Герцена и Санкт-Петербургского государственного университета, ст. н. сотр. Санкт-Петербургского института информатики и автоматизации РАН, ewasser@mv7987.spb.edu

**32. Вассерман Мария Владимировна** – канд. психол. наук, доцент, психолог Городского центра восстановительного лечения детей с психоневрологическими нарушениями (С.-Петербург), доцент Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, ст. н. сотр. Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, mwasser@mv7987.spb.edu

**33. Васянина Юлия Шахиевна** – врач-психиатр, психотерапевт, заведующий отделом детской психиатрии диспансерного отделения ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» министерства здравоохранения Краснодарского края; главный внештатный специалист детский психотерапевт министерства здравоохранения Краснодарского края, vasyanina@skpb.ru

**34. Ведяшкин Виктор Николаевич** – заместитель главного врача по организационно-методической работе КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей» (Барнаул), viktor.vedyaschekin@yandex.ru

**35. Велижанская Лилия Юрьевна** – врач-психиатр-нарколог ГУ «РНПЦ психического здоровья», deli@tut.by

**36. Вещикова Милена Игоревна** – аспирантка отдела медицинской психологии ФНБУ «НЦПЗ» РАМН, kovaleva-m-i@yandex.ru

**37. Волкова Анастасия Александровна** – медицинский психолог в филиале ГБУ ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева ПНД №13 Минздрава России (Москва).

**38. Волкова Ирина Анатольевна** – врач-психиатр, Институт мозга человека им. Н.П. Бехтерева РАН (С.-Петербург), anatrina@gmail.com

**39. Гальчин Екатерина Станиславовна** – аспирантка кафедры детской, социальной и судебной психиатрии, Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П. Л. Шупика, Украина, Киев; врач-ординатор детского психоневрологического отделения № 11 Житомирской областной психиатрической больницы №1, Украина, Житомир, katerinna83@mail.ru

**40. Гасанов Рауф Фаикович** – к.м.н., ст. науч. сотр. отделения детской психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, raufgasanov@mail.ru

**41. Головина Алла Геннадиевна** – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела по изучению проблем подростковой психиатрии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, г. Москва. golovinalla@mail.ru

**42. Горина Ирина Станиславовна** – канд. психол.наук, научный сотрудник кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова, i.s.gor@mail.ru

**43. Городнова Марина Юрьевна** – канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург. mgorodnova@yandex.ru

**44. Горохова Анастасия Витальевна** – главный врач, Краевая детская психиатрическая больница, Владивосток.

**45. Гранкина Ирина Валерьевна** – заведующая психиатрическим детским отделением №10 БУЗ ОО «КПБ им. Н. Н. Солодникова» (Омск), iragralkina@yandex.ru

**46. Грачев Виталий Викторович** – к.м.н., доцент кафедры детской психиатрии и психотерапии РМАПО. gratchev@mail.ru

**47. Гребень Светлана Анатольевна** – заведующая психоневрологическим отделением (для детей) стационара ГУ «Республиканский научно-практический центр оториноларингологии». Аспирантка ГУ «Республиканский научно – практический центр психического здоровья» (Белоруссия, Минск), Grebensv@open.by

**48. Гречаный Северин Вячеславович** – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, svgrechany@mail.ru

**49. Григорьева Инесса Викторовна** – к.м.н., ведущий научный сотрудник отдела психических и поведенческих расстройств, ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» (Белоруссия, Минск), inessgrig@mail.ru

**50. Григорьева Наталья Константиновна** – к.м.н., доцент, доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии Белорусского государственного медицинского университета (Белоруссия, Минск), inessgrig@mail.ru

**51. Гусманов Руслан Марсельевич** – врач-психиатр детский, ГБУЗ «Научно-практический центр охраны психического здоровья детей и подростков» ДЗМ (Москва), r-gusmanov@mail.ru

**52. Гусманова Зинаида Константиновна** – врач-психиатр детский, ГБУЗ «Научно-практический центр охраны психического здоровья детей и подростков», gusmanova-zinaida@yandex.ru

**53. Данилова Елена Леонидовна** – заведующая детско-подростковым отделением с дневным стационаром 10 коек; Учреждение здравоохранения «Витебский областной клинический центр психиатрии и наркологии» (Белоруссия); Danilova8.37@rambler.ru

**54. Демчева Надежда Константиновна**, доктор медицинских наук, профессор, руководитель лаборатории аналитической эпидемиологии отдела эпидемиологических и организационных проблем психиатрии ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского», DNK1504@yandex.ru

**55. Дерябина Ольга Михайловна** – к.м.н., старший научный сотрудник отдела клинической психиатрии детского и подросткового возраста Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Smily-doc@yandex.ru

**56. Добряков Игорь Валериевич** – к.м.н., доцент, доцент кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Северо-Западного Государственного Медицинского Университета им. И.И. Мечникова и кафедры психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей Санкт-Петербургского Государственного Университета, dobriakov2008@yandex.ru

**57. Дозорцева Елена Георгиевна** – проф., д.психол.н., руководитель Лаборатории ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского» Минздрава России; зав. кафедры психологии и права, Московский городской психолого-педагогический университет. e-mail: edozortseva@mail.ru

**58. Докукина Татьяна Васильевна** – д.м.н., доцент, заместитель директора по научной работе, ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» (Белоруссия. Минск), polak0208@mail.ru

**59. Доморацкий Владимир Антонович** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой социальной и клинической психологии Белорусского государственного университета, Республика Беларусь, г. Минск, vladom@inbox.ru

**60. Егоров Алексей Юрьевич** – доктор медицинских наук, профессор Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета, Института эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова Российской академии наук, draegorov@mail.ru

**61. Емелина Дарья Андреевна** – младший научный сотрудник, НИПНИ им. В.М. Бехтерева, отделение детской психиатрии. Эл. почта: dashaberkos@mail.ru

**62. Жигар Алёна Михайловна** – УО «Гродненский государственный медицинский университет» (Белоруссия), кафедра медицинской психологии и психотерапии, ассистент, alenum@yandex.ru

**63. Забозлаева Ирина Валентиновна** – к.м.н., доцент кафедры психиатрии факультета дополнительного профессионального образования ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» (Челябинск), zabazl@mail.ru

**64. Заваденко Николай Николаевич** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики педиатрического факультета ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, zavadenko@mail.ru

**65. Захарова Мария Сергеевна** – аспирантка кафедры мед. психологии, психоневрологии и психиатрии медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», romashka.ru.2010@mail.ru

**66. Захарчук Ольга Станиславовна** – педагог-психолог, МБУ Центр ЛЕДА, Архангельск, sos145\_21@mail.ru

**67. Зверева Наталья Владимировна** – кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, ведущий научный сотрудник отдела медицинской психологии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, профессор ГБОУ ВПО МГППУ, nwzvereva@mail.ru

**68. Земляных Марина Венировна** – доцент, кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой клинической психологии, Институт специальной педагогики и психологии, Санкт-Петербург, mvz6@mail.ru

**69. Злоказова Марина Владимировна** – профессор кафедры психиатрии Кировской государственной медицинской академии, д.м.н., kgma\_psi@mail.ru

**70. Зубкова Анна Андреевна** – магистрант кафедры психологии и права, Московский городской психолого-педагогический университет, pub.ann@gmail.com

**71. Зуева Жанна Викторовна** – кандидат психологических наук, старший научный сотрудник отдела клинической психиатрии детского и подросткового возраста ГНЦССП им. В.П. Сербского, Москва, jeanna.zoueva@gmail.com

**72. Зырянова Анна Юрьевна** – логопед-дефектолог, с сентября 2013 года работает с детьми группы кратковременного пребывания «Особый ребенок» Муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения детский сад №28 г. Екатеринбург, rassoon@e1.ru

**73. Иванова Юлия Дмитриевна** – член профорientационного клуба «Юный медик» ВолГМУ (Волгоград). E-mail – jullianna777@yandex.ru

**74. Ивашев Сергей Петрович** – кандидат медицинских наук, врач-психиатр, врач-психотерапевт, заместитель главного врача по организационно-методической работе в ГУЗ «ВОДКПБ» (Волгоград). E-mail – psy-sign@mail.ru

**75. Иовчук Нина Михайловна** – доктор мед. наук, профессор Московского городского психолого-педагогического университета, главный редактор журнала «Вопросы психического здоровья детей и подростков»

**76. Искандирова Арина Сункаровна** – к.м.н., доцент, зав. учебной частью кафедры психологического консультирования психокоррекции и психотерапии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова; arisha21@rambler.ru

**77. Калашникова Татьяна Владимировна** – выпускница ГБОУ ВПО МГППУ, sl3tatyana@yandex.ru

**78. Карауш Ирина Сергеевна** – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения пограничных состояний Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Томск, anir7@yandex.ru

**79. Карпец Андрей Владимирович** – главный врач ГАУЗ «Городская клиническая больница им.Н.И.Пирогова» г.Оренбурга, к.м.н., доцент, andrey.karpets@yandex.ru

**80. Карташев Николай Константинович** – н. сотр. Санкт-Петербургского института информатики и автоматизации РАН, kolq@kolq.ru

**81. Качаева Маргарита Александровна** – доктор мед. наук, профессор, главный научный сотрудник, ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России

**82. Кенжагалиева Айсауле Асылбековна** – медицинский психолог ГБУЗ «Областная детская клиническая больница» (Оренбург), TimoschenkoKatja@mail.ru

**83. Климова Мария Сергеевна** – врач-психиатр отделения подростковой психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. mari.klimova.2014@mail.ru

**84. Кмить Кристина Викторовна** – медицинский психолог отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, kristina\_kmit@mail.ru

**85. Ковалев Александр Иванович** – детский и подростковый психиатр, ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс», Ростов-на-Дону

**86. Коваль-Зайцев Алексей Анатольевич** – кандидат психологических наук, старший научный сотрудник отдела детской психиатрии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, доцент ГБОУ ВПО МГППУ, koval-zaitsev@mail.ru

**87. Козловская Лариса Тухтаевна** – Консалтинг-тренинговая компания Эквистер, генеральный директор, клинический психолог, ведущий специалист, Республика Казахстан, ВКО г. Усть-Каменогорск, equiter@mail.ru

**88. Колдунова Галина Константиновна** – заведующая 1 психиатрическим отделением ГБУЗ Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков ДЗ г. Москвы, Smily-doc@mail.ru

**89. Колмогорова Влада Владимировна** – к.м.н., доцент кафедры психиатрии факультета дополнительного профессионального образования ГОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России (Челябинск), kolmogorova\_v@mail.ru

**90. Колодкина Дарья Игоревна** – тьютор, Средняя общеобразовательная школа №1465 имени адмирала Н.Г. Кузнецова, dasha-k\_91@mail.ru

**91. Кононец Александр Семенович** – профессор, доктор медицинских наук, главный врач, ГБУЗ Психиатрическая клиническая больница № 15 Департамента здравоохранения г. Москвы, info@pkb15.mosgorzdrav.ru

**92. Копытов Андрей Васильевич** – д.м.н., профессор, профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии Белорусского государственного медицинского университета, заведующий научным отделом наркологии Республиканского научно-практического центра психического здоровья Республики Беларусь, Минск gnpznark@tut.by

**93. Копытов Дмитрий Андреевич** – мл. научный сотрудник научного отдела наркологии Республиканского научно-практического центра психического здоровья Республики Беларусь, Минск, gnpznark@tut.by

**94. Корень Евгений Владимирович** – кандидат медицинских наук, руководитель отдела психической патологии детского и подросткового возраста Московского научно-исследовательского института психиатрии Минздрава России, evkoren@yandex.ru

**95. Корнеева Василиса Александровна** – кандидат психологических наук, старший преподаватель кафедры детской психиатрии и психотерапии РМАПО, wasylisa@mail.ru

**96. Коротков Александр Дмитриевич** – к.м.н., научный сотрудник, Институт мозга человека им.Н.П. Бехтерева РАН anatrina@gmail.com

**97. Кравченко Илья Владимирович** – младший научный сотрудник, НИПНИ им. В.М. Бехтерева, отделение детской психиатрии, bambbrs@mail.ru

**98. Кравченко Надежда Ефимовна** – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела по изучению проблем подростковой психиатрии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, г. Москва. kravchenkone@mail.ru

**99. Куприянова Татьяна Анатольевна** – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела психической патологии детского и подросткового возраста Московского научно-исследовательского института психиатрии Минздрава России, anna\_gorbunova@list.ru

**100. Ларионова Валентина Ильинична** – д.м.н. проф. кафедры генетики, врач-генетик СЗГМУ им. И.И. Мечникова, siriusbm@gmail.com

**101. Лебедева Юлия Владимировна** – аспирант кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академии МЗ РФ», zolton.87@yandex.ru

**102. Ли Ген Ай** – педагог-психолог МБДОУ № 6 коррекционного вида, Муниципальное бюджетное дошкольное учреждение детский сад № 35 «Сказка» г. Южно-Сахалинска, ajlel@mail.ru

**103. Лохов Михаил Иванович** – д.б.н., ст.н.с. НИИЭМ РАМН, нейрофизиолог, р.т. (812) 234-14-12

**104. Луговых Наталья Александровна** – ассистент кафедры психиатрии факультета дополнительного профессионального образования Южно-Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ, Челябинск, malinina.e@rambler.ru

**105. Лункина Наталья Ивановна** – кандидат психологических наук, доцент, нейропсихолог, заведующая психологическим отделением, региональный консультативный центр медико-психологического сопровождения «Росток», Н. Новгород, rostok\_nn@mail.ru

**106. Лусс Людвиг Александрович** – кандидат медицинских наук, заведующий отделением, ГБУЗ Психиатрическая клиническая больница № 15 Департамента здравоохранения г. Москвы, l.luss66@rambler.ru

**107. Макаров Игорь Владимирович** – д.м.н., руководитель отделения детской психиатрии СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, профессор кафедры психиатрии и наркологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, главный детский специалист-психиатр Минздрава в СЗФО, ppsy@list.ru

**108. Макарова Кристина Владимировна** – медицинский психолог Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков Департамента здравоохранения города Москвы; педагог – психолог «Специализированного дома ребенка №21 для детей с органическим поражением центральной нервной системы и нарушением психики» Департамента социальной защиты населения города Москвы, cristinam@yandex.ru

**109. Макашева Валентина Анатольевна** – кандидат медицинских наук, главный детский психиатр Сибирского федерального округа и Министерства здравоохранения Новосибирской области, главный врач, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Новосибирский областной детский клинический психоневрологический диспансер», v.makasheva@mail.ru

**110. Максимчук Владимир Петрович** – к.м.н., заведующий сектора наркологии организационно-методического отдела Республиканского научно-практического центра психического здоровья, Республики Беларусь, Минск, Belnarkolog@tut.by

**111. Макушкин Евгений Вадимович** – д.м.н., профессор, зам. директора по научной работе ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, главный детский психиатр Минздрава России, evm14@list.ru

**112. Малинина Елена Викторовна** – д.м.н., доцент, зав. кафедрой психиатрии факультета дополнительного профессионального образования Южно-Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ, Челябинск, главный детский специалист-психиатр Минздрава в УФО, malinina.e@rambler.ru

**113. Маловатова Ирина Анатольевна** – заведующая детским отделением, Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Специализированная клиническая психиатрическая больница №1» (Краснодар)

**114. Малыгин Владимир Леонидович** – д.м.н. профессор, зав. кафедрой психологического консультирования психокоррекции и психотерапии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова; malyginvl@yandex.ru

**115. Марчук Сергей Александрович** – младший научный сотрудник отдела психических и поведенческих расстройств, Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», Белоруссия, Минск, mar4ellini@yandex.ru

**116. Мелькова Людмила Артемьевна** – к.б.н., научный сотрудник Института медико-биологических исследований Северного (Арктического) федерального университета им. М.В. Ломоносова (Архангельск), l.melkova@narfu.ru

**117. Мельникова Оксана Владимировна** – детский и подростковый психиатр, ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс», Ростов-на-Дону

**118. Меркурьева Юлия Александровна** – старший преподаватель кафедры психологического консультирования психокоррекции и психотерапии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова; juliamercurieva@gmail.com

**119. Миленин Вадим Викторович** – кандидат медицинских наук, главный врач Детской стоматологической поликлиники №41 СЗАО Москвы, dokmivad@mail.ru

**120. Милехина Алла Владимировна** – к.м.н., ст. науч. сотр. Отдела детской и подростковой психиатрии ГНЦССП им. В.П. Сербского, г. Москва, amilh@mail.ru

**121. Митрофанов Алексей Юрьевич** – врач-психиатр, Институт мозга человека им.Н.П. Бехтеревой РАН Alekseymu7@rambler.ru

**122. Михейкина Оксана Витальевна** – кандидат медицинских наук, заведующая диспансерным отделением №2 ГАУЗ «Брянская областная психиатрическая больница №1», oromanova2006@rambler.ru

**123. Могучева Наталья Александровна** – магистр психологии, старший преподаватель кафедры психологии Уральского института экономики, управления и права, педагог-психолог, группа кратковременного пребывания «Особый ребенок» Муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения детский сад №28 г. Екатеринбург, gmogucheva@yandex.ru

**124. Недилько Инна Михайловна** – музыкальный руководитель, МБДОУ детский сад комбинированного вида № 94, Екатеринбург, inna.nedilko@mail.ru

**125. Немкова Светлана Александровна** – доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики педиатрического факультета РНИМУ им.Н.И.Пирогова, старший научный сотрудник отделения когнитивной педиатрии НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения НЦЗД РАМН, nemkova-sa@yandex.ru

**126. Нестеровский Юрий Евгеньевич** – к.м.н., доцент кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики педиатрического факультета ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, yenest@bk.ru

**127. Никифорова Дарья Игоревна** – медицинский психолог Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Специализированная клиническая психиатрическая больница №1» (Краснодар)

**128. Никифорова Екатерина Юрьевна** – заведующая патопсихологической лабораторией – медицинский психолог Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Специализированная клиническая психиатрическая больница №1» (Краснодар), k\_nikiforova@mail.ru

**129. Никишена Инна Сергеевна**, кандидат биологических наук, научный сотрудник Института мозга человека РАН им. Н.П.Бехтеревой, доцент кафедры психосоматики и психотерапии СПбГПМА, info@spbnevrol.org.ru

**130. Новикова Галина Рудольфовна** – кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» МЗ РФ, Москва, gr\_novikova@mail.ru

**131. Овечкина Юлия Викторовна** – медицинский психолог ГБУЗ МНПЦ наркологии ДЗ г. Москвы, филиал №9, Отделение Медико-Социальной Помощи Детям, j.v.o@ Rambler.ru

**132. Овсянникова Ольга Владимировна** – руководитель Бюро №103, филиала ФКУ «Главное бюро МСЭ по г. Москве».

**133. Оганесян Наталья Юрьевна** – кандидат психологических наук, руководитель курса «Танцевальная терапия: теория и практика» ИПП «ИМАТОН», медицинский психолог, танцевальный терапевт ГПБ № 6 (г. Санкт-Петербург), anais\_og@ Rambler.ru

**134. Отман Ирина Николаевна** – научный сотрудник лаборатории нейроиммунологии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, Москва.

**135. Очнева Ольга Владимировна** – к.м.н., ассистент кафедры психиатрии и неврологии, Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток, baybaolya@mail.ru

**136. Ошевский Дмитрий Станиславович** – доцент, к.психол.н., ст. н. с. ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского» Минздрава России; доцент кафедры психологии и права, Московский городской психолого-педагогический университет, oshevsky@serbsky.ru

**137. Павлова Юлия Михайловна** – к.м.н., доцент кафедры мед. психологии, психоневрологии и психиатрии медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», pum74@ Rambler.ru

**138. Панкова Ольга Федоровна** – к.м.н., профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, г. Москва, o.f.pankova@mail.ru

**139. Пашковский Владимир Эдуардович** – профессор кафедры психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, доктор медицинских наук, доцент, pashvladimir@yandex.ru

**140. Первичко Светлана Валерьевна** – дипломница кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова, sweet\_prima@mail.ru

**141. Пилявская Ольга Ивановна** – к.м.н., доцент кафедры психиатрии факультета дополнительного профессионального образования Южно-Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ, Челябинск, piliava@mail.ru

**142. Пинчук Дмитрий Юрьевич** – докт. мед. наук, профессор, врач функциональной диагностики Городского центра восстановительного лечения детей с психоневрологическими нарушениями (С.-Петербург), pinchukdu@mail.ru

**143. Пичиков Алексей Александрович** – младший научный сотрудник отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева, sigurros@mail.ru

**144. Полецкий Владимир Михайлович** – к.м.н., доцент кафедры психиатрии факультета дополнительного профессионального образования ГОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Челябинск), vpoletskiy@ Rambler.ru

**145. Поляков Юрий Израилевич** – к.м.н., доцент, зав. психиатрическим отд., Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой РАН, poliakov@ihb.spb.ru

**146. Попов Юрий Васильевич** – профессор, д.м.н., заслуж. деятель науки РФ, руководитель отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, зам. директора института по научной работе, podrostky@mail.ru



**147. Попова Елена Сергеевна** – клинический психолог Единого центра защиты детей ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков Департамента здравоохранения города Москвы», Smily-doc@yandex.ru

**148. Портнова Анна Анатольевна** – д.м.н., внештатный специалист главный детский психиатр города Москвы, руководитель отдела клинической психиатрии детского и подросткового возраста Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Smily-doc@yandex.ru.

**149. Потапова Виктория Анатольевна** – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела клинической психиатрии детского и подросткового возраста ГНЦССП им. В.П. Сербского, Москва, член Парижского Психоаналитического Общества, potanova.victory@gmail.com

**150. Потоккина Анастасия Михайловна** – клинический психолог ГАУЗ «Городская клиническая больница им.Н.И.Пирогова» г.Оренбурга, potokina\_anastasiya@mail.ru

**151. Раева Татьяна Викторовна** – ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России (Тюмень), зав. кафедрой психиатрии, д.м.н., доцент, gaevatatyana@rambler.ru

**152. Раевская Лариса Георгиевна** – главный детский специалист-психиатр Минздрава в ЮФО, главный врач Волгоградской областной детской клинической психиатрической больницы (Волгоград)

**153. Распутина Анастасия Романовна** – клинический ординатор кафедры психиатрии и неврологии, Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток, gasek@list.ru

**154. Ретюнский Константин Юрьевич** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии ГБОУ ВПО Уральского государственного медицинского университета Минздрава России, главный внештатный психиатр УФО, Екатеринбург, retiunsk@mail.ru

**155. Романов Александр Александрович** – практический психолог, НЦПЗ РАМН, Начальная школа –детский сад №1708, Москва, playther-ea7c5bff60@vkmessenger.com

**156. Рыжов Андрей Леонидович** – кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, МГУ имени М.В.Ломоносова, старший научный сотрудник ГБУЗ НПЦ ПЗДП ДЗМ, andrey.gyzhov@gmail.com

**157. Сабиров Салават Шумгунович** – психолог-консультант Детского телефона доверия, ГКУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница», komrad.salavat@yandex.ru

**158. Сабитов Ильдар Анберович** – к.м.н., доцент, зав.кафедрой мед. психологии, психоневрологии и психиатрии медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», ildoc@mail.ru

**159. Саркисова Овсання Акоповна** – детский и подростковый психиатр, ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс», Ростов-на-Дону, loa7@yandex.ru

**160. Северный Анатолий Алексеевич** – кандидат мед. наук, ведущий научный сотрудник Научного центра психического здоровья РАМН, президент Ассоциации детских психиатров и психологов, acpp@inbox.ru

**161. Селезнева Елена Сергеевна** – врач психиатр-нарколог детско-подросткового отделения с дневным стационаром 10 коек; Учреждение здравоохранения «Витебский областной клинический центр психиатрии и наркологии» (Белоруссия); VOPD@vitebsk.by

**162. Семенова Светлана Васильевна** – кандидат психологических наук, доцент, ст.н.с. отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, svetvas.semenova@yandex.ru

**163. Сергиенко Алексей Анатольевич** – кандидат психологических наук, старший научный сотрудник отдела медицинской психологии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, доцент НОУ ВПО МПСУ, aumsan@gmail.com

**164. Серебровская Ольга Вячеславовна** – старший медицинский психолог ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков Департамента здравоохранения города Москвы», olga\_srb@mail.ru

**165. Сетти Динеш** – (Dr Dinesh Sethi) -руководитель программ в области предупреждения насилия и травматизма, отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни, Европейское региональное бюро ВОЗ (Копенгаген, Дания).

**166. Симашкова Наталья Валентиновна** – доктор медицинских наук, заведующая отделом детской психиатрии ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, главный детский специалист-психиатр Минздрава в ЦФО, Simashkovanv@mail.ru

**167. Сирбиладзе Константин Темурханович** – канд. мед. наук, врач функциональной диагностики Городского центра восстановительного лечения детей с психоневрологическими нарушениями (С.-Петербург), k\_temurhan@mail.ru

**168. Слободская Елена Романовна** – доктор психологических наук, кандидат медицинских наук, доцент, главный научный сотрудник, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт физиологии и фундаментальной медицины» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук (Новосибирск), [hslob@physiol.ru](mailto:hslob@physiol.ru)

**169. Смирнов Илья Игоревич** – заведующий 6 психиатрическим отделением ГБУЗ Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков ДЗ г. Москвы, [Smily-doc@yandex.ru](mailto:Smily-doc@yandex.ru)

**170. Смирнов Илья Игоревич** – заведующий 6 психиатрическим отделением, руководитель Единого центра защиты детей ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков Департамента здравоохранения города Москвы», [Smily-doc@yandex.ru](mailto:Smily-doc@yandex.ru)

**171. Соловьев Андрей Горгоньевич** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и клинической психологии Северного государственного медицинского университета (Архангельск), [asoloviev@nsmu.ru](mailto:asoloviev@nsmu.ru)

**172. Степанова Ольга Борисовна** – канд. психол.наук, доцент кафедры методологии психологии факультета психологии Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова

**173. Строкова Елена Валерьевна** – к.м.н., врач-психотерапевт МУЗ «ДГП №4», г. Саратов, [Lenagrish@mail.ru](mailto:Lenagrish@mail.ru)

**174. Сустина Оксана Анатольевна** – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела по изучению проблем подростковой психиатрии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, г. Москва, [ox871@yandex.ru](mailto:ox871@yandex.ru)

**175. Султанова Альфия Сергеевна** – кандидат психологических наук, доцент, Институт психолого-педагогических проблем детства Российской академии образования, ведущий научный сотрудник, [alfiya\\_sultanova@mail.ru](mailto:alfiya_sultanova@mail.ru)

**176. Сурушкина Светлана Юрьевна**, врач невролог, кандидат медицинских наук, научный сотрудник Института мозга человека РАН им. Н.П.Бехтеревой, доцент кафедры психосоматики и психотерапии СПбГПМА, [su.svetlana@mail.ru](mailto:su.svetlana@mail.ru)

**177. Трифонов Олег Игоревич** – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача, ГБУЗ Психиатрическая клиническая больница № 15 Департамента здравоохранения г. Москвы, [olegtrifonov@yandex.ru](mailto:olegtrifonov@yandex.ru)

**178. Усачёва Елена Леонидовна** – д.м.н., директор ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков Департамента здравоохранения города Москвы», [Smily-doc@yandex.ru](mailto:Smily-doc@yandex.ru)

**179. Фалькович Светлана Павловна** – врач психиатр подростковый. Ярославская областная клиническая психиатрическая больница, диспансерное отделение, [sfalkovich@bk.ru](mailto:sfalkovich@bk.ru)

**180. Федотов Денис Михайлович** – к.м.н., старший научный сотрудник Института медико-биологических исследований Северного (Арктического) федерального университета им. М.В. Ломоносова (Архангельск), [d.fedotov@narfu.ru](mailto:d.fedotov@narfu.ru)

**181. Фефанов Василий Николаевич** – кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры специальной и клинической психологии, Российский государственный социальный университет, г. Москва, [v-feofanov@yandex.ru](mailto:v-feofanov@yandex.ru)

**182. Фесенко Елена Владимировна** – к.м.н., главный врач СПб ГБУЗ «Городская детская поликлиника №19», р.т. (812) 233-51-14

**183. Фесенко Юрий Анатольевич** – заместитель главного врача СПб ГКУЗ «ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, д.м.н., профессор кафедры клинической психологии СПбГПМУ, главный детский психиатр Санкт-Петербурга, [uaf1960@mail.ru](mailto:uaf1960@mail.ru)

**184. Фомушкина Марина Геннадьевна** – ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница», заместитель главного врача по медицинскому обслуживанию населения, главный внештатный детский психиатр департамента здравоохранения Тюменской области, ассистент кафедры психиатрии ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России, [marina.fomushckina@yandex.ru](mailto:marina.fomushckina@yandex.ru)

**185. Хайретдинов Олег Замильевич** – врач-психиатр организационно-методического отделения с консультативным приемом СПбГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С.Мнухина», [psycheas@rambler.ru](mailto:psycheas@rambler.ru)

**186. Холин Алексей Александрович** – д.м.н., профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики педиатрического факультета ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, [DrKholin@mail.ru](mailto:DrKholin@mail.ru)

**187. Хомерики Нина Сергеевна** – к. п.с.н., психолог Центра развития ребенка (английский детский сад); [xomeriki@gmail.com](mailto:xomeriki@gmail.com)

**188. Хромов Антон Игоревич** – кандидат психологических наук, старший научный сотрудник отдела медицинской психологии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, доцент ГБОУ ВПО МГППУ, [axromik@mail.ru](mailto:axromik@mail.ru)

**189. Хышиктеуева (Злова) Татьяна Павловна** – доктор медицинских наук, доцент, главный научный сотрудник отдела организации психиатрической помощи ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков Департамента здравоохранения города Москвы», [tat-zlova@yandex.ru](mailto:tat-zlova@yandex.ru)

**190. Чубаровский Владимир Владимирович** – ведущий научный сотрудник НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФБГУ «НЦЗД» РАМН, профессор Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, доктор медицинских наук, [Chubarovsky@gmail.com](mailto:Chubarovsky@gmail.com)

**191. Чудновский Евгений Владимирович** – ассистент кафедры психиатрии Ставропольского государственного медицинского университета, [epistoll@yandex.ru](mailto:epistoll@yandex.ru)

**192. Чумак Максим Андреевич** – клин. ординатор каф. психиатрии и мед. психологии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, [max77m@mail.ru](mailto:max77m@mail.ru)

**193. Чутко Леонид Семенович**, профессор, доктор медицинских наук, руководитель Центра поведенческой неврологии Института мозга человека РАН им. Н.П.Бехтеревой, [chutko5@gambler.ru](mailto:chutko5@gambler.ru)

**194. Шалимов Валерий Федорович** – д.м.н., руководитель отделения социальной психиатрии детей и подростков ФГБУ ГНЦ СиСП им. В.П.Сербского Минздрава России, [shalimov1942@mail.ru](mailto:shalimov1942@mail.ru)

**195. Шапиро Анатолий Юльевич** – заведующий оргметодотделом; Учреждение здравоохранения «Витебский областной клинический центр психиатрии и наркологии» (Белоруссия); эл.почта [VOPD@vitebsk.by](mailto:VOPD@vitebsk.by)

**196. Шевченко Юрий Степанович** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детской психиатрии и психотерапии РМАПО, [europsy@mail.ru](mailto:europsy@mail.ru)

**197. Шереметьева Ирина Игоревна** – доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ (Барнаул), [sheremeteva-ira@mail.ru](mailto:sheremeteva-ira@mail.ru)

**198. Шигашов Дмитрий Юрьевич** – к.м.н., главный врач СПб ГКУЗ «ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, [shigashov@mail.ru](mailto:shigashov@mail.ru)

**199. Шикин Юрий Михайлович** – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии Ставропольского государственного медицинского университета, [yushiko1@yandex.ru](mailto:yushiko1@yandex.ru)

**200. Шинко Лилия Стефановна** – медицинский психолог ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков Департамента здравоохранения города Москвы», [Smilydoc@yandex.ru](mailto:Smilydoc@yandex.ru)

**201. Шлафер Михаил Исаакович** – главный врач ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №1», главный психиатр Министерства Здравоохранения Оренбургской области, Заслуженный врач РФ; [antioh73@yandex.ru](mailto:antioh73@yandex.ru)

**202. Шмакова Анна Андреевна** – лаборант лаборатории нейроиммунологии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, Москва, [anya.shmakova@list.ru](mailto:anya.shmakova@list.ru)

**203. Шмакова Ольга Петровна** – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела по изучению проблем подростковой психиатрии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, Москва, [olga-zhuravleva1@yandex.ru](mailto:olga-zhuravleva1@yandex.ru).

**204. Шпаковская Ольга Григорьевна** – младший научный сотрудник отдела наркологии Республиканского научно-практического центра психического здоровья Республики Беларусь, Минск, [gnpznark@tut.by](mailto:gnpznark@tut.by)

**205. Шпорт Светлана Вячеславовна** – к.м.н., ученый секретарь ГНЦССП им. В.П. Сербского, Москва

**206. Шубин Артем Владимирович** – врач-психиатр детский, ГБУЗ «Научно-практический центр охраны психического здоровья детей и подростков» (Москва), [temkto@mail.ru](mailto:temkto@mail.ru)

**207. Эйдемиллер Эдмонд Георгиевич** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, [eidemiller\\_mapo@mail.ru](mailto:eidemiller_mapo@mail.ru)

**208. Яковенко Елена Александровна**, кандидат биологических наук, научный сотрудник Института мозга человека РАН им. Н.П.Бехтеревой, [info@spbnevrolog.ru](mailto:info@spbnevrolog.ru)

**209. Яковлева Юлия Александровна** – к.м.н., старший научный сотрудник отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ, [yua.08@mail.ru](mailto:yua.08@mail.ru)

ВСЕРОССИЙСКАЯ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
с международным участием

**ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ:  
СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ,  
ТЕРАПИИ, ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ**

19-21 ноября 2014 года,  
Санкт-Петербург

**СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ**

Под редакцией Н.Г. Незнанова, И.В. Макарова

Технический редактор: Макаров И.В.  
Дизайн, верстка: Альков А.С.

Подписано в печать 06.11.2014  
Формат 60X88 1/8  
Гарнитура «Таймс»

Электронное издание на CD-ROM  
Тираж 150 экз.

Оригинал-макет подготовлен  
издательским отделом ООО «Альта Астра»,  
191024, Санкт-Петербург,  
Мытнинская ул., д. 1/20, лит. А, пом. 4Н  
Тел./факс: (812) 710-75-10, [www.altaastra.com](http://www.altaastra.com)

**ISBN 978-5-905498-24-4**

© СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2014  
© И.В. Макаров, составление, редакция, 2014  
© ООО «Альта Астра», оформление, 2014