Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г. Е. Сухаревой
Департамента здравоохранения г. Москвы

Труды
Центра им. Г.Е. Сухаревой

Том I

Сборник статей
под общей редакцией кандидата медицинских наук
А. Я. Басовой

Москва
2024

УДК: 616.89
ББК 56.14 88.4
У59

ISBN 978-5-9909532-8-4

Труды Центра им. Г.Е. Сухаревой. Том I. Сборник статей под общей редакцией кандидата медицинских наук А.Я. Басовой, М. — 2024. — 363 с.

ISBN 978-5-9909532-8-4

В сборник вошли труды сотрудников ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», а также материалы VII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Сухаревские чтения. Проблема патоморфоза в детской психиатрии», 27-28 июня 2024 г., III Всероссийской научно-практической конференции «Азбукинские слушания. Коррекционный педагог и дети с ментальными нарушениями. Семья в фокусе работы», 3-4 июня 2024 г., а также научно-практической конференции «Язык и речь в контексте психического здоровья», 14 ноября 2024 г. Сборник предназначен для врачей-психиатров, психологов, логопедов, педагогов, врачей других специальностей, преподавателей и учащихся высших учебных заведений.

Редактор: к.м.н. А.В. Соколов

© Авторы, текст, 2024
©А.В.Соколов, оформление, 2024

Глубокоуважаемые коллеги!

В 2024 г. мы приняли решение о начале издания серии «Трудов Центра им. Г.Е. Сухаревой». Это будут сборники статей сотрудников Центра и наших гостей, а также иные материалы наших научно-практических конференций. Надеемся, труды будут выходить ежегодно и, наряду с конференциями, станут традиционными для Центра, продолжив ранее издававшуюся серию сборников ежегодных «Сухаревских чтений».

Первый выпуск посвящен проблеме патоморфоза в детской психиатрии: трансформации подходов к организации психиатрической помощи детям и подросткам, изменению клинической картины хорошо известных психических расстройств и возникновению новых, эффективности и безопасности психофармакотерапии в детском возрасте и др.

В 2024 г. в Центре им. Г.Е. Сухаревой состоялись замечательные научно-практические конференции. Это VII Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Сухаревские чтения. Проблема патоморфоза в детской психиатрии», 27-28 июня, III Всероссийская научно-практическая конференция «Азбукинские слушания. Коррекционный педагог и дети с ментальными нарушениями. Семья в фокусе работы», 3-4 июня, научно-практическая конференция «Язык и речь в контексте психического здоровья», 14 ноября. По завершении конференций мы предложили авторам переоформить их доклады с учетом прошедших обсуждений в виде статей, которые вошли в этот сборник..

Благодарим всех коллег, принявших участие в конференциях и в создании первого тома Трудов Центра им. Г.Е. Сухаревой!

Желаем Вам дальнейших творческих успехов!

Статьи

Абрамова М.Ф. [1, 2], Абрамов К.В.[1]

Влияют ли методы медикаментозной и немедикаментозной терапии на восстановление нарушений развития (патогенез) речи у детей с ЗРР, ЗПРР, РАС, аутизмом? Значение УЗДГ для выбора терапии и реабилитации

1. ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва, Россия
2. ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ, Москва, Россия

Аннотация. Вопрос о сосудистом факторе при нарушении речевого развития является актуальным и имеются указания на необходимость проведения исследований.

Ультразвуковые методы (ТКДГ, ТКДС, УЗДС) являются в настоящее время основной диагностического алгоритма сосудистых заболеваний, позволяют определить особенности мозговой гемодинамики (артерий, вен и венозных синусов), оценить их с позиций «нормы» и регистрировать структурные и/или функциональные нарушения сосудистого характера (артериального, венозного) рекомендовать и контролировать обоснованную медикаментозную терапию – УЗДГ скрининговый, многократно повторяемый неинвазивный метод.

Ключевые слова: дети, гемодинамика, артериальные, венозные церебральные и экстрацеребральные нарушения, дисплазия соединительной ткани, ЗРР, ЗПРР, аутизм,

У детей различные причины (пренатальные, постнатальные) вызывают нарушения церебральной гемодинамики. Клинические проявления в артериальной системе – от головной боли до инсульта, в венозной системе – от головной боли, вегетативных нарушений (панические атаки) до развития энцефалопатии с когнитивными нарушениями, ухудшающие качество жизни пациента любого возраста. Истоки сосудистой патологии находятся в детстве.

Микроочаговая симптоматика (цереброваскулярная патология) проявляется в раннем детстве нарушениями речи, психоэмоционально и физическом состоянии, что приводит к ухудшению социальной адаптации как ребенка, так и его родителей.

Одной из основных причин цереброваскулярных нарушений у детей являются перинатальные травмы головного мозга, с признаками повышения внутричерепного давления (гипертензии), на что имеются указания в анамнезе (увеличение пульсации и размеров желудочков мозга по данным нейросонографии). При этом, отмечено, что различные цереброваскулярные расстройства развиваются не сразу, а через 5-10 лет.

По данным литературы у детей дошкольного возраста (в детских садах) отмечается до 40%, в школах - до 80% цереброваскулярных расстройств.

Основными жалобами родителей (у 57%) является нарушение речевого и психоречевого развития в возрасте от 1 года до 3 лет; от 3 до 7 лет – также синдром дефицита внимания; проявления расстройства аутистического спектра; головные боли, обмороки; носовые кровотечения жалобы с 2-3 лет (часто выявляются при активном расспросе родителей), офтальмологические проблемы, тики. У детей от 7 до 12 лет появляются жалобы на головокружения; от 12 до 18 лет- проблемы в шейно-грудном, поясничном отделах позвоночника.

Таким образом, среди жалоб речевые нарушения занимают более 50% - самый высокий

показатель в реестре заболеваний у детей, но проблемами речевого развития как правило занимаются логопеды дефектологи, это приводит к отсутствию контроля, недооценки или переоценки проявлений этой патологии и недостаточности реабилитационных мероприятий.

На какие обследования направляются дети с ЗРР, ЗПРР, СДВГ, РАС? А как часто проводят детям с речевыми нарушениями исследование сосудов головы и шеи методами ультразвуковой допплерографии (УЗДГ)?

Как правило, стандартными методами исследования являются ЭЭГ, М-ЭХО, МРТ.

УЗДГ неинвазивный метод позволяет выявить нарушения артериальной и венозной гемодинамики в основе которых в большинстве случаев определяется дисплазия соединительной ткани (ДСТ). Соединительная ткань (мезенхима) – единый «каркас» сердечно-сосудистой системы (сосудистой стенки, клапанного аппарата и т.д.).

Нарушение развития органов и тканей в эмбриональном и постнатальном периодах:

- изменения фибриллогенеза соединительной ткани (дефект или уменьшение содержания отдельных видов коллагена);
- снижение прочности;
- нарушение гомеостаза в тканях, органах.

Нарушение развития (патогенез) соединительной ткани – основа цереброваскулярных нарушений.

На базе научно-практического центра имени Г.Е. Сухаревой было проведено обследование 520 детей с различными речевыми нарушениями в возрасте от 3 до 7 лет. У 45% детей от 1 года до 3 лет зарегистрирована ЗРР, у детей от 3 до 5 лет 60,5%; ЗПРР- у 45% детей в возрасте 5-7 лет.

У обследованных при УЗДГ исследовании преобладали изменения кровотока в каротидном бассейне: у 84% пациентов снижение скоростных характеристик (ЛСК) по средним мозговым артериям и передним мозговым артериям преимущественно с левой стороны, снижение ЛСК по задним мозговым артериям (вертебрально-базилярный бассейн).

Также по этим артериям отмечалось снижение (менее 0,5). периферического сопротивления (индекс резистентности-RI) кровотока.

У 87% детей выявлено нарушение венозного оттока (увеличение скорости кровотока) по глубоким венам мозга (ультразвуковые признаки ВЧГ).

Значение сосудистых нарушений для речевых расстройств обусловлено расположением центров речевой функции:

моторный центр речи, зона Брока- воспроизведение звуков (слов, фраз) – (речевой праксис) – речедвигательная функция.

Сенсорный центр речи- зона Вернике – восприятие звуков речи (речевой гнозис) – акустико-гностический. Оба центра кровоснабжаются средней (преимущественно) и передней мозговыми артериями. Нарушения артериального притока и/или венозного оттока по внутренним яремным венам (ВЯВ) обуславливают нарушения функции черепно-мозговых нервов (иннервируют мышцы речевого аппарата) – периферического отдела речевого аппарата.

Большой процент выявляемых у детей изменений артериального и венозного кровотока в каротидной и вертебрально-базилярной системах подтверждает необходимость проведения УЗДГ для определения сосудистого маркера. По данным УЗДГ- рекомендуется патогенетически обоснованная медикаментозная терапия.

Возможности терапии церебральных нарушений. В течении 20 лет используя клинические и гемодинамические данные церебральной гемодинамики у детей разработаны схемы лечения для нормализации церебрального венозного оттока под контролем методов ультразвуковой диагностики.

Представлено, что схемы терапии должны быть обоснованы патогенетически, с учетом данных лучевой диагностики (допплер/дуплекс, МРТ), которые влияют на стратегию лечения.

Необходимо восстановление гемодинамических показателей (метаболических нарушений): скорости кровотока, тонуса сосудистой стенки, венозных (ликвородинамических) нарушений.

Терапия у детей, так же, как и диагностика, является предметом постоянных «дискуссий», не только из-за общей недостаточной информированности врачей, но и из-за отсутствия медикаментозных средств, назначаемых детям. У всех «необходимых»” в этих случаях препаратов есть возрастные ограничения, они назначаются (в связи с недостаточностью данных) детям от 12(18) лет.

Возможности терапии. Терапия препаратами разных групп имеет патогенетическое обоснование, позволяет избежать неудачи или кратковременность эффекта от «сосудистой» терапии назначенной вслепую, игнорирующей диагностические методы.

Для нормализации венозного оттока применяются:

Ацетазоламид (Дикарб) – в отличие от осмотических диуретиков «мягко» воздействует, подавляя активность карбоангидразы в сосудистых сплетениях желудочков головного мозга (отвечает за выработку ликвора). Это препарат диуретического ряда, но не относится к мочегонным. Венотоники (эсцин, дегидроэрготамин мезилат, дитамин, эскузан и др.) – уменьшают явление венозного застоя за счет сосудистой и тканевой проницаемости, нормализуют микроциркуляцию- препятствуя трофическим нарушениям.

Кортексин (курс: 5мг. в/м 10 дней) вызывает выраженный регресс симптомов. По данным НСГ: положительные структурные изменения в головном мозге (выраженный регресс отека мозга, перивентрикулярная гиперэхогенность). Исследование проведено у 119 детей в возрасте 1-12 мес. Достоверное снижение частоты синдрома внутричерепной гипертензии (СВЧГ) у детей 8-12 месяцев с 25,0% до нормы (у 93%). Доказана эффективность у 85% (уменьшение интенсивности и частоты головных болей и вегетативных нарушений (субъективные улучшения), что позволяет достичь регресса очаговой неврологической симптоматики у 68% детей.

Проведено исследование динамики когнитивных нарушений при дозировке кортексина.

Эффективность по всем показателям – тест Векслера (интеллект), тест 5 слов (память), тест рисование часов (пространственное представление). Превосходит результаты стандартной схемы в 2-4 раза.

Гемодинамические нарушения в каротидной и вертебрально--базилярной системах приводят к поражению нервной системы: снижение иммунной защиты мозга, биохимические нарушения, к преждевременной гибели

глиальных клеток и нейронов мозга апоптозу. Для восстанавления гемодинамики применяют препараты: мексидол, нейромексол, вазобрал, сермион (увеличивают количество функционирующих капилляров, улучшают кровообращение и процессы метаболизма в головном мозге, повышают устойчивость тканей мозга к гипоксии).

Обязательным в комплексном лечении является метаболическая терапия препаратами с ноотропным действием (кортексин, фенибут, пантогам, цераксон, семакс, цитофлавин, когитум и др.). Процессы апоптоза могут прервать препараты с ноотропным действием: полипептиды коры головного мозга (ГМ); регуляторные пептиды; препараты различных лекарственных групп, восстанавливающие умственную и физическую работоспособность.

Кортексин стимулирует выработку АТФ в митохондриях, восстанавливает баланс нейромедиаторов- стимуляция роста нейронов- процессы нейрорепарации, нейропластичности- восстановление межнейрональных взаимодействий- улучшение на ЭЭГ.

Регуляторные пептиды (семакс, 0,1%, 1%- гуморально-метаболическое влияние). влияют на обмен веществ в тканях естественных медиаторов нервной и гуморальной регуляции ЦНС, при этом поддерживают динамический гомеостаз в нервной ткани в норме и восстановление при патологии, улучшают показатели вегетативной регуляции (действие на парасимпатический отдел вегетативной нервной системы).

Эффект достигается в виде каскадного взаимодействия- клетка под воздействием пептида воздействует на следующую клетку и т.д. (высокая эффективность в малых дозах; отсутствие нежелательных побочных эффектов; сочетаемость с любой терапией).

Проведено исследование у 70 детей 4-5 лет, они были разделены на группы.

1 группа – 22 пациента получали стандартное лечение.

2 группа – 24 пациента получали стандартное лечение + Диакарб 0,25мг (по схеме).

3 группа – 24 группа получали стандартное лечение + Диакарб 0,25мг (по схеме) + кортексин 5мг, в/м 10 дней.

У пациентов 2 группы положительная динамика наблюдалась к 30 дню. У пациентов 3 группы положительная динамика с 14 дня.

У 34% детей улучшалось понимание речи, поведение (изменение или в минимальных проявлениях «полевое поведение»). После 1-го курса стали более внимательными, старались слушать и повторять за логопедом задания, практически отсутствовали астенические состояния, улучшилось качество сна.

Улучшение сна у 36% детей за счет улучшения баланса метаболизма основных нейромедиаторов: возбуждающих и тормозных аминокислот, дофамина, серотонина и ГАМК.

Таким образом, для скрининга и диагностического алгоритма необходимо проводить ультразвуковые исследования брахиоцефальных сосудов у детей с ЗРР, ЗПРР, аутизмом для выявления гемодинамических (церебральных и экстрацеребральных артериальных и венозных) нарушений.

Нами разработаны показания к проведению ультразвуковых исследований (транскраниальной доплерографии, дуплексного сканирования) брахиоцефальных сосудов у детей (Абрамова М.Ф.2004-208гг):

Вывод: ранняя диагностика сосудистых нарушений пациентов детского возраста методами УЗДГ позволяет выбрать патогенетически обоснованную терапию и немедикаментозные методы.

Алиева Л.М., Орехова П.В.

Инновационный тренинг для пациентов с шизофренией «Фотовзгляд на себя и на мир»

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва

Аннотация. В статье рассматривается проблема самостигматизации пациентов с расстройствами шизофренического спектра с длительным течением заболевания, а также тренинг по ее преодолению, основанный на фототерапии. Представлены его методологическая основа, цели и задачи, а также содержание тематических занятий, входящих в тренинг.

Ключевые слова: самостигматизация, шизофрения, фототерапия, психосоциальное функционирование.

Введение. Стигматизация и самостигматизация остаются одной из актуальных проблем современной психиатрии, влияющей на лечение и социальное функционирование пациентов. Самостигматизация проявляется в негативных психологических реакциях пациента на заболевание и статус психически больного, трудностях самопринятия и наличии проблем, связанных с межличностными взаимоотношениями и ограничениями в профессиональной деятельности (Михайлова И.И., Ястребов В.С., Ениколопов С.Н., 2002). Данная проблема актуальна для пациентов разных возрастных групп, в том числе подростков и юношеского возраста. В настоящее время в отечественной психиатрии отмечается недостаточность программ по дестигматизации, предназначенных непосредственно для пациентов с расстройствами шизофренического спектра, что обусловливает актуальность их разработки (Солохина Т.А., Ошевский Д.С., Алиева Л.М., Завьялова Е.В., 2023).

Цель исследования — оценка уровня самостигматизации пациентов с расстройствами шизофренического спектра,

разработка и внедрение дестигматизационного тренинга «Фотовзгляд на себя и на мир», оценка его эффективности.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 30 пациентов с диагнозами F20, F23, F25 по МКБ-10. Для оценки клинического состояния применялся клинико-психопатологический метод, а также использовалась шкала PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale; Kay S.R., Opler L.A., 1987). Для оценки выраженности самостигматизации и определения ее компонентов использовался «Опросник для оценки феномена самостигматизации психически больных» (Михайлова И.И., 2004), позволяющий определить выраженность самостигматизации в целом и по 9 шкалам опросника, а также выделить ее формы (Ястребов В.С., Михайлова И.И., Ениколопов С.Н. и соавт., 2005).

Результаты и обсуждение. *Социально-демографические и клинические характеристики участников тренинга.* В исследовании участвовали пациенты проходящие, длительную комплексную психосоциальную реабилитацию в РБОО «Семья и психическое здоровье». Средний возраст пациентов 42,21±10,36 лет, длительность заболевания 13,5±3,2 года, длительность участия в долгосрочной комплексной программе психосоциальной реабилитации 8,7±2,5 лет. *Комплексная долгосрочная программа включает: музыкальную терапию, танцевально-двигательную терапию, театральную студию, когнитивно-поведенческую терапию и арт-терапию.*

По шкале PANSS среди психопатологических симптомов наблюдались нарушение внимания (G-11), сниженная критичность к своему состоянию (G-12), существенная дефицитарность волевой регуляции (G-13), а также снижение контроля над возникающими побуждениями (G-14). Среди негативных симптомов были выявлены: малоконтактность (N-3), снижение абстрактного мышления (N-5), обедненность эмоций и речи (N-6), стереотипность мыслительной деятельности (N-7).

Установлено, что общий балл самостигматизации составил 1,20±0,57, что соответствует среднему уровню. Однако выраженность самостигматизации по ряду шкал была выше

среднего уровня. Так, например, по шкалам: «Переоценка внутренней активности», «Переоценка самореализации», «Готовность к дистанцированию от психически больных в социальной сфере» средние баллы составили: 1,48±0,78; 1,44±0,72; 1,61±0,67.

Поскольку опросник самостигматизации предоставляет возможность определения форм самостигматизации, наиболее высокие показатели были выявлены по аутопсихической форме (1,55±0,68), проявляющейся в изменении личной идентичности больного, идеализации доболезненного периода и снижении требований к себе. Таким образом, изменение собственной идентичности с формированием ограничительного поведения, приводило к получению вторичной выгоды от психического расстройства, избавляло от необходимости проявлять адекватную активность.

Полученные результаты послужили основой для выделения мишеней для преодоления самостигматизации, среди которых непринятие болезни, снижение социальной активности, нарушение идентичности, нарушение межличностного взаимодействия.

Организационно-методические подходы к разработке дестигматизационного тренинга. Сотрудниками отдела организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ была разработана и апробирована комплексная дестигматизационная программа, основанная на интегративном подходе. Эта технология включает психообразование пациентов и тренинг «*Фотовзгляд на себя и на мир»* (Солохина Т.А., Ошевский Д.С., Алиева Л.М., Завьялова Е.В., 2023). Адаптированный нами для Российской популяции тренинг *«Фотовзгляд на себя и на мир»* основан на подходе Z. Russinova et al. «Anti-stigma fotovoice Intervention» (Russinova Z, Rogers ES, Gagne C, Bloch P., 2014), показавшим в зарубежных исследованиях эффективность по предотвращению самостигматизации (Tippin G.K., Maranzan K.A. 2019). Особенность тренинга «Anti-stigma fotovoice Intervention» состоит в возможности осмысления личного опыта пациентов с психическим заболеванием с помощью фотографий и рассказов участников.

Основными задачами адаптированного нами тренинга «Фотовзгляд на себя и на мир» является формирование адекватного отношения к болезни; принятие своих ограничений, возникающих в связи с заболеванием; снижение риска самоизоляции, расширение адекватных поведенческих стратегий, укрепление ресурсных сторон личности.

В тренинге задействованы разные уровни психологической работы с участниками группы: информационный, когнитивный, эмоциональный, поведенческий. Технология тренинга включает два психообразовательных и шесть тренинговых занятий, на которых обсуждаются собственные фотографии участников в контексте заданной ведущими темой. Фотографии рассматриваются не только как визуальное содержание, в них отражаются мысли, чувства, переживания, смыслы и потребности авторов.

Психообразовательные занятия направлены на помощь пациентам в понимании и принятии болезни, осознании необходимости лечения и приверженности здоровому образу жизни. При психообразовании пациентам предоставляется структурированная информация о болезни и ее лечении, а также делается акцент на опровержении стереотипов и мифов относительно психически больных.

Групповая работа проводятся 1 раз в неделю в закрытой группе. Продолжительность каждого занятия составляет 90 минут. Количество участников в группе от 8 до 15 человек. Каждая сессия имеет тематическую направленность и завершенность.

К обсуждению рекомендованы следующие темы: «Моя повседневная жизнь», «Здоровье и болезнь», «Я и другие», «Принятие помощи и оказание помощи», «Мои достижения и мои возможности», «Следующая глава моей жизни». Каждая тема направлена на выявление следующих эмоциональных потребностей**:** в признании, безопасности, самоуважении, поддержке и понимании, автономии.

Рассмотрим ряд примеров фотографий, представленных участниками, и результаты обсуждения по каждому из тематических занятий.

Занятие № 1. «Моя повседневная жизнь». Цель занятия состоит в выявлении проблем, связанных со стигматизацией, и формирование позитивного восприятия повседневной жизни и микросоциума.

На фото 1, представленном участницей **А.,** сфотографирован бизнес-центр как отражение ее внешней жизни и храм как отражение внутреннего мира. Как отмечала участница, ее внутренняя духовная жизнь дает ей силы и терпение преодолевать жизненные трудности, к которым относятся: трудоустройство и коммуникация. При обсуждении фото 2 участник **Н**., рассказал, что повседневная активность – это забота о ближних (в данном случае забота попугаях), занятия спортом, позволяет ему не думать о болезни.

В процессе совместного обсуждения с помощью ведущих участники тренинга пришли к пониманию, что самопознание и освоение новых социальных навыков помогает чувствовать себя более здоровыми и счастливыми.

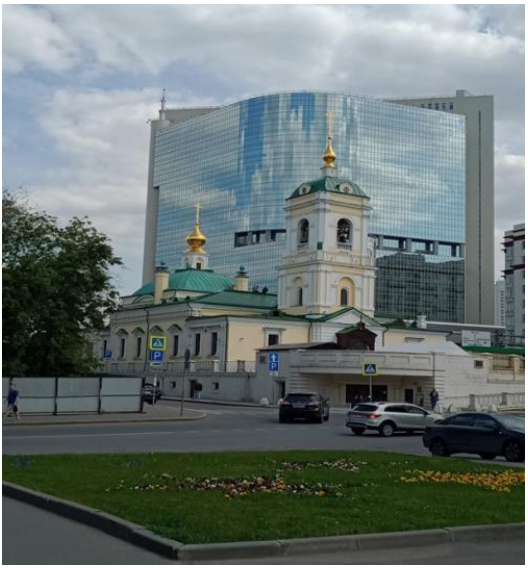


Фото 1

Фото 2

Занятие № 2. «Здоровье и болезнь».

Цель занятия исследование отношения к болезни и формирование адекватного отношения к ней. Для участника **Г.**, фотография стула с тремя ножками является метафорой, отражающей его восприятие себя после заболевания, в то время, как для участника **И.**, понятие здоровья и болезни связаны с «дорогой как символом жизненного пути». При описании своей фотографии участник отмечает, что прямая дорога, символизирует состояние здоровья и реализацию поставленных целей. В связи с болезнью, продвижение по этой прямой дороге пока ему недоступно в полной мере.

В процессе группового обсуждения участники предлагали различные способы восстановления утраченной «ножки стула». С помощь ведущих, группа пришла к совместному пониманию, что при любой болезни (соматической или психической) важную роль играет занятие активной позиции в отношении собственной жизни. Обсуждая метафору «дороги» как жизненного пути, участники пришли к пониманию, что даже,

если на дороге встречаются препятствия, их можно воспринимать как задачи для личностного роста и развития.

Фото 3

Фото 4

Занятие № 3. «Я и другие».

Цель занятия состояла в выявление элементов самостигматизации в процессе коммуникации. Обе фотографии отражают одиночество, социальную изоляцию и оторванность от окружающего мира и других. Автор первой фотографии отметила, что она сама для себя является самым близким человеком: «Вокруг нет никого и опираться я могу только на себя». Автор второй фотографии комментирует: «Я – это такси, которое возит людей и делает то, что нужно. Здесь нет близкого общения с другими, того, что нас могло бы объединить. Людей вокруг много, но я чувствую, что я одна». В процессе группового обсуждения многие участники согласились, что в процессе коммуникации они часто испытывают предвзятое к себе отношение окружающих людей, ощущая свою инаковость, а иногда и отвержение. Однако некоторые участники отметили, что очень важно сохранять доброжелательное отношение к другим и не замыкаться на себе.

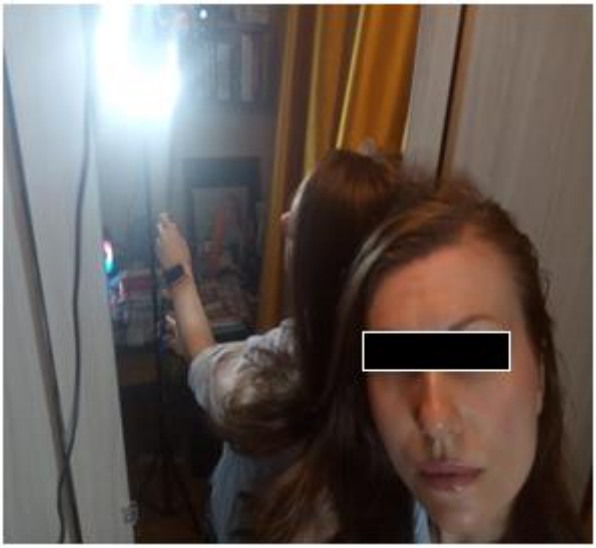


Фото 5

Фото 6

Занятие № 4. «Принятие помощи и оказание помощи». Цель: развитие навыков принятия помощи и оказания помощи другим, снижение риска самоизоляции.

Тема была сложной для участников как в отображении на фотографиях, так и в обсуждении. Описание фотографии 7 представленной участницей **В**.: «На фотографии я общаюсь со своим родственником. У нас очень добрые отношения. Для меня важно, что в моем окружении есть люди, с которыми есть взаимопонимание. В моей жизни очень мало таких людей». Комментарий к фотографии 8 представленной участницей **К**.: «На фотографии я и моя коллега, мы около озера, набираем воду. Этот момент передает чувство общности, взаимной поддержки. Однако часто бывает сложно попросить о помощи или принять помощь, это вызывает чувство стыда, а иногда просто не знаешь, как попросить».

При обсуждении большинство участников заявляло, что им сложно просить о помощи или принимать ее. Есть страх, быть не понятым или не получить ожидаемую помощь. Совместно с ведущими участники пришли к пониманию, что обращаться за помощью и умение найти тех, кто может ее оказать, – это важный навык в жизни.

Фото 7

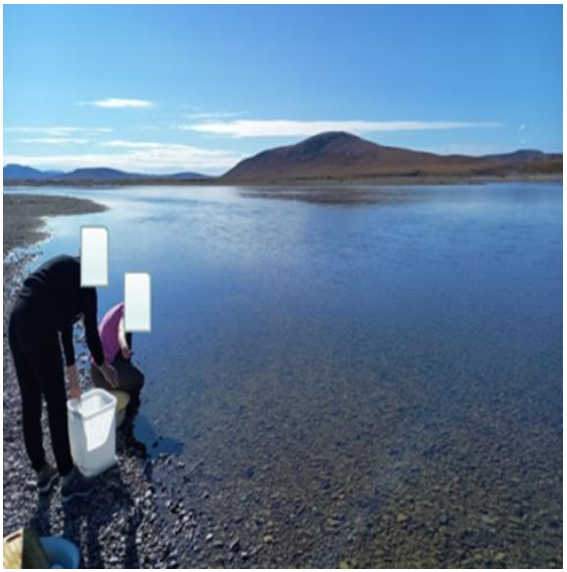


Фото 8

Занятие №5. «Мои возможности и ограничения». Цель занятия состоит в принятие ограничений, возникающих в связи с заболеванием, развитие умения ставить цели, достигать их, повышение мотивации. Представленная интерпретация участника **В.**, к фотографии 9: «Мне нравилось писать стихи до болезни. Болезнь меня поменяла, и это хобби перестало быть важным».

Автор второй фотографии отмечает: «До болезни я преподавала французский язык в школе, работала семь лет. В связи болезнью вынуждена была прекратить работу. Есть планы восполнить свои знания и вернуться к любимой деятельности, но есть и страх что это не получится».

При обсуждении участники говорили, что в связи с болезнью некоторые навыки были утрачены, в связи с чем, есть чувство неуверенности и страха. Однако, некоторые участники отметили, что не теряют интереса к жизни и ищут новые возможности для самореализации. В обсуждении отмечалось, что цели могут быть небольшими, но важно стремиться к их реализации.

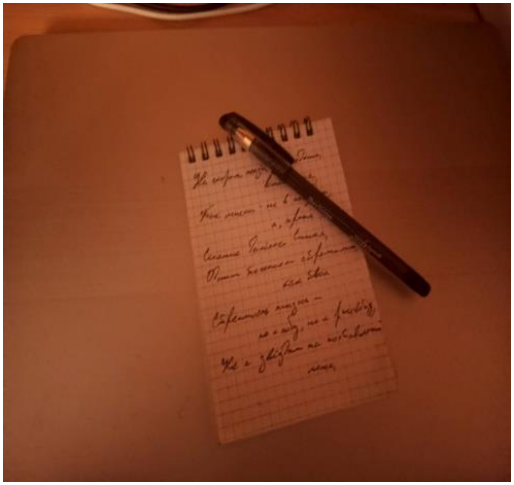


Фото 9

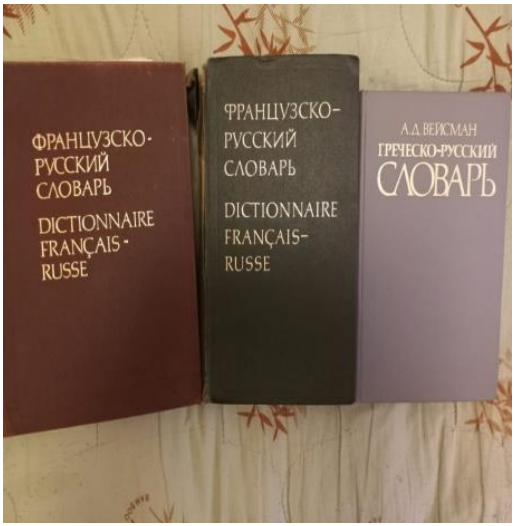


Фото 10

Занятие 6. «Следующая глава моей жизни». Цель: активизация внутренних ресурсов, повышение мотивации.

В процессе группового обсуждения отмечались противоречивые ожидания в отношении своего будущего, связанные с болезнью, но вместе с тем фотографии участников тренинга отображали элементы надежды. На фотографии 11 шлагбаум, который не перекрывает путь полностью и часть пути остается свободным. Фотография 12 отражает планы и надежды автора найти работу. Участник **Т.**, отмечает: «Работа даст мне большее чувство уверенности в себе, чувство гордости за себя и возможность зарабатывать деньги».

Ведущие совместно с участниками обсудили важность формирование навыков планирования ближайших целей. В рамках группового обсуждения участники делились своими планами на будущее, в том числе мнениями о том, как можно противостоять болезни, самостигматизации и стигматизации.

Фото 11

Фото12

Заключение. Разработанная технология, включающая психообразование пациентов и инновационный тренинг «*Фотовзгляд на себя и на мир»,* способствует улучшению социальной адаптации и повышению самооценки. Участие в тренинге дало возможность выйти за рамки собственных ограничений, посмотреть на себя и окружающий мир шире, начать говорит о себе и своих переживаниях.

Тренинг позволяет сформировать адекватное отношение к болезни, направлен на укрепление активной жизненной позиции, восстановление нарушенной идентичности и активизацию личностных ресурсов. В процессе занятий у пациентов уменьшились опасения, что в связи с имеющимся психическим расстройством у них утратится способность к позитивному восприятию окружающего мира, возможность испытывать дружеские чувства и поддерживать полноценные эмоциональные отношения в семье.

Разработанный тренинг показал свою перспективность и может стать частью общей комплексной дестигматизационной программой психосоциальной реабилитации для пациентов на разных этапах болезни и разных возрастных групп, в том числе для пациентов подросткового и юношеского возрастов.

Литература

1. Михайлова И.И., Ястребов В.С., Ениколопов С.Н. Клинико-психологические и социальные факторы, влияющие на стигматизацию психически больных разных нозологических групп // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2002. Т 102 (7). С. 58–65.

2. Солохина Т.А., Ошевский Д.С., Алиева Л.М., Завьялова Е.В. Инновационная технология на основе интегративного подхода для предотвращения самостигматизации у пациентов с тяжелыми психическими расстройствами // Развитие современного инклюзивного культурного пространства: генезис, проблемы, стратегические ориентиры и реабилитацинный потенциал: материалы Международной научно-практической конференции. Липецк: ЛГПУ имени П.П. Семенова-Тян-Шанского. 2023. С. 70–81.

3. Михайлова И.И. Самостигматизация психически больных: описание и типология // Психиатрия. 2004. Т. 2 (8). С. 23–30.

4. Ястребов В.С., Ениколопов С.Н., Михайлова И.И. Самостигматизация больных при основных психических

заболеваниях // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2005. Т. 105 (11). С. 50–54.

5. Russinova Z, Rogers ES, Gagne C, Bloch P, et al. A Randomized controlled trial of a peer-run antistigma photovoice intervention // Psychiatric Services. 2014. V. 65. №2. Pp. 242-246. [doi: 10.1176/appi.ps.201200572]

6. Tippin G.K., Maranzan K.A. Efficacy of a Photovoice based video as an online mental illness antistigma intervention and the role of empathy in audience response: A randomized controlled trial // Journal of Applied Social Psychology. 2019. V. 49, № 6. Pp. 381–394. [doi: 10.1111/jasp.12590].

Авакян Т.В.

Можно ли рассматривать учебный стресс как один из основных факторов риска суицидального поведения у подростков?

ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва, Россия
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

Аннотация. В условиях растущего числа суицидальных попыток среди подростков, исследование факторов, связанных с суицидальным поведением, обретает особую значимость. Целью пилотажного исследования является изучение учебного стресса как фактора, усиливающего эмоциональную дезадаптацию. Исследование проводилось на базе больницы с участием 38 подростков (28 девочек, 10 мальчиков) в возрасте от 13 до 17 лет. Сопоставимую по возрасту группу сравнения (23 чел.) составили подростки неклинической выборки. Использовались различные методики, направленные на оценку школьной ситуации, семейной коммуникации, выраженности перфекционизма и социальной тревожности. Большинство подростков связывает увеличение учебного стресса с высокой нагрузкой, катастрофизацией со стороны учителей, повышенными требованиями со стороны родителей, и в целом оценивают свою учебную ситуацию как недостаточно благоприятную. Наименее удовлетворены учебной ситуацией подростки с выраженным уровнем перфекционизма, им также свойственна более выраженная социальная тревожность. Выраженность школьных проблем и семейных дисфункций выше у подростков с суицидальным поведением, по сравнению с подростками неклинической группы.

Учебный стресс и общее неблагополучие школьной ситуации характерны для подростков с суицидальным поведением. Учебные трудности связаны с перфекционизмом. Среди семейных дисфункций с учебным стрессом связаны высокий уровень критики и запрет на выражение чувств.

Ключевые слова: учебный стресс, школьные проблемы, суицидальное поведение, суицидальная попытка, перфекционизм.

В докладе представлены результаты пилотажного исследования, которое было проведено на базе ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» совместно с кафедрой клинической психологии и психотерапии ФГБОУ ВО МГППУ. Количество суицидальных попыток среди подростков увеличивается, растет число детей, поступивших в стационарные отделения больницы на фоне суицидального поведения. Суицидальное поведение – многофакторное явление, в фокусе данного исследования – учебный стресс. Актуальность роли учебного стресса в формировании суицидального поведения обусловлена тем, что именно учебная деятельность является для подростков основной, значительную часть времени подростки проводят в школе взаимодействуя с учителями и одноклассниками. Некоторые исследования показывают, что количество госпитализаций в связи с суицидальным поведением снижается во вне учебные месяцы, в каникулярное время. Учебный стресс связан с депрессивными с тревожными состояниями, ухудшает освоение учебного материала. В одном из недавних отечественных исследований, посвященных анализу завершенных суицидов среди подростков, отмечено, что в 37% случаев ведущей причиной являлись именно школьные проблемы (например, трудности со сдачей экзаменов, сниженная учебная мотивация).

В своей работе мы опирались на многофакторную модель расстройств аффективного спектра А.Б. Холмогоровой и Н.Г. Гаранян. Следуя этой модели, макросоциальный фактор связан с выраженной представленностью в современной культуре тренда быть успешным, стремиться к определенному социальному статусу, что усиливает конкурентные установки, в некоторой степени подкрепляя и нарциссические установки. В связи с этим учебная среда может восприниматься как более стрессовая, из-за того, что нужно показывать определенные результаты,

достижения. Семейный фактор – это, в первую очередь, дисфункциональные паттерны в семейной системе, нарушенная коммуникация между членами семьи, в том числе по поводу отношения к учебной деятельности. На интерперсональном уровне можно отметить трудности в установлении межличностных отношений (например, с одноклассниками и учителями), а на личностном – различные убеждения, черты, поведенческие стратегии, способствующие повышению стресса в учебной деятельности, например, перфекционизм. Мы использовали обширный методический комплекс, представленный на рисунке, а также данные полуструктурированного интервью с участниками, и представим сегодня некоторые результаты исследования.

Выборку составили 38 пациентов больницы, преимущественно, кризисного отделения. Возраст от 13 до 17 лет (28 девочек и 10 мальчиков). Подростки обучаются в различных классах (от 6 до 11, а также на первых курсах колледжей). Не меньше четверти обучаются в профильных классах или гимназиях, где предполагается большая учебная нагрузка, а по данным проведенных ранее исследований, уровень депрессивности и суицидальный риск выше среди обучающихся по усложненным учебным программам. Сведения об успеваемости собраны со слов самих подростков – большинство обучаются на 3-4, также в выборке есть учащиеся с академическими задолженностями, меньшая часть представлена подростками, обучающимися на отлично. Абсолютное большинство подростков (34 из 38 чел.) с опытом самоповреждающего поведения в анамнезе, в первую очередь в виде нанесения порезов. Половина обследованных (19 чел.) – подростки, совершившие суицидальную попытку (преимущественно путем самоотравления), 11 человек – с суицидальными мыслями, 8 человек – с активными суицидальными намерениями и/или суицидальным планом. Сравнение групп подростков с разным типом суицидального поведения (попыткой и мыслями/намерениями) на данном этапе не показало статистически значимых различий по исследуемым параметрам, что может быть связано как с недостаточным

объемом выборки, так и с тем, что выделенные факторы связаны с суицидальным поведением в целом, но непосредственно к суицидальному действию приводят переменные, которые не учитывались в нашем исследовании (например, ощущение безнадежности и др.).

В рамках полуструктурированного интервью мы спрашивали у подростков, какие ситуации приводят к увеличению учебного стресса. Большинство выделили высокую учебную нагрузку, в частности, большое количество проверочных и контрольных работ, подчеркивали, что часть этих работ носят внешний характер (т.е. уровня городских, а не внутришкольных), а также объем домашних заданий. На втором месте по частоте подростки отмечали катастрофизацию со стороны учителей. Комментарии «Вы не сдадите экзамены», «Ничего не делаете», «Позорите родителей», «Ничего не добьетесь» и др. подобные реплики со стороны учителей, по мнению подростков, носят дестабилизирующий характер, даже в том случае, когда они адресованы не лично, а транслируются всему классу. Значительно часто подростки озвучивали переживания и страх социальной оценки, связанный с публичным ответом у доски. Это связано как с одноклассниками («будут надо мной смеяться»), так и с учителями («не смогу хорошо ответить – учитель подумает, что я глупый»). Проблемы, связанные с буллингом, подростки из выборки называли реже. Чаще речь шла о вербальном буллинге (или о типе буллинга, который в зарубежной литературе называется «реляционный» – отражающий межличностные проблемы и связанный с распространением сплетен, исключением из социальной группы). Например, когда девочка-подросток сообщает, что на фоне конфликта подруга распространила слух, после чего, с девочкой перестали разговаривать несколько одноклассниц. Кроме того, подростки выделяли в качестве повышающего учебную тревогу фактора – отношение родителей к учебе, а именно, высокие ожидания со стороны родителей, повышенный уровень конфликтов из-за успеваемости.

Результаты оценки благополучия «Школьной ситуации» показали, что большинство подростков (34 чел.) оценивают

свою ситуацию в школе как неблагополучную. Они отмечают трудности, связанные не только с низкой успеваемостью, но и с отсутствием возможности самостоятельно справиться с проблемами по некоторым предметам, невозможностью (и/или неготовностью) обратиться за помощью к учителям или родителям. Позитивное отношение к учебе выражают немногие, это подростки, которые отмечают наличие любимых предметов и получают больше удовольствия от учебного процесса. Отношения с учителями позитивно оценивает почти половина (16 чел.) участников исследования, но 8 подростков оценивают свои отношения с учителями как неблагоприятные, конфликтные. Отношение родителей к учебе – шкала позволяет оценить, интересуются ли родители учебой, возникают ли на фоне учебы конфликты, жалуются ли родителям учителя. Практически половина подростков демонстрируют благополучие по данной шкале. Однако, в дальнейших исследованиях важно оценить – речь идет о включенности родителей в учебный процесс (готовности помочь и др.) или о так называемой «сверхвключенности», что в том числе может выражаться в повышении требований и давления со стороны родителей, о котором упоминают подростки в интервью. Обращают на себя внимание результаты по шкале взаимоотношений с одноклассниками. Большинство подростков плохо интегрированы в школьный коллектив и внутриклассный досуг, совместные мероприятия, у них мало друзей в классе, что свидетельствует о социальной изоляции, переживании одиночества. Нередко в беседе можно было услышать признания подростков о том, что в отделении больницы они нашли друзей или встретили сверстников, которые их понимают. При сравнении между собой подростков, которые часто пропускают школу без уважительной причины с теми, кто прогуливает редко, было выявлено, что подростки из первой группы (те, кто прогуливают) имеют более выраженные негативные установки по отношению к школе, склонны к отрицанию ценности учебы как таковой (так называемая «Негативная учебная позиция»), имеют более неблагоприятные отношения с учителями, еще менее интегрированы в класс и

внеучебную жизнь, а внутри семьи отмечается такой коммуникативный паттерн как фиксация на негативных переживаниях. Подростки из второй группы, посещающие школу регулярно, больше склонны относиться к учебе объектно – «учусь, потому что надо», «надо ходить в школу, поэтому я хожу» («Объектная учебная позиция»), в их семьях сильнее выражено стремление к демонстрации внешнего благополучия (то есть тенденции не озвучивать свои проблемы, сохранять фасад благополучия). На следующем этапе мы сравнили показатели благополучия школьной ситуации госпитализированных подростков с подростками без опыта госпитализации. Это 23 учащихся 7–11 классов общеобразовательной школы в возрасте от 13 до 17 лет (14 девочек и 9 мальчиков). Результаты показали, что подростки без опыта госпитализации испытывают меньше трудностей в учебном процессе, более благополучную ситуацию относительно отношения родителей к учебе, а также более благоприятные межличностные отношения как с учителями, так и с одноклассниками.

В качестве одного из факторов риска суицидального поведения многими авторами рассматривается такая личностная черта как перфекционизм. Ряд авторов отмечают, что наиболее деструктивную роль оказывает так называемый социально-предписываемый перфекционизм – стремление достигать высоких результатов, чтобы соответствовать ожиданиям других людей, в отличие от я-адресованного, где высокие стандарты ставит перед собой сам человек. Наше исследование показало, что в выборке преобладают подростки (24 чел.) с выраженным перфекционизмом. При этом проявления данной черты наблюдались и в процессе интервью. Так, одна из участниц 14-ти лет, госпитализированная после попытки отравления, высказала переживание о том, что «каждая четверка отдаляет от университета» (и именно получение четверки стало так называемой «последней каплей», усиленной мыслью, что из-за четверки возникнет конфликт с мамой, на фоне чего было принято импульсивное решение о самоотравлении). В другом примере мы также видим проявление перфекционистских

установок, но в ином семейном контексте. Девочка с активными суицидальными мыслями, субъективно связываемыми со школьными трудностями, получила двойку и подумала о том, что лучше умереть. Напугавшись собственной мысли, она позвонила маме, поделилась этим и попросила о помощи со стороны специалистов. Сравнивая между собой группы подростков с перфекционизмом (24 чел.) и без (14 чел.) мы обнаружили статистически достоверную разницу по нескольким переменным. У подростков с перфекционизмом ниже общий показатель благополучия школьной ситуации и больше проблем, связанных с отношением родителей к учебе, сильнее выражена социальная тревожность (страх получения негативной оценки), более выражена стратегия избегание проблем, выше общий показатель семейных дисфункций, в частности показателя «внешнее благополучие» (стремление не демонстрировать свои проблемы и трудности окружающим). Перфекционистский когнитивный стиль – негативное селектирование – связан с увеличением трудностей в учебе. То есть постоянная фиксация на своих неудачах, ошибках, фокусировка на том, что учиться не получается, связаны с нарастанием школьных проблем. Если же рассматривать связь между видами перфекционизма и типами отношения к учебной деятельности («Учебная позиция»), то обнаруживается следующее. Негативная позиция или отрицание учебной деятельности, о которой упоминалось выше, связана с перфекционистским когнитивным стилем, склонностью к фиксации на неудачах и трудностях. Объектная позиция – обучение без придания этой деятельности собственного смысла, а подчинение внешним требованиям, связана с социально-предписываемым перфекционизмом (шкала «Озабоченность оценками со стороны других»). А субъектная позиция – как осознанное и активное отношение к учебной деятельности – связано с я-адресованным перфекционизмом (шкала «Высокие стандарты»). Результаты частично подтверждают позицию ряда авторов, о более негативном влиянии социально-предписываемого перфекционизма, в случае если рассматривать сформированную субъектную позицию как фактор, снижающий

риск суицидального поведения. С другой стороны, эти данные требуют дальнейшей проверки и не до конца убедительны, в связи с тем, что все подростки, участвовавшие в исследовании, это подростки с суицидальным поведением. Вероятно, в данном случае постановка себе высоких стандартов носит дезадаптивный характер, в случае несоответствия им, даже при условии искренней заинтересованности в учебе (наличие субъектной позиции), может усиливаться ощущение неуспеха.

Отдельное внимание хотелось бы уделить исследованию семейного фактора. При сравнении клинической группы с группой подростков без опыта госпитализации были получены статистически значимые различия по выраженности семейных дисфункций. В клинической группе их больше, в частности, в семьях подростков с суицидальным поведением отмечается более высокий уровень критики, запрета на выражение негативных чувств, индуцирование тревоги и более выраженный уровень свервключенности родителей в жизнь подростка. Кроме этого, были получены значимые связи между семейными дисфункциями и показателями школьной ситуации. Так, увеличение критики связано с более низкими показателями школьного благополучия, и более выраженными проблемами, связанными с отношением родителей к учебе (больше конфликтов на тему учебы, больше жалоб со стороны учителей), а запрет на выражение чувств связан со склонностью к избеганию проблем, более низкой выраженностью такой стратегии как поиск социальной поддержки, более выраженной негативной позицией к учебной деятельности. Эти показатели объяснимы – чем меньше подросток привык выражать свои чувства, эмоции, обращаться к ним, тем меньше он склонен делиться своими переживаниями с другими людьми, следовательно, искать в них опору. Кроме того, получена обратная связь – чем выше запрет на выражение чувств, тем меньше выражена субъектная позиция.

Были представлены некоторые результаты пилотажного исследования учебного стресса как фактора суицидального поведения. Можно сделать несколько предварительных выводов:

У подростков с суицидальным поведением школьная ситуация характеризуется большим количеством трудностей, по сравнению с подростками без опыта госпитализации. Подростки с суицидальным поведением отмечают ряд стрессоров, которые усиливают выраженность учебного стресса: высокая учебная нагрузка, катастрофизация со стороны учителей, конфликты относительно учебы и завышенные ожидания со стороны родителей, социальная тревожность (в частности, в форме страха публичных выступлений, например, при ответе у доски), межличностные проблемы (с одноклассниками).

Учебные трудности связаны с перфекционизмом. Подростки с более выраженным показателем перфекционизма обладают более высоким уровнем социальной тревоги, менее удовлетворены своей школьной ситуацией, в их семьях отмечается больше дисфункциональных паттернов. На данном этапе исследования результаты не позволяют сделать однозначные выводы о более деструктивной роли социально-предписываемого или я-адресованного перфекционизма.

Высокий уровень семейных дисфункций, в частности высокий уровень критики и запрет на выражение чувств, связаны со школьным неблагополучием.

Басова А.Я.

Суицидальное поведение детей и подростков: постоянство или патоморфоз

ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва, Россия
ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава РФ, Москва, Россия

Аннотация. С целью изучения патоморфоза суицидального поведения у детей и подростков были проанализированы материалы ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» с 2015 г. Установлено, что современный патоморфоз суицидального поведения у детей и подростков проявляется в виде увеличения объема поступления подростков с тяжелыми формами суицидального поведения на фоне депрессивного синдрома в психиатрический стационар, возникновении суицидального поведения в более молодом возрасте, постепенном утяжелении СП у девочек с нивелированием полового деморфизма в отношении СП, увеличением количества подростков с НССП, высоким удельным весом психосоциальных (семейных и школьных) факторов в развитии СП.

Ключевые слова: суицидальное поведение, суицид, несуицидальное самоповреждающее поведение, дети и подростки, детская психиатрия.

Самоубийство было и остается одной из глобальных и, к сожалению, пока неразрешимых проблем нашего общества. По оценке ВОЗ, ежегодно во всем мире более 700 000 человек совершают суицид [1], или почти 10 человек на 100 000 населения [2]. Самоубийство является 17-й основной причиной смерти на протяжении всей жизни и, вот уже много лет, занимает четвертое место среди причин смерти среди людей в возрасте 15-29 лет [1], суицид составляет 4,2% от общей детской смертности [3].

Общемировая обеспокоенность высоким уровнем самоубийств и их ростом в ранее благополучных странах привела к выделению в DSMV суицидального поведения в отдельную рубрику в разделе состояния, требующие дальнейшего изучения (см. рис. 1).

Суицидальное расстройство поведения (suicidal behavior disorder, DSM-5)

A	**Попытка самоубийства в последние 24 месяца.** **Примечание: Попытка самоубийства – самостоятельно инициированная человеком последовательность действий, которая по его мнению на момент осуществления этих действий, должна привести к его смерти.**
B	Совершаемые действия не отвечают критериям несуицидального самоповреждающего поведения. Таким образом, они не включают повреждение поверхности тела, наносимые человеком с целью облегчить негативное эмоциональное или когнитивное состояние, а также повысить настроение.
C	Не включаются суицидальные мысли или действия, направленные на подготовку к самоубийству
D	Не включаются действия, совершенные в спутанном или помраченном состоянии сознания
E	Не включаются действия, совершенные исключительно в политических или религиозных целях
Текущее: не более 12 месяцев с последней суицидальной попытки. Становление ремиссии: 12-24 месяцев с последней попытки.	

13

Рисунок 1. Суицидальное поведение в DSMV

Согласно данным мировой статистики, Россия проделала большой путь по улучшению ситуации и за 19 лет, с 2000 по 2019 гг. уровень подростковых самоубийств снизился на 60%, с 34,7 на 13,8 на 100 000 населения [4, 5], это подтверждается и данными Росстата, полученными из официальных источников, согласно которым в 2021 г. уровень самоубийств среди подростков 15-19 лет составил 12,2, а в более младшей возрастной группе – 2,8 100 000 населения [6].

Однако, мы понимаем, что официальная статистика учитывает далеко не все случаи суицида, поскольку смерть квалифицируется как самоубийство лишь после окончания

следственных действий, во время которых исключаются все другие причины смерти: криминальные, несчастные случаи и т.п. Нередко, особенно если отсутствует предсмертная записка или записи с камер наблюдения, достоверно определить причину смерти нелегко. Так, в случае гибели ребенка на транспорте очень трудно отличить несчастный случай от самоубийства. С другой стороны, мы понимаем, что родственники погибшего будут настаивать на любой причине гибели ребенка, кроме самоубийства. Согласно достаточно давнему, но вполне актуальному исследованию приблизительно каждый шестой суицид у юношей и каждый четвертый у девушек остаются неучтенными [6].

Очевидно, что самоубийство представляет собой наиболее заметную, видимую часть, достаточно длительного, в большинстве случаев, процесса суицидогенеза, большая часть которого остается вне поля зрения специалистов (см. рис.2) [7].

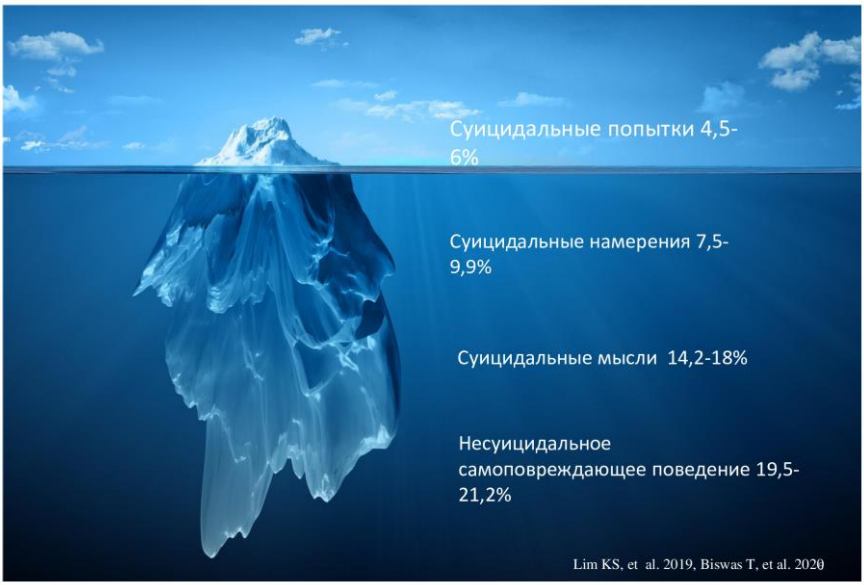


Рисунок 2. «Айсберг» суицидального поведения

Если анализировать суицидальное поведение, ту самую, малозаметную, но крайне важную часть айсберга, начиная с 2015 г, то можно заметить ряд интересных фактов. 2015 год выбран в качестве точки отсчета не случайно. Именно с этого времени все подростки до 17 лет начали поступать в Центр им. Г.Е. Сухаревой, соответственно мы можем достоверно отследить изменения именно с этого периода.

С 2015 г. мы видим, что удельный вес в структуре госпитализации подростков с суицидальным поведением (СП) постоянно растет с 9,5% до 34,9% в 2023, причем если в 2015 г. подростки с суицидальными попытками составляли 24% от всех поступивших подростков с суицидальным поведением, то в 2023 г. суицидальные попытки совершили уже 38,5% таких пациентов. Наиболее вероятно, что такой высокий удельный вес детей с тяжелыми формами СП обусловлен повышением качества диагностики, когда рост квалификации специалистов позволил разграничивать формы суицидального поведения требующие госпитализации в психиатрический стационар от менее опасных, при которых помощь может быть оказана в амбулаторных условиях.

Традиционно в суицидологии распределение пациентов по полу составляло 1:4 в пользу женщин (девочек) в случае суицидального поведения и наоборот, в пользу мужчин (мальчиков) в случае завершенных суицидов. Однако, в последние годы количество девочек с СП растет значительно быстрее, чем мальчиков. Девочки все чаще прибегают к тяжелым, «мужским» способам суицидальных попыток: падению с высоты, транспортным, повешению. С другой стороны, мальчики все чаще используют традиционно «женский» способ – отравление, в том числе лекарственными препаратами. Согласно литературным данным, для завершенных суицидов последние годы также характерно сглаживание полового деморфизма, более быстрый рост самоубийств среди женщин, которые в ряде стран уже обогнали мужчин [3, 7-9].

Анализируя распределение госпитализированных пациентов с СП по возрасту, мы видим, что за описываемый

период подростки в возрасте 14-17 лет составляли порядка 70-77% от всех детей с СП, 11-13 лет 23-21%, у детей, младше 11 лет СП встречается значительно реже. Кажется, что возрастной состав таких подростков относительно стабилен. Однако это лишь иллюзия. Подобная стабильность обусловлена ростом удельного веса в структуре госпитализированных детей с СП более тяжелых, «зрелых» форм суицидального поведения (попыток). В целом, анализируя данные медицинской документации и собирая анамнез, мы видим, что возраст начала суицидального поведения постоянно понижается. Если в 2010-1015 гг, по данным литературных источников [10], он составлял около 13-14 лет, то в 2023 г снизился до 11-12 лет и, тенденция к «омоложению» СП продолжает сохраняться.

С 2015 по 2023 гг. изменилась нозологическая структура пациентов с СП. Так, в 2015 г. у пациентов с СП превалировали диагнозы F 92.8 «Расстройства эмоций и поведения с началом в детском возрасте» - 35,5%, остальные пациенты были представлены по большей части детьми с резидуально-органической патологией (F06-07) – 16,9%, эндогенными заболеваниями (F20-25) – 15,9% и, наконец, аффективными расстройствами (F30-39) - 11,2%, также наблюдалось значимое число детей с установленными психогенными расстройствами (F40-48) – 10,3%. К 2023 г. диагнозы из группы экзогенно-органического поражения головного мозга и психогенные расстройства почти исчезли, составляя для группы F06-07 – 3,1%, а для F40-49 – 1,6%. Одновременно с этим значимо возросла доля диагнозов из группы аффективных нарушений – 34,3%, расстройств шизофренического спектра – 26,4%, а доля детей с диагнозом F92.8 снизилась до 27,2%. Насколько данная динамика отражает реальный рост распространенности депрессии и расстройств шизофренического спектра у подростков – вопрос дискутабельный и требующий дальнейшего углубленного изучения. Тем не менее, невозможно отрицать увеличение в структуре госпитализации за последнее время количества детей с депрессивным синдромом в рамках различных нозологий.

Достаточно интересным представляется вопрос преобладающих способов совершения суицидальных попыток. За последние годы здесь произошли значительные изменения. Так, в 2023 г. самым распространенным способом суицидальной попытки у подростков становятся отравления - 71,5%, которые еще в 2019 г. составляли лишь 26,1%. Наиболее распространенный в 2019 г. способ – вскрытие вен (56,6%), в 2023 г. составляет лишь 19,9% (возможно частично сместившись в группу несуицидального самоповреждающего поведения - НССП). Падения с высоты остаются примерно на одном уровне 13,5% в 2019 г. и 11,4% в 2023 г. Значительно выросло количество удушений (самоповешений) с 1% до 5,3% в 2023 г.

Но, вероятно, самым значимым патоморфозом за последние годы является резкий рост количества подростков с несуицидальным самоповреждающим поведением (НССП). Сегодня этот рост отмечен во всем мире. В 2014 г. авторы известного метаобзора указывали, что 17.2% (8.0–26.3%) подростков школьного возраста по всему миру хотя бы один раз в жизни наносили себе самоповреждения [11]. В 2023 г. распространенность НССП оценивалась в другом метаобзоре в 32,4% [12], а ее рост сравнивается с извержением вулкана. Обеспокоенность профессионального сообщества вылилась во включение НССП в классификацию DSMV, в раздел состояний, требующих дальнейшего изучения (см. рис. 3).

Несуицидальное самоповреждающее поведение в DSM-V состояния, требующие дальнейшего изучения

- A. За прошедший год индивид, по крайней мере, 5 дней преднамеренно наносил себе телесные повреждения, не пытаясь совершить суицид.
- B. Индивид совершает самоповреждающие действия по одной или нескольким из следующих причин: наносит самоповреждения, ожидая получить облегчение от негативных эмоций; чтобы разрешить внутриличностностный конфликт; пытается достичь положительного эмоционального состояния.
- C. Предварять самоповреждающий акт должны (и/или): негативные мысли или чувства (C1a), конфликты с другими людьми (C1b), озабоченность поведением, которое трудно контролировать (C2), повторяющиеся мысли о самоповреждающем поведении (C3).
- D. Совершённый акт является социально неприемлемым.
- E. Самоповреждающее поведение или его последствия вызывают клинически значимый деструктивный стресс.
- F. Действие не связано с психотическим эпизодом, делирием, опьянением или абстинентным синдромом, и не может быть причиной другого заболевания

Рисунок 3. Несуицидальное самоповреждающее поведение в DSMV

В клинической выборке частота НССП значительно выше и достигает по некоторым данным 80% подростков [13].

Основной функцией НССП у подростков становится регуляция эмоционального состояния (см. рис. 4).

Функции самоповреждающего поведения

Межличностные функции	Внутриличностные функции	
Получение внимания/поддержки со стороны окружающих	Регуляция аффекта, восстановление контроля над эмоциями. Снижение интенсивности негативных эмоций	Управление негативными эмоциями
Инициация в группу сверстников	Преодоление диссоциативного состояния	
Избегание неприятных дел	Получение нового опыта, поиск новых необычных ощущений	

НСПП – как избегающее поведение: избавление от невыносимых эмоциональных переживаний.

НСПП – снижает интенсивность болезненных эмоций, **становится эффективным (но деструктивным) способом эмоциональной регуляции**

Рисунок 4. Основные функции несуицидального самоповреждающего поведения.

На начальном этапе НССП достаточно успешно помогает подростку регулировать свое эмоциональное состояние («замещать душевную боль физической»), выполняя даже в определенном смысле протективную антисуицидальную функцию («лучше порежусь, чем в окно выйду»). Однако с течением времени регулярное НССП принимает аддиктивный характер, снижает страх боли и смерти и становится просуицидальным фактором. Это полностью соответствует так называемой теории «входных ворот» («Gateway Theory») [14] или приобретенной способности к самоубийству T. Joiner et al. [15].

Таким образом, наличие в анамнезе НССП имеет большее предиктивное значение для оценки риска суицидального поведения, чем анамнез собственно суицидального поведения. Люди с НССП совершают самоубийство в 30 раз чаще, чем в общей популяции [16].

Оценка суицидального риска пациента с НССП – сложная задача для любого специалиста (см. рис. 5)

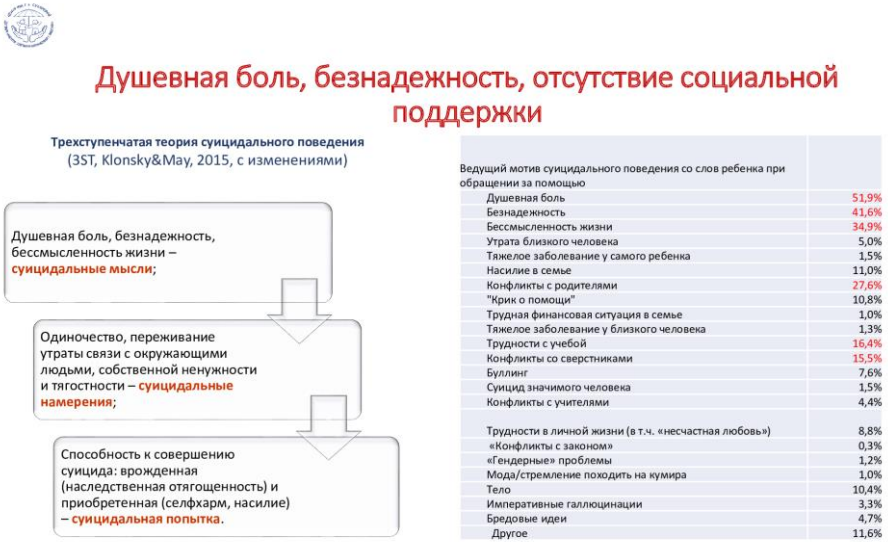
Рисунок 5. Оценка суицидального риска у пациента с НССП

При оценке суицидального риска у пациента с НССП специалист должен учитывать глубину и тяжесть, регулярный рецидивирующий или эпизодический характер, расширение площади и увеличение тяжести, импульсивный характер самоповреждений.

Психокоррекционная и психотерапевтическая помощь ребенку не возможна без понимания мотивов суицидального поведения. Изучение их показало, что подавляющее большинство подростков в качестве основных мотивов указывало переживания душевной боли, безнадежности, бессмысленности жизни, характерные для подростковой депрессии. Не меньшую роль играли психосоциальные мотивы суицидального поведения: конфликты с родителями (27,6% подростков с СП), трудности с учебой (16,4%), конфликты со

сверстниками (15,5%). При этом случаи жестокого обращения, насилия встречались гораздо реже, чем описано в литературных источниках (см. рис. 6).

С учетом преобладающих мотивов СП, его формирование в большинстве случаев соответствовало трехступенчатой теории суицидального поведения Klonsky&May, 2015.



Ведущий мотив суицидального поведения со слов ребенка при обращении за помощью	
Душевная боль	51,9%
Безнадежность	41,6%
Бессмысленность жизни	34,9%
Утрата близкого человека	5,0%
Тяжелое заболевание у самого ребенка	1,5%
Насилие в семье	11,0%
Конфликты с родителями	27,6%
"Крик о помощи"	10,8%
Трудная финансовая ситуация в семье	1,0%
Тяжелое заболевание у близкого человека	1,3%
Трудности с учебой	16,4%
Конфликты со сверстниками	15,5%
Буллинг	7,6%
Суицид значимого человека	1,5%
Конфликты с учителями	4,4%
Трудности в личной жизни (в т.ч. «несчастная любовь»)	8,8%
«Конфликты с законом»	0,3%
«Гендерные» проблемы	1,2%
Мода/стремление походить на кумира	1,0%
Тело	10,4%
Императивные галлюцинации	3,3%
Бредовые идеи	4,7%
Другое	11,6%

Рисунок 6. Мотивы суицидального поведения

Таким образом, современный патоморфоз суицидального поведения у детей и подростков проявляется в виде увеличения объема поступления подростков с тяжелыми формами суицидального поведения на фоне депрессивного синдрома в психиатрический стационар, возникновении суицидального поведения в более молодом возрасте, постепенном утяжелении СП у девочек с нивелированием полового деморфизма в отношении СП, увеличением количества подростков с НССП, высоким удельным весом психосоциальных (семейных и школьных) факторов в развитии СП.

Литература

1. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: WHO; 2021. [Internet] [cited by 2024 Sept. 22]. Available from https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643
2. World Health Organization, Mental Health ATLAS 2020. Geneva: WHO, 2020. [Internet] [cited by 2024 Sept. 22]. Available from https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703
3. Kim S, Park J, Lee H, et al. Global public concern of childhood and adolescence suicide: a new perspective and new strategies for suicide prevention in the post-pandemic era. World J Pediatr. 2024 Jul 15. https://doi: 10.1007/s12519-024-00828-9
4. Our World in Date. [Internet] [cited by 2023 June 17]. Available from_https://ourworldindata.org/grapher/suicide-rates-among-young-people?tab=table&time=2000..latest&country=USA~ZAF~RUS~KOR
5. Росстат. [Internet] [cited by 2022, June 17]. Available from https://fedstat.ru/indicator/58547
6. Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Семенова В.Г. и др. Смертность российских подростков от самоубийств. Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ). 2011
7. Басова А.Я., Безменов П.В. Эпидемиология суицидального поведения у детей и подростков во всем мире. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2024;124(11-2):16-26. https://doi.org/10.17116/jnevro202412411216
8. Cha CB, Franz PJ, M Guzmán E, et al. Annual Research Review: Suicide among youth - epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018 Apr;59(4):460-482. https://doi: 10.1111/jcpp.12831
9. Roh BR, Jung EH, Hong HJ. A Comparative Study of Suicide Rates among 10-19-Year-Olds in 29 OECD Countries. Psychiatry Investig. 2018 Apr;15(4):376-383. https://doi: 10.30773/pi.2017.08.02.

10. Nock MK, Green JG, Hwang I, et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. JAMA Psychiatry. 2013;70(3):300–310. http://doi: 10.1001/2013.jamapsychiatry.55
11. Swannell SV, Martin GE, Page A, et al. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. Suicide Life Threat Behav. 2014 Jun; 44(3):273-303. http://doi: 10.1111/sltb.12070
12. Deng H, Zhang X, Zhang Y, Yan J, Zhuang Y, Liu H, Li J, Xue X, Wang C. The pooled prevalence and influential factors of non-suicidal self-injury in non-clinical samples during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis. J Affect Disord. 2023 Dec 15; 343:109-118. doi: 10.1016/j.jad.2023.09.036.
13. Plener PL, Kaess M, Schmahl C, et al. Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents. Dtsch Arztebl Int. 2018 Jan 19; 115(3):23-30. http://doi: 10.3238/arztebl.2018.0023
14. Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model. Clin Psychol Rev. 2012 Aug;32(6):482-95.
https://doi: 10.1016/j.cpr.2012.05.003.
15. Joiner TE, Ribeiro JD, Silva C. Nonsuicidal self-injury, suicidal behavior, and their co-occurrence as viewed through the lens of the interpersonal theory of suicide //Current Directions in Psychological Science. – 2012; 21(5):342-347. http://doi:10.1177/0963721412454873
16. Cooper J, Kapur N, Webb R, et al. Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. Am J Psychiatry. 2005 Feb; 162(2):297-303. http://doi: 10.1176/appi.ajp.162.2.297 55

Боголюбова-Кузнецова Д.В.[1], Каздым Ю.И.[1],
Караневская О.В. [1], Харламова Е.О.[1], Шведовский Е.Ф.[2]

К вопросу взаимовлияния коммуникативных и интеллектуальных навыков у детей с РАС

1. РБОО «Центр лечебной педагогики», Москва, Россия
2. ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

Аннотация. Исследование коммуникативных навыков у детей с РАС показало отсутствие корреляции между данными диагностики ADOS и Матрицей коммуникации и наличие корреляции между результатами ADOS и Leiter-3. Предпринимается попытка объяснить эти данные.

Ключевые слова: Расстройство аутистического спектра, коммуникация, интеллект, дошкольники

Расстройство аутистического спектра (РАС) характеризуется дефицитами в области коммуникации и социальных навыков, а также стереотипными формами поведения. При этом уровень интеллектуальных возможностей может быть, как сниженным, так и относительно высоким. Коммуникация людей с РАС может быть специфичной по многим показателям: использованию различных модальностей, их интегрированности, интонации и темпа, грамматики

О необходимости развития речи для формирования интеллекта говорили советские психологи, а также современные им западные исследователи. Новейшие же исследования ставят такую связь под вопрос, указывая, в частности, на уровень интеллекта детей с нарушением слуха и связанными с ним отставанием в развитии речи.

Исследование и результаты

В рамках исследования эффективности модели игровых групп, сложившейся в РБОО ЦЛП (Москва) в контексте развития коммуникативных и социальных навыков, были изучены профили 13 детей с РАС от 5 до 6 лет. Коммуникативные навыки оценивались при помощи Матрицы коммуникации (СМ) (средство описания и анализа навыков

экспрессивной коммуникации, учитывающее довербальные средства коммуникации, максимальный балл 160), степень выраженности аутистических черт при помощи Плана диагностического обследования при аутизме (ADOS-2) (10 баллов – минимальная выраженность аутистических черт, 28 – максимальная), а уровень интеллектуального развития при помощи теста невербального интеллекта и когнитивных функций(Leiter-3).

Была осуществлена проверка данных на нормальность распределения при помощи теста Шапиро-Уилка (СМ w=0.93, p=0.302; ADOS-2 w=0.90, p=0.154; Leiter-3 w=0.91, p=0.162). Для анализа взаимосвязей применялся коэффициент корреляции Пирсона. При анализе полученных данных была обнаружена высокая положительная линейная связь между показателями коммуникативного (СМ) и интеллектуального (Leiter-3) развития (r=0.72. p= 0.005). При этом корреляция между коммуникативными навыками (СМ) и степенью выраженности аутистических черт (ADOS-2) практически отсутствует (r=-0.15, p=0.632).

Обсуждение результатов

Для объяснения этих данных мы выдвинули несколько гипотез.

Корреляция между показателями коммуникативного развития и степенью выраженности аутистических черт оказалась низкой из-за специфики средств обследования. Так, МК учитывает сформированность коммуникативных навыков, но не оценивает их интегрированность, естественность, которые имеют свою специфику при РАС. В плане диагностического обследования ADOS-2 эти показатели играют большую роль. Таким образом, человек с РАС, имеющий развернутую речь, аномальную по многим показателям, получит при обследовании с помощью МК максимальный балл (160).

Высокая корреляция между показателями когнитивного и коммуникативного развития может быть вызвана также особенностями диагностического инструментария. Так, при проведении Leiter-3 исследователь задействует жесты, а испытуемому требуется владеть навыками имитации, которые

часто бывают недостаточно развиты у детей с РАС. Вероятно, наличие дефицитов в области коммуникации доречевого уровня мешает детям с РАС проявить свои интеллектуальные возможности при обследовании тестом Leiter-3.

Между коммуникативным и интеллектуальным развитием действительно существует взаимосвязь.

На наличие связи между речью и интеллектом указывали многие отечественные психологи. Как показало наше исследование, коммуникативные навыки доречевого уровня также взаимосвязаны с уровнем интеллектуального развития.

Согласно теории Скиннера, речь, как и другие формы символического общения, относится к вербальному поведению. Дети, овладевшие этим уровнем общения, закономерно набирают более высокие баллы по МК. Прямая корреляция между баллами по МК и баллами теста Leiter-3 говорит о том, что именно освоение вербального поведения напрямую связано с более развитыми интеллектуальными навыками.

Возможной причиной такой взаимосвязи может являться наличие общих предпосылок для развития интеллекта и речи: развитие сенсомоторной сферы, символическое мышление, способность к подражанию и использование жестов, совместное объединенное внимание. Дефициты в области этих базовых коммуникативных навыков приводят как к нарушению формирования коммуникативных навыков более высокого уровня, так и к нарушению развития интеллектуальной сферы.

Другой возможной причиной, наблюдаемой нами корреляции, является то, что человек развивает свои интеллектуальные способности во взаимодействии с другими людьми. Сниженная способность к коммуникации снижает и возможность ребенка с РАС совместной со взрослым деятельности, что, в свою очередь, не позволяет ему освоить более высокие когнитивные навыки. Таким образом, коммуникативные дефициты сказываются на интеллектуальном развитии.

Выводы

Таким образом мы выдвинули несколько гипотез о причинах найденной нами корреляции. Согласно им,

взаимосвязь коммуникативного развития, оцененного при помощи МК, и интеллектуального развития, оцененного при помощи Leiter-3 может быть, как следствием специфики инструментов исследования, так и выражать существующую связь между уровнями коммуникативного и интеллектуального развития. Такая взаимосвязь может быть обусловлена как общими предпосылками развития и коммуникации, и интеллектуальных навыков, так и формированием дефицитов в когнитивной области по причине недоразвития коммуникативных навыков.

Для проверки этих гипотез требуется дальнейшее исследование.

Финансирование: Исследование проводится при финансовой поддержке Благотворительного фонда Сбербанка "Вклад в будущее". Договор ИС/09-2021 о предоставлении целевого гранта в рамках реализации благотворительной программы «Инклюзивная среда» от «05» октября 2021 г.

Брюхин А.Е., Оконишникова Е.В., Линева Т.Ю., Сологуб М.Б.

Клинические аспекты патоморфоза расстройств пищевого поведения

ФНМО РУДН им. Патриса Лумумбы, Москва, Россия

Аннотация. Статья посвящена социокультуральным и биологическим аспектам патоморфоза расстройств пищевого поведения. Указаны основные проявления патоморфоза РПП, подходы к диагностике и лечению расстройств питания, профилактики заболеваний.

Ключевые слова: расстройства пищевого поведения; нервная анорексия; нервная булимия; патоморфоз.

Расстройство пищевого поведения (РПП) – это группа тяжелых метабо-психических заболеваний, характеризующихся искажением пищевого инстинкта, пищевого влечения и связанных с ними паттернов приема пищи. Нарушение процесса принятия пищи взаимно и тесно связано с нарушением метаболических и эндокринных процессов.

Классификация РПП:

- нервная анорексия
- нервная булимия
- атипичная нервная анорексия
- атипичная нервная булимия
- психогенное переедание
- психогенная рвота
- психогенная анорексия
- расстройство приема пищи в младенчестве, детском возрасте и поедание несъедобного
- младенцами и детьми

Нервная анорексия F 50.0

Клиническая картина нервной анорексии описана была Ричардом Мортоном в XVII веке

Термин *Anorexia Nervosa* введен Галлом и Ласегом в XIX веке.

Изначально описание нервной анорексии включались следующие основные симптомы:

- ограничение приема пищи и потеря веса
- отсутствие аппетита или отказ от еды
- гиперактивность и повышенная физическая активность
- жалобы на боли дискомфорт в желудке/пищеварительной системе. Пациенты часто жаловались на «боли в желудке», «расстройство пищеварения», «дискомфорт в эпигастрии».
- аменорея у женщин
- отсутствие у пациентов беспокойства по поводу своего низкого веса и истощенного внешнего вида

Нервная булимия F 50.2

Первые описания булимических расстройств при нервной анорексии были сделаны в 1976 году.

В 1979 году Джералд Расселл опубликовал статью, в которой описал булимию как вариант нервной анорексии и выделил три ключевых признака:

- мощное и непреодолимое стремление к перееданию
- избегание «полноты» путем вызывания рвоты, злоупотреблением слабительным
- болезненный страх стать толстым
-

Его работа считается первым систематическим описанием булимии как отдельного расстройства.

Основные психопатологические синдромы:

- Синдром дисморфофобии-дисморфомании
- Аноректический синдром
- Булимический синдром
- Астенический синдром
- Ипохондрический синдром
- Обсессивно-фобический синдром
- Тревожный синдром
- Аффективный синдром

- Синдром деперсонализации
- Психоорганический синдром
- Психоэндокринный синдром
- Психопатический синдром
- Синдром патологического влечения к ПАВ

Психотические расстройства (субпсихотические и психотические расстройства при нервной анорексии, булимии), это больные в тяжелой степени кахексии с выраженными соматоэндокринными нарушениями

Проблема диагностики, лечения и реабилитации больных с расстройством пищевого поведения приобретает все большую актуальность в связи с ростом заболеваемости, манифестации болезни в молодом возрасте, увеличением в клинической картине булимических расстройств, учащение случаев, ранее традиционно женских, нервной анорексии, нервной булимии в мужской популяции.

Не менее сложным и значимым для решения диагностических, лечебно-реабилионных и прогностических задач является наличие множественной коморбидности расстройств пищевого поведения с другими психическими заболеваниями, в первую очередь с расстройствами личности, аффективной патологией, обсессивно-компульсивным расстройством, соматоформными расстройствами, расстройствами шизофренического спектра, аддиктивными заболеваниями и расстройствами сферы влечения.

Патоморфоз- изменение клинико-анатомических проявлений отдельной болезни, а также структуры заболеваемости и смертности под влиянием различных воздействий.

Патоморфоз психических заболеваний - это изменение клинических и морфологических проявлений психических болезней по сравнению с классическим их описанием под влияние различных факторов внешней среды.

Разновидности патоморфоза:

- Возрастной

- Клинический
- Фармакологический
- Социокультурный

Патоморфоз нарушения пищевого поведения:

- ранний возраст; частое наличие присоединения булимический симптоматики;
- увеличение атипичных форм расстройства пищевого поведения; увеличение заболеваемости мужчин;
- лекарственый патоморфоз - это более широкий спектр использования психотропных препаратов.

В последнее десятилетие наблюдается патоморфоз РПП, характеризующийся появлением клинических проявлений заболевания в молодом возрасте- детском, препубертатном, раннем пубертатном, а также увеличением случаев манифестации в зрелом возрасте и в период пременопаузы. Типичным возрастом начала заболевания во второй половине XX века было принято считать 12-14 лет, по другим данным 15-18 лет, в то время как сейчас не редки случаи обращения к специалистам 11, 10, 9, 8-летних пациентов с типичной картиной не на изначальном этапе, а на этапе коррекции или этапе кахексии. Современные стандарты красоты, престиж публичных профессий, тенденции в индустрии моды, в спорте формируют притязание детей и подростков ужесточают требования к собственной внешности и в первую очередь к фигуре и весу.

Вероятные причины снижения возраста начала РПП:

- раннее воздействие социальных медиа и интернета;
- усиление акцента на внешности и форме тела в обществе, в том числе среди детей младшего возраста;
- повышенное внимание к диетам, «здоровом образу жизни» даже среди детей, ранее сексуализация детей в медиа и поп-культуре;
- увеличение уровня стресса, тревожности у детей, что может привести к использованию нездоровых механизмов совладения, включая нарушения пищевого поведения;

- изменения в семейной динамике:

более ранняя автономия детей в выборе еды и питания;

меньше совместных семейных приемов пищи, что может повлиять на формирование здоровых и нездоровых пищевых привычек;

- повышение осведомленности о РПП у детей среди медицинских работников и родителей может приводить к более ранней диагностике;
- изменения в питании физической активности;
- рекламы индустрии похудания

Важно отметить, что снижение возраста начала РПП, вероятно является результатом сложного взаимодействие многих из этих факторов, а не какой-то одной причины.

До середины XX века нервная анорексия и нервная булимия у мужчин рассматривалась как казуистика. Многие специалисты отрицали возможность этих заболеваний у лиц мужского пола. В последнее десятилетие отмечается учащение случаев нервной анорексии, нервной булимии у мужчин особенно в детско-подростковой популяции.

Вероятные гендерные изменения:

- улучшение выявления диагностики расстройства пищевого поведения у мужчин;
- снижение стигматизации и большая готовность мужчин обращаться за помощью;
- растущее социальное давление на мужчин в отношении внешнего вида и формы тела;
- более широкое признание того, что РПП могут затрагивать людей всех полов;
- увеличение распространенности РПП среди мужчин подчеркивает необходимость
- гендерно-инклюзивных подходов к профилактике диагностике и лечению РПП.

Ответом на наблюдаемый патоморфоз расстройств пищевого поведения в МКБ 11 является выделение в самостоятельное заболевание избегающего или ограничительного расстройства приема пищи, учащение

регистрации вариантов которого явно наблюдается в отечественных центрах и клиниках, а также появление у лиц подросткового и более старших возрастов синдромов расстройства питания свойственных ранее преимущественно младенцам и детям.

Появление и увеличение стертых и атипичных форм нервной анорексии, нервной булимии при которых расстройство пищевого влечения и поведения не носит выраженного тотального характера, а также успехи в увеличении осведомленности врачей интернистов по проблематике РПП и своевременная диагностика на инициальных этапах позволяет избегать выраженных сомато-эндокринных нарушений и угрожающих жизни состояний, что привело к значительному увеличению случаев исключительно амбулаторной помощи и сокращению сроков стационарного этапа лечения.

Распространение новых подходов к психотерапии, ориентированных на поддержку семьи и использование в последние десятилетия атипичных нейролептиков, широкого спектра современных антидепрессантов, нормотимиков, транквилизаторов уменьшил риск нежелательных явлений при лекарственной терапии расстройств пищевого поведения и как следствие увеличило комплаентность пациентов и их семьи, но проблема выбора препаратов, адекватного режима их дозирования, особенно при амбулаторной терапии расстрой пищевого поведения занимает одно из центральных мест лечения этих заболеваний. Вышеуказанные многообразные проявления патоморфоза расстройств пищевого поведения требует овладения врачами психиатрами- знаний по терминологии, симптоматике, клиническим проявлениям, динамики расстройств пищевого поведения, а также по методам диагностики лечения, реабилитации все возрастающего потока пациентов с расстройством пищевого поведения и прогнозируемого их росту в дальнейшем что напрямую связано с изменениями в социуме.

Бухбиндер М.В.

Прикладной анализ поведения в работе с детьми с РАС. Из опыта Центра им. Г.Е. Сухаревой

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

Аннотация. В статье раскрывается понятие прикладного анализа поведения, его основные задачи, возможные цели поведенческих вмешательства и современная философия подхода. Поднимает вопрос дальнейших исследований в этой области.

Ключевые слова: прикладной анализ поведения, ПАП, АВА, коррекционная работа с детьми с РАС, поведенческое вмешательство.

Большое количество детей, так или иначе попадающих в поле зрения врача-психиатра часто требует не только медикаментозной терапии. Особенно это касается детей с РАС. Согласно клиническим рекомендациям, основные методы терапии РАС носят преимущественно немедикаментозный характер и включают поведенческие, образовательные и психологические вмешательства. Одним из таких вмешательств является подход с научно-доказанной эффективностью – прикладной анализ поведения, сокращенно ПАП (Applied Behavior Analysis - ABA).

Прикладной анализ поведения – наука, которая разрабатывает прикладные методики на основе законов поведения, систематически применяет их для улучшения социально значимого поведения и использует эксперимент для поиска переменных ответственных за изменение поведения. Основной задачей является необходимость поиска механизмов, влияющих на возникновение поведения и изменение различных видов поведений.

В теоретическую основу прикладного анализа поведения легли научные изыскания бихевиориста Б.Ф. Скиннера,

сформулировавшего теории оперантного обусловливания и вербального поведения.

На сегодняшний день к вмешательствам, основанным на принципах прикладного анализа поведения, или так называемым поведенческим вмешательствам, относятся более 30 различных методов, методик или программ.

Основными мишенями работы с детьми с РАС в рамках вмешательств, основанных на принципах ПАП являются навыки, позволяющие ежедневно успешно функционировать в социальной среде, такие как: навыки коммуникации и социального взаимодействия, навыки самостоятельности, игровые и академические навыки, а также работа, направленная на устранение различных видов агрессии или аутоагрессии. Важно, что навыки должны быть устойчивыми и генерализованными, т.е. проявляться в различных средах в соответствии с ее контекстом.

Алгоритм работы в рамках содержит несколько этапов: установление сотрудничества, тестирование, постановку целей вмешательства, разработка индивидуальной программы, сбор данных и отслеживание динамики, коррекция программы.

ПАП сегодня является травма ориентированным подходом – учитывает предыдущий травматический опыт работы, с пониманием относится к индивидуальным особенностям. Мы заботимся о чувствах ребенка, его эмоциональном состоянии и много работаем с родителями.

Поведенческие вмешательства предполагают большое количество часто терапии (от 20 и выше), но не все в силу разных трудностей не все семьи могут себе это позволить, и нашей задачей было выяснить могут ли быть эффективными вмешательства, предполагающие небольшое количество часов терапии.

В Центре им. Сухаревой мы проводили коррекционную работу в рамках ПАП.

В целевой группе были дети от 3-4 лет с диагнозами из раздела F84: аутизм или другие общие расстройства развития, родители которых отмечали в качестве основных трудностей

отсутствие речи, игры, сложности взаимодействия с близкими и сверстниками.

Дети посещали амбулаторные занятия в среднем 4 раза в неделю по одному часу, не получали медикаментозной терапии и не участвовали в других занятиях ни в рамках Центрах ни за его пределами.

Основными целями работы были речевые навыки, навыки просьбы, имитации и игры. После проведенного вмешательства мы получили существенный прирост по всем областям навыков, включая те, над которым специально не велась работа, например, над навыками визуального восприятия и спонтанных вокализаций. Средний прирост по всем навыкам составил 52%.

Требуется дальнейшее планирование и разработка подобных коррекционных программ с целью определения их эффективности и введения в повсеместную практику.

Бухбиндер М.В., Клокова А.О.

Особенности работы учителя-дефектолога с детьми и подростками с диагнозом «шизотипическое расстройство»

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

Аннотация. В статье раскрываются особенности шизотипического расстройства у детей и подростков, отмечается проблема недостаточной изученности данного расстройства в детском возрасте, а также необходимость информирования педагогических работников о данном заболевании. Даны рекомендации для учителей-дефектологов по работе с детьми и подростками, имеющими шизотипическое расстройство.

Ключевые слова: шизотипическое расстройство, дети, подростки, работа учителя-дефектолога с детьми с шизотипическим расстройством

Шизотипическое расстройство характеризуется странностями в поведении и мышлении, а также трудностями в общении с другими людьми. Эти особенности напоминают те, которые наблюдаются у людей с диагнозом шизофрения, но при этом отсутствуют выраженные нарушения, для нее характерные. Важно отметить, что со временем картина заболевания может изменяться.

В детском возрасте шизотипическое расстройство может проявляться по-разному: симптомы, глубина и характер нарушений варьируются. К сожалению, специальных исследований, посвященных изучению особенностей этого заболевания в разные периоды детства и подросткового возраста пока немного, а учителя зачастую имеют скудные представления о данном заболевании. Поэтому эта тема требует дальнейшего исследования, а учителей рекомендовано информировать об особенностях протекания данного заболевания.

Варианты нарушения психического развития могут быть различными: от незначительного отставания в одной области при опережении в других до серьезных проблем во всех сферах, включая снижение интеллекта. Часть детей могут проявлять таланты в своих увлечениях, но при этом испытывать трудности в освоении знаний и навыков, требующих усилий.

У детей с диагнозом шизотипическое расстройство существуют различные варианты когнитивного развития: более чем в половине случаев интеллектуальная сфера остается сохранной, примерно в трети случаев отмечается снижение развития познавательной деятельности до уровня умственной отсталости, остальные находятся в приграничном диапазоне. Однако даже при наличии значительных успехов, у многих присутствует узкая избирательность и однообразность занятий и интересов.

В подавляющем большинстве случаев (более чем в 70%) отмечаются нарушения поведения, трудности обучения, выраженные в снижении успеваемости, и трудности общения. Нарушение раннего (до 6 лет) моторного развития выявлено почти у половины детей.

Множество личностных особенностей, таких как понимании тонкостей межличностного взаимодействия, выраженная недостаточность функций контроля, нежелание контактировать со сверстниками, невозможность принимать правила игры или коллектива, мешают полноценной адаптации ребенка уже на уровне дошкольного образования: так, четверть детей изначально не могут или перестают посещать детский сад из-за невозможности успешно коммуницировать в среде сверстников. К школьному возрасту трудности нарастают и оказывают влияние на учебный процесс.

Несмотря на существующие трудности, которые могут препятствовать успешному обучению, в настоящее время не разработано специальных образовательных программ для детей с данным нарушением. Кроме того, часть детей не имеют ярко выраженных когнитивных нарушений, поэтому обучение проходит по адаптированным общеобразовательным программам для детей с нарушениями речи, задержкой

психического развития или расстройствами аутистического спектра.

Рекомендации для учителя-дефектолога и других учителей напрямую соотносятся с упомянутыми ранее особенностями. Следует уделить внимание развитию моторных навыков в раннем периоде (до 6 лет) и прицельному развитию ВПФ.

Так как запас знаний и представлений об окружающем зачастую неравномерен, следует проводить работу по расширению общей осведомленности, в особенности об аспектах, находящихся вне сферы специального интереса.

Снижение мотивационно-волевого компонента требует необходимости усиления внешнего контроля и необходимости специального обучения навыкам организации, планирования и контроля собственной учебной деятельности.

В связи со снижением побуждений и истощаемостью нужно избегать чрезмерных и интенсивных интеллектуальных нагрузок, чередовать разные типы заданий. Важно отметить, что такой ребенок или подросток может стать мишенью для травли, в связи с чем рекомендуется совместно со службой психолого-педагогического сопровождения обязательно проводить профилактические мероприятия, направленные на предотвращение буллинга, а также вести работу над восполнением дефицитов социальных компетенций у детей с диагнозом шизотипическое расстройство.

Волчкова Т.Ф., Собур В.В.

Особенности несуицидального самоповреждающего поведения у пациентов психиатрического стационара

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

Аннотация. Изучение особенностей несуицидального самоповреждающего поведения у пациентов психиатрического стационара представляет интерес в силу малого числа исследований, включающих лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершающих селфхарм. Анкетирование пациентов психиатрического стационара с целью изучения характера, частоты нанесения несуицидальных самоповреждений, возраста начала и причин, ему способствовавших, выявило ряд закономерностей, в том числе подтверждена связь селфхарма и суицидального поведения.

Ключевые слова: подростковый возраст, селфхарм, стратегии несуицидального самоповреждающего поведения.

Большинство исследований, посвященных самоповреждающему поведению, основаны на изучении пациентов с аффективными (депрессивными), невротическими и психопатоподобными расстройствами. Авторы, как правило, не включают в исследования пациентов с психотическими нарушениями или низкими показателями интеллекта. Поэтому изучение вопросов несуицидального самоповреждающего поведения у детей и подростков с разной степенью тяжести психических расстройств достаточно актуально.

Распространенность проблемы несуицидального самоповреждающего поведения среди детей, подростков и юношей очень велика. На каждый суицид приходится во много раз большее число тех повреждений, которые заставляют человека обратиться за помощью в психиатрическую или травматологическую службы. Однако проблема самоповреждающего поведения на этом не ограничивается. Специалисты разных направлений отмечают случаи, когда дети

не обращаются за помощью, совершая самоповреждающие действия, которые являются частью их жизненного ритуала. Исследования отдельных авторов показали, что среди лиц, которые наносят себе самоповреждения, лишь пятая часть наносила их единожды в течение своей жизни, а остальные наносят их с завидной регулярностью. Женщины среди таких пациентов преобладают, но лица мужского пола наносит более грубые самоповреждения, которые чаще приводят к осложнениям или угрозе для жизни.

В связи с тем, что для детей и подростков подрастающего поколения самоповреждения могут не вызывать клинически значимого деструктивного стресса, они становятся частью их повседневной жизни. При этом подростки могут совершать акт самоповреждения под влиянием других людей на себя, не предварять его негативными мыслями, не испытывать озабоченность таким поведением. Как следствие, увеличивается частота самоповреждающего поведения и дальнейшее угасание витальных инстинктов, когда каждое последующее повреждение повышает болевой порог, снижает страх боли, страх смерти. Результатом является высокая вероятность совершения суицида. В то же время, начало нанесения самоповреждений может служить «первым звонком», первым признаком развивающегося психического расстройства.

Результаты. Второй год подряд мы проводим исследование с целью изучить особенности самоповреждающего поведения среди детей и подростков, которые получают помощь в условиях стационара НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой.

Дважды нами были проведены однодневные «срезы» с разницей в один год. В результате было опрошено 540 подростков в возрасте от 6 до 17 лет, находящихся на момент «среза» в условиях стационара. Анкета содержала вопросы о наличии самоповреждений, их характере, частоте нанесения, наличии суицидальных мыслей, о возрасте и причинах, способствовавших началу такого поведения. Были учтены основные способы нанесения самоповреждения, которые ранее описывала Польская Н.А. в своих исследованиях. При анализе

данных основные причины нанесения повреждений были сформированы в четыре группы - стратегии (стратегия восстановления контроля над эмоциями; стратегия избавления от напряжения; стратегия воздействия на других; стратегия поиска нового опыта).

Среди всех пациентов, включенных в исследование, девочки преобладали над мальчиками, как в общей выборке, так и по всем незоологическим категориям (рис.1).

Рисунок 1. Структура изучаемого контингента по годам

Увеличение количества пациентов по каждой нозологии в 2004 г. может быть связано с тем, что на момент среза в стационаре находилась большее число лиц, чем в прошлом году. В то же время, можно отметить рост количества пациентов с нарушениями поведения и эмоций (рубрика F9 по МКБ-10), невротическими расстройствами (рубрика F4 по МКБ-10) и уменьшение числа лиц с расстройствами шизофренического спектра (рубрика F2 по МКБ-10) ($p>0,1$) (рис. 2).

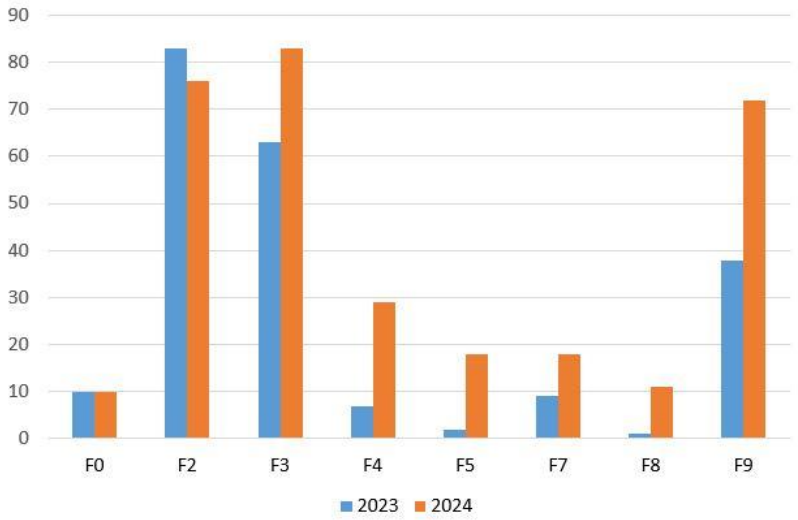
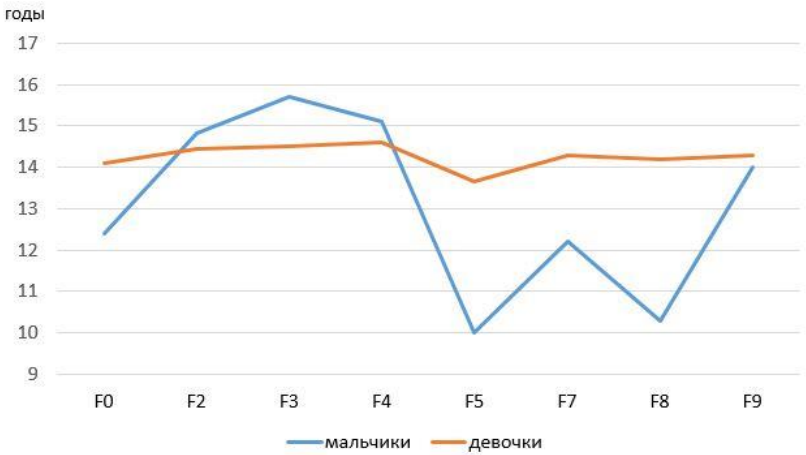


Рисунок 2. Нозологическая структура изучаемого контингента по годам

Изучение контингента пациентов стационара выявило раннее обращение за помощью и первичную госпитализацию девочек с расстройствами пищевого поведения (рубрика F5 по МКБ-10) и расстройствами аутистического спектра (рубрика F8 по МКБ-10). Кроме того, у пациенток женского пола аффективные (рубрика F3 по МКБ-10), шизофренические (рубрика F2 по МКБ-10) и эмоциональные расстройства (рубрика F9 по МКБ-10) дебютировали преимущественно в подростковом возрасте 14-15 лет. У мальчиков мы отметили более ровное распределение в отношении возраста дебюта психического расстройства и первичного стационирования (рис.3).



Возраст начала несуицидальных самоповреждающих действий среди анкетированных пациентов в большинстве случаев приходился на возраст 11 – 13 лет (рис. 4). Но у мальчиков в нашей выборке выявлено два пика активности: в 10 лет и в 16-17 лет, а у девочек наиболее часто дебют самоповреждающего поведения приходился на возраст 11-13 лет.

Рисунок 4. Возраст начала несуицидального самоповреждающего поведения с учетом пола

Как отмечалось ранее, самоповреждения могут быть первым визуализируемым признаком как развивающегося

психического расстройства, так и признаком высокой вероятности совершения суицидальных попыток в будущем. По данным многих авторов, процесс перехода от несуицидального самоповреждающего поведения к суицидальным мыслям и далее - к суицидальным действиям - занимает около двух лет. В нашем исследовании мы получили схожие результаты. Памятуя о времени первых самоповреждающих действий, мы отметили появление суицидальных мыслей у девочек преимущественно в 14 лет и у мальчиков - в 17 лет. Таким образом процесс преобразования самоповреждений в суицидальное мысли и попытки у мальчиков происходит несколько быстрее, чем у девочек (рис. 5).

Рисунок 5. Возраст начала суицидальных проявлений с учетом пола

При исследовании связи между наличием суицидальных мыслей и несуицидальных самоповреждений мы выявили достоверно значимую прямую и сильную связь (рис. 6).

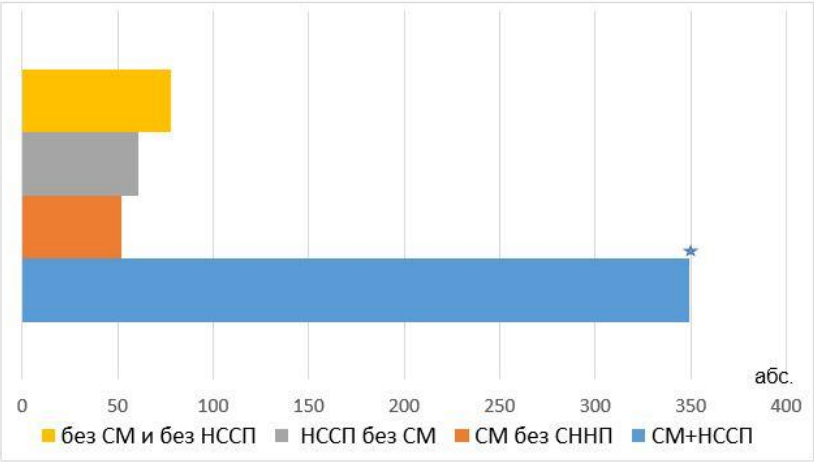


Рисунок 6. Сочетание суицидальных мыслей (СМ) и несуицидального самоповреждающего поведения (НССП)

При изучении основных видов самоповреждений было отмечено, что для девочек были более характерны: обкусывание ногтей и губ, перекусывание щек, порезы, в то время как для мальчиков были характерны более брутальные виды самоповреждения: ожоги и удары по частям тела или по твердым предметам (рис. 7).

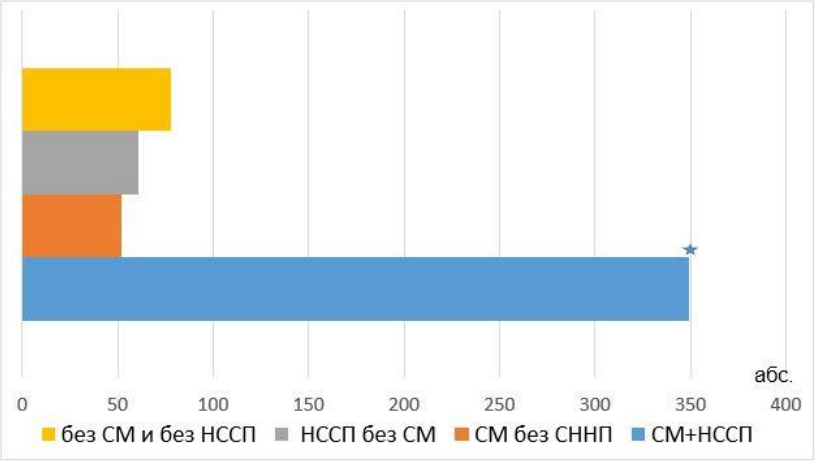


Рисунок 7. Сочетание суицидальных мыслей (СМ) и несуицидального самоповреждающего поведения (НССП)

Рассматривая виды самоповреждений у пациентов с разной нозологией (рис. 8, 9), мы выявили, что для пациентов, страдающих органическими расстройствами (рубрика F0 по МКБ-10), более характерны удары по предметам и по телу, обгрызание ногтей, сковыривание болячек; для лиц с расстройствами аффективной сферы (рубрика F3 по МКБ-10) и невротическими нарушениями (рубрика F4 по МКБ-10) - обкусывание кожи и нанесение порезов.

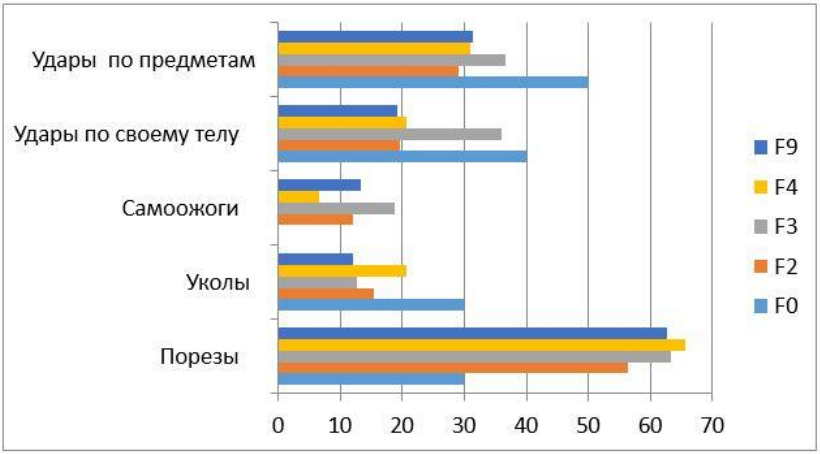


Рисунок 8. Виды несуицидального самоповреждающего поведения с учетом нозологии

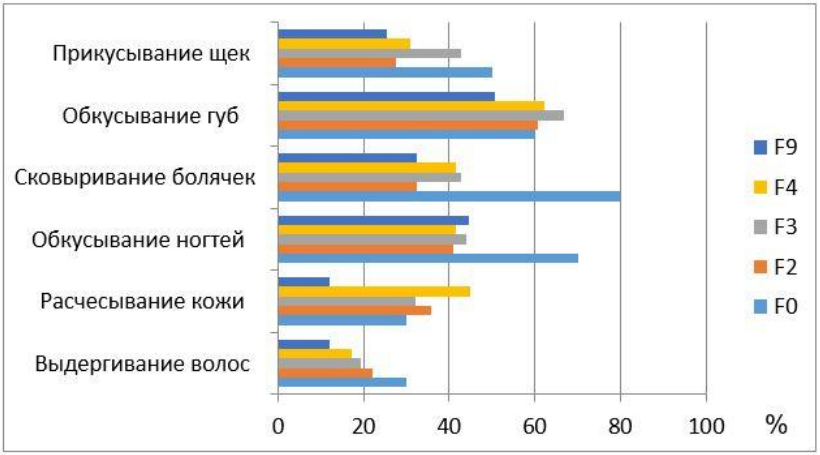


Рисунок 9. Виды несуицидального самоповреждающего поведения с учетом нозологии

При анализе стратегий нанесения несуицидальных самоповреждений, мы выявили, что стратегия восстановления контроля над эмоциями и стратегия избавления от напряжения использовались наиболее часто всеми группами пациентов (рис.10,11,12).

В то же время стратегия воздействия на окружающих людей и стратегия поиска нового опыта были представлены в

меньшей степени и преобладали среди пациентов с органическими расстройствами (рубрика F0 по МКБ-10) и пациентами со сниженными показателями интеллекта (рубрика F7 по МКБ-10). Для этих пациентов нанесение самоповреждений являлась способом показать окружающим, что им плохо, что они испытывают дискомфорт, а также, в ряде случаев, это способ познать себя и окружающий мир, а не собственно желание себе навредить.

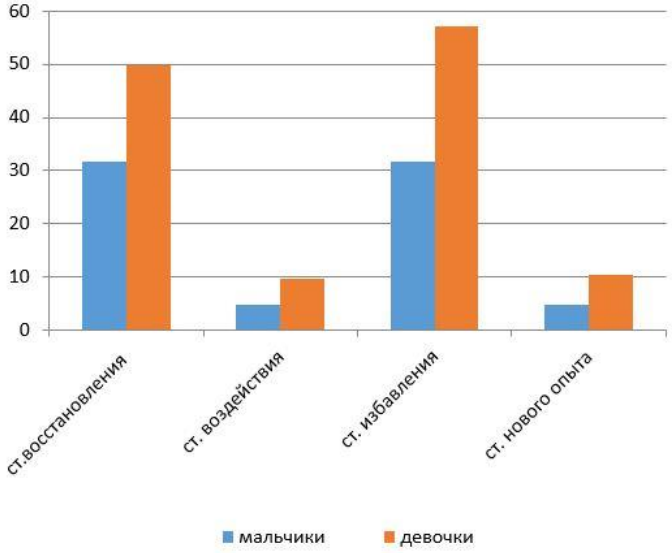


Рисунок 10. Стратегии несуицидального самоповреждающего поведения с учетом пола

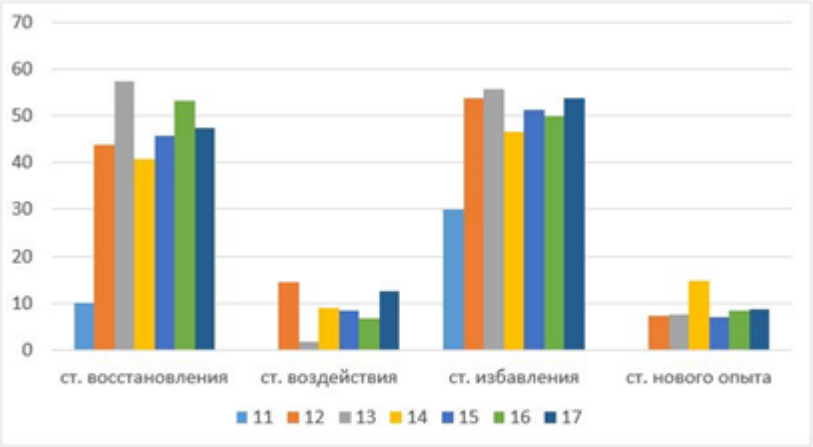


Рисунок 11. Стратегии несуицидального самоповреждающего поведения с учетом возраста

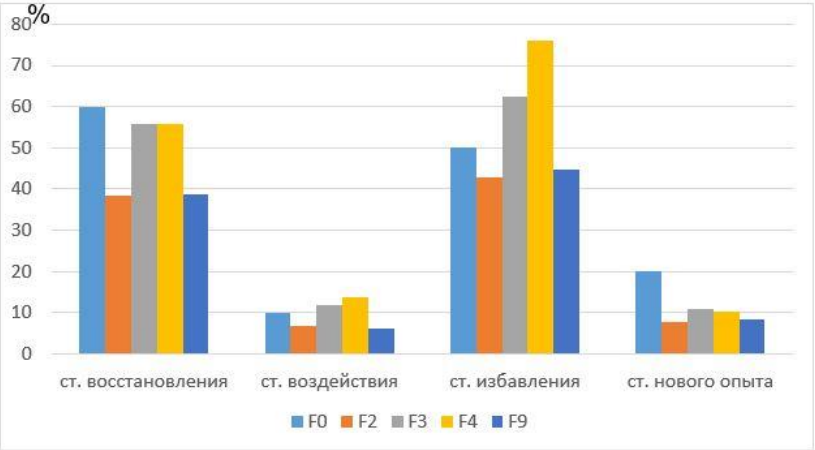


Рисунок 12. Стратегии несуицидального самоповреждающего поведения с учетом нозологии

Выводы. Анализ полученных данных показывает, что большинство детей и подростков в возрасте от 6 до 17 лет, получающих помощь в условиях психиатрического стационара, в течение жизни совершали несуицидальные самоповреждающие действия. Данное явление более характерно для лиц женского пола. Гендерные отличия существуют в отношении начала селфхарма и при выборе способа

самоповреждений. Виды самоповреждений при различных диагностических категориях также разнятся, но достоверных различий выявить не удалось. Общей тенденцией для разного пола и нозологии является преобладание стратегий восстановления контроля над эмоциями и избавления от напряжения при нанесении самоповреждений. При анализе полученных данных была выявлена достоверная связь между наличием несуицидальных самоповреждений суицидальных мыслей.

Вренева Е.П.

Организация коррекционно-развивающей работы с ребенком с синдромом Ангельмана в условиях общеобразовательного учреждения

ГБОУ города Москвы «Школа № 1591», Москва, Россия

Аннотация. В данной статье описывается опыт организации коррекционно-развивающей работы педагогов с ребенком дошкольного возраста с синдромом Ангельмана, умственной отсталостью, нарушением моторного развития, тяжелым нарушением речи в условиях общеобразовательного учреждения.

Ключевые слова: коррекционная педагогика, дошкольное образование, нарушение развития, нарушение речи, синдром Ангельмана, генетический синдром

Расширение инклюзивного образования приводит к увеличению доли детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития в общеобразовательных учреждениях. При этом педагоги отмечают как нехватку методического и материально-технического обеспечения коррекционно-развивающей работы с такими детьми, так и опыта работы с редкими и тяжелыми нарушениями развития. В таких условиях становится актуальным обобщение и распространение опыта организации работы педагогов с такими детьми.

Синдром Ангельмана – это редкое (1:10000-20000) генетическое заболевание, вызванное потерей участка хромосомы, полученной от матери. Для этого нарушения характерны умственная отсталость, позднее формирование навыков ходьбы, неустойчивая ходьба, стереотипии, нарушение поведения. У большинства больных речь не формируется, у остальных появляются единичные слова после 2 лет. Более чем у 70% детей обнаруживается эпилепсия.

Девочка с синдромом Ангельмана поступила в ГКП образовательного дошкольного учреждения в возрасте 3 лет 10 месяцев.

Девочка плохо сохраняет равновесие при ходьбе, садится и встает с поддержкой. Познавательное развитие соответствует возрасту 8-10 месяцев. Ребенок прослеживает взглядом за движущейся игрушкой пока предмет находится в поле зрения, при выпадении из поля зрения не ищет пропавший предмет. С игрушками действует стереотипно (тянет в рот, сосет, постукивает). Подражательная деятельность не сформирована.

Девочка иногда реагирует на интонацию говорящего, на имя не отзывается. Звучащая речь, лепет, вокализации на момент поступления у ребенка отсутствовали, плач беззвучный. Лицо бледное, амимичное, рот приоткрыт. Невербальные средства общения девочка не использовала и не стремилась привлечь внимание педагога. У ребенка отмечались приступы эпилепсии.

Исходя из результатов диагностики для воспитанницы была разработана индивидуальная коррекционная программа, включающая по 3 занятия в неделю учителя-дефектолога, учителя-логопеда, педагога-психолога, по 2 индивидуальных занятия инструктора по физической культуре и музыкального руководителя. Воспитатели обучали ребенка элементарным навыкам гигиены и самообслуживания (вытирать руки полотенцем, расстегивать липучки на одежде, удерживать ложку и пересыпать сыпучие материалы и т.д.), формировали представление о себе, учили узнавать себя в зеркале и на фотографии.

В результате освоения программы планировались следующие **результаты**:

- Социально-коммуникативное развитие: ребенок реагирует на свое имя, понимает отдельные жесты и слова и использует жесты, вступая в контакт со знакомыми взрослыми, проявляет интерес к взаимодействию с взрослым, адекватно реагирует на режимные моменты.
- Познавательное развитие: показывает по просьбе взрослого некоторые части тела и лица, знакомый предмет (игрушку),

усвоила способы действия с некоторыми предметами, игрушками.

- Речевое развитие: ребенок понимает и использует невербальные средства общения, понимает некоторые простые инструкции, использует голосовые реакции в ответ на обращение взрослого.
- Художественно-эстетическое развитие: эмоционально реагирует на музыку, проявляет интерес к совместному рисованию.
- Физическое развитие: встает со стула без поддержки, ходит по лестнице приставным или чередующимся шагом, бросает мяч, захватывает и удерживает большие предметы двумя руками, умеет перекладывать небольшие предметы из одной руки в другую.
- Развитие игровой деятельности: ребенок отображает в игре социальное назначение отдельных предметов (машинку и коляску – катает, куклу качает и т.д.).

Захаревич О.Ю.

Актуальные вопросы психологической коррекции агрессивного поведения у детей с расстройствами аутистического спектра

ГУ РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, Республика Беларусь

Аннотация. Расстройства аутистического спектра (далее – РАС) являются нарушением нейропсихического развития у детей в возрасте до 18 лет. Такие дети не желают контактировать с окружающими, многие имеют нарушения речевого развития, а также нарушения функций перцепции в различных ее проявлениях. Дети с РАС испытывают трудности контролировать свое поведение в ситуациях стресса, например, в незнакомой для них обстановке, новые люди, и даже при обонятельных ощущениях. Это вызывает активный протест, они проявляют агрессию и аутоагрессию, что является актуальной проблемой при оказании им медицинской, психологической, педагогической и социальной помощи.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, агрессивное поведение, психологическая коррекция.

Исследование выполнялось в рамках Гранта Президента Республики Беларусь в сфере здравоохранения, ответственный исполнитель: Захаревич Ольга Юрьевна, научный сотрудник лаборатории медицинской экспертизы и реабилитации при психических и поведенческих расстройствах, государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», город Минск, Республика Беларусь.

Клиническими проявлениями нарушений поведения у детей с РАС являются нарушения способности контролировать свое поведение в виде неуместного, протестного, агрессивного поведения. Агрессивное поведение у детей с РАС обусловлено различными нарушениями психических функций, ограничениями активности и участия с учетом негативного

влияния факторов окружающей среды, которые могут быть комплексно оценены и описаны с позиции международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

Агрессивное поведение, которое проявляют дети с РАС, рассматривается с позиции инструментализма, то есть все агрессивные действия мы относим либо к категории научения, либо к категории достижения желаемой цели. Достаточно часто проявляется аутоагрессия у детей РАС. Проявлением аутоагрессии являются следующие эпизоды реактивного поведения:

Когда ребенок с РАС бьется головой о стену или другие поверхности, он проявляет протестное поведение «без причины», активно щиплет, царапает или кусает собственное тело. Такие эпизоды аутоагрессии имеют эксплицитный характер.

По результатам исследования нами сформирован профиль агрессивного поведения у детей с РАС с позиции МКФ.

Агрессивное поведение взаимосвязано с нарушениями функций побуждения и энергии, нарушениями психомоторных функций, нарушениями функций перцепции, трудностями в преодолении стресса и психологических нагрузок, трудностями в контроле собственного поведения, трудностями в базисных межличностных взаимодействиях, а также отсутствием должной поддержки со стороны близких родственников и отсутствием должных знаний близких родственников относительно расстройства.

Нами разработан метод медицинской реабилитации агрессивного поведения у детей с РАС, который включает в себя три раздела. Первый экспертно-реабилитационную диагностику, второй психологическую коррекцию и также третий - оценку эффективности метода.

Нами применялись методики оценки уровня агрессивного поведения с учетом речевых и интеллектуальных нарушений ребенка с РАС. Мы применяли такую методику, как «Кактус» М.А. Панфилова и опросник «агрессивность» А.А. Романова. По результатам методик определялся уровень агрессивного

поведения (низкий, средний или высокий). Нами разработаны критерии оценки уровня агрессивного поведения у детей с РАС с использованием положений МКФ.

Низкий уровень агрессивного поведения характеризуется редким проявлением негативизма, ребенок с РАС не проявляет вербальную и физическую агрессию, он проявляет незначительные нарушения функции восприятия и внимания, которые не препятствуют усвоению информации, невыполнение просьб и требований проявляется в виде пассивного негативизма, парадоксального и речевого негативизма. Нарушение поведения, стереотипии проявляется в ситуациях крайней усталости и стресса, не приводит к нарушениям социального функционирования, часто проявляет вербальную и/или физическую агрессию по отношению к близким родственникам и к посторонним людям, поддается коррекции.

Средний уровень агрессивного поведения характеризуется умеренными нарушениями функции восприятия, ребенок с РАС может бояться громких звуков, шума, яркого света, он закрывает уши, глаза, стремится к уединению, часто отказывается выполнять определенные требования, часто проявляет негативизм в виде пассивного негативизма, парадоксального и речевого. Агрессивные реакции вызваны любыми изменениями привычного уклада, часто проявляют вербальную, физическую агрессию по отношению, как к близким, так и к посторонним людям, также поддается коррекции.

Высокий уровень агрессивного поведения характеризуется тем, что ребенок с РАС постоянно проявляет негативизм. Он систематически проявляет вербальную и физическую агрессию по отношению к близким людям, к посторонним, недоступен тактильный контакт, ребенок проявляет аутоагрессии (бьет себя по ушам, стучится головой об стену или об пол, кусает руки, щипает их или убегает). Слабо реагирует на внешнюю мотивацию, частично поддается коррекции.

Психологическая коррекция агрессивного поведения у детей с РАС включает в себя 8 разработанных

дифференцированных методик, содержащих 48 упражнений, с учетом возраста и уровня агрессивного поведения ребенка с РАС.

Первая методика направлена на повышение уровня коммуникации, формирование проявления адекватности эмоций. Вторая методика направлена на формирование навыков адекватного восприятия новых объектов ситуаций, а также способности адекватного реагирования на какие-либо требования. Третья методика развитие функции восприятия слухового, зрительного обонятельного, вкусового, тактильного, пространственного. Четвертая методика направлена на повышение способности поддерживать, переключать, разделять внимание. Пятая методика направлена на повышение уровня выносливости, способности сдерживать сильные побуждения. Шестая методика направлена на формирование контроля за спонтанными движениями. Седьмая методика направлена на формирование навыков в преодолении стресса и психологических нагрузок. Восьмая методика направлена на формирование способности инициировать, поддерживать социальное взаимодействие, а также направлена на формирование социально приемлемых моделей поведения.

Третий раздел метода включает в себя оценку эффективности психологической коррекции: показателем результативности психологической коррекции является: хороший показатель - снижение агрессивного поведения на два и более уровня. Удовлетворительный показатель - снижение агрессивного поведения на один уровень. Неудовлетворительный показатель - без изменения уровня агрессивного поведения.

Хороший показатель эффективности свидетельствует о положительном результате психологической коррекции. В зависимости от оценки эффективности психологической коррекции, определяются сроки проведения повторной оценки уровня агрессивного поведения.

При определении хорошего показателя эффективности, повторная оценка уровня агрессивного поведения проводится через один год.

При определении удовлетворительного, либо неудовлетворительного показателя эффективности -проводится через 6 месяцев, а также существует необходимость проведения повторной психологической коррекции.

Ранее указанного срока, оценку уровня агрессивного поведения и при необходимости психологическую коррекцию, рекомендуется проводить при наличии повторных жалоб родителей на проявление агрессивного поведения у ребенка с РАС, а также в так называемые «кризисные периоды» психического развития ребенка с РАС с учетом возрастных особенностей.

В медицинской психологии принято выделять: кризис 3х лет (в частности, посещение детского сада, период адаптации), кризис 7 лет (адаптации к школе), а также кризис 11-12 лет (полового созревания).

С целью повышения эффективности психологической коррекции, улучшения сенсорных функций, предлагаются рекомендации для родителей с РАС.

Для развития проприоцептивной системы ребенка с РАС:

При наличии гипочувствительности: родителям рекомендуем размещать мебель у стены комнаты, чтобы сделать навигацию проще, обозначать границы с помощью яркого зеленого скотча на полу, прививать правила вытянутой руки для других людей.

При наличии гиперчувствительности: можно предлагать ребенку любой вид рукоделия.

Для развития обонятельной системы:

При наличии гипочувствительности необходимо применять вещества с сильными запахами в качестве переключения внимания от неприемлемых обонятельных стимулов.

При наличии гиперчувствительности родителям необходимо использовать чистящие средства и шампуни без запаха, отказаться от парфюма, избегать общественных мест,

особенно кафе, столовые, магазины, которые имеют специфический запах.

Для развития зрительной системы:

При наличии гипочувствительности: родителям необходимо увеличивать применение визуальной стимуляции.

При наличии гиперчувствительности, следует избегать яркого солнца, использовать солнцезащитные очки, родителям можно создать огороженное рабочее место для занятий с ребенком, пространство или парту с высокими стенками, ширма по обоим сторонам, чтобы блокировать лишнюю визуальную стимуляцию, которая будет триггером для проявления агрессивного поведения.

Для развития слуховой системы:

При наличии гипочувствительности родителям необходимо сопровождать вербальную информацию визуальными подсказками.

При наличии гиперчувствительности родителям необходимо закрывать двери, окна, чтобы снизить внешние звуки. Готовить ребенка к тому, что нужно будет посетить какое-либо место (шумное, людное), использовать беруши, наушники, а также создать огороженное рабочее место.

Для развития тактильной системы:

При наличии гипочувствительности: родители могут использовать тяжелые одеяла, спальные мешки.

При наличии гиперчувствительности: необходимо всегда предупреждать ребенка, что, либо родитель, либо доктор собирается прикоснуться к нему, необходимо приближаться к ребенку с РАС только спереди. Необходимо помнить, что объятия для ребенка с РАС могут быть скорее болезненными, чем утешаюсь.

Ребенка необходимо постепенно знакомить с различными текстурами - хлопок, синтетика, шерсть и другие. Необходимо учить ребенка самостоятельным действиям.

По результатам исследования в рамках Гранта Президента Республики Беларусь разработан и активно внедряется в межведомственное пространство «Метод медицинской реабилитации агрессивного поведения у детей с расстройствами аутистического спектра» в виде инструкции по применению, утвержденной Министерством здравоохранения Республики Беларусь № 087-0923 от 29 сентября 2023 года.

Горбунова Е.А. [1], Устинова Н.В. [1,2]

Патологическое избирательно-ограничительное потребление пищи – расстройство пищевого поведения или капризы?

1. НКЦ № 2 ФГБНУ «РНЦХ им. Академика Б.В. Петровского», Москва, Россия
2. ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва, Россия

Аннотация.Патологическое избирательно-ограничительное потребление пищи (ПИОПП) у детей — это расстройство приема пищи, имеющее диагностические сложности, особенно если данное нарушение выявляется как сопутствующая патология при других заболеваниях, в частности при расстройстве аутистического спектра (РАС). Актуальность выделения четких диагностических критериев обусловлена важностью своевременного выявления ПИОПП для проведения лечебных мероприятий, направленных на восстановление полноценного питания у детей. Анализ диагностических критериев ПИОПП показал необходимость совершенствования подходов к установлению данного нарушения питания. Для разработки алгоритмов диагностики ПИОПП и последующих терапевтических вмешательств были выделены 3 диагностические кластера: поведенческий, соматический, нарушения функционирования. Для выявления нарушений по каждому кластеру было проведено мультидисциплинарное обследование, сформированной командой медицинских специалистов, с комплексной оценкой проявлений ПИОПП. При постановке диагноза ПИОПП учитывались важность выявления соматических нарушений избирательно-ограничительного питания и их причины. В проведенном исследовании показана необходимость мультидисциплинарного подхода к диагностике ПИОПП. Выявлена высокая частота ПИОПП у детей с РАС, показаны особенности данного нарушения у пациентов с аутизмом и соматические нарушения, определяющие

дополнительный критерий, необходимый для установления сопутствующего диагноза ПИОПП.

Несмотря на высокую распространенность ПИОПП на сегодняшний день диагностика и соответствующая терапия данной патологии не проводятся в полном объеме из-за отсутствия комплексных подходов как в психиатрии, так и в педиатрии. Необходимо совершенствование подходов к диагностическим мероприятиям у детей с ПИОПП и проведению дальнейших терапевтических вмешательств для улучшения здоровья и нормализации развития детей с данной патологией. Для диагностики ПИОПП и дальнейшего лечения необходимо проведение комплексного мультидисциплинарного обследования пациентов полипрофессиональной командой специалистов.

Ключевые слова: патологическое избирательное ограничительное потребление пищи, РАС, мультидисциплинарное обследование, кластеры

По данным научных исследований, состояние здоровья человека во многом зависит от образа жизни и питания. Полноценное питание определяется не только энергетической ценностью, но и сбалансированностью по белкам, жирам и углеводам и необходимым содержанием витаминов и микроэлементов. На сегодняшний день наблюдается высокий темп роста нарушения питания, что является очень серьезной проблемой. Хорошо известно, что любая, особенно белково-витаминная, недостаточность питания способна резко затормозить процесс роста и развития ребенка, а в наиболее тяжелых случаях привести даже к неизлечимым последствиям. Пищевое поведение человека представляет собой биопсихосоциальный феномен и занимает особое место в формировании здоровья ребенка, особенно в первые годы жизни, поскольку тесно связано с его моторным, когнитивным и социальным развитием. Дезадаптивные пищевые установки, сформированные в младенческом и раннем возрасте, могут привести к формированию нарушений пищевого поведения в дальнейшем.

В 1991 году английский ученый Alan Lucas, обобщив данные собственных исследований и своих предшественников, ввел в широкую практику термин пищевое программирование. В дальнейшем исследования в этой области позволили разработать концепцию пищевого программирования, предполагающую следующее: характер питания ребенка в критические периоды жизни, предопределяет особенность его метаболизма на протяжении всей последующей жизни и, как следствие, предрасположенность к определенным заболеваниям и особенностям их течения. В рамках концепции программирования здоровья питание рассматривается как один из важнейших факторов, программирующих психическое и физическое развитие, а также здоровье ребенка в целом. Пищевая избирательность представляет собой долгосрочное или пожизненное действие стимула или сигнала, воздействующего на структуры или функции организма в критический период развития. Такие факторы как недоедание, дефицит или избыток определенных нутриентов в «критические периоды» могут перепрограммировать обмен веществ, что приведет к необратимым последствиям для здоровья.

В международной медицинской практике относительно недавно выделено нарушение, которое звучит как патологическое избирательное ограничительное потребление пищи. С момента введения термина в качестве диагноза в 2013 году исследование по данному нарушению получило широкое распространение. ПИОПП относится именно к избирательному ограничительному расстройству пищевого поведения, но при переводе на русский язык появляется термин «патологическое», что как раз и подчеркивает патологический характер данного нарушения.

В постановке диагноза ПИОПП могут возникнуть определенные сложности, которые связаны с необходимостью привлечения врачей других специальностей для выявления нутритивных дефицитов и исключения соматической патологии, которая может привести к нехватке макро и микронутриентов с последующим развитием заболеваний.

Анализ данных по диагностике ПИОПП позволил выделить три кластера, которые показывают изменения, характерные для данной патологии:

- поведенческий кластер – представляет собой нарушения, связанные со снижением объема пищи, либо избыточным придирчивым питанием с тенденцией к уменьшению разнообразия продуктов до небольшого их числа;
- соматический кластер – дефицит питательных веществ приводит к возникновению дальнейших заболеваний, значительной потеря веса, зависимости от пероральных пищевых добавок или кормления через зонд или иным негативным влияниям на физическое здоровье человека;
- функциональные нарушения – возникают в психосоциальной сфере (значительные нарушения в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных областях функционирования) и связанны с нарушением питания.

Для постановки диагноза ПИОПП необходимо сочетание первого и второго и/или третьего кластера функциональных нарушений. Выявление нарушений по всем кластерам возможно при проведении комплексной оценки состояния здоровья. Каждый кластер предполагает проведение различных обследований, которые входят в комплекс мультидисциплинарных мероприятий по диагностике данного диагноза:

– для выявления поведенческих паттернов нарушения питания используются опросники и проводится оценка питания (сбор анамнеза у лица, осуществляющего контроль за ребенком);

– для выявления дефицитов нарушения состояния здоровья, в том числе исключения соматических заболеваний, приводящих к дефицитам, проводится сбор анамнеза, клинический осмотр, оценка физического развития, комплексные клинико-лабораторные (б/х анализ крови, исследование уровня гормонов, витаминов и т.д.) и функциональные методы исследования (УЗ- диагностика);

– для определения функциональных нарушений необходима оценка психологического состояния с возможным выявлением психосоциальных проблем (нарушение социального взаимодействия и изоляция, ухудшение детско-родительских отношений, формирование неблагоприятных поведенческих паттернов, связанных с принятием пищи (усиление раздражительности, проявление агрессии и аутоагрессии)).

Важно отметить, что людям с необычными моделями пищевого поведения или исключительно «придирчивым в еде» не следует ставить диагноз ПИОПП при отсутствии значительной потери веса, или других последствий для здоровья, и/или нарушений психосоциального функционирования. Дистресс со стороны родителей или других лиц, осуществляющих уход за ребенком, связанный с избирательным питанием, при отсутствии выявляемых последствий для здоровья или нарушений функционирования человека, не является основанием для постановки диагноза.

Распространенность ПИОПП на сегодняшний день изучена недостаточно. По данным исследований, среди детей, обращавшихся за лечением по поводу расстройства пищевого поведения, эта цифра составляла от 1,5% до 25%, среди всего детского населения от 0,3% до 25%. Нарушение питания часто наблюдается у детей с РАС до 70%. По данным метанализа, проведенного в 2013 году, дети с аутизмом в 5 раз чаще испытывают трудности с питанием, чем нейротипичные дети.

При описании ПИОПП выделяют 3 основные причины, приводящие к снижению количества потребляемой пищи или ограничению разнообразия:

– значительное снижение аппетита и интереса к еде;

– сенсорные проблемы, при которых избегается пища не только определенного вкуса, но и различной текстуры, и даже температуры, или какой-то группы продуктов;

– страх, который может возникнуть, как правило, после неприятного эпизода (рвота, приступ удушья из-за обструкции в прошлом).

Такое поведение с ограничениями в питании приводит к алиментарной недостаточности питательных веществ и часто к проблемам в социальной сфере.

У пациентов с ПИОПП диагностируются: дефицит макро- и микронутриентов (дефицит витаминов B1, B2, B12, C и K, также дефицит минералов, включая цинк, калий, железо); снижение энергетической ценности рациона (потеря веса или неспособность достичь ожидаемого увеличения веса, или прерывистый рост у детей); нарушение социальных взаимодействий (уход из общественной жизни и избегание социальных контактов); зависимость от пероральных пищевых добавок и, в крайних случаях, энтеральных. Несмотря на возникающие дефициты в организме, вес пациентов с ПИОПП может не только быть сниженным, но и иметь нормальные, даже избыточные значения. Действительно, часть детей с ПИОПП ограничивают объем и/или разнообразие пищи и имеют недостаточный вес, другие, ограничивая в первую очередь разнообразие пищи, как правило, выбирают обработанные, высококалорийные продукты (например, мороженое, крекеры, макароны) или употребляют фастфуд, и их вес может не только соответствовать возрастной норме, но и превышать его.

Для ПИОПП характерны не просто капризы и исключение какого-либо продукта, а именно исключение группы продуктов. При отказе в питании от какой-либо группы продуктов (зерновые, молочные, овощные и другие) у человека формируется не только нутритивный дефицит, но и возникают последствия, которые могут приводить к определенным заболеваниям. Нутритивные дефициты можно и нужно выявлять, но диагностика данных нарушений бывает затруднена тем, что на сегодняшний день достаточно много и широко пациенты используют БАДы, употребление которых часто не позволяет увидеть всю клиническую картину дефицитов макро- и микронутриентов. При постановке диагноза необходимо обратить внимание, что данное нарушение не должно быть связано с недоступностью пищи ввиду нехватки, или запретами, связанными с национальными традициями питания. Отсутствуют, как причина нарушения питания, желание

изменить массу тела и фигуру; не выявлены сопутствующие заболевания, приводящие к ограничениям и избеганиям в пище или дефицитам (аллергия, гипортиреоза и прочие) и другие психические нарушения (депрессия, нервная анорексия) со снижением питания.

Дифференциальный диагноз проводят с заболеваниями, для которых также характерно избегающее-ограничительное пищевое поведение: нервная анорексия, булимия, тревожные расстройства (генерализованное тревожное расстройство), шизофрения, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, обсессивно-компульсивное расстройство, аддиктивное расстройство, соматические нарушения (аллергии, обменные нарушения, воспалительные заболевания органов пищеварения, рефлюксные заболевания).

Для проведения скрининговой диагностики ПИОПП существуют инструменты, которые могут быть использованы врачами разных специальностей:

– Eating Disorder Assessment for DSM (EDA-5) – для взрослых

– Pica, ARFID? And Rumination Disorder Interview (PARDI) – для любого возраста от 2х лет

– Eating Disturbances in Youth-Questionnaire (EDY-Q) – для детей 8-13 лет

– Nine-item ARFID Screen (NIAS) – для взрослых

– NIAS-PR – версия для родителей

– ARFID-Q-PR- для детей 2-10 лет на основе опросника NIAS-PR.

Одной из причин пищевой избирательности являются сенсорные нарушения, которые часто наблюдаются у детей с РАС и могут быть связаны с оральной сенсорной чувствительностью. Повышенная оральная чувствительность ведет к трудностям с восприятием текстуры пищи и избирательностью в еде, в то время как пониженная (при которой ребенок недостаточно воспринимает ощущения) ведет к перееданию. Дети с оральной сенсорной чувствительностью могут ограничивать свой пищевой рацион. Продукты богатые питательными веществами, но имеющие выраженную текстуру

и вкус (цельнозерновые продукты, фрукты и овощи, что исключаются детьми с РАС из пищевого рациона. Важно отметить, что, если избирательное пищевое поведение у человека с расстройством аутистического спектра привело к значительной потере веса или другим последствиям для здоровья, или напрямую связано со значительными функциональными нарушениями, может быть поставлен сопутствующий диагноз «ПИОПП». По данным проведеного в НИИ педиатрии и охраны здоровья детей РНЦХ им. ак. Б.В. Петровского комплексного мультидисциплинарного исследования детей с РАС ПИОПП было выявлено у 82,5% пациентов. Для детей с аутизмом были характерны следующие симптомы избирательного ограничительного питания:

– бедный рацион (может быть ограничен 10–15 продуктами при выраженной пищевой избирательности);

– предпочтение сладкой или жирной пищи;

– низкое потребление овощей и фруктов;

– медленный темп приема пищи;

– длительное удерживание пищи во рту;

– собственные ограничивающие стереотипные модели поведения при приеме пищи.

Нарушения питания у детей с РАС были связаны с избирательностью в еде (строго ограниченные продукты, ограничение продуктов по цвету, текстуре, запаху, форме); проблемами с глотанием, жеванием, осанкой и опорой во время приема пищи, самостоятельным приемом пищи, пикацизмом. При проведении комплексного мультидисциплинарного обследования у 28,7% детей с аутизмом был выявлен избыток массы тела, а у 20,8% недостаток питания, также наблюдались дислипидемия, анемия, дефициты витаминов и функциональные расстройства органов пищеварения. По данным исследования нарушения питания у детей с РАС была предложена диагностическая модель ПИОПП (рис.1).

Выводы

Таким образом:

– для оценки поведенческих паттернов и возможных последствий нарушений питания для здоровья ребенка необходима команда специалистов, осуществляющая мультидисциплинарный подход.

– необходимы комплексная диагностика и лечение поведенческих нарушений (психиатр, психолог) и нутритивных дефицитов.

– необходим мультидисциплинарный подход к диагностике и лечению ПИОПП.

Ермакова М.В., Залманова С.Л.

Кризис и кризисные состояния, что нового?

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

Аннотация. В статье представлены результаты анализа динамики обращений семей с детьми и подростками, находящимися в кризисном состоянии в кабинет кризисной помощи ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им.Г.Е.Сухаревой ДЗМ» за 2022-2024 год. Отображены факторы, влияющие на рост количества обращений, а также динамика в состоянии пациентов с точки зрения медицинского семейного психолога.

Ключевые слова: кризисное состояние, семейная система, суицидальное поведение, дети и подростки.

В исследовании вопроса о том, как меняются кризисные состояния у подростков во времени, важно прежде всего определить какие именно состояния мы исследуем.

Кризисным состоянием мы считаем состояние, развившееся в результате субъективно значимой психической травмы или иных ситуаций, сопровождающихся реальной или воображаемой угрозой жизни, здоровью и безопасности индивида или его близких. Состояние сопровождается комплексом вегетативных нарушений (расстройства сна, аппетита, повышенная утомляемость, головные боли и т.п.), неустойчивостью настроения, на фоне которых может возникнуть суицидальное поведение.

В исследовании механизмов развития кризисных состояний, мы опираемся на биопсихосоциальную модель, которая предполагает участие трех составляющих в их формировании: биологический фактор, психологический и социальный. К биологическим факторам традиционно относят генетическую предрасположенность, наследственность, особенности физиологии, развития нервной системы. Психологические факторы включают в себя личностные особенности человека и уровень развития навыков, позволяющих сохранять устойчивость в кризисных ситуациях.

Социальные факторы делятся на микросоциальные (особенности семейной системы) и макросоциальные (более широкие системы, характер отношений: школьная среда, круг сверстников, дальних родственников). Важно учитывать, что социальные факторы изменчивы, т.к. меняется само общество в исторической перспективе, в экономическом, политическом, технологическом плане.

Количество обращений пациентов в связи с кризисными состояниями наглядно демонстрирует динамику роста за последний год. На примере данных по обращениям кабинета кризисной помощи ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» видно, что за период 2023 - 2024 годы количество первичных обращений выросло в два раза, а количество повторных – на 30 процентов.

Кабинет кризисной помощи работает на базе консультативно-диагностического отделения Центра им. Г. Е. Сухаревой, оказывает экстренную консультативную медицинскую и психологическую помощь детям, подросткам и их семьям в кризисных состояниях. В кабинете ведут совместный прием врач-психиатр и медицинский, семейный психолог. Основной задачей специалистов кабинета кризисной помощи является оценка степени кризисности состояния пациента, принятие решение о необходимой медицинской помощи, ее формате, степени срочности.

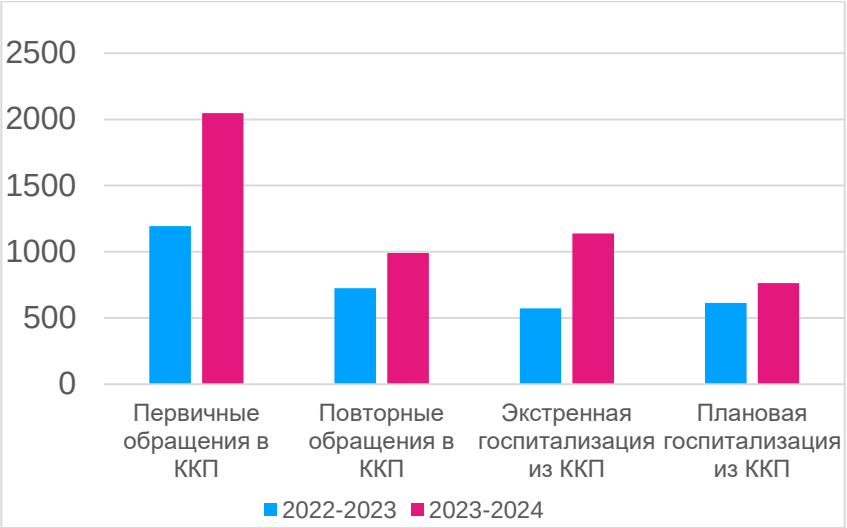


Рисунок 1 Количественные показатели ККП

На рисунке отображена динамика первичных и повторных обращений в ККП, количество экстренных и плановых госпитализаций после консультации в кабинете. За 2023-2024 год по сравнению с 2022-2023 количество экстренно госпитализированных детей и подростков после консультации в ККП увеличилось в 2 раза, при этом количество плановых госпитализаций практически не изменилось. Такие данные могут свидетельствовать о том, что в кабинет стали обращаться пациенты с более тяжелым кризисным состоянием, требующей экстренной медицинской помощи. При этом, по нашим данным, распределение обращающихся в ККП пациентов по нозологиям практически не меняется за последние несколько лет, то есть структура и этиология кризисных состояний среди обращающихся значимо не меняются, меняется степень их выраженности, тяжести.

Мы выделили три основных фактора, способствующих росту обращений этой категории пациентов в Центр. Два из них связаны с работой по повышению качества оказания медицинской помощи в системе здравоохранения Москвы: во-

первых, за последний год в Центре были усовершенствованы алгоритмы оценки состояния, преемственности и полипрофессиональности в сопровождении детей и подростков на всех этапах оказания помощи (догоспитальный, круглосуточный стационар, дневной стационар, постгоспитальное сопровождение). Также разработаны программы по профилактике суицидального поведения среди пациентов Центра, а также созданы программы дополнительного образования для специалистов системы образования и социальной защиты, повышающие эффективность первичной и вторичной профилактики суицидального и самоповреждпющего поведения, психообрпзовательные программы для родителей, повышающие уровень информированности семей о сигналах тревоги в состоянии детей, о возможностях получения помощи в Москве.

Во-вторых, с лета 2023 года в Москве действует регламент межведомственного взаимодействия между департаментами социальной защиты, образования и здравоохранения города в работе с детьми и подростками с суицидальным поведением, касающийся раннего выявления, более быстрой и четкой маршрутизации, пролонгированного сопровождения пациентов психиатрической и психологической службой. На практике слаженная командная работа специалистов разных ведомств и большая информированность родителей и других взрослых о сигналах, признаках кризисных состояний приводит к тому, что больше детей и подростков с тяжелым состоянием оказываются замечены взрослыми, и в конечном итоге, все больше и больше семей принимает решение получить помощь.

В-третьих, за последние годы, работая с семьями детей и подростков, обращающихся за помощью, мы замечаем отсроченное влияние на состояние детей социальной, экономической, политической неопределенности. Начиная с периода пандемии COVID-19 мы видим рост количества родителей в разного рода кризисных состояниях реактивной природы в связи с резкими, значительными изменениями образа жизни, финансового благосостояния, состояния соматического здоровья и др. на фоне макросоциальных кризисов.

Состояние ребенка мы рассматриваем в контексте системного семейного подхода, где учитываются взаимовлияния особенностей взаимодействия в семье, характера коммуникаций, состояния разных членов семьи, а также обращается особое внимание на механизмы поддержания состояния ребенка семейной системой. В последний год мы часто видим в работе семьи, где кризисное поведение ребенка становится сигналом для семьи о том, что обращение к специалистам необходимо, позволяет получить помощь не только ребенку, но и другим членам семьи, нуждающимся в этом.

Зверева Н.В.

Есть ли новые задачи клинико-психологической диагностики в условиях патоморфоза психических расстройств у детей и подростков?

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

Аннотация. Статья отражает темы, поднятые в докладе на конференции, посвященной оценке патоморфоза психических расстройств в детской психиатрии, в контексте научно-практической деятельности клинических психологов. Автор освещает тему со стороны динамики и как социума, так и требований, и условий работы специалистов, особенно уделяя внимание вопросам диагностики и формулировки задач исследования. В статье представлен личный опыт и позиция автора по этим вопросам, подкрепленные значительным временем работы в сфере детской клинической психологии и особенно детской патопсихологии.

Ключевые слова: патоморфоз психических расстройств, психологическая диагностика, средства и задачи диагностики детей и подростков с дизонтогенезом,

Существует запрос со стороны медиков: «Что может и должно меняться в деятельности клинических психологов в условиях патоморфоза психических расстройств у детей и подростков на современном этапе?». Для клинического психолога детства патоморфоз – необычное слово, оно из лексикона и феноменологии медиков, понятие, которое мы не часто используем, хотя психиатры обсуждают эту проблему и для взрослой, и для детской психиатрии (Максимов, 2016). В.И. Максимов подробно разбирал влияние патоморфоза во взрослой психиатрической практике. Им были выделены несколько вариантов: психогенный, психосоматический, соматоформный,

соматогенный, экологический, лекарственный, культуральный, транскультуральный патоморфозы. С нашей точки зрения, для детского возраста можно было бы конкретизировать некоторые из них, особенно «культуральный». Здесь большое значение имеет не только динамичная социальная ситуация развития (в соответствии с культурно-исторической концепцией Л.С. Выготского) (Выготский, 2024), но и современные образовательные стратегии, применяемые для детей нормативного и особого развития. Существующий ныне термин «дети с особыми образовательными потребностями» (ООП), а также «дети с ограниченными возможностями здоровья» (ОВЗ) – это не только дань современной толерантности и политкорректности, антистигме, но и реальности изменений и требований в современном образовании. Например, появление инклюзии, уменьшение специализированных для особых детей образовательных учреждений и т.п.. вкупе с изменением самого процесса обучения и по содержанию, и по форме – все это реальность нашей современной жизни.

Более того, базовые причины истинного патоморфоза (по В.И. Максимову) можно сгруппировать по нескольким основным направлениям: **биологический** (лекарственный, экологический, генетический, вызванный патоморфозом соматических заболеваний), **социальный** (социокультуральный, демографический, связанный с совершенствованием системы организации лечебно-профилактической помощи), **смешанный** (возрастной, половой, популяционный). И эти причины всегда будут вносить свои коррективы в происхождение, течение и исходы психических расстройств, а также модифицировать симптоматику. Однако наряду с истинным, выделяют и так называемый «ложный патоморфоз», который может быть связан с изменяющимися классификационными подходами и системами диагностики (МКБ 9, МКБ 10, МКБ 11).

Что значит «патоморфоз» психических расстройств у детей и подростков для клинических психологов? Можно сказать, что в некотором смысле автор статьи является жертвой, свидетелем этого «ложного патоморфоза». Консультации, которые проводил Андрей Владимирович Снежневский в

клинике Моисея Шимановича Вроно (на базе тогда 6-й Детской городской психоневрологической больницы), в течение ряда лет предполагали возможность постановки диагноза «детская шизофрения» со вполне понятными определениями и описаниями больных. Однако в МКБ 9 – детская шизофрения была, а в МКБ 10 – нет. Ее ввели в рамках отечественного варианта адаптации классификации. Патоморфоз ли это? (Шевченко и др, 2006). Можно говорить о некоторых источниках этого патоморфоза – психогенные реакции, или порочный круг детских психосоматических расстройств. Очень важно обратить внимание на сано- и патогенное взаимовлияние соматики и психики, анализу этого взаимодействия и взаимовлияния учат студентов психологов с самого начала обучения. Кроме того, меняется и организация помощи в области детского и подросткового психического здоровья.

Что касается задач, которые стоят перед психологами, в первом случае это дифференциальная диагностика, о которой сегодня регулярно говорится. Действительно, многое выглядит похоже, типичные средства реакции на «вредности» у детей и подростков одни (Ковалев, 1979), сами реакции тоже похожи, а среда меняется, и вы видите это немного по-разному. В отношении соматической патологии мы не должны забывать, что когнитивно-эмоциональные личностные изменения тоже могут быть при этих, особенно долго протекающих расстройствах и заболеваниях. По-видимому, нужно искать либо предикторы подобных расстройств, либо провоцирующие факторы. Конечно, нам, психологам, не хватает обследований детских психиатров, которых сейчас в стране крайне мало, чтобы узнать, с какой частотой встречаются те или иные психические расстройства у детей и подростков в разных регионах нашей большой страны. Потому что есть не только город Москва, Санкт-Петербург, Новосибирск и прочие миллионники, но и небольшие города, села, где, вероятно, тоже есть свои проблемы, ведущие к психогенной симптоматике, но как там обстоят дела, мы часто не знаем. Очень хотелось бы узнать, есть ли там патоморфоз и как он выглядит.

Экопсихологический подход тоже существует, сейчас не место это обсуждать, тем более, что про лекарственную терапию на медицинской конференции неловко рассуждать психологу. Однако известно, что психологи также участвуют в оценке эффективности лекарственных препаратов, в том числе в контексте оценки позитивного влияния фармакологических средств на основную симптоматику, а также фиксации наличия побочных эффектов, связанных с торможением, снижением произвольной регуляции и так далее.

Социум, его многообразие, очевидно тоже порождают патоморфоз. Те изменения в международной классификации болезней, с которыми мы сталкиваемся периодически, отражают общественное представление о том, как нужно или как можно относиться к душевнобольным людям. Мне кажется, что для психологов здесь на первый план выходит ситуация динамики представлений о норме и патологии (см. книга под ред Белопольской про норму). В сообщениях коллег на конференции было показано, что есть вещи, которые 20 лет назад, а уж тем более 30 или 40 лет назад, рассматривались как чистая патология, а сейчас их воспринимают как один из вариантов, не просто нормы, а как проявление той жизни, которая нас окружает. Поэтому динамика представлений о норме и патологии – это очень важная, принципиальная вещь как для науки, так и для практики работы специалистов клинических психологов. Еще один интересный и важный подход – транскультуральность. Мы никогда не сталкивались с таким количеством мигрантов. И я имею в виду не только Европу. Все это поднимает вопросы адаптации людей в новой культуре. Очень серьезный вопрос: приносят ли они свои болезни и проблемы или наоборот, заражаются теми, которые существуют в том сообществе, в которое они прибыли. Максимально остро это положение предстает, когда мы говорим о детях.

Что значимо для психологов в детско-подростковой клинической психологической диагностике? Как все это может влиять на диагностику психологов. Во-первых, работа психолога – это всегда работа с изменяющимся субъектом,

независимо от того, ребенок это или взрослый. У детей динамика представлений специалистов о норме и патологии очень существена. Мы не можем избежать того, что то, что считалось нормативным когда-то в прошлом, теперь рассматривается как патология и наоборот. Во-вторых, интерес представляет профессиональный сравнительный анализ патопсихологической диагностики детей в разные временные периоды (исторические эпохи). В ФГБНУ НЦПЗ было проведено сравнение групп детей нормы и патологии, и оказалось, что при изучении произвольной слухоречевой памяти с помощью методики «10 слов» при сравнении испытуемых разных десятилетий (1990-е, 2000-е, 2010-е) главное – это возраст и наличие патологии, а вот когда это было, в 90-е годы или сейчас, это не так важно, когда мы говорим о произвольном запоминании, не связанных между собой вербальных материалов (Зверева, Клак, Строгова, 2023).

Термины «онтогенез» и «дизонтогенез» тоже в настоящее время используются в новом понимании. Иногда психологов упрекают в том, что они придумали новую болезнь под названием дизонтогенез, но это не так. Дизонтогенез – это особый вариант развития, который может быть спровоцирован в том числе болезнью, иметь разные временные рамки и формы, изучают и описывают его разные специфические проявления (когнитивный, эмоциональный, социальный, речевой дизонтогенез, а также дизонтогенез пищевого поведения и др.) (Зверева, Горячева, 2013, Балакирева и др., 2022).

Хотелось бы сказать несколько слов о так называемых «модных» диагнозах. Наверное, это не совсем корректное академическое слово, но тем не менее, за более чем 45 лет работы клиническим психологом я наблюдала различные “модные диагнозы”, и “умственная отсталость” среди них была на начальном этапе моей профессиональной деятельности. Сейчас же диагнозы изменились, среди лидеров в свое время был диагноз СДВГ, в настоящее время на первом месте в мире диагноз РАС по частоте встречаемости. что связано и с патоморфозом (истинным и ложным), и с улучшением медицинского обслуживания в части психического здоровья

детей и подростков, и с изменением образовательных стратегий.Очевидно, что это ставит перед нами новые задачи: куда отправить ребенка с такими особенностями развития, если образовательная среда для него еще не приспособлена, где и кому консультировать, проводить психокоррекционную и психотерапевтическую работу, как думать о его будущем в социуме, семье, профессии и др. Есть вопросы, связанные с политкорректностью и проблемами дифференциальной диагностики в детском возрасте. Психологи ставят психологический диагноз, а врачи – медицинский, но диагноз медиками ставится только при наличии наблюдения в течение более года. Соответственно, возникают проблемы, и мы думаем о ложном или истинном патоморфозе, что связано с вопросами стигматизации и другими, в частности конфликтов с родителями и обществом в отношении к «иным». Родителям сложно принять болезнь ребенка, и это тоже отдельная работа, не всегда удается избежать лишних стигм. Важно, и как используем диагностику, и как мы оцениваем, квалифицируем эти изменения, как психологи.

Следует обратить внимание на то, что в нашей практике нам приходится работать с детьми, которые уже могли быть так или иначе осмотрены, оценены педагогами, и даже родителями, которые используют информацию и тесты из интернета. Особенно это касается теста Векслера, который при всем прочем играет ключевую роль в дальнейшей диагностике умственной отсталости у ребенка. Когда родители отвергают, что они обучали ребенка, а ребенок, честный в этом плане, говорит, что он учил с мамой, то ситуация становится достаточно сложной для клинического психолога и юридически тонкой. Распространение средств психологической диагностики на доступных платформах в сети мешает нам работать эффективно.

Возрастная норма развития (нормотипичные дети, практическая норма в противовес нормоотличным, аномальным, больным, лицам с нарушением/особым типом развития - ОВЗ, ООП).

Мы понимаем, что норма – это не точка, и хотя существуют различные типы нормы, важно понимать, что верификация и дифференциация патологии и нормы не всегда очевидна. Фраза «нет ничего в патологии, чего не было бы в норме», приписываемая психиатрам – правда, но она усложняет дифференциальную диагностику. Норма не является точкой, это континуум, который включает различные страты и кластеры. Мы должны учитывать все аспекты, в том числе индивидуальные различия в контексте патоморфоза, если рассматривать его как динамику, а не только как медицинский феномен. Эти различия могут быть обусловлены образовательными, этническими, религиозными, семейными и социальными факторами, что подчеркивает биосоциальную модель.

Вариативность нормы и патологии очевидна, и при диагностике это необходимо учитывать. Например, если говорить о речевом развитии современных детей, когда они начинают говорить позже прежде установленных нормативных сроков – это патология или норма? Или о двигательном развитии, когда дети не всегда начинают вовремя ходить. Это тоже вопрос, который требует обсуждения. Мы должны учитывать культурные метаморфозы, которые влияют на воспитание детей и их развитие. Также важно корректировать методы диагностики в зависимости от этих факторов.

Методологические принципы диагностики имеют значение. Важным элементом работы психолога является опора на достижения предыдущих поколений, на комплексный подход и междисциплинарную работу (Бурлакова, Олешкевич, 2020). Качественный и количественный анализ – обязательные компоненты в нашей практике (В.И.Лубовский, С.Я.Рубинштейн, Б.В.Зейгарник и др.). Детская психология, работа с семьей, ответы на экспертные запросы – это все задачи, с которыми сталкиваются психологи. В диагностике важно оценивать когнитивное и личностное функционирование ребенка, его социальную адаптацию и ресурсы, которые мы видим или не видим у ребенка. Необходимо проводить квалификацию типа развития и патопсихологического

синдрома, типа дизонтогенеза, если это возможно. Прогнозирование развития и рекомендации для изменений в связи с метаморфозом – это тоже непременный аспект работы клинического психолога с детьми и подростками, т.о. в работе всегда сопоставляется нарушенное и сохранное в развитии ребенка (Лубовский, 1989, Лубовский и др., 2016, Зейгарник, 1989, Рубинштейн, 1998).

Методы клинико-психологической диагностики обычно применяются в комплексе, среди них:

Метод анализа медицинской документации.

Метод наблюдения.

Экспериментальные и психодиагностические методики оценки когнитивной сферы (развития) - исследования мышления, памяти, внимания, умственной работоспособности.

Методики исследования эмоционально-личностной сферы и социального функционирования.

Диагностика в ходе коррекционно-реабилитационной работы (на «входе» и «выходе») (Зверева, Горячева, 2013)

Методов диагностики, конечно, много, но стоит обратить внимание на первые три. Первое – это медицинская документация, так как мы находимся в медицинском учреждении, в тесном сотрудничестве с врачами-психиатрами. Сегодня мы услышали доклад Петра Васильевича Безменова о том, как великолепно здесь, в НПЦПЗДиП им. Г.Е.Сухаревой, организована методическая составляющая. Очень хотелось бы поработать здесь психологом, чтобы увидеть, как это выглядит на практике, потому что действительно важно получать все, что возможно, из медицинской документации. Метод наблюдения – это второй момент, о котором я чуть позже скажу. Наблюдение – это наш хлеб, то, без чего не существует психолога и врача. Это обязательно. Что касается методов оценки (третий аспект), конечно, не нужно забывать про экспериментально-психологическое исследование, хотя оно может быть длительным и не всегда отвечающим на все поставленные вопросы, однако оно всегда ориентировано на запрос, состояние пациента и условия проведения диагностики. В нашей практике существуют разнообразные тесты. Необходимо отметить, что в

клинико-психологической диагностике существуют и стабильные методические средства (для всех возрастных групп и видов патологии).

Два слова скажу о наблюдении. Наблюдение дает нам возможность увидеть, как ребенок реагирует на то, как я одета, как я говорю, как он реагирует на тот стимульный материал, который мы даем, и так далее. Только непосредственное живое наблюдение предоставляет эту информацию, а если этого нет, как в телемедицине, где все это сильно опосредовано особенностями телекоммуникации, то это будет сложно оценить. Наблюдение – это важнейший навык работы специалиста.

В последние годы в связи с гуманизацией общества возникают вопросы о том, как адаптированы наши пациенты и какие методики могут быть использованы для оценки качества жизни и адаптации. Психологическая диагностика в клинике основаны на двух принципиальных подходах, это **номотетический** (количественная оценка, поиск и выявление общих закономерностей, повторяемость результатов, преимущественно психометрика как средство диагностики) и **идиографический** (качественный анализ, выявляются индивидуальные особенности, уникальность результатов, преимущественно проективные техники и методики диагностики, экспертная оценка). В нашей клинической работе мы оставляем в своем арсенале и усовершенствуем оба подхода. Мы «нащупываем», ищем и описываем особенности психического развития скорее через идиографический подход, а потом выделяем общие закономерности нарушений психики, применяя уже номотетический подход, существенный для современной доказательной науки. Однако невозможно обойтись без идиографического подхода, особенно когда речь идет о чем-то новом и неизведанном. Только через качественный анализ, как это делали учителя и коллеги, можно оценивать повторяемость результатов: если примерно одинаковая квалификация специалистов, то при оценке пациента (ребенка или взрослого, неважно), результат должен быть сходным, хотя нюансы могут быть и разными, отражая

«здесь и сейчас» для пациента и психолога. Не будем забывать о значении итогового заключения специалиста по материалам психологической диагностики, одинаково важного и для специалистов смежников (врачей, педагогов, реабилитологов и др.) и родителей наших подопечных детей и подростков с психической патологией (Зверева, Горячева, 2013, Зверева, Горячева, Зверева, 2024).

В свете обсуждаемой тематики патоморфоза психических расстройств у детей и подростков важно вспомнить актуальные задачи детской патопсихологии по В.В.Лебединскому, изложенные им в статье, опубликованной более 50 лет назад (Лебединский, 1971). Она оказала большое влияние на детскую патопсихологию. Высказанное тогда, на мой взгляд, важно и для сегодняшней темы. Обозначая среди задач детской патопсихологии поиск и анализ происхождения вторичных психологических симптомов (важно для прогноза развития при различных типах дизонтогенеза), анализ игры, ее специфики при разных типах дизонтогенеза, Лебединский открывал дорогу к современной логике определения образовательного маршрута особых детей и проведения соответствующей психокоррекционой работы, особенно подчеркивая мульти- и междисциплинарных характер детской патопсихологии. Безусловно, мультидисциплинарность и междисциплинарность в психологии сегодня подтверждаются многочисленными замечательными симпозиумами, конгрессами, конференциями.

Итак, в 21 веке прочно вошли в область интересов детской клинической психологии, расширяя задачи диагностики и сферы деятельности, следующие направления и аспекты:

- новые научные идеи и разработки (понятие онтогенеза-дизонтогенеза, пластичности детского мозга, детский психоанализ, теория системного строения психики, культурно-исторический подход, когнитивно-бихевиоральный и гештальт подход, телесно-ориентированная терапия и т.п.);
- новые средства диагностики, лечения (нейровизуализация, МЭГ, цифровые технологии диагностики, новые типы

лекарственных препаратов, диетотерапии, двигательные и физиотерапевтические практики и т.п.);
- мультидисциплинарный подход к нарушениям развития;
- диагностика по международным стандартам, обращение к международным классификациям – МКБ 10 и МКБ 11, МКФ;
- новые образовательные стратегии и технологии: индивидуальный подход и инклюзия, средства и задачи сопровождения (тьюторы и т.п.);
- новые виды патологии, обсуждаются возможности их возникновения и существования, это биологически и культурально обусловленные – аутизм, СДВГ, генетические синдромы с современной диагностикой по генотипу, ПСТР, разнообразные зависимости, «кнопочный интеллект», «экранная зависимость» и т.п.

Учение о патоморфозе психических заболеваний и его значение в детско-подростковом возрасте составляет неотъемлемую часть наших научных интересов, которая определяет, как работать, чем работать и где работать. Мы учитываем в работе все вышеперечисленное. Это новые идеи и новые средства диагностики, включая медицинскую диагностику и средства лечения. Общепринятый мультидисциплинарный подход, диагностика по международным стандартам – иногда это сложно, иногда это мешает, а иногда, наоборот, помогает. То же самое относится к новым образовательным стратегиям. Что касается новых видов патологии, это сложный вопрос. Когда собирается компания психиатров и психологов, обсуждается, что новенькое, а что – это просто новый вариант зависимости, например.

Если отвечать на вопрос относительно новых задач клинико-психологической диагностики в условиях метаморфоза психических расстройств у детей и подростков, то, на мой взгляд, принципиально новых задач нет, идет планомерное и естественное диалектическое развитие детской клинической психологии. Наш способ работы предполагает, что мы адаптируемся к изменениям, как в задачах, так и в средствах диагностики, формах работы и заключениях. Однако, как

человек, который формировался до эпохи стандартизации, широкого внедрения логики доказательной науки, полагаю, что психологи могут столкнуться с более жесткой регламентацией спектра применяемых методик, заданий и тестов, а также возникновением новых требований к определению новых задач. Посмотрим, как это будет развиваться. Главное – не терять возможности для количественного и качественного подхода в условиях патоморфоза и культурных изменений в нашей жизни и у специалистов, и у наших подопечных.

Зинченко М.В.

Инструменты формирования гражданско-патриотического воспитания подростков с интеллектуальной недостаточностью и тяжелыми множественными нарушениями развития

ГКОУ г. Москвы «Специальная (коррекционная) общеобразовательная школа-интернат № 79», Москва, Россия

Аннотация. В статье раскрываются некоторые аспекты особенностей обучения детей с умственной отсталостью, тяжелыми множественными нарушениями развития (далее – ТМНР) в парадигме современных тенденций развития коррекционной школы.

Систематизированы и описаны некоторые результаты влияния обучения на формирование предпосылок к гражданско-патриотическому воспитанию у обозначенной категории обучающихся. Освещен опыт педагогов по интеграции результатов освоения специальных индивидуальных программ развития (далее – СИПР) для обучающихся с ТМНР разных лет обучения в процесс гражданско-патриотического воспитания.

В заключении выделены ключевые факторы, имеющие значение для успешного обучения детей с ТМНР на формирование предпосылок к гражданско-патриотическому воспитанию. Статья будет полезна классным руководителям, педагогам специального и массового образования.

Ключевые слова: Новые компетенции учителя класса для детей со сложной структурой дефекта, особые образовательные потребности, дети с ОВЗ, патриотическое воспитание.

Глобальные процессы изменений системы образования России, в том числе, в сфере специального (коррекционного) обучения детей с особыми образовательными потребностями, обуславливают более высокие требования к профессиональным,

личностным и даже управленческим компетенциям педагогов, работающих с детьми с ТМНР.

В 2020 году Президент России В.В. Путин подписал Федеральный закон, закрепляющий направление воспитания на формирование у обучающихся «чувства патриотизма и гражданственности, уважения к памяти защитников Отечества и подвигам героев Отечества, к закону и правопорядку, человеку труда и старшему поколению, взаимного уважения, бережного отношения к культурному наследию и традициям», к природе и окружающей среде.

Наличие у ребенка интеллектуальной недостаточности не может изменить общей идейной направленности обучения и воспитания. Исходя из возможностей каждого ребенка, мы подбираем уровень решения воспитательных задач. Общая идейная направленность в воспитании обучающихся специальной (коррекционной) школы остается такой же, как и для массовой школы. Однако уровень решения воспитательных задач будет иным, более элементарным.

В нашей школе система гражданско-патриотического воспитания детей с ТМНР учитывает особенности их психофизического развития. Она позволяет удовлетворить потребности подростка в полноценном развитии как личности, помогает войти в современный мир, приобщиться к его ценностям через расширение представлений о родном городе и родной стране, в которой он живет.

Сложность гражданско-патриотического воспитания у детей с ТМНР состоит в том, что «патриотизм» – это созерцательно-активное чувство, во многом зависящее от индивидуально-психологических особенностей личности. А результат педагогического воздействия не так ощутим, как у нормотипичных сверстников.

Гражданско-патриотическое воспитание детей с ТМНР осложнен ввиду ограниченного жизненного опыта, характера и объема усвоенных знаний, проблем со слухом, зрением, развитием речи, памятью, короткого периода концентрации, трудностей запоминания новых понятий, умения обобщать, рассуждать и другими факторами.

В качестве компенсации объективных дефицитов по гражданско-патриотического воспитанию и усиления вариативности воспитывающей среды, нами реализуется школьный долгосрочный проект «Я помню, я горжусь». Цель проекта – формирование у подростков значимых качеств, навыков поведения и готовности к активному и адекватному их проявлению в различных сферах общественной жизни.

Задачу создания условий для воспитания гармонично развитой и социально ответственной личности на основе духовно-нравственных ценностей народов России, исторических и национально-культурных традиций реализует, в первую очередь, классный руководитель, являющийся той «скрепкой», которая объединяет и направляет деятельность специалистов службы психолого-педагогического сопровождения с учебно-воспитательным процессом, поскольку в соответствии с новеллами законодательства об образовании , классный руководитель – организатор сотрудничества педагогов и социальных партнеров в построении эффективной воспитательной системы школы.

Подростки, участвующие в проекте, владеют речью на различных уровнях. Есть обучающиеся, не пользующиеся активной речью, имеющие спонтанные и произвольные вокализации, звукоподражания, эхолаличную речь, отдельные слова или фразовую речь с аграмматизмами. Степень использования экспрессивной речи как средства общения у всех разная. Часть детей пользуется жестами.

Эффективность процесса гражданско-патриотического воспитания детей обуславливается, прежде всего, тесной связью с выполнением общеобразовательных задач. В связи с этим мы разработали систему интеграции применения результатов обучения по учебным предметам: Речь и альтернативная коммуникация, Человек, Профильный труд, Окружающий социальный мир, Музыка и движение; коррекционных курсов: Предметно-практические действия, Сенсорное развитие; на внеурочных занятиях; мероприятиях; во время режимных моментов и проведении совместных динамических перемен.

В ходе реализации мероприятий проекта дети овладевают такими умениями как: действовать совместно со взрослым; выполнять задания по подражанию и образцу; произносить правильно отдельные звуки, слоги, слова и фразы; соотносить предмет с необходимым словом, первой буквой, с которой это слово пишется; находить картинки, предметы, в которых есть изучаемый звук; выражать свои желания средствами вербальной и невербальной коммуникации; называть / показывать с помощью указательного жеста предмет, картинку (предметы, действия, признаки), изображение слова; записывать цифры, печатные буквы, слова.

Наша практика оказывает видимое эмоциональное воздействие музыки, песен, стихов, фрагментов фильмов на общее развитие ребят.

Учитывая специфику развития детей с ТМНР, мы создали систему неурочной деятельности, во время которой не просто передаются знания, но создаются микроситуации, в которых дети решают задачи по формированию уважения к истории и культуре многонациональной России, Москвы, к традициям народа; по воспитанию чувства уважения к Государственному флагу, гербу и гимну России, Москвы, военной символике и реликвиям; по воспитанию обучающихся в духе уважения к Конституции Российской Федерации, законности, нормам общественной жизни.

Наши ребята находятся пять дней в интернате с круглосуточным пребыванием, но влияние семьи велико. С возрастом оно ослабевает, но никогда не утрачивается полностью, обеспечивая преемственность традиций. Тесная связь с родителями поддерживается посредством информирования о возможностях детей, их результатах, успехах и неудачах. Это вдохновляет родителей на продолжение работы по социализации дома, что повышает эффективность образовательной и воспитательной работы.

В процессе планирования коррекционной работы по реализации проекта важно продумывать способы передачи общественного опыта, виды и степень помощи каждому подростку.

Мы стараемся создавать благоприятный психологический климат в образовательном процессе, применяем личностно значимые способы учебной работы, индивидуальные задания разных типов и уровней.

Учитывая задачи проекта, нами была применена модель наставничества – паритетное взаимодействие в форме индивидуальных консультаций. Для нас это стало источником нематериальной мотивации: в процессе реализации проекта мы оказывали друг другу теоретическую, методическую и даже психологическую помощь, что помогает обеспечивать нам комфортные условия работы.

Наш опыт по интеграции результатов освоения СИПР для обучающихся с ТМНР разных лет обучения доказал свою эффективность в формировании основ гражданско-патриотического воспитания, в повышении социализации детей. Работа по систематизации и формализации полученных результатов продолжается.

Иванова М.А.

Консультативно-методическая помощь учителя-логопеда для родителей обучающихся с ОВЗ

ГКОУ г. Москвы «Специальная (коррекционная) школа № 571», Москва, Россия

Аннотация. В статье приводится коррекционно-развивающая работа с с обучающимися с ОВЗ из практического опыта работы учителя-логопеда. Описывается преемственность в речевой работе учителя-логопеда в коррекционной (специальной) школе и роль семьи в процессе оказания коррекционной помощи.

Ключевые слова: обучающиеся, игра, артикуляционная гимнастика, фонетическая ритмика, рекомендации для родителей.

Пять дней в неделю ребенок «живет» в детском коллективе школы и учиться взаимодействовать с другими детьми, с взрослыми в процессе совместных занятий, игр, в трудовой деятельности, в свободное время. Будущее ребенка зависит в равной степени и от умелого подхода педагогического состава школы к обучению и воспитанию и от умелого подхода к этому родителей.

Личностно-ориентированный подход один из направлений в работе с детьми и их родителями учителя-логопеда в ГКОУ СКШ № 571.

В эпоху цифровых технологий, родители часто не знают, чем занять ребенка в свободное время дома. Учителем-логопедом для родителей даются рекомендации поиграть в игры. Например, в игре «Чудесный мешочек» ребенок должен на ощупь узнать и назвать предмет, лежащий в мешочке по пройденным лексическим темам. У обучающихся в игре развивается тактильное восприятие. Отгадывая предметы и описывая их, они подбирают соответствующие признаки. Расширяется словарный запас, развивается фразовая речь.

Вначале это короткое предложение «Это помидор», затем добавляются признаки предмета «Это красный помидор» или «Это большой помидор» и др.

Преемственность в речевой работе коррекционной (специальной) школы и семьи учителем-логопедом проводится занятие-консультация по обучению родителей правильному проведению с детьми артикуляционной гимнастики дома в свободное время. Учитель-логопед сначала сам, а потом с ребенком демонстрирует артикуляционные упражнения. Так же могут быть даны карточки с картинками-упражнениями по выполнению артикуляционной гимнастики. Артикуляционную гимнастику рекомендуется начинать с основных движений и положений губ, языка, вырабатывать направленную воздушную струю. Основные упражнения, которые необходимы для четкого, правильного произношения всех звуков проводятся в игровой форме. Например, окошко, месим тесто, заборчик, дудочка, блинчик, часики, орешки, слоник пьет, шарик и т.д. На основе приобретенных обучающимся простейших навыков движения органов артикуляционного аппарата постепенно развиваются, совершенствуются.

Рекомендации для родителей по развитию звукопроизносительной стороны речи обучающихся включают фонетический и речевой материал с гласными звуками [а], [о], [у], [э], [и]. Приведем описания примерных движений гласных звуков, которые используются нами при вызывании и постановке звуков с помощью фонетической ритмики. Взрослый выполняет движения вместе с детьми.

Звук [а]: руки перед грудью, произнося звук а_, широко, плавно развести руки в стороны; руки в стороны, произнося звук а_, руки плавно опустить вниз; руки и голова опущены, плавно развести руки в стороны и поднять голову – а_.

Звук [о]: руки в стороны, произнося звук о_, руки плавно округло соединить перед грудью (над головой).

Звук [у]: руки перед грудью, кисти обращены друг к другу, произнося звук у_, плавно вытянуть напряженные руки вперед.

Звук [э]: руки вытянуты вперед на уровне плеч, произнося звук э_, напряженные руки медленно согнуть в локтях, приблизить к плечам.

Звук [и]: кисти рук у плеч, произнося звук и_, очень напряженные руки поднимать вверх; педагог может за пальчики как бы тянуть детей все выше.

При контроле над произношением учитель-логопед проводит консультацию с родителями по тактильно-вибрационному контролю у ребенка. Например, при произношении взрывных согласных звуков [п], [т], [к] ребенок может осязать толчок воздуха на поднесенной ко рту руке. Можно осязать направленную косо вниз обильную теплую струю воздуха глухие фрикативные согласные звуки [с], [ш], [х] на поднесенной ко рту руке. Согласные звуки [ф], [в], несколько выше уровня рта поднесенной ко рту руке, можно осязать сильную холодную струю воздуха, направленную косо вверх.

Аффрикаты – звуки [ц], [ч] можно осязать резкий толчок теплой струи воздуха, при поднесенной ко рту рукой.

Произнося носовые звуки [м] или [н] ребенок прикладывает палец одной руки к крылу носа взрослого, а палец другой руки – к своему носу. При протяжном произнесении н он отчетливо ощущает вибрацию крыльев носа.

Боковой согласный звук [л]: с помощью осязания воспринимаются вибрация гортани и слабый выдох изо рта.

Вибрант [р]: на поднесенной ко рту руке можно ощущать толчкообразное движение выдыхаемого воздуха; приложенной к гортани рукой можно воспринимать вибрацию, обусловленную работой голосовых складок.

Взрывной звонкий согласный звук [б]: можно предложить обучающемуся дуть через пассивно сближенные губы. Обратить внимание ребенка, что щеки и губы при этом раздуваются. Для осуществления контроля ко рту должна быть поднесена рука или полоска бумаги.

Взрывные звонкие согласные звуки [д], [г]: приложив руку ребенка к своей гортани, взрослый обращает его внимание на вибрацию гортани при звуке [д] или [г].

Фрикативный звонкий согласный звук [з]: можно осязать рукой холодную струю воздуха, направленную косо вниз, а при произнесении звука [ж] можно ощущать на руке обильный теплый выдох.

При выборе направлений в коррекционно-педагогическом воздействии в логопедической работе с обучающимися с ОВЗ нами была использована с нашими модификациями методика Е.А. Екжановой, О.И. Азовой, А.К. Аксеновой, Э.Б. Якубовской, Е.В. Мазановой, Т.Н. Новиковой-Иванцовой, С.С. Яворович и др. Важными направлениями мы выделяли активное понимание речи, приемы подражательного развития при произношении различных сочетаний звуков, формированию познавательной деятельности, развитие двигательной активности и др. Для развития произношения отдельных звуков и звукосочетаний ребенку предлагается произносить самостоятельно и отраженно звуки, слоги, слова с определенным звуком в начале, в середине и в конце слов. В случае затруднения прибегали к отраженному произнесению звукоподражаний, использовали прием мнемотехники в виде картинок-звукоподражаний. Например, на звук [а]: «Скажи, как плачет девочка (а-а), как мальчик кричит (а-а), как девочка лялю качает (а-а)».

Для закрепления звукосочетаний ребенку демонстрируются картинки-звукоподражания: «Скажи, как как плачет малыш (ау), как кричат дети, если потерялись в лесу (ау) и др. Данная технология позволяет повторять слоги многократно чередуя картинки-звукоподражания.

Таким образом, комплексный подход в консультативно-методической помощи учителя-логопеда для родителей обучающихся с ОВЗ помогает успешному усвоению школьного программного материала.

Корнеева З.Ю.[1], Ганин И.П.[1], Соколов А.В.[2,3], Васильев А.Н.[1]

Особенности реакции ЭЭГ в ответ на специфические стимулы у пациентов с нервной анорексией

1 ФГБОУ ВО МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва
2. ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ, Москва
3. ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва

Аннотация. С использованием метода вызванных потенциалов на группе пациентов (20 девушек) с диагнозами нервной анорексии показано увеличение вариативности ранних компонентов N180 и N250 у пациентов по сравнению с контрольной группой (16 девушек) в задачах внимания к зрительным стимулам. У пациенток с нервной анорексией так же выявлено увеличение латентностей: волны N400 в ответ на эмоционально-значимые стимулы, P300 в реакциях на целевые стимулы в буквенной матрице, уменьшение амплитуды P300 в ответ на целивые стимулы в обоих типах заданий. Показана возможность диагностирования пациентов с анорексией на основе ЭЭГ-реакций внимания к зрительным стимулам. Такая система позволила с высокой точностью отнести участников исследования к категории пациентов с нервной анорексией или здоровых людей.

Ключевые слова: вызванные потенциалы, интерфейс мозг–компьютер, зрительные стимулы, эмоционально-значимые стимулы, нервная анорексия.

Метод зрительных вызванных потенциалов, или зрительных ВП - один из подходов в нейрофизиологии, основанный на регистрации и усреднении реакций мозга в ответ на многократное предъявление визуальных стимулов. Метод позволяет неинвазивно изучать многие аспекты внимания и восприятия, происходящие в масштабе миллисекунд.

Как правило, при анализе ВП оценивают амплитуду и латентный период. Однако эти характеристики неодинаковы от одного измерения к другому. Эту степень изменчивости называют вариативность [2,3,9]. Известно, что все три перечисленных показателя могут изменяться при наличии различных заболеваний. Мы предположили, что ряд особенностей ВП можно обнаружить у людей с нарушениями в эмоциональном восприятии и системе ценностей [4,6-8,10]. В качестве такой группы нами ранеее уже были выбраны пациенты с нервной анорексией [1].

Нервная анорексия (НА) – наиболее опасное заболевание из группы расстройств пищевого поведения, особо распространенное среди девушек в возрасте 15–24-х лет [5]. С 2000-х годов заболеваемость резко возросла и в настоящее время не наблюдается тенденции к ее спаду. Исследование характеристик вызванных потенциалов при НА может помочь лучше понять, как психофизиологию пациентов с расстройством, так и механизмы изменения характеристик. Также результаты работы могут быть полезны для контроля эффективности лечения людей с нервной анорексией.

Целью нашей работы было изучение ЭЭГ-реакций в ответ на предъявление зрительных стимулов различной значимости пациентам с «Нервной анорексией» и выявление потенциала использования характеристик ВП в диагностике для указанной группы пациентов.

Для достижения этой цели мы поставили **задачи**: 1) изучить особенности ВП пациентов и 2) контрольной группы в ответ на предъявление стимулов различной значимости, 3) а также выявить возможность диагностирования пациентов на основе характеристик ВП.

Методика

Участницами нашего исследования стали 36 девушек в возрасте от 11 до 17 лет. 20 из них пациенты с диагнозами «Нервная анорексия» F50.0 и «Атипичная нервная анорексия» F50.1 проходивших лечение в НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой

ДЗМ, 16 – нейротипичные школьницы в составе контрольной группы того же возраста.

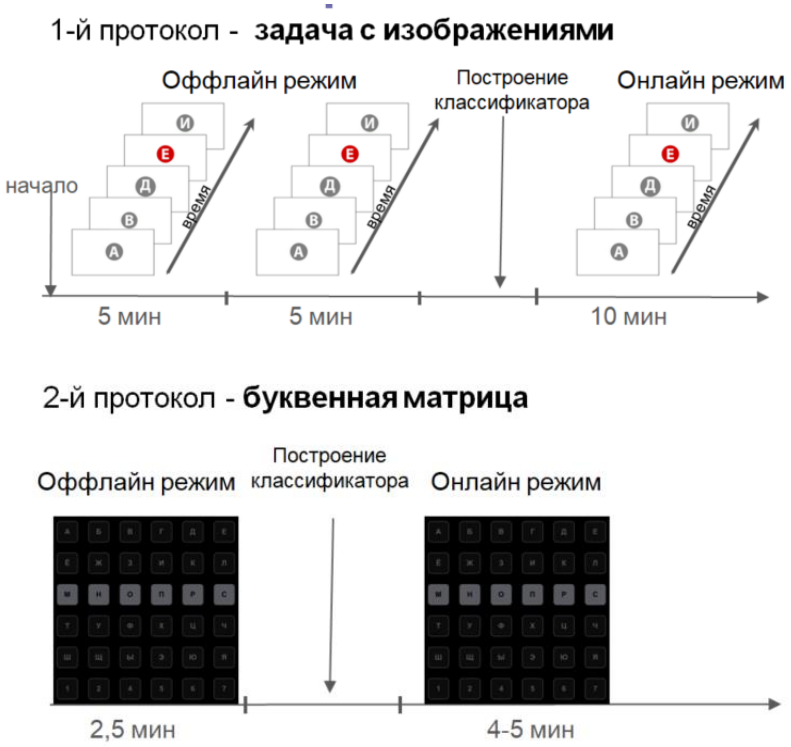


Рис. 1 Общая схема эксперимента, включающая 2 протокола

Рис. 2 Сигнал ЭЭГ регистрировали в 30 электродах

Мы хотели понять, связано ли возможное изменение характеристик ВП у пациентов с эмоциональной значимостью стимула, поэтому использовали два протокола – в одном в качестве стимулов использовали изображения, а в другом - буквы в матрице. Нам было важно поддерживать заинтересованность пользователей, поэтому ВП анализировали в реакциях, полученных в процессе работы с интерфейсом мозг-компьютер с возможностью набирать текст.

В первом протоколе мы использовали стимулы, субъективно значимые для пациентов с НА (Рис.3). Стимул представлял собой букву на фоне изображения женской части тела с ИМТ визуально меньше нормы (для эмоционально значимых изображений) или соответствующих нормальному (для нейтральных). Стимульные последовательности состояли из 2-х эмоционально-значимых стимулов и 8 нейтральных. Изображение целевого стимула всегда было нейтральным. Стимулы выглядели так:

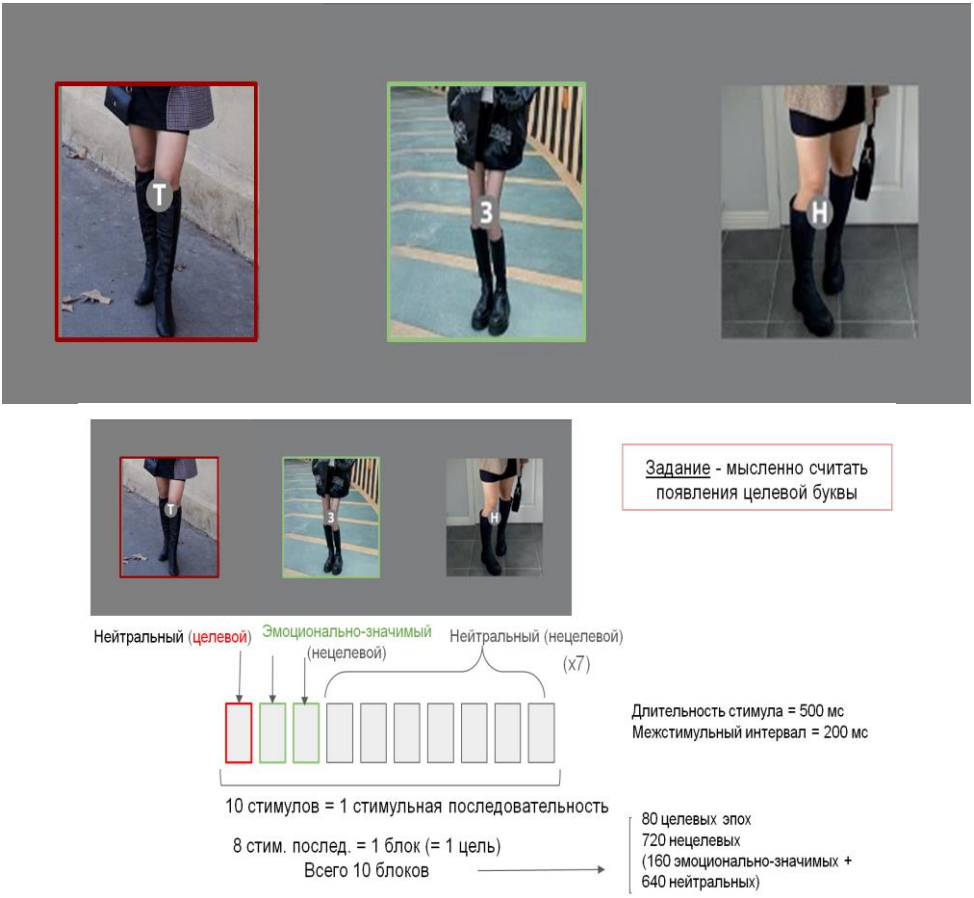


Рис. 3 Задача с изображениями (сверху примеры стимулов увеличены)

Участнику многократным подмигиванием указывали целевой стимул, букву которого просили запомнить. Задача участников заключалась в мысленном подсчете только целевых букв. После окончания подсчета назначалась новая цель, и испытуемый повторял задание. Далее обучали классификатор, после чего испытуемый мог вводить буквы с помощью

интерфейса мозг–компьютер (ИМК), просто фокусируя внимание на подсчете нужной ему буквы.

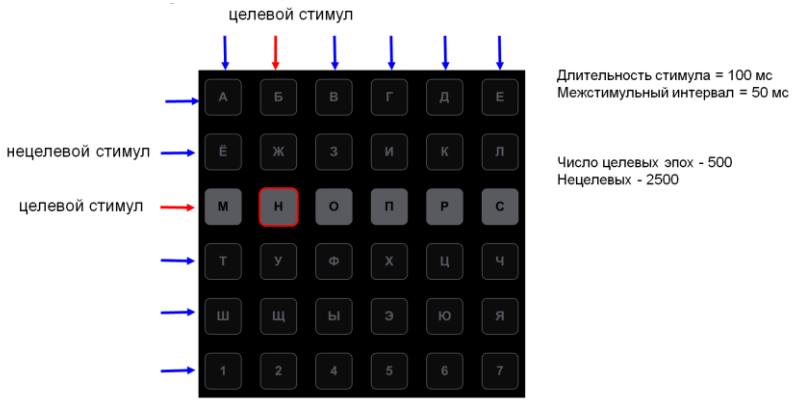


Рис. 4 Буквенная матрица

Второй протокол (Рис.4). Графический интерфейс ИМК - буквенная матрица размером 6х6. Стимулами служили подсветки строк и столбцов.

При стимуляции в данном протоколе сохранялся общий принцип с мысленным подсчетом миганий целевых букв, с тем отличием, что отсутствовали изображения и участнику было необходимо подсчитывать число подсветок целевой ячейки. По аналогии с предыдущим режимом, обучали классификатор и переходили к онлайн режиму с набором букв.

Последующая обработка ЭЭГ включала удаление артефактов, выделение компонентов ВП и анализ их характеристик. На основе наиболее различающихся между группами компонентов и их характеристик моделировали предсказание класса участников – пациенты и контроль (Рис.5).

Рис. 5 Анализ данных

Результаты иследования и их обсуждение

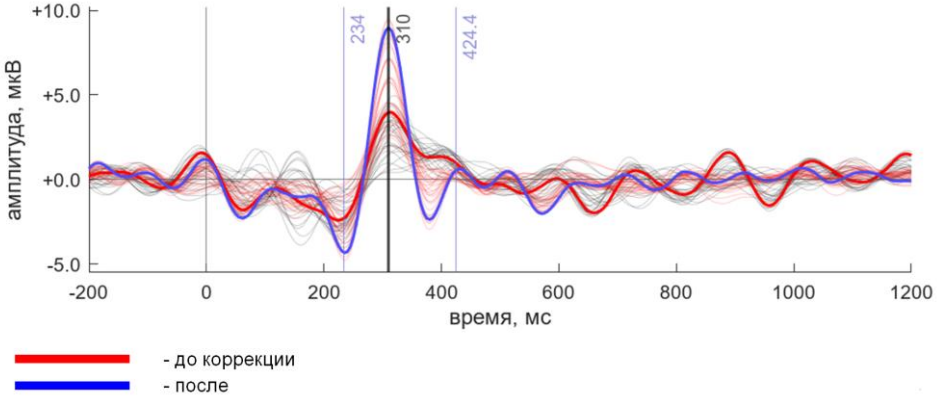


Рис. 6 Сравнение амплитуды P300 до и после коррекции латентности

Перед оценкой степени вариативности мы продемонстрировали сам феномен и его влияние на форму ВП. Мы определяли пики ВП для отдельных предъявлений

стимулов, а затем сдвигали единичные эпохи так, чтобы пики в них совпадали. Затем все эпохи усредняли. Коррекция латентности привела к увеличению амплитуды пика (Рис.6,7).

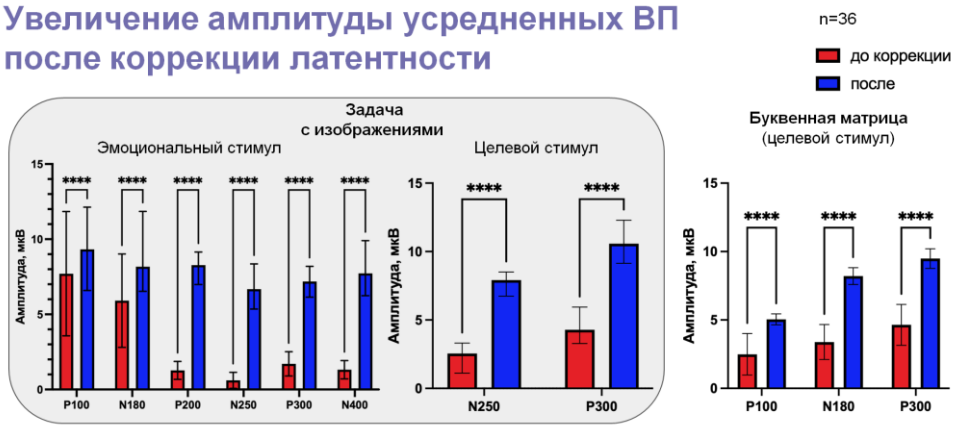


Рис. 7. Увеличение амплитуды усредненных ВП после коррекции латентности

Мы оценили характеристики ВП и сравнили их между группами. Пример усредненных реакций участников на целевой стимул в задании с изображениями. Даже визуально заметно, что амплитуда P300 снижена у пациентов по сравнению с контролем (Рис.8).

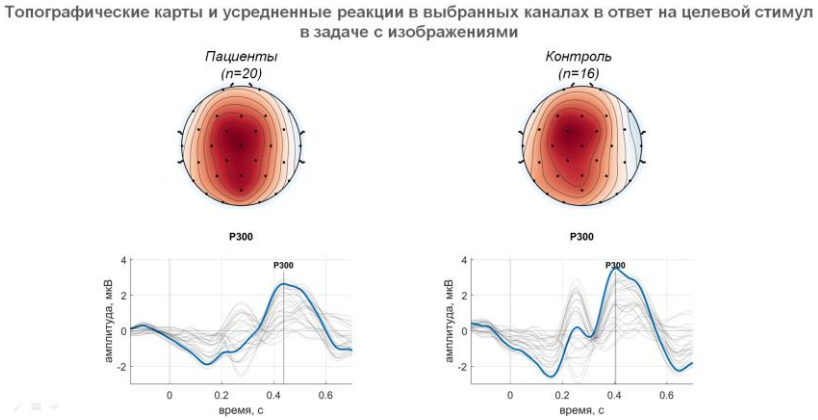


Рис. 8. Сравнение характеристик P300 между группами.

Аналогично, мы получили различия для некоторых других компонентов ВП в обоих типах заданий (Рис.9).

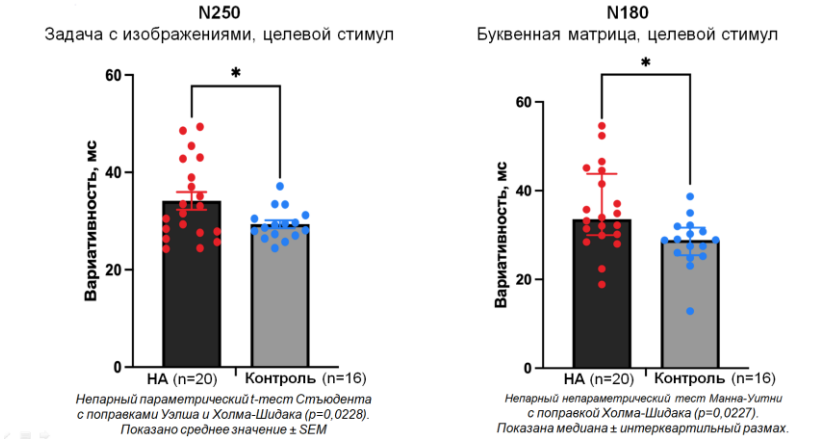


Рис. 9. Увеличение вариативности N250 и N180 при нервной анорексии

Большая вариативность была выражена у пациентов для компонента N250 в задании с изображениями и N180 в буквенной матрице. Мы считаем, что повышенная вариативность N250 может быть связана с меньшей значимостью для пациентов целевых стимулов по сравнению с

эмоциональными. На вариативность N180 могла повлиять сложность в удержании зрительного фокуса.

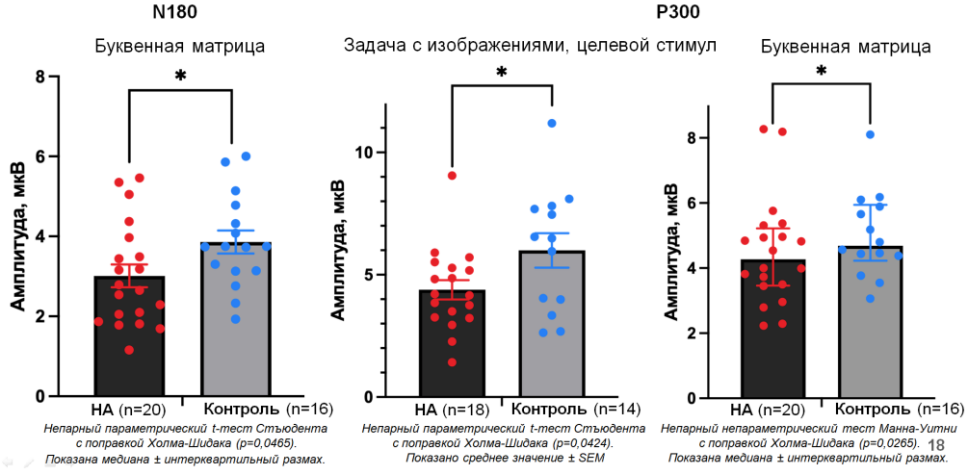


Рис. 10. Сниженная амплитуда P300 и N180 при нервной анорексии

Амплитуда компонента P300 в ответ на целевые стимулы была снижена у пациентов вне зависимости от типа задания (Рис.10). Предположительно, результат связан с базово повышенным уровнем возбуждения, из-за которого у пациентов возникают трудности в восприятии и обучении. На снижение амплитуды N180 мог повлиять эффект вариативности, проиллюстрированный ранее.

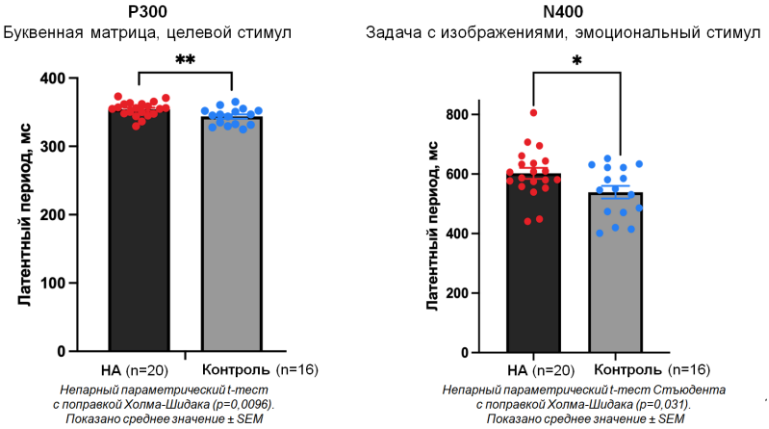


Рис. 11. Увеличенная латентность P300 и N400 при нервной анорексии

Кроме того, в ответ на эмоционально-значимые стимулы у пациентов обнаружена увеличенная латентность компонента N400 и в ответ на целевые стимулы в буквенной матрице - P300. Поскольку латентность поздних компонентов отражает скорость когнитивной обработки, данные результаты согласуются с приведенными ранее. В отношении N400 можно также добавить, что эмоционально-значимый стимул оттягивал на себя фокус внимания пациентов, из-за чего оценка информации о букве происходила с задержкой, вторично по отношению к содержанию изображения.

Характеристика	Компонент	Сравнение с контролем	Задание	Тип стимула
Вариативность	N250	↑	Задача с изображениями	Целевой
	N180		Буквенная матрица	
Амплитуда	P300	↓	Задача с изображениями	
			Буквенная матрица	
	N180		Буквенная матрица	
Латентность	P300	↑	Буквенная матрица	
	N400		Задача с изображениями	Эмоциональный

Рис. 12. Сравнение характеристик компонентов ВП пациентов и контрольной группы

Таким образом, в межгрупповом анализе получили следующие различия: по сравнению с контролем у пациентов была повышена вариативность N250 и N180, снижена амплитуда P300 и N180, и увеличена латентность P300 и N400 (Рис.12)

Рис. 13. Классификация: предсказание категории испытуемого (здоровые/пациенты)

Определив, какие из характеристик ВП различаются между группами, мы применили данные на практике, попробовав разделить участников на пациентов и здоровых людей на основе этих признаков. В нашей работе 16 из 18 пациентов были классифицированы верно, либо не отнесены ни к одной из групп. В контрольной группе ни одному из участников диагноз не был поставлен ошибочно (Рис.13).

Выводы

1. Вариативность латентности единичных ответов на зрительные стимулы уменьшает амплитуду компонентов ВП в задачах на активное внимание как у пациентов с диагнозом нервная анорексия, так и у здоровых испытуемых.
2. Показано увеличение вариативности ранних компонентов N180 и N250 в целевых ответах у пациентов с анорексией в сравнении с группой здоровых участников в задачах внимания к зрительным стимулам.
3. У пациентов с анорексией по сравнению со здоровыми испытуемыми обнаружено увеличение латентности волны N400 в ответ на эмоционально-значимые стимулы с изображением худых частей тела, увеличение латентности волны P300 в реакциях на целевые стимулы в буквенной матрице и уменьшение амплитуды P300 в ответ на целевые стимулы в обоих типах заданий.
4. Показана возможность диагностирования пациентов с анорексией на основе ЭЭГ-реакций внимания к зрительным стимулам: такая система позволила с высокой точностью отнести участников исследования к категории пациентов с нервной анорексией или здоровых людей.

Литература

1. Ганин И. П., Косиченко Е. А., Соколов А. В., Басова А.Я. и др. Адаптация технологии интерфейсов мозг-компьютер на волне P300 для оценивания состояния больных нервной анорексией // Вестник Российского Государственного медицинского университета. 2019. № 2. С. 36– 43.

2. Ганин И. П., Васильев А.Н., Глазова Т.Д., Каплан А.Я., Источники и значимость вариативности потенциалов мозга человека в интерфейсе мозг–компьютер Вестник Российского Государственного медицинского университета 2023; 2: 40-47. [doi: 10.24075/brsmu.2023.013]
3. Гнездицкий В. В. Вызванные потенциалы мозга в клинической практике: Изд. Таганрогского радиотехнического унтверситета, 1997. 252 с.
4. Al-Nafjan A. и др. Review and Classification of Emotion Recognition Based on EEG Brain-Computer Interface System Research: A Systematic Review // Applied Sciences. 2017. Т. 7. № 12.
5. Alsheweir A. и др. Prevalence of Eating Disorders and Disordered Eating Behaviours amongst Adolescents and Young Adults in Saudi Arabia: A Systematic Review // Nutrients. 2023. Т. 15. № 21.
6. Berchio C., Kumar S. S., Micali N. EEG Spatial-temporal Dynamics of Resting state Activity in Young Women with Anorexia Nervosa: Preliminary Evidence // Brain Topogr. 2024. Т. 37. № 3. С. 447–460.
7. Blechert J. и др. Electrocortical processing of food and emotional pictures in anorexia nervosa and Bulimia Nervosa // Psychosom Med. 2011. Т. 73. № 5. С. 415–421.
8. Gonsalvez C. J. и др. Target-to-target interval, intensity, and P300 from an auditory single-stimulus task // Psychophysiology. 2007. Т. 44. № 2. С. 245–250.
9. Kappenman E., Luck S. The Oxford Handbook of Event-Related Potential Components. , 2012. 664 с.
10. Micoulaud Franchi J.-A. и др. Electroencephalographic neurofeedback: Level of evidence in mental and brain disorders and suggestions for good clinical practice. // Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology. 2020.

Кузьминова М.В.

Психосоциальное лечение как фактор личностного и социального восстановления в условиях патоморфоза психических заболеваний

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

Аннотация. В последние десятилетия психические расстройства претерпели значительный патомофоз, что проявляется в нескольких ключевых аспектах, обусловленных влиянием биологических и социальных факторов, а также за счет появления новых методов психосоциальной реабилитации и развития и психофармакологии. В статье затрагивается вопрос негативного влияния социальных факторов в детстве и подростковом возрасте на риск возникновения психических расстройств и рассматривается протективная роль длительного комплексного психосоциального лечения в личностно-социальном восстановлении пациентов с психическими заболеваниями. Показано, что длительное комплексное психосоциальное вмешательство способствует снижению стресса в результате выработки адекватных копинг-стратегий, снижению выраженности негативной и общей психопатологической симптоматики, повышению устойчивости мозга. Обсуждаются также некоторые биологические механизмы, лежащие в основе эффективности психосоциальной реабилитации. Выводы подчеркивают значимость длительных психосоциальных программ в улучшении клинического состояния и качества жизни пациентов с шизофренией.

Ключевые слова: психосоциальное лечение, социальные факторы, патоморфоз психических расстройств

Психическое здоровье человека формируется под воздействием множества факторов, среди которых социальная среда играет одну из ключевых ролей. В последние десятилетия психические расстройства претерпели значительный патомофоз,

что проявляется в нескольких ключевых аспектах, обусловленных влиянием биологических и социальных факторов, а также за счет появления новых методов психосоциальной реабилитации и развития и психофармакологии. Так, реже наблюдаются ярко выраженные психотические эпизоды, продуктивная симптоматика стала менее интенсивной и продолжительной, что связано с ранней диагностикой и доступностью терапии антипсихотиками. На первый план все чаще выходят апатия, абулия, социальная изоляция и когнитивные нарушения. У пациентов наблюдается рост частоты рецидивов на фоне низкой комплаентности и в случае недостаточной социальной поддержки, чаще встречаются коморбидные состояния.

Социальные факторы, начиная с самого раннего детства, оказывают глубокое влияние на развитие личности, ее психосоциальное становление и устойчивость к стрессу. Неблагоприятные социальные взаимосвязи, в том числе, внутрисемейные, связаны с риском возникновения психических заболеваний. Нарушение социальных взаимодействий крайне значимо в детстве и подростковом возрасте, так как именно в этот период формируются фундаментальные основы психического здоровья. В раннем детстве ребенок наиболее восприимчив к влиянию различных социальных факторов, так, как и мозг еще не завершил свое формирование и остается уязвимым для внешних воздействий. Именно в этот период происходит становление личности и психосоциального развития индивидуума. Воздействие в этот период неблагоприятных социальных факторов, таких как депривация (сенсорная, эмоциональная, социальная), физическое п психологическое насилие, неблагоприятные внутрисемейные отношения с предвзятым отношением и отвержением, чувство недостаточной связи с другими людьми, одиночество, оставляет значительный след, влияя на развитие нейронных структур и функций мозга, повышая риск развития психических расстройств. Показано, что после перенесенной в детстве психологической травмы и пережитого стресса возрастает риск развития психических заболеваний во взрослом возрасте, таких как шизофрения,

биполярное расстройство, депрессия и алкоголизм. Однако помимо негативного воздействия социальные факторы могут иметь протективный эффект, особенно в контексте психосоциального лечения.

Цель исследования заключалась в изучении влияния неблагоприятных социальных факторов в детстве на возникновение психических расстройств шизофренического спектра, а также роли длительного комплексного психосоциального лечения в личностно-социальном восстановлении.

Пациенты и методы. Обследовано 100 пациентов с расстройствами шизофренического спектра, из них 51 человек 1 группа – участники длительной комплексной программы психосоциальной реабилитации в сообществе (длительность психосоциального лечения 3,7±2,5 года), 2 группа – 49 больных, у которых психосоциальное вмешательство было менее интенсивным и продолжительным (40,3±6,5 дней). Методы включали клинико-психопатологический, статистический, психометрический подходы с использованием шкал PANSS, шкала апатии AES (Apathy Evaluated Scale), опросник жизнестойкости, адаптированный Алфимовой-Голимбет (2012), индикатор копинг-стратегий (Coping Strategy Indicator, CSI), адаптированный Ялтонским В.М, Сиротой Н.А., 1994.

Результаты. Детство и подростковый возраст – периоды максимальной уязвимости к неблагоприятным социальным воздействиям, приводящим к психическим расстройствам. К числу ключевых социальных факторов-стрессоров у пациентов обеих групп относились: постоянные конфликты, физическое и вербальное насилие в семье (71,1%), гиперопека со стороны близких с ущемлением прав пациента (45,9%), пренебрежение со стороны родителей (31,6%), что приводило к серьезной психологической травме, стигматизации и изоляции. Имели место также негативные межличностные отношения со сверстниками (67,5%), отторжение, насмешки в школе (42,3%). Сексуальное насилие в детстве и подростковом возрасте перенесли 4,3% обследованных. В условиях патоморфоза шизофрении, когда заболевание протекает преимущественно с

негативной симптоматикой, когнитивными нарушениями, особую роль приобретают психосоциальные подходы, которые фокусируются на борьбе с негативными и когнитивными нарушениями

Из научных источников известно, что психосоциальное лечение способствует повышению стрессоустойчивости, эмоциональной стабильности. Психосоциальная реабилитация снижает выраженность негативных симптомов, когнитивных расстройств и уровня самостигматизации пациентов. Психосоциальное лечение помогает восстановить социальные навыки, улучшить взаимодействие и в целом способствует хорошему уровню социальной адаптации и психосоциального восстановления. Оно помогает построить эффективный альянс врач-пациент, что важно для успешного лечения, создания у пациента субъективной модели выздоровления и повышения его комплаенса. Кроме того, длительное психосоциальное лечение способствует положительным иммунологическим изменениям, которые снижают нейровоспаление, лежащее в основе психических расстройств, а также эпигенетическим изменениям, регулирующим активность генов без изменений в структуре ДНК.

Так, у пациентов первой группы, прошедших длительное комплексное психосоциальное лечение, отмечалось более благоприятное течение психических расстройств, редкие рецидивы и менее выраженная психопатологическая симптоматика. Достоверных значений достигли различия в плане негативной симптоматики, в частности, в группе длительной психосоциальной реабилитации были менее выражены притупление аффекта, нарушения абстрактного мышления и эмоциональная безучастность, в то время как во второй группе, где психосоциальная реабилитация была краткосрочной, наблюдались более выраженные аутистические тенденции (табл.1).

Таблица 1. Показатели PANSS по группам.

Показатели негативной субшкалы PANSS	1 группа **(M±m) баллы**	2 группа **(M±m) баллы**
Притупление аффекта	2.8±1.01	**3.1±1.12**
Эмоциональная безучастность	2.8±0.98	**3.2±0.90**
Малоконтактность	2.6±1.09	2.6±1.26
Пассивно-апатическая отрешенность	2.7±1.00	2.8±1.00
Нарушения абстрактного мышления	2.5±1.57	**2.8±1.34**
Нарушения спонтанности, плавности речи	2.3±1.34	2.5±1.50
Стереотипное мышление	2.3±1.39	2.5±1.45
Показатели общепсихиатрической субшкалы PANSS		
Соматизация	1,8±0,99	2,1±0,98
Тревожность	2,2±1,06	2,5±1,10
Депрессия	1,5±0.68	2,0±1,15
Снижение контроля побуждений	2,6±1,10	2,8±1,32
Аутизация	2,1±1,12	**2,9±1.09**
Активная социальная отгороженность	1,3±0.52	1,6±0.78
Суммарный балл **PANSS**	53,6±6,7	**58,3±6,5**

Важно, что у участников программы длительной комплексной психосоциальной реабилитации общий показатель жизнестойкости в первой группе был достоверно выше, чем во 2 группе (32.5±4.85 балла против 28.7±4,76 балла, $p<0.05$) и сопоставим с нормой в популяции (33.1 балл). Показатель жизнестойкости в первой группе коррелировал с показателями эффективных копинг-стратегий, в то время как во 2 группе не было этих корреляций. Так, общий показатель жизнестойкости у пациентов 1 группы коррелировал со стратегией «разрешение проблем» ($r=0,5$, $p<0.05$) и «поиск социальной поддержки» ($r=0.44$, $p<0.05$). Во 2 группе пациенты чаще по сравнению с 1 группой использовали такую нерациональную для решения проблем стратегию, как «избегание проблем» (23.3 балла 2

группы против 18.6 балла 1 группы, $p<0.05$). Выявлена также выраженная обратная корреляционная связь апатии и жизнестойкости в обеих группах ($r=-0.61$, $p<0.05$ в 1 группе $r=-0.50$, $p<0.05$ во 2 группе), что говорит о том, что жизнестойкость играет важную роль сдерживающего фактора в развитии апатии – симптома, на котором базируется практически вся негативная симптоматика, от которого во многом зависит социальное функционирование и трудовая адаптация пациента.

Таким образом, полученные данные подтверждают гипотезу, что умение эффективно справляться со стрессом способствует повышению жизнестойкости (устойчивости) мозга, снижает уровень апатии. Поддержание высокого уровня стрессоустойчивости, жизнестойкости, которые можно развить с помощью длительного комплексного вмешательства, помогает уменьшить негативную симптоматику у пациентов, улучшить их социальную адаптацию и функционирование.

Заключение. Неблагоприятные социальные факторы, воздействующие в детском и подростковом возрасте, играют важную роль в возникновении психических расстройств, что связано с повышенной уязвимостью и незрелостью структур мозга в эти периоды. Результаты настоящего исследования подтверждают, что социальная среда влияет не только на возникновение психического заболевания, но и на его тяжесть. При этом социальные факторы могут быть как провоцирующими, так и защитными, что подчеркивает необходимость их комплексного учета при разработке терапевтических стратегий.

Длительное комплексное психосоциальное лечение показало свою эффективность в снижении выраженности как негативной, так и общей психопатологической симптоматики, снижении риска рецидивов, а также улучшении социального функционирования и качества жизни пациентов. Такие интервенции способствуют повышению стрессоустойчивости и жизнестойкости, что достигается благодаря развитию адаптивных копинг-стратегий, уменьшению уровня апатии и восстановлению социальных навыков.

Благодаря снижению выраженности негативных симптомов и когнитивных нарушений, психосоциальное лечение позволяет пациентам достигать более высокого уровня социальной адаптации и личностного восстановления. Кроме того, терапия оказывает положительное влияние на биологические механизмы, в том числе на иммунные и эпигенетические процессы, что подтверждает ее многокомпонентный эффект.

Таким образом, социальный патоморфоз психических расстройств, проявляющийся смещением акцента на хронические негативные симптомы и социальную изоляцию, требует интеграции комплексных психосоциальных программ в структуру лечения. Это позволит улучшить клинические и социальные исходы, а также более эффективно адаптировать терапевтические подходы к современным реалиям психиатрической практики.

Малиночка С.А.

«От школьного буллинга к кибербуллингу: глазами врача-психиатра»

РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Аннотация. Данная статья посвящена изучению такой острой медико-социально проблеме, как буллинг и кибербуллинг. Факт буллинга должен настораживать в плане потенциально высокого риска суицидального поведения. Основная масса научных исследований буллинга осуществляется за рубежом. Исследования в России немногочисленны, отсутствуют системные разработки психологической помощи и тактики поведения разных участников буллинга (жертвы, буллеры, свидетели и некоторые взрослые) для оптимального разрешения ситуации травли, предупреждения и коррекции проблем психического здоровья. Приведены результаты анкетированного опроса учеников школы г. Москвы (количество респондентов- 23).

Ключевые слова: школьное насилие, буллинг, кибербуллинг, подростки, отдаленные последствия, проблемы психического здоровья

О травле в образовательных, особенно в казенных, закрытых детских учреждениях было известно давно. С 1905 г. в печати начинаются появляться первые работы на тему травли. Реальное изучение проблемы травли началось совсем недавно, в конце XX века одновременно в Швеции (Heinemann, 1969) и Норвегии (Olweus, 1973). Первым в мире полноценным научным исследованием травли считается статья Дэна Олвеуса «Агрессия в школах: хулиганы и мальчики для битья». Согласно периодизации Смита можно выделить 4 волны изучения буллинга: 1) появление первых научных статей, становление понятий, описание участников процесса с акцентом на физическом, вербальном буллинге и моббинге (конец 1960-х-1988 г.г.); 2) активное научное изучение травли в разных странах мира, причисление к буллингу косвенных, реляционных

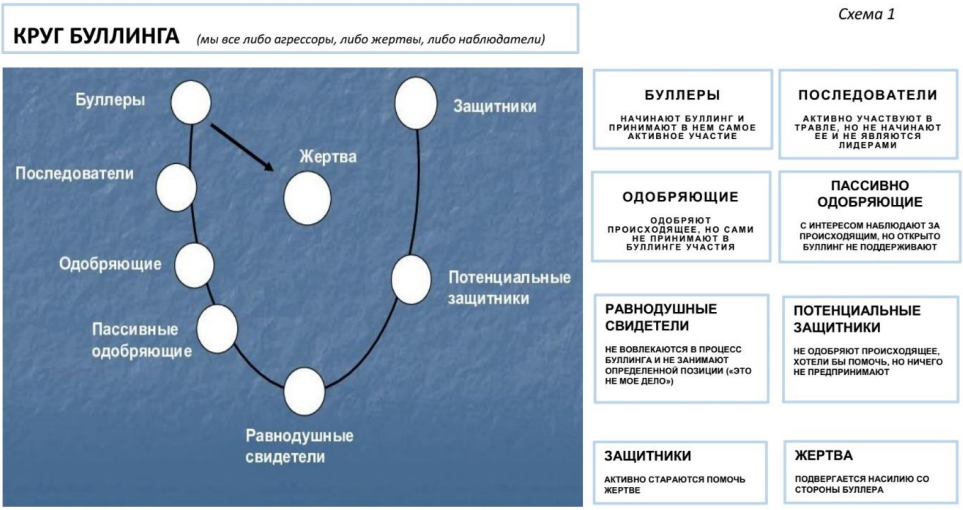
форм агрессии (1989 - середина 1990-х г.г.); 3) создание международных программ исследования, активная разработка профилактических мер и социальных проектов помощи жертвам (середина 1990-х – середина 2000-х г.г.); 4) выделение кибербуллинга и его активное распространение (с начала 2000-х г.г.). В России к этой проблеме обратились сильно позже, в конце 1990-х г.г. Одним из первых специалистов, привлекших внимание к теме травли, был И. Кон. Подавляющее большинство клинических исследований буллинга, в том числе масштабных статистических лонгитудинальных, проводятся зарубежом. Практически все встреченные мною российские публикации были посвящена социальным и психолого-педагогическим аспектам данной проблемы на фоне единичных клинических исследований. В России до сих пор не разработаны эффективные способы профилактики буллинга и помощи всем участникам процесса.

Наиболее удачным мне видится определение Э. Роланда: буллинг – длительное, систематическое, намеренное, сознательное физическое и/или психическое насилие со стороны одного человека/группы людей в адрес другого человека/группы людей, не способного себя защитить в данной ситуации. Распространенность буллинга варьирует по данным различных исследований от 5-10% до 70-80%, кибербуллинг пока встречается несколько реже. Диапазон проявлений буллинга широк от «безобидных» шуток, подколов до доведения до самоубийства и убийства. Все многообразие форм буллинга, по моему мнению, наиболее логично распределить по 5 группам: физический, вербальный, поведенческий (социальный), материальный, сексуальный и кибербуллинг [таблица 1].

таблица 1

ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ БУЛЛИНГА				
физический буллинг	**вербальный (словесный, психологический) буллинг**	**поведенческий (социальный) буллинг**	**материальный буллинг**	**сексуальный буллинг**
от умышленных толчков, пинков, захватов, подножек, дерганья за волосы, за уши, кидания в человека предметами вплоть до сталкивания с лестницы, нанесения различных побоев и др. телесных повреждений	от подшучивания, насмешек, приколов, присвоения кличек и прозвищ, обзывательств, оскорблений до шантажа, запугивания, угроз	от сплетен, интриг, заговоров за спиной до открытого массового игнорирования, бойкотов	нанесение материального ущерба: от прятанья личных вещей жертвы, порчи чужого имущества до воровства и вымогательства денег	от сексуальных комментариев и оскорблений, эксгибиционизма, вуайеризма до прикосновений, ощупываний, принуждения к интиму путем обмана, шантажа или запугивания, изнасилования

Буллинг аналогичен айсбергу, заметна только незначительная его часть, выступающая над водой (физический и материальный буллинг), а гораздо более распространенные и травмирующие психику вербальный, поведенческий и сексуальный скрыты глубоко в толще воды. В процесс буллинга так или иначе втягиваются все ученики. Роли распределяются следующим образом: буллер, помощники буллера, разнообразная по составу группа наблюдателей (от активно одобряющих буллинг до потенциальных защитников) и, наконец, защитники [схема 1].



Особого внимания в силу самых неблагоприятных последствий для здоровья заслуживает группа буллер-жертва (хамелеоны)- дети, успевшие побывать сразу в двух ролях. Кольцо буллинга постепенно сжимается вокруг жертвы, абсолютно все участники процесса испытывают стресс [схема 2].

схема 2

РАЗВИТИЕ БУЛЛИНГА: КОЛЬЦО БУЛЛИНГА ПОСТЕПЕННО СЖИМАЕТСЯ ВОКРУГ ЖЕРТВЫ, ИДЕТ НАГНЕТАНИЕ СИТУАЦИИ, АБСОЛЮТНО ВСЕ УЧАСТНИКИ ИСПЫТЫВАЮТ СТРЕСС И РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ

БУЛЛЕРЫ	ЧУВСТВО СВОЕЙ ЗНАЧИМОСТИ, РЕАЛИЗУЕМОЕ ЧЕРЕЗ ОЩУЩЕНИЕ ВЛАСТИ НАД ДРУГИМИ
ПОСЛЕДОВАТЕЛИ	ИСПЫТЫВАЮТ ДИСКОМФОРТ ИЗ-ЗА ВЫНУЖДЕННОГО ПОДЧИНЕНИЯ ЛИДЕРУ И НИЗКОГО АВТОРИТЕТА В КЛАССЕ
ОДОБРЯЮЩИЕ ПАССИВНО ОДОБРЯЮЩИЕ РАВНОДУШНЫЕ СВИДЕТЕЛИ ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ЗАЩИТНИКИ	**ЗРИТЕЛИ:** ПОСТОЯННЫЕ ОЩУЩЕНИЯ СТРАХА, ПЕРЕЖИВАНИЯ БЕСПОМОЩНОСТИ ПЕРЕД НАСИЛИЕМ, ЧУВСТВА ВИНЫ ЗА ТО, ЧТО НЕ ВСТУПИЛИСЬ ЗА ЖЕРТВУ ИЛИ, НАОБОРОТ, ПРИСОЕДИНИЛИСЬ К ТРАВЛЕ- ПРИТУПЛЯЮТ У ОКРУЖАЮЩИХ ЕСТЕСТВЕННОЕ ЧУВСТВО СОСТРАДАНИЯ К ЖЕРТВЕ, ДЕЛАЮТ ОЧЕВИДЦЕВ ПРОИСХОДЯЩЕГО ВСЕ БОЛЕЕ РАВНОДУШНЫМИ К ТРАВЛЕ, ЦИНИЧНЫМИ И БЕЗЖАЛОСТНЫМИ. ТАКИМ ОБРАЗОМ, ЗРИТЕЛИ, НАХОДЯЩИЕСЯ ИЗНАЧАЛЬНО НА НЕЙТРАЛЬНЫХ И ДАЖЕ ПРОТЕСТУЮЩИХ ПОЗИЦИЯХ, НАЧИНАЮТ ПОСТЕПЕННО «СДВИГАТЬСЯ» В СТОРОНУ БУЛЛЕРА
ЗАЩИТНИКИ	ЧУВСТВО НЕСПРАВЕДЛИВОСТИ, ЧАСТО СОПРЯЖЕННОЕ С БЕСПОМОЩНОСТЬЮ ПОВЛИЯТЬ НА СИТУАЦИЮ, ПРОДОЛЖАЮЩИЕСЯ ПОПЫТКИ ПОМОЧЬ ЖЕРТВЕ
ЖЕРТВА	НАРАСТАЕТ ЧУВСТВО БЕСПОМОЩНОСТИ, ОТЧАЯНИЯ, БЕССИЛЬНОЙ ЗЛОБЫ, СТЫДА, ПАДАЕТ САМООЦЕНКА. ОБЫЧНО ВЫБИРАЮТ ПАССИВНЫЕ СПОСОБЫ ВЫХОДЫ ИЗ СИТУАЦИИ: ИГНОРИРУЮТ ОБИДЧИКА, ПРОПУСКАЮТ ШКОЛУ, ИЗБЕГАЮТ МЕСТА БУЛЛИНГА, СТАРАЮТСЯ ПРИСПОСОБИТЬСЯ К ТРАВЛЕ. СО ВРЕМЕНЕМ МОГУТ ВКЛЮЧАТЬСЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ: ЖЕРТВА НАЧИНАЕТ СЧИТАТЬ СЕБЯ ВИНОВНОЙ В ТРАВЛЕ, КОТОРУЮ ЗАСЛУЖИЛА, ОПРАВДЫВАЕТ И ДАЖЕ ВОСХИЩАЕТСЯ БУЛЛЕРОМ

Учителя предпочитают выбирать тактику невмешательства, не лучше ситуация обстоит и с реакцией родителей на ситуацию травли. А сами школьники по разным причинам скрывают факт травли. На фоне игнорирования данной проблемы взрослыми, буллинг переходит на новую интернет- платформу и разворачивается с новой силой. Без своевременного вмешательства взрослых извне мы будем наблюдать длительные, неизгладимые последствия для абсолютно всех участников процесса [схема 3].

схема 3

РАЗВИТИЕ БУЛЛИНГА: БЕЗ СВОЕВРЕМЕННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ИЗВНЕ БУЛЛИНГ ВЫЗЫВАЕТ СЕРЬЕЗНЫЕ, ДОЛГОСРОЧНЫЕ, НЕИЗГЛАДИМЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ АБСОЛЮТНО У ВСЕХ УЧАСТНИКОВ ПРОЦЕССА

БУЛЛЕРЫ ПОСЛЕДОВАТЕЛИ	РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ С РОСТОМ АГРЕССИВНОСТИ, ФОРМИРОВАНИЕ ЗАВИСИМОСТИ (НАРКОТИКИ, КОМПЬЮТЕР), ПРОБЛЕМЫ С УЧЕБОЙ И УСПЕВАЕМОСТЬЮ
ОДОБРЯЮЩИЕ ПАССИВНО ОДОБРЯЮЩИЕ РАВНОДУШНЫЕ СВИДЕТЕЛИ ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ЗАЩИТНИКИ ЗАЩИТНИКИ	ЗРИТЕЛИ: НА ФОНЕ ПОСТОЯННОГО СТРЕССА ОТ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПРОЦЕССОМ БУЛЛИНГА (С ПЕРЕЖИВАНИЕМ ЧУВСТВ БЕСПОМОЩНОСТИ, ВИНЫ, СТРАХА) ИДЕТ ПОСТЕПЕННОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ЛИЧНОСТИ НАБЛЮДАТЕЛЕЙ С РАЗВИТИЕМ ТАКИХ ЧЕРТ ХАРАКТЕРА КАК ЦИНИЗМ, РАВНОДУШИЕ, ЧЕРСТВОСТЬ, ЭГОИСТИЧНОСТЬ, ЖЕСТКОСТЬ
ЖЕРТВА	ИЗМЕНЕНИЕ ЛИЧНОСТИ С РОСТОМ ТРЕВОЖНОСТИ, ДЕПРЕССИВНОСТИ, НЕУВЕРЕННОСТИ В СЕБЕ, НИЗКОЙ САМООЦЕНКИ, ЗАСТЕНЧИВОСТИ, НЕДОВЕРИЯ К ЛЮДЯМ, СЛОЖНОСТИ С ОБЩЕНИЕМ И АДАПТАЦИЕЙ В НОВОМ КОЛЛЕКТИВЕ; СУИЦИДАЛЬНЫЕ НАКЛОННОСТИ; ФОРМИРОВАНИЕ ЗАВИСИМОСТИ (НАРКОТИКИ, ЕДА, КОМПЬЮТЕР); УХУДШЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО И ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ; РЕЖЕ- ПРОБЛЕМЫ С УЧЕБОЙ И УСПЕВАЕМОСТЬЮ

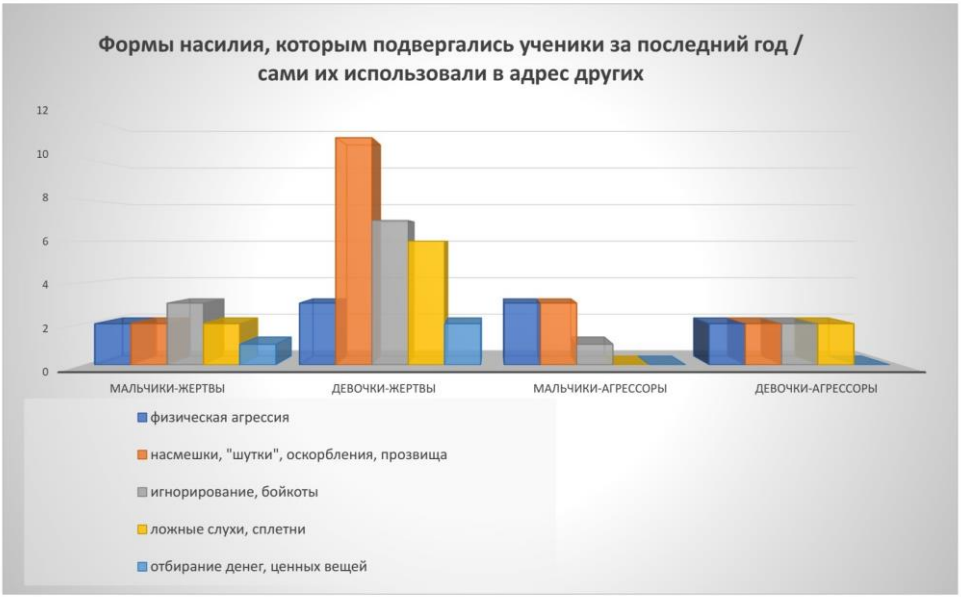
Целью исследования стало подробное изучение вопросов буллинга и кибербуллинга.

Материалы и методы исследования: исследуемая группа- 23 ученика 4 класса московской школы (7 мальчиков и 16 девочек). Было проведено анонимное анкетирование с использованием опросника «Ситуация буллинга в школе» Kim Su Jeong (2004), модификация В.Р. Петросянц (2011), с добавлением вопросов по кибербуллингу.

Результаты: большая часть опрошенных (83%) считает проблему насилия в школе значимой, и только треть учеников испытывает в школе полное чувство безопасности. По мнению школьников, насилие в первую очередь стоит ожидать от старших учеников и ровесников, преимущественно во время перемен и чаще всего в форме насмешек, прозвищ, грубости, оскорблений и других видов вербальной агрессии. В отношении мальчиков проявления разных форм насилия встречались с одинаковой частотой, в то время как в адрес девочек отмечалось

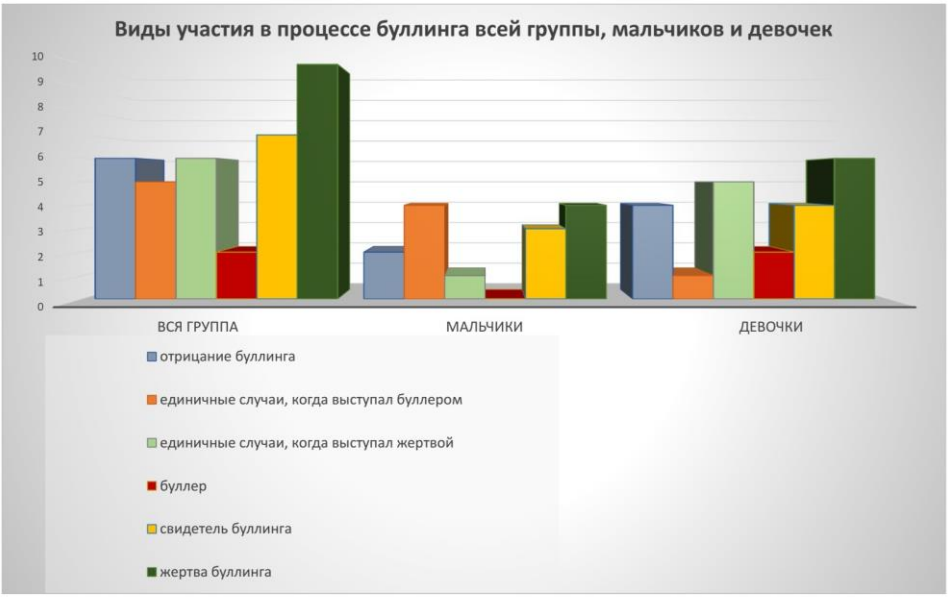
явное преобладание вербальных и поведенческих форм насилия. При этом мальчики обычно подвергали других учеников физической и вербальной агрессии, а девочки предпочитали использовать в адрес других игнорирование, бойкоты, распространение ложных сплетен и слухов [схема 4].

схема 4



В целом ученики чаще выступали в роли жертвы, чем агрессора: 26 % опрошенных признали себя жертвой физической агрессии, а 52% – жертвой психологического насилия. Среди учащихся преобладали жертвы буллинга (43% – регулярно подвергались травле, из них 8 % – длительно, в течение 1-2 лет). Треть учеников была свидетелем процесса травли. Реже ученики признавали себя буллерами (22% участвовали в единичных эпизодах травли, 9% - периодически) [схема 5].

схема 5



В целом преобладало непонимание причин травли в свой адрес. Регулярное сталкивание с насилием способствовало по мнению учеников появлению и закреплению таких переживаний, как страх, злоба и желание ответить агрессией на агрессию. У 22% опрошенных насилие вызывало чувство безразличия. Жертвы травли часто ощущали свою полную беспомощность, предпочитали избегающие варианты поведения, только 17% жертв были готовы рассказать о ситуации травли взрослым. Перспективнее выглядит ситуация в отношении свидетелей буллинга: более половины свидетелей (57%) старались помочь жертве и треть (26%) были готовы сообщить о факте травли взрослым. Опрошенные в целом были готовы поделиться проблемой буллинга со взрослыми (43%), реже – готовы терпеть травлю (22%) или давать обидчикам отпор (17%).

Кибербуллинг был распространен меньше обычного школьного буллинга, что согласуется в общемировыми статистическими показателями. 39% опрошенных стали

жертвами кибербуллинга (26% единичные случаи, 13% - регулярно). 17% учеников выступали в качестве кибербуллеров (4% - единичные случаи, 13% - регулярно). 22% опрошенных стали свидетелями электронной травли [схема 6].

схема 6

Свидетели кибербуллинга в 35% старались помочь жертве, в 17% - сообщали о факте травли взрослым. Опрошенные чаще всего подвергались в интернете оскорбительным, унижающим сообщениям (харассмент, 26%), реже от лица жертвы распространялась компрометирующая ее информация с целью ее опорочить (фрейпинг, 13%) или публиковалась личная информация жертвы без ее ведома (аутинг, 9%) [схема 7].

схема 7

Заключение: полученные в результате анкетирования данные во многом согласуются с результатами других статистических исследований. Проблема школьного буллинга и кибербуллинга остается очень актуальной в силу широкой распространенности, масштабности и многоликости явления, сложности выявления и искоренения, а также, что самое главное, в силу серьезных долгосрочных последствий для физического и психического здоровья, высокого суицидального риска и повышенной вероятности совершения социально опасных агрессивных действий. Требуется дальнейшее, более глубокое клиническое изучение последствий травли для психического здоровья, что, в свою очередь, будет способствовать повышению интереса психиатров к данной проблематике и активной разработке эффективных мер профилактики совместно с другими специалистами (педагогами, психологами, социальными работниками).

Марголина И.А.[1,2,3,] Платонова Н.В.[1], Иванов М.В.[1,2], Балакирева Е.Е.[1], Калинина М.А[1]., Козловская Г.В. [1], Куликов А.В. [1], Шимонова Г.Н. [1], Шушпанова О.В.[1], Блинова Т.В. [1], Коваль-Зайцев А.А. [1]., Никитина С.Г. [1], Голубева Н.И. [1], Шалина Н.С. [1]

Патоморфоз психических заболеваний у детей, история и перспективы изучения

1. ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
2. НОЧУ «Московский институт психоанализа», Москва, Россия
3. ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва, Россия

Аннотация. В статье приводится обзор научной литературы по вопросам истории изучения патоморфоза психических расстройств у детей. Дано определение патоморфоза, описаны виды патоморфоза и факторы его вызывающие, приведены данные последних исследований, касающихся изучения патоморфоза психических расстройств у детей, намечены перспективные направления дальнейших исследований. Изучение патоморфоза психических расстройств способствует разработке персонифицированных подходов к лечению.

Ключевые слова: патоморфоз, психические расстройства, дети

Патоморфоз (от др.-греч. πάθος – страдание, болезнь и μορφή – вид, форма), иногда нозоморфоз – изменение признаков отдельной болезни, так называемой нозологической формы, а также изменение заболеваемости и причин смертности под влиянием различных воздействий и внешних факторов (биологических, социальных).

Факторы, влияющие на патоморфоз психических заболеваний различны. Среди них можно выделить биологические, социальные и смешанные (социально-

биологические). К биологическим относятся психофармакотерапия, вызывающая лекарственный патоморфоз, акселерация, ведущая к возрастному патоморфозу и ряд других факторов. Социокультуральные факторы, включающие социальные и психологические факторы, разнообразны, к ним относятся научно-технический прогресс, урбанизация, доступность помощи и реабилитации больных, они вызывают изменение фабулы психопатологических переживаний, изменение картины истерических расстройств, влияние роста алкоголизации и наркотизации душевнобольных, в то же время снижают уровень стигматизации больных. Примером смешанных социально-биологических факторов может служить конституциональногенетический патоморфоз, вызванный снижением гомозиготности в шизофреническом генокомплексе вследствие миграции населения.

Особого внимания заслуживает деление патоморфоза на истинный и ложный (Максимов В.И., 2016). К истинному патоморфозу автор относит биологический (лекарственный, генетический), социальный (социокультуральный, демографический, связанный с совершенствованием системы организации лечебно-профилактической помощи) и смешанный (возрастной, половой, популяционный). Ложный патоморфоз связан с изменением общих концепций психической болезни и психического здоровья и взаимоотношения между ними, с эволюцией клинико-нозологических и этиологических концепций, с совершенствованием клинической и лабораторной диагностики, с административными и экономическими мерами.

Проблема патоморфоза начала вызывать интерес исследователей достаточно давно. Еще в XIX веке одним из первых обратил внимание на видоизменение течения болезни русский терапевт Ф. И. Иноземцев. Понятие патоморфоза для определения стойких и существенных изменений картины болезни, происходящих под влиянием внешних факторов среды, было введено в 20-е годы прошлого столетия W. Hellpach. Приоритет в использовании этого термина в советской медицине отводится Я.Л. Рапопорту (1962).

Исследования проблемы патоморфоза психических заболеваний у детей проводятся со второй половины прошлого столетия. Изучение патоморфоза шизофрении у детей позволило выявить такие изменения в клинической картине, как снижение остроты дебюта заболевания шизофренией, уменьшение остроты бреда, тенденция к сдвигу психопатологических расстройств на менее глубокий, непсихотический уровень, увеличение доли психопато- и неврозоподобных, сенестоипохондрических, дисморфофобических расстройств, а также урежение злокачественных кататонических и кататоно-гебефренных форм. (Сосюкало О.Д., Кашникова А.А., 1980, Мамцева В.М., Сосюкало О.Д., 1995, Мазаева Н. А., Соколов Р. Е., 2010). Многие авторы отмечают постепенное стирание гендерной разницы в заболеваемости шизофренией у детей (Запускалов В.И и соавт. 1983; Кравченко Н.Е., Н.А. Мазаева, 2020), а также тенденцию к более раннему, но более постепенному началу детского типа шизофрении (Запускалов В.И и соавт. 1983) и приближение клинической картины острых эпизодов к наблюдаемой во взрослой популяции больных (Кравченко Н.Е., Н.А. Мазаева, 2020)

Представляют интерес результаты исследования патоморфоза аффективных расстройств в детском и подростковом возрасте: развитие депрессивных эпизодов в более раннем возрасте (10-11 лет), утяжеление депрессивных расстройств с нарастанием числа депрессий средней тяжести и тяжелых депрессивных эпизодов, учащение проявлений аутоагрессии у депрессивных подростков обоего пола (Кравченко Н.Е., Мазаева Н.А., 2020).

Также проводятся исследование патоморфоза непсихотических форм психической патологии у детей. Еще В.В. Ковалев отмечал формирование новых «болезненных форм» под воздействием средовых факторов (Ковалев В.В., 1989). Темпы роста психических нарушений, относящимися к пограничной психической патологии в подростковом возрасте заметно опережают динамику соответствующих показателей, рассчитанных для взрослых (Менделевич В.Д., 2010). Рост расстройств приема пищи среди детей и подростков, увеличение

количества мальчиков с РПП, уменьшение возраста начала РПП (Балакирева Е.Е., 2013, Кравченко Н.Е., Мазаева Н.А., 2020). Результаты изучения патоморфоза ТФР (в рамках различных заболеваний) показали, что фобии подвержены воздействию социальных факторов, но в различной степени. Простые фобии темноты, животных, насекомых, высоты, глубины остаются неизменными на протяжении длительного времени. Социофобии зависимы от требований и условий социума, что демонстрирует рост школьной фобии (Головина А.Г., 2011).

В ракурсе изучения патоморфоза психической патологии в детском возрасте вызывает дискуссию рост диагностики аутизма после принятия МКБ-10 и дифференциальный диагноз с детской формой шизофрении. Взаимоотношения аутизма и шизофрении у детей оставались неопределенными, то смыкаясь между собой, то расходясь на две нозологии до конца XX века (Симсон Т.П. 1929, Сухарева Г.Е. 1937. Rutter M., Schopler E. 1988; Volkmar F., Jackson S. 2019). К концу XX века аутизм был полностью отделен от шизофрении (Симашкова Н.В., 2013). Результаты последних исследований показали, что Детский аутизм (F84.0, F84.02) представляет собой вариант искаженного развития, который имеет тенденцию к компенсации состояния, либо его стабилизации. Для детского аутизма не характерно наличие обманов восприятия, вычурных страхов, выраженной патологии влечения, а также нарастания негативных изменений после перенесенного кататонического приступа. Шизофрения с началом в детском возрасте является динамичным деструктивным процессом, текущим непрерывно либо приступообразно, сопровождающимся нарастанием специфической негативной симптоматики. Доминирующие в клиническом статусе кататонические расстройства не являются специфичными для дифференциальной диагностики состояний (Никитина С.Г., 2022). Т.о. можно предположить, что более частая диагностика аутизма у детей связана с более точной дифференциацией данного состояния с детским типом шизофрении.

Еще одним острым вопросом является постановка диагноза шизотипического расстройства в детском возрасте. По

МКБ 10 шизотипическое расстройство (F21) включает в себя клинические типы малопрогредиентной шизофрении (псевдопсихопатический, псевдоневротический) и «бедная симптомами» шизофрения (малопрогредиентный вариант простой). Следует отметить, что вследствие лекарственного патоморфоза участились случаи непрерывного вялого течения с преобладанием стертых неразвернутых психотических форм, негативной симптоматики и когнитивных нарушений, резистентных к нейролептической терапии, а также явления интолерантности (Мосолов С.Н., 2002, Максимов В.И., 2016). Ряд авторов отмечает, что, несмотря на преимущественно незначительную выраженность продуктивных расстройств и невысокий темп прогредиентности, достаточно распространены случаи процессуальной трансформации с формированием типичного для шизофрении дефекта. Широкий диапазон частоты перехода шизотипического расстройства в шизофрению, по разным исследованиям, колеблющийся в границах 20% - 40%, отражает не только серьезность заболевания, но и отсутствие единых оценочных стандартов, что требует дальнейшего изучения (Панкова О.Ф. и соавт. 2021; Fonseca-Pedrero E. et al. 2018).

По данным Горюнова А.В. (2023) существуют различия клинической картины в детском, раннем или позднем подростковом возрасте, шизотипическое расстройство является гетерогенным расстройством, имеющим различия, как по ведущей симптоматике, так и по прогредиентности и прогнозу заболевания. В отличие от предшествующих работ, в которых применялись единые со взрослым возрастом диагностические критерии, а шизотипическое расстройство трактовалось как непрогредиентное расстройство шизофренического спектра, автором были определены прогредиентный, малопрогредиентный и регредиентный варианты течения шизотипического расстройства в детском и подростковом возрасте.

Обзор литературы по теме изучения проблемы патоморфоза психических заболеваний у детей позволяет сделать следующие выводы.

Истинный патоморфоз психических заболеваний обусловлен биологическими, социальными и смешанными факторами

Ложный патоморфоз обусловлен эволюцией клинико-нозологических концепций, уточнением критериев и развитием клинической и лабораторной диагностики (например, увеличение частоты диагностики аутизма и шизотипического расстройства)

Перспективные направления изучения патоморфоза психических заболеваний у детей: изучение причин изменения соотношения по полу при эндогенных заболеваниях, уточнение дифференциально-диагностических критериев атипичных форм аутизма, уточнение роли социальных факторов в росте распространенности аутоагрессивного поведения и расстройств приема пищи и многое другое

Изучение патоморфоза психических расстройств способствует разработке персонифицированных подходов к лечению.

Мельникова А.В.

Альтернативные методы обучения чтению применяемые в работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ)

ГБПОУ КМБ 4 СП школа 1, Москва, Россия

Аннотация. Обучение чтению – процесс сложный и проходит в несколько этапов, как у обычных детей, так и у детей с ОВЗ. Дети с тяжелыми и множественными нарушениями развития испытывают значительные трудности при обучении. О своем опыте обучения детей чтению с использованием некоторых из них. В своей статье, остановлюсь на основных принципах и этапах обучения чтению, по некоторым из них.

Ключевые слова: стандарты, обучающиеся с ограниченными возможностями здоровья, основные общеобразовательные программы начального общего образования

ФГОС НОО поставил задачу обеспечить «равные возможности получения качественного начального общего образования» для всех детей, поступающих в школу. Для детей ОВЗ разработан стандарт АООП НОО, учитывающий индивидуальные психофизические особенности обучающихся. Важным условием для успешного освоения образовательной программы начального и общего образования для детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития является формирование навыков чтения и письма. В ГБПОУ КМБ 4 ШК 1 учатся дети и подростки с различными нарушениями психофизического развития.

Раннее обучение чтению дает положительный результат для всех категорий обучающихся. Стимулирует развитие произносительной стороны речи, зрительного внимания и памяти. Влияет на формирование пространственных представлений, расширение словаря.

Обучение чтению – процесс сложный и проходит в несколько этапов, как у обычных детей, так и у детей с ОВЗ. Дети с умеренными, тяжелыми и множественными нарушениями развития испытывают значительные трудности при обучении. Очень важно на подготовительном этапе сформировать умение находить «одинаковые картинки», выбирать «одинаковые геометрические фигуры», так как если ребенок не может отличить круг от треугольника, он не сможет отличить «0» от «У». Умения анилизировать графические изображения очень важный этап в подготовке к обучению чтения.

Наряду с традиционным методом обучения чтению, в своей работе применяем и другие известные, методики:

-аналитико-синтетический(традиционный) метод обучения чтению;

- метод складового чтения Н.А. Зайцевой;

- метод послогового чтения Т.С. Резниченко;

- метод целых слов или глобального чтения Д. Г. Корсунская, Т.С Резниченко, Доман Г.

Принятый в наших школах аналитико-синтетический метод обучения чтению опирается на устную речь учеников, на имеющийся речевой опыт. Весь период обучения грамоте в первом классе делится на 3 этапа: добукварный, букварный, послебукварный. Добукварный нацелен на знакомство учащихся со звуковым анализом слова. Письмо и чтение идут параллельно. Например, на первом уроке дети знакомятся с печатной буквой, читают ее. На следующем уроке знакомятся с письменным вариантом этой же буквы.

Большинство детей еще задолго до школы начинает интересоваться буквами и, как правило, к 5–6 годам дети знают все буквы, могут прочесть свое имя, имя мамы и папы. Ребенку с ОВЗ требуется помощь специалистов и родителей в овладении навыком чтения, и особенно в его автоматизации.

Аналитико-синтетический метод для обучения чтению детей с умеренными, тяжелыми и и множественными нарушениями развития не всегда эффективен, так как он опирается на полностью сформированную устную речь. Часто

бывает так, что дети знают все буквы, а читать не могут, не понимают, как соединить буквы между собой. В то же время в случаях, когда устной речью ребенок фактически не овладел, именно графическое отображение фонем языка дает ему толчок к усвоению языковой системы.

Принимая во внимание типологические свойства русского языка, выбор слога в качестве минимальной единицы чтения (метод складового чтения Н.А. Зайцева) оказывается вполне обоснованным. Этот выбор обусловлен тем, что слог является минимальной произносительной единицей речи.

Слоговые методы, в системе которых единица чтения – слог, предполагают, что ребенок осознает определенное сочетание букв как цельный графический элемент. Методы, близкие к слоговым, применялись в русской школе в сочетании со звуковыми методами. Применять послоговой метод обучения в России предлагали еще в конце XIX в. К.Г. Житомирский и А.И. Анастасиев, а позже, в 1924 г., – Ф.П. Мироносицкий. Слоговые таблицы и упражнения для запоминания слогов оказали положительное влияние на развитие методических приемов обучения чтению. Так как послоговой метод обучения чтению достаточно эффективен, хорошо работает в случаях, когда традиционный метод для ребенка слишком сложен или недоступен, постепенно стали формироваться различные методы послогового чтения.

Большую популярность приобрела методика складового метода петербургского педагога Н.А. Зайцева. Склад – это пара из согласной и гласной, или из согласной и твердого или мягкого знака, или же даже одна буква. Например, СО-БА-КА, ПА-РО-ВО-З, А-И-С-Т и т. д. Складовой принцип чтения – основа метода Зайцева Большую популярность приобрели кубики Зайцева, в них как раз и используется эта методика. Несколько похожая методика используется в кубиках Чаплыгина «Читаю легко». У метода Зайцева есть одна важная особенность – слоги не разбиваются на буквы и звуки, при освоении чтения по этому методу запрещено использовать буквы и алфавит, можно пользоваться только кубиками или карточками со слогами. Отдельно вычленять буквы

разработчики метода рекомендуют лишь после того, как ребенок уверенно научился читать. Неудобство может появиться на заключительном этапе обучения – если не провести звукобуквенный анализ слов, ребенку может быть очень трудно при обучении в школе.

Наиболее проработанным, систематизированным и научно обоснованным является метод послогового чтения, разработанный Т.С. Резниченко в 90-х годах XX века.

Этот метод формировался в процессе работы с детьми с тяжелыми нарушениями речи и лег в основу «Занимательного букваря» Т.С. Резниченко (Москва, 2001 г.), рекомендованного министерством образования РФ для работы с детьми с тяжелыми нарушениями речи.

Метод послогового чтения. Вместо того чтобы знакомить ребенка с правилами чтения слогов, ему просто демонстрируют, как они читаются.

При этом чрезвычайно важно:

1) соблюдать строго определенный порядок введения слогов (он обоснован научно);

2) сразу же после запоминания очередного слога предлагать ребенку читать слова с этим слогом. Порядок введения слогов для чтения Чтение слов со слогами типа «согласный-гласный», «согласный-гласный-согласный», «согласный-согласный-гласный», «гласный-согласный», «согласный-гласный-согласный-согласный», «согласный-согласный-гласный-согласный» и т. п

Метод глобального чтения Метод целых слов (глобального чтения) – один из методов обучения грамоте, по которому чтение начинается не со звуковой работы, не с букв, не со слогов, а с прочтения целых слов, без расчленения их на буквы.

Единицей чтения с самого начала становится слово, его графическое изображение воспринимается как идеограмма, иероглиф. Знание слова подкрепляется картинкой. В течение 2–3 месяцев учащиеся запоминают около 150 слов, тогда начинается звукобуквенный анализ, буквы связываются с обозначаемыми ими звуками. Достоинство метода в том, что он

позволяет сразу ввести в круг чтения детей значительное количество слов, необходимых для образовательных целей.

Этот метод получил широкое распространение в США и других англоязычных странах, что связано со структурой англоязычной графики. В России метод появился в начале 20-х годов. Этот подход успешно используется при обучении глухих и слабослышащих детей раннего дошкольного возраста. При этом исследователи отмечают, что механизмы глобального чтения, которые у большинства дошкольников с нарушениями слуха формируются к трем-четырем годам, становятся основой развития речи и последующего овладения аналитическим чтением. Представление о методе глобального чтения в понимании родителей и даже некоторых специалистов прочно связано с методикой раннего развития американского нейрофизиолога Глена Домана.

В России по аналогичной схеме работает А.А. Маниченко, автор развивающей программы «Читаем с пеленок». Авторы методики считают обучение чтению целыми словами более физиологичным, потому что люди не мыслят буквами и слогами, а только целыми словами. Мышление же неразрывно связано с речью. Суть обучения состоит в том, что ребенку в течение нескольких секунд показывают карточку с написанным на ней словом, он запоминает графический рисунок. Дети запоминают сначала целые слова, а лишь потом начинают разделять их по буквам.

В России еще с начала XX века метод глобального чтения использовался для обучения глухих (Корсунская, Б.Д. «Воспитание глухого дошкольника в семье». – М.: Педагогика, 1971). Позднее его стали использовать в работе с умственно отсталыми детьми. В несколько модифицированном виде метод используется для работы с детьми с РАС и детьми с речевыми нарушениями. Существует много различных вариантов обучения глобальному чтению.

Рассмотрим один из вариантов методики обучения чтению целыми словами. Метод целых слов. На карточках размером в четверть листа А4 пишутся короткие слова, обозначающие хорошо известные ребенку предметы, например: ДОМ, ЖУК,

МЯЧ, ЕЛКА, БАНТ, ЯЩИК, КОТ, СОК, ШАР, ЧАЙ, ФЛАГ, ХЛЕБ. Ребенок должен научиться узнавать слова целиком, «читать» их как иероглиф, не вычленяя отдельные буквы. На оборотной стороне карточки помещается рисунок. Во время одного занятия ребенок получает не больше трех слов-карточек, слова на которых начинаются с разных букв. Желательно также сделать несколько карточек с именами близких ребенку людей, кличками домашних животных. Написание своего имени дети обычно также читают глобально.

С каждым годом количество детей, испытывающих трудности в обучении, чтению растет. Задача педагога, специалиста подобрать наиболее эффективный метод обучения чтения, для каждого ребенка, с учетом его индивидуальных особенностей.

Оконишникова Е.В., Брюхин А.Е.

Избегающее / ограничительное расстройство приема пищи. Диагностика и терапия

ФНМО РУДН им. Патриса Лумумбы, Москва, Россия

Аннотация. В 5-м издании диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-5), в разделе расстройств приема пищи и пищевого поведения, была введена новая диагностическая категория, которая была названа Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) или Избегающее/ограничительное расстройство приема пищи (ИОРПП). Это вид ограничительного расстройства приема пищи, который характеризуется несоблюдением необходимого питания и/или потребления энергии, в результате чего возникает значительная алиментарная недостаточность, необходимость в дополнительном или даже зондовом питании, и/или заметное нарушение психосоциального функционирования. Из-за недавнего введения этой диагностической категории и гетерогенного характера расстройства, специализированные методы лечения пациентов с этим диагнозом все еще продолжают разрабатываться. Что касается классификации МКБ 10, применяемой в настоящее время в России и в Европе, избегающее/ограничительное расстройство приема пищи отдельно не выделяется, и как правило кодируется как F50.9 – расстройство приема пищи неуточненное, или как F50.1 – атипичная нервная анорексия. Это в свою очередь не лучшим образом сказывается не только на перспективе более глубоких и качественных исследований этой патологии, но и последующей разработке комплексных протоколов диагностики, лечения и профилактических мероприятий.

Ключевые слова: Избегающее/ограничительное расстройство приема пищи, ИОРПП, ARFID, расстройство приема пищи неуточненное, атипичная нервная анорексия, пищевая реабилитация, Когнитивно-поведенческая терапия ИОРПП.

Диагностические критерии.

Отказ или избегание употребления определенной пищи, которые приводят к невозможности удовлетворять потребности организма в нужном количестве питательных веществ и/или энергетических нужд, связанная с одним или более признаков из следующих:

Значительная потеря веса (или невозможность достичь ожидаемого набора веса, или задержка роста у ребенка).

Значительная нехватка питательных веществ.

Зависимость от энтерального питания (специальные смеси или зонд) или оральных пищевых добавок.

Значительное влияние на психосоциальное функционирование.

Расстройство не связано с недоступностью пищи или ограничениями со стороны культурных традиций.

Расстройство не наблюдается в период нервной анорексии или булимии, не связано с переживанием из-за фигуры и веса.

Расстройство не является частью другого психического заболевания, усиливаясь в период обострений.

Патологическое пищевое поведение не связано с сопутствующими неврологическими, соматическими заболеваниями (пищевая аллергия, эозинофильный эзофагит, хронический запор) или воздействием лекарственных, в том числе психоактивных веществ.

Три типа:

Недостаток/отсутствие интереса к приему пищи или к еде – нет чувства голода, есть скучно или происходит быстрое насыщение.

Избегание продуктов на основе их сенсорных качеств: у еды непривычный, интенсивный или странный вид, цвет, вкус, текстура, запах.

Беспокойство о последствиях еды, она вызывает тревогу, страх, отвращение - был ранний неудачный опыт (личный или косвенный) относительно некоторых продуктов.

Иногда значительной потери веса может и не быть, но и набора веса также нет, к тому же происходит замедление физического развития.

Иногда может быть избыточный вес вследствие повышенного употребления продуктов с большой калорийностью, т.н. «бело-бежевая диета».

Исключается:

- Нервная анорексия.
- Проблемы питания в младенческом возрасте.
- Проблемы питания у новорожденных.

Пищевая неофобия рассматривается как вариант нормального развития

Это до конца не изученный феномен, который проявляется в нежелании детей, взрослых людей пробовать новую еду, который эволюционно объясняется связью с прошлым: древние люди, с целью выживания, не ели то, что им было неизвестно, а значит потенциально опасно. Пик состояния приходится на возраст 2-6 лет и в норме к шести годам проходит, но при неправильном кормлении, может перейти в ARFID или другие расстройств приема пищи и пищевого поведения. Также нередко может проявляться в пожилом возрасте. Если мы замечаем проявление ARFID у детей, то в пожилом возрасте эта симптоматика может ухудшиться.

Статистика ИОРПП

Исследование, проведенное в Швейцарии, выявило распространенность среди детей в возрасте 8-13 лет примерно в 3,2%.

В специализированных психиатрических и медицинских учреждениях Великобритании от 5-14% до 22,5% у детей с расстройствами приема пищи и пищевого поведения, отмечено преобладанием мальчиков.

Примерно 9,2% взрослых пациентов с РПП в Германии, отмечено преобладание женщин.

Данные когортного исследования среди японских детей: 3728 детей в возрасте 4-7 лет, с положительным результатом скрининга 1,3%; половина соответствовала критериям ARFID основанным только на психосоциальных нарушениях, в то время как другая половина соответствовала диагностическим критериям физических нарушений; сенсорная чувствительность 63% и/или отсутствие интереса к еде- 51% были наиболее распространенными факторами избегания пищи.

Дифференциальная диагностика в DSM-V:

- Потеря/снижение аппетита в связи с возрастом (пожилые люди), операцией, химиотерапией.
- Специфические неврологические/нервно-мышечные, структурные или врожденные состояния связанные с трудностями кормления.
- Реактивное расстройство привязанности.
- Расстройства аутистического спектра.
- Социофобия и другие тревожные расстройства.
- Нервная анорексия.
- Обсессивно-компульсивное расстройство.
- Тяжелая форма депрессии.
- Некоторые психотические расстройства.

Факторы риска:

- Тревожные расстройства.
- Расстройство аутистического спектра.
- Обсессивно-компульсивное расстройство.
- Синдром дефицита внимания/ гиперактивности.
- Расстройства пищевого поведения у матери.
- Желудочно-кишечные заболевания в анамнезе.
- Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.
- Рвота и ряд других медицинских проблем, связанных с питанием и пищевым поведением.

Коморбидность в DSM-V:

- Тревожные расстройства.
- Обсессивно-компульсивное расстройство.

- Расстройства развития нервной системы (расстройство аутистического спектра, синдром дефицита внимания/ гиперактивности).
- Поведенческое перекрытие между ARFID и детским острым нейропсихиатрическим синдром (PANS), включая детское аутоиммунное нейропсихиатрическое расстройство, связанное со стрептококковыми инфекциями (PANDAS).

Необходимо исключать патологию ЖКТ, ассоциированную с педиатрическими заболеваниями и трудностями при кормлении у детей: Запор- 76%; ГЭРБ/эзофагит- 63%; сенсибилизация к пищевым аллергенам- 36%; Эозинофильный эзофагит (ЭоЭ)- 15%.

Оценка состояния

Пищевой дневник - смотрим насколько у ребенка или взрослого востребованы пять основных категорий пищевых продуктов: овощи, фрукты, белки, молочные продукты, углеводы. На основе этого устанавливаем диагноз - либо это сенсорная чувствительность, недостаток интереса или страх неприятных последствий, либо сочетание двух или более вариантов.

Сенсорная чувствительность

Легкая степень - три продукта из каждой группы и регулярно продукты из всех пяти групп.

Средняя - два или меньше продуктов из каждой группы и по одному из всех пяти групп на протяжении недели.

Тяжелая - полный отказ от одной или более групп продуктов, при этом принимает в пищу пять или меньше продуктов.

Недостаток интереса

Легкая - пропуск некоторых приемов пищи или почти всегда маленькие порции.

Средняя - пропуск нескольких приемов пищи или периодический полный отказ от еды.

Тяжелая - полный или почти полный отказ от приемов пищи и необходимость питания через зонд.

Страх неприятных последствий

Легкая - избегание употребления одного продукта вследствие негативного опыта.

Средняя - избегание употребления целого класса продуктов.

Тяжелая - полный отказ от приемов пищи, употребление ограниченного количества продуктов, которые пациент считает безопасными.

Опросник PARDI

Четыре версии:

- Родитель/опекун: родители 2х-3х летних детей.
- Родитель/опекун: родители детей от 4-х лет и старше.
- Самостоятельно для детей 8 –13 лет.
- Самостоятельно для детей 14 лет и старше.

Терапевтические интервенции

Чем младше ребенок, тем большую ценность представляет поведенческая терапия и соблюдение плана пищевой реабилитации. Цель поведенческой терапии - скорректировать дефицит питательных веществ, достигнуть и поддержать биологически нормальный здоровый вес, достигнуть возможность есть еду из каждой продуктовой группы (протеины, углеводы, фрукты, овощи, молочные продукты).

Когда предлагаем пациенту соблюдать план пищевой реабилитации можно использовать метод пищевых цепочек, который был разработан Шерил Фрейкер (Cheryl Fraker) еще задолго до появления диагноза ARFID в ДСМ 5.

Этот метод позволяет создавать связи продуктов, которые ребенок уже нормально ест на постоянной основе, с новыми и нужными с точки зрения питательной ценности продуктами, которые похожи на привычные, но вызывают тревогу.

Постепенные изменения знакомят ребенка с новой пищей - как только ребенок примет одно небольшое изменение, можно переходить к другим.

Этот метод должен быть индивидуально адаптирован к конкретному ребенку, так как есть дети, способные быстрее вносить изменение в питание, тогда как другим может потребоваться более длительный период времени.

Когнитивно-поведенческая терапия.

Эффективна, но сильно зависит от возраста, то есть чем младше ребенок, тем больше мы опираемся на поведенческую терапию. По мере взросления и формирования когнитивных функций мы можем уже включать такие техники из когнитивно-поведенческой терапии как когнитивная реструктуризация, то есть проводим работу со стереотипами мышления, дисфункциональными убеждениями и когнитивными искажениями, которые провоцируют тревогу или страх в отношении еды и ее последствий, показываем связь ситуации, мыслей, эмоций и последующего поведенческого паттерна. Таким образом, пациент обучается оспаривать свои страхи и переживания, использовать функциональные убеждения, постепенно расширяет пищевой рацион и формирует новое адаптивное поведение.

Экспозиция и поведенческий эксперимент

Это еще один эффективный метод. Смысл метода состоит в том, что чем чаще мы делаем то что нас беспокоит, тревожит или устрашает, тем легче потом мы переносим ситуации с таким же или похожим источником тревоги. Экспозиция приводит к привыканию к устрашающему стимулу, тк постепенно накапливается опыт, что дискомфорт, связанный с тревожной ситуацией, можно переносить, не формируя при этом избегающего поведения.

Чаще используется градуированное воздействие или систематическая десенсибилизация, то есть используется определенная последовательность.

Составление списка продуктов, вызывающих дискомфорт.

Просмотр фотографий продуктов, взаимодействие с игрушечными продуктами.

Смотрим на еду: еда находится рядом с ребенком, пока мы с ним разговариваем или играем.

Трогаем еду: ребенок трогает еду, исследует ее текстуру, форму и цвет, играет с ней.

Нюхаем еду: сначала на расстоянии, затем поднося ближе к носу.

Прикасаемся губами: изучаем ощущения и уровень беспокойства, привыкаем к ним.

Лижем еду: ребенок может либо испугаться незнакомого вкуса или проявить любопытство.

Откусываем кусочек: можно откусить и выплюнуть, не обязательно глотать.

Едим еду: сделать попытку съесть продукт.

Терапия, основанная на семье (FBT)

Родители знают своего ребенка лучше других и являются основными участниками и руководителями в процессе терапии, психотерапевт всего лишь консультант, который может помочь:

Научиться отделять болезнь от ребенка (так называемая экстернализация расстройства).

Научиться сочувствовать ребенку и не “дискутировать с болезнью”.

Научиться работать слаженно, избегая конфликтов между близкими.

Научиться справляться с собственным эмоциональным состоянием, сохранять спокойствие, развивать самосострадание, находить дополнительную поддержку.

Быть последовательным и уверенным в создании условий, в которых восстановление станет возможным.

Родителям необходимо придерживаться определенной последовательности, используя «Пятишаговую модель для изменений» Рэйчел Брайант-Во (Rachel Bryant-Waugh): Исследовать -> понять -> принять -> бросить вызов -> излечить.

Медикаментозное лечение

Психофармакотерапия не является основным методом лечения, а применяется в дополнении к психотерапевтическим вмешательствам, поэтому до сих пор не разработано конкретных рекомендаций, а используемые в настоящее время препараты показали свою эффективность в некоторых небольших исследованиях.

Оланзапин (атипичный антипсихотик) - для 9 пациентов применение низких доз улучшило аппетит и питание, способствовало увеличению веса пациентов, помогло уменьшить симптомы тревоги (Brewerton TD, D'Agostino M. Adjunctive use of olanzapine in the treatment of avoidant restrictive food intake disorder in children and adolescents in an eating disorders program. J Child Adolesc Psychopharmacol, 2017).

СИОЗС или бензодиазепины использовались как часть комплексного лечения для снижения тревоги или страха (Norris ML, Robinson A, Obeid N, Harrison M, Spettigue W, Henderson K. Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: A descriptive study. Int J Eat Disorder. 2014).

Ципрогептадин (стимулятор H1 рецепторов) или миртазапин (ингибитор 5-HT2, 5-HT3) применялись для стимуляции аппетита - меньше исследований, опубликованы отчеты, предшествующие введению этого диагноза в ДСМ-5 и МКБ-11, предполагающие их некоторое преимущество (Working group of International Experts Radcliffe ARFID 2018).

Ольховская Ю.А.

Роль семьи в коррекционной работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья на уровне коммуникационного влияния

ФГБУН Ордена Дружбы народов Институт этнологии и антропологии им. Н.Н. Миклухо-Маклая РАН, Москва, Россия

Аннотация. Коммуникативное взаимодействие в семье отражается на ребенке-инвалиде, что позволяет рассмотреть его как инструмент коррекционной работы в семье, где важным является исключить коммуникации, вызывающие чувство вины, неполноценности и тревоги у ребенка.

Ключевые слова: семья, дети с ОВЗ, ребенок-инвалид, коммуникации, коммуникационное взаимодействие, влияние речи.

Одной из важных задач в сохранении и восстановлении здоровья у детей является коррекционная работа, которая создает условия для правильного их развития на фоне обеспечения необходимыми составляющими, исходя из имеющейся патологии у ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Часто именно сама среда жизни в семье создает предпосылки развития для коррекционной работы. Но в тоже время заболевание ребенка с ОВЗ составляет характерную тему для коммуникаций: обсуждение болезни, планирование лечения, рассуждение о невозможности вести образ жизни присущий семьям со здоровыми детьми и другое, что имеет и коррекционный параметр для детей с ОВЗ, которые являются слушателями данных бесед.

Описанные факторы позволили выделить проблему исследования в виду коммуникационного взаимодействия в семье с детьми с ОВЗ, имеющего аспекты коррекционного влияния на состояние ребенка и рассмотрение данной темы является актуальной для исследования.

Целью работы явилось определить путь совершенствования коммуникационного взаимодействия в

семье с детьми с ОВЗ, позволяя сделать его эффективным инструментом коррекционной работы.

Методы. Данное исследование было проведено на основе социально-антропологического подхода, выделяющего взаимосвязь ребенка с ОВЗ с окружающими его условиями, в которых коммуникации являются важными составляющими. Поскольку ребенок является пассивным участником и слушателем любой беседы, происходящей в его присутствии.

Результаты и их интерпретация. Коммуникации и коммуникативные взаимодействия находятся в основе общения, социального проявления человека, где выделяются общие позиции, мотивирующие к дальнейшему действию. Они будут иметь различные последствия на всех уровнях, как физическом, психоэмоциональном, так и социальном. Коммуникация определяется речевыми характеристиками, которые будут определять темп, громкость, что на фоне соотношения смыслового, фонетического воспроизводства имеет прямое воздействие на психофизические свойства ребенка.

Учитывая, что семья – это место коммуникаций ее членов и их микросоциума (гости, телефонные разговоры, приглашенные на дом врачи, педагоги и другое), которые обсуждают на территории личного проживания планы на будущее, текущие дела, состояние здоровья членов семьи и, конечно, аспекты, связанные с детьми, которые в факторах наличия у ребенка заболеваний, приведших к ОВЗ, будут отражать многие параметры, связанные с их патологией, ограничением возможностей, неполноценностью, а также личными «жалобами на судьбу», в которых главным фигурантом и виновником жизненных сложностей часто будет являться ребенок-инвалид, что отражают многие исследователи и специалисты медико-социальной сферы. Данные разговоры будет слышать ребенок с ОВЗ, что будет формировать у него чувство вины и нежелание активно участвовать в процессах лечения и реабилитации с учетом формирования заниженной самооценки на фоне осознания личной неполноценности, которая часто, а в некоторых семьях ежедневно подчеркивается в личностно-бытовых разговорах.

Так, учитывая, что с помощью речи индивид выражает свои чувства, отражает свое отношение к кому-либо, озвучивает свои мысли, то в факторах возможности, что ребенок может услышать речь (на нейрофизиологическом уровне даже грудной ребенок слышит и понимает эмоциональный, а с течением времени смысловой контекст речи), то любая коммуникация должна иметь факторы, где будут выражаться положительные аспекты, способствующие образованию атмосферы дружественного взаимодействия между членами семьи, создающие фундаментальные чувства безопасности и благополучия.

Именно положительные коммуникации любого порядка, которые будут слышать дети с ОВЗ, сформируют у них чувство доверия к родным и ощущение безопасности и благополучия. Услышанные ими слова должны отражать факторы, которые будут определять понимание, что их любят, что они «полноценные» дети, а уход и семейные привычки, традиции у каждой семьи имеют свои особенности. Забота о детях с ОВЗ в данных семьях на уровне коммуникаций должна рассматриваться как уклад семьи, который по мере восстановления и развития ребенка закономерно видоизменяется.

Заключение. Положительные коммуникации, исключающие формирование у ребенка чувства вины, обвинений в невозможности вести желаемый родителями образ жизни, жалобы на какие-то аспекты, случившиеся в течение дня с ребенком, позволят сделать коммуникации эффективным инструментом коррекционной работы в семьях с детьми с ОВЗ, которые повысят их самооценку, позволят им избежать развития чувства тревоги и негативизма, как к лечебно-реабилитационным мероприятиям, так и в социальной активности.

Ошевский Д.С., Солохина Т.А.

Эволюция подходов к пониманию функционального диагноза в психиатрии: от теоретической концептуализации до практического использования

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

Аннотация. В докладе рассмотрены тенденции в психиатрической диагностике 21 века. В историческом аспекте представлены взгляды на функциональный диагноз в психиатрии. С позиции холистического биопсихосоциального подхода обсуждаются вопросы концептуального обоснования и возможностей применения функционального диагноза в различных областях психиатрической практики. Рассматриваются перспективы и проблемы его использования.

Ключевые слова: функциональный диагноз, функциональная диагностика, биопсихосоциальная модель, холистический подход.

В 21 веке в психиатрической науке и практике наметился ряд трендов, которые делают актуальным переосмысление процесса психодиагностики и формулирования диагнозов. За счет синтеза новых данных нейронаук существенно расширились возможности объяснения этиологии, патогенеза и прогноза психических расстройств. Развивающиеся методы терапии позволили проводить «фармакологическую верификацию» психических расстройств как специфическую реакцию на лечение. Не ослабевает интерес к проблеме стресса-дисстресса, как объяснительной модели проблем функционирования на континууме «норма-патология». Исследователи акцентируют внимание на субклинических формах психических расстройств. Особое внимание уделяется трансформации психопатологии в условиях цифровизации общества. Например, в детской психиатрии возникают новые запросы, такие как неспособность ребенка контролировать себя

во время игры на персональном компьютере, при использовании средств мобильной связи. Глобализация приводит к тому, что границы между североамериканским (DSM) и европейским (ICD) подходами к диагностике психических расстройств все больше стираются, а позиции сближаются. Восточные классификаторы, например, китайская классификация (CCMD), при всей своей специфичности с акцентом на Цигун и другие традиционные методы китайской медицины, начинает адаптировать западные концепции. Все более распространенными становятся количественные измерения, бурно развивается дименсиональный подход для описания психопатологии. В связи с этим происходит развитие нового инструментария психодиагностики. Разработка и внедрение ранговых и количественных шкал для оценки психопатологических проявлений дает возможность строить модели психических процессов, различных аспектов жизнедеятельности человека в условиях психопатологии. Происходит деинституционализация психиатрии со смещением полюса на различные формы внебольничной помощи. Развиваются методы психосоциальной реабилитации, и проводятся масштабные исследования их эффективности. Все больше внимания уделяется исследованию протективных факторов, обуславливающих хорошие ремиссии, восстановление-выздоровление («personal recovery» «clinical recovery»). Происходит более широкое включение в процесс диагностики онтологических и функциональных аспектов, как следствие повышения требований к оценке функционирования пациента.

Появление новых параметров в процессе психодиагностики должно было быть отражено в МКБ-11, однако в нашей стране вопрос использования этой версии до сих пор не решен. Тем не менее, сохраняется потребность в восприятии специалистами пациента, как целостной системы, взаимодействующей не только с врачом, но и с окружающим миром. Таким образом, ценность функциональной диагностики сложно переоценить.

Понятие функционального диагноза

Наиболее методологически проработанное понятие функционального диагноза принадлежит сотрудникам из ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. С их точки зрения, функциональный диагноз представляет собой целостную систему оценки психического состояния больного, описываемая в рамках триединого подхода (клинико-биологический блок, психологический блок, психосоциальный блок), каждая из составляющих которого формулируется в присущих ему компактных диагностических категориях, характер которых определяется в конечном счете особенностями адаптационно-компенсаторных возможностей пациента. Существуют и другие определения. Функциональный диагноз – основанная на биопсихосоциальном подходе система целостной динамической оценки жизнедеятельности психическим расстройством, его нарушенных и сохранных сфер, а также адаптационно-компенсаторных возможностей в условиях болезни.

История развития проблемы функционального диагноза в России

Первоначально концепцию функционального диагноза выдвигал Сергей Петрович Боткин, утверждая, что надо рассматривать человека целостно, а не только отдельные проявления патологии. Его идеи развивали Алексей Александрович Остроумов и Максим Петрович Кончаловский, а Григорий Антонович Захарьин сформулировал модель двойного диагноза – диагноз болезни и диагноз самого больного.

Эти идеи продолжались в работах Владимира Михайловича Бехтерева, Сергея Сергеевича Корсакова и Владимира Петровича Сербского. Однако наибольший импульс функциональному диагнозу дал Петр Борисович Ганнушкин в рамках развития социальной психиатрии. В 20-х годах 20 века была поставлена новая задача – реадаптация, ресоциализация людей с психическими расстройствами. И Петр Борисович Ганнушкин призывал сочетать клинический подход с социологическими исследованиями, без которых невозможно было понять, какое место в социуме, занимает пациент.

В работах Тихона Александровича Гейера и Генриха Яковлевича Тартаковского были предложены модели ресоциализации людей с психическими расстройствами, направленные на предотвращение их инвалидизации.

Основатель нейропсихологии Александр Романович Лурия, еще в 1935 году указывал, что нельзя быть интактными к переживаниям самого пациента. И эти переживания, которые впоследствии получили название внутренней картины болезни, должны обязательно учитываться, поскольку пациент является не объектом воздействия на него определенных медицинских интервенций, а субъектом, то есть партнером по реабилитационному процессу и, пожалуй, наиболее заинтересованным лицом в этом процессе.

Лев Семенович Выготский сформулировал проблему постановки диагноза в детской практике. Диагноза не в клиническом смысле, а интегративного конструкта, который описывает и траекторию развития ребенка. И самое главное, те возможные воздействия, которые помогут ему вернуться на путь нормального развития. Выготский критиковал механистический подход. Классический пример: мама сообщает врачу о том, что ребенок агрессивен, он не может переключиться с одной темы на другую тему, он слишком инертный, и доктор ей говорит, что у вас сын эпилептоид. Она спрашивает, что это такое, а доктор ей отвечает: «Он агрессивен, он инертен и не может переключиться с одной темы на другую». Получается определенная тавтология, которая позволяет наклеить «хороший», красивый и не очень понятный ярлык. Все это не позволяет проводить дальнейший анализ. Выготский предлагал оценивать весь ход психического развития вскрывать каузальные связи и механизмы, которые лежат за нарушениями. С опорой на ресурсные, сохранные сферы психической деятельности проводить коррекцию нарушенных.

Груня Ефимовна Сухарева в рамках эволюционно-биологического подхода в понимании психических расстройств делала акцент на приспособительных и компенсаторных механизмах при взаимодействии организма с окружающей средой.

Дмитрий Евгеньевич Мелихов на модели шизофрении показал, что люди с тяжелыми психическими расстройствами могут быть не только интегрированы в общество, но и становиться успешными. Для решения вопросов относительно трудоспособности, профессиональной занятости, получении образования и многих других социальных аспектов у лиц с психическими расстройствами, он сформулировал основные принципы целостного многостороннего анализа структуры, течения и прогноза психопатологического процесса. На разных этапах реабилитационного процесса предложено оценивать не только нарушения, но и сохранные («что осталось») сферы деятельности больного, т.е. его реабилитационный потенциал.

Модест Михайлович Кабанов в рамках интегративного динамического подхода реабилитации пациентов предложил трехчастную структуру оценки: клинической, психологической и социальной. Подчеркивалось, что любое терапевтическое воздействие опосредуется личностью пациента. Разрабатывались «реабилитационные карты» – первые модели функционального диагноза, которые очерчивали сферы функционирования больного и выделяли мишени, на которые должно было быть направлено реабилитационное воздействие, и выделяли те ресурсы, которые могли бы быть использованы.

Владимир Маркович Воловик разрабатывал концепцию комплексного подхода, позволяющего учитывать различные стороны функционирования пациента. Им было предложено проводить оценку по трем блокам: клиническому, психологическому и социальному. Были сформулированы три принципа функциональной диагностики: деятельности – описание особенностей приспособления к болезни; биографичности – обязательный анализ всей истории жизни пациента; системности – целостная оценка патодинамических, психологических и социальных факторов.

Концептуальной основой современного представления о функциональном диагнозе являются:

Холистический подход, когда человек рассматривается как единое целое.

Общая теория систем и теория функциональных систем живых организмов, предложенная Петром Кузьмичом Анохиным, когда человек, как открытая система, взаимодействует с внешним миром.

Биопсихосоциальная модель, предложенная Джоржем Энгелем, и которая за 45 лет претерпела достаточно существенную трансформацию от простого слагаемого биологического, психологического и социального до выявления сложных условно-исследовательских связей между этими блоками.

Адаптационно-компенсаторная модель формирования психических расстройств, когда компенсация дает не только как положительный эффект, но и может приводить к иным изменениям. С этой точки зрения рассматриваются, например, позитивные симптомы при шизофрении, когда происходит модификация тех изменений, которые произошли в организме и психике. Таким образом, можно объяснить формирование галлюцинаторных и бредовых феноменов.

Уязвимость-диатез-стресс-буферная модель, которая за многие годы претерпела серьезные изменения. В работах Ганса Селье стресс рассматривался на физиологическом уровне. Это ответ организма на внешние воздействия, которые при кратковременном или достаточно продолжительном действии могут вызывать дистресс и декомпенсацию. В последующем благодаря Ричарду Лазарусу под стрессом стали понимать не только внешние воздействия, но и внутренние причины (внутриличностные конфликты, неэффективные психологические процессы переработки информации, неадекватные стратегии поведения и т.п.). Однако для возникновения психических расстройств недостаточно действия только стресс-факторов. Предполагается, что для запуска патологического процесса они должны воздействовать на наиболее уязвимые звенья, преодолевая так называемый «барьер уязвимости». В этой связи отмечается, что у человека присутствуют различные биологические и психосоциальные факторы предрасположенности к заболеванию – «диатез». Однако и он сам по себе фатально не ведет к психическому

расстройству. Для его возникновения необходимо воздействие дополнительных стресс-факторов. В случае длительного (хронического) или кратковременного (острого) воздействия стресс-факторов наступает состояние психической дезадаптации. Человек как биопсихосоциальная система с помощью компенсаторных механизмов стремится восстановить нарушенное равновесие на разных уровнях функционирования. В то же время патологические компенсаторные механизмы (например, избыточные) могут в широком диапазоне видоизменять и модифицировать клиническую картину, приводить к лавинообразному нарастанию изменений, а при недостаточности адаптивных компенсаторных механизмов формировать психическое расстройство. В последующем, благодаря работам Джозефа Зубина, в «диатез-стресс» модели были включены дополнительные объяснительные параметры – «буферы», или «барьеры» – протективные факторы, ослабляющие воздействие неблагоприятных стрессовых воздействий и способствующие компенсации. В настоящее время в рамках «диатез-стресс-буферных» моделей психических расстройств выделяют биологические, психологические и социальные факторы и их сочетания, которые: 1) повышают уязвимость (диатезы); 2) воздействуют на уязвимость (стрессоры); 3) ослабляют воздействие стрессоров (буферы) и могут выступать в качестве ресурсов для восстановления пациента.

Модель функционального диагноза в психиатрии

В последние два десятилетия концептуальные основы функционального диагноза в психиатрии активно разрабатывались сотрудниками ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. Была дана его дефиниция и содержательное наполнение. Они широко используются не только в научных исследованиях, но и нашли свое применение в практике лечения и психосоциальной реабилитации лиц с психическими расстройствами. Эта концепция ФД является наиболее методологически разработанной и в настоящее время широко используется, несмотря на дискутабельность отдельных положений, как указывают сами авторы. В частности,

использование концептов «адаптационно-компенсаторных» и приспособительных механизмов» при обосновании функционального диагноза не позволяет в полной мере учитывать активность самого субъекта и ограничивает его роль в процессе лечения и реабилитации. Вместе с тем нельзя не согласиться, что в рамках биопсихосоциального подхода должны быть сформированы клинико-биологический, психологический и социальный блоки диагноза, а ФД призван синтезировать их (**рис. 1**).

Что является важным при оценке разных параметров? Изменение состояния пациента влияет на его взаимодействие с социумом. Поэтому в клиническом и блоке выделены пункты “Ухудшение и улучшение”. В психологическом блоке выделен ряд параметров “Приспособительное поведение”, “Удовлетворенность лечением” и “Качество жизни”. Под приспособительным поведением понимается, как человек

функционирует в условиях болезни. Если пациент не вовлечен в процесс восстановления или его мотивация низкая, то приспособительное поведение будет дефицитарным. Следовательно, фактор мотивации, включение в терапию и психосоциальную реабилитацию чрезвычайно важны.

Что может выступать существенным препятствием для восстановления? Самостигматизация. Этот параметр также включается в общую оценку. Другие составляющие функционального диагноза были детально исследованы, и на них существует хорошая доказательная база, показывающая их вклад в нарушение социального и внутриличностного функционирования пациента. Эти параметры можно оценивать не только клинически, но и с использованием адаптированных шкал, которые позволяют проводить количественную оценку. Таким образом, открывает путь к практическому применению концепции функционального диагноза.

Иерархическая модель функционального диагноза

Наиболее широкое применение конструкт функционального диагноза получил в рамках проведения психосоциальной реабилитации – динамического системного процесса восстановления или формирования нарушенных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности – навыков, знаний, умений взаимодействовать, решать проблемы, использовать стратегии совладания у психических больных с изъянами социальной адаптации, обеспечивающих их интеграцию в общество. В рамках биопсихосоциальной парадигмы возникновения и течения психических расстройств были предложены модели работы полипрофессиональных бригад. Их деятельность включает в себя несколько этапов: всесторонний анализ сведений о пациенте; планирование с формулированием целей с выделением мишеней и ресурсов; определение стратегий лечебных и психосоциальных вмешательств; их реализацию; оценку полученных результатов и коррекцию дальнейших воздействий. Для эффективной комплексной клинико-психосоциальной функциональной диагностики, формулирования функционального диагноза и принятия

решения по лечению и реабилитации разработана иерархическая модель междисциплинарного взаимодействия участников полипрофессиональной бригады. Она позволяет координировать деятельность специалистов разного профиля и синтезировать информацию о пациенте **(рис. 2)**.

Несмотря на то, что в строгом смысле установление функционального диагноза не является самоцелью, он включен в процесс принятия решений по реализации реабилитационных программ в рамках бригадных методов работы.

Следует подчеркнуть, что характер проблем и нарушений конкретного пациента, которые с учетом персонифицированного подхода диагностируются специалистами разного профиля, может расширяться и пересекаться. Так, психиатр и психолог могут оценивать не только соответственно психопатологические проявления и интерперсональные нарушения, но и различные аспекты

нарушения социального функционирования. Социальный работник имеет возможность дополнять информацию клинического и психологического характера. Кроме того, такая модель позволяет исходя из конкретных условий гибко модифицировать структуру иерархии и количество членов полипрофессиональной бригады.

Сферы использования функционального диагноза в Российской психиатрии.

Функциональная диагностика важна не только для психосоциальной реабилитации. Понятие функционального диагноза применятся и в других областях психиатрической практики. В судебно-психиатрической деятельности было предложено использовать его при решении вопросов, значимых для уголовного и гражданского судопроизводства, а также в практике осуществления принудительных мер медицинского характера. В военной психиатрии функциональная диагностика применяется для прогноза и профилактики психических расстройств, а также оценке адаптации у военнослужащих. С учетом положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья при проведении медико-социальной экспертизы проводится количественная оценка нарушений функций организма и уровня социальной адаптации при психических и поведенческих расстройствах, которая, по сути, представляет собой функциональный диагноз.

Возможности и проблемы функционального диагноза.

Формулирование функционального диагноза предоставляет специалистам широкие возможности. Во-первых, это структурность и системность сбора информации. Во-вторых, при сборе сведений охватываются не только нарушения, но и ресурсы пациента, что делает возможным оценить его реабилитационный потенциал. В-третьих, целостность и всесторонность оценки, дает возможность синтезировать более широкий круг сведений о интерапсихических процессах и интерпсихических отношениях, семейных связях и социальных аспектах жизнедеятельности пациента. В-четвертых, сочетание качественно-количественного анализа позволяет осуществлять

междисциплинарное взаимодействие специалистов в динамике и дает возможность проводить оценку эффективности совместной деятельности

Вместе с тем, функциональный диагноз не лишен проблемных моментов: значительная трудоемкость проведения; необходимость обеспечения валидизированным инструментарием; возможная избыточность информации; необходимость тесной интеграции специалистов; обязательная преемственность их деятельности. Если функциональный диагноз был сформулирован в стационаре, но не продолжен в дневном стационаре или при выходе пациента в обычную жизнь, это может привести к утрате результатов. Поэтому важно, чтобы процесс функционирования и реабилитации был связан с постоянным мониторингом и продолжением деятельности на всех этапах лечения пациента.

Заключение.

Системный холистический подход, отражением которого является понятие функционального диагноза, находит широкое применение в различных сферах психиатрической практики. Он является «живой» и открытой моделью, предполагающей оценку множества клинических, психологических и социальных параметров жизнедеятельности пациента. Несмотря на меняющиеся тенденции, появления новых форм диагностики, трансформацию классификаторов психических расстройств, функциональный диагноз остается развивающейся концептуальной системой, позволяющей оказывать всестороннюю помощь пациентам и проводить оценку ее эффективности.

Пережогин Л.О.

Влияние патоморфоза слагаемых аддиктогенного потенциала Интернет на формирование клинических форм интернет-зависимости

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

Аннотация. Рассмотрена проблема патоморфоза интернет-зависимости, наблюдающегося в связи с динамикой слагаемых аддиктогенного потенциала сети, обусловленного техническим прогрессом и совершенствованием технологии. Изложены аспекты взаимодействия ребенка с интернет, установлены связи между элементами структуры аддиктогенного потенциала и аддиктивными характеристиками личности. Проанализирована хронология развития аддиктогенных характеристики интернета. Даны прогнозы на формирование новых видов зависимого поведения.

Ключевые слова: Интернет, интернет-зависимость, интернет-аддикция, патоморфоз.

Особенная тема, которая родилась по сути дела последние 25-30 лет- это интернет-зависимость. Тему я эту обожаю и люблю, много о ней исключительно говорю, но сегодня пришел определенный час, когда надо говорить о том, что за те 25-30 лет, сколько эта тема уже существует в научной практике, пришло время поговорить о патоморфозе. Патоморфозе интернет-зависимости. Патоморфоз – это медленный процесс, мы знаем о том, что для некоторых психических расстройств патоморфоз изучается годами и десятилетиями. И за период долгих лет и десятилетий.

Интернет-зависимость – это принципиально другая штука. В интернете все происходит очень быстро. Я сам, как человек в Интернет интегрированный в полной мере, вас естественно буду отправлять постоянно к сетевым ресурсам, поэтому когда вы

будете видеть QR коды во время моей презентации, знайте, что они там присутствуют не просто так. Они отправляют вас к соответствующим сетевым ресурсам. Мне эта тема еще по одной причине по душе, что я действительно очень странную занимаю позицию – я являюсь врачом и я очень много занимаюсь интернетом и компьютерными технологиями, поэтому я могу усиживать немножечко на двух стульях. С одной стороны, говорят, что это не очень уютная позиция, с другой стороны она значительно расширяет кругозор.

Итак, попытаемся дать определение, что такое интернет-зависимость. Дело в том, что разные специалисты принципиально по-разному видят проблему интернет-зависимости. Одни говоря интернет-зависимость – это единое патологическое состояние и ключом к этому единому патологическому состоянию является тот факт, что человек выполняет психоактивное поведение, так или иначе, просто свойственное пользователю интернета, как сетевого продукта. Другие говорят: «ну что вы, что вы» ничего конечно здесь единого нет. Потому что в разные периоды развития интернета, разные технологии, применяющиеся в интернет, обусловливают разные формы аддиктивного поведения. Вы сравните поведение аддикта, который просматривает тысячи часов порнографическое видео или аддикта, который в интернете совершает покупки. Это же совершенно принципиальные разные формы поведения. С кем из этих двух специалистов согласиться? Аргументы есть и у тех и у других. Обратите внимание на принципиальный пункт, когда мы говорим об интернет-зависимости - это не просто зависимость от экрана, перед которым человек сидит – это зависимость от определенного поведения, которое возможно принципиально только в интернете и самое смешное, что Интернет-то ради этих возможностей и создавался. Интернет эволюционировал ради тех возможностей, которыми мы пользуемся, когда садимся за тот самый экран и берем в руки мышку или джойстик, а получается, что на сегодняшний день те возможности и технологические решения, которые для этой цели создавались, представляют собою формы зависимого поведения. Вот такой

вот парадокс случился в последние годы. И коль эта форма зависимого поведения, мы должны понимать, какую клиническую оценку этим формам давать.

Так вот в МКБ 10 ни одна из предполагаемых, возможных форм интернет аддикции, и сама интернет аддикция, как генерализованная проблема вообще не звучат никак. Там нет никаких отсылок к подобному поведению. В МКБ 11 появился патологический гейминг, патологическое пристрастие к компьютерным играм, и он включен аж в целые две категории: зависимого поведения и патологии влечений. Но обратите внимание, как звучит сам диагноз: «патологическое пристрастие к компьютерным играм». Ни словечка про интернет там нет. Компьютерная игра может существовать прекрасно в офлайн-режиме и в офлайн-режиме компьютерные игры были, поверьте мне, куда более интересными и динамичными, чем нынешние. Политика производителей игр за последние годы очень серьезно поменялась. Когда мы с вами купали World of Warcraft и ставили его локально на свой диск, а потом играли или за Артаса, или за Тралла, мы знали, что каждый уровень - это сюжет, мы знали, что разворачивается картина игры. Нам было интересно дойти до финала и после того, как мы доходили до финала - мы понимали: игра пройдена, стоп машина, теперь я об этом все знаю. Как правило после этого диск дарили соседу, а новая игра приобреталась, у нас, в Российской Федерации, как правило, на пиратском рынке.

Сегодня картина совершенно другая. Сегодня вы получаете картину с чистого листа. Вы заходите на многопользовательский сервер, как правило, регистрация и получение программного обеспечения происходит бесплатно, вам ничего не надо платить за то, чтобы подсоединиться к игре. Платите вы только за процесс. Вы платите за время, проведенное на сервере. Вы платите за артефакты, если таковые вам не достались в процессе игры, а вы хотите ускорить развитие своего героя. Денег производитель получает значительно больше, но эта игра не имеет ни начала, ни конца. Там нет никакого сюжета, сюжет генерируется в процессе самой игры. Точно так же, как мы точно ведь не знаем, что случится с

нами через 2-3 дня, как повернется наша жизнь. Точно такая же картина и в игре. Мы не предвкушаем результата. Мы просто там находимся, живем, выполняем какие-то действия, так же, как по утру мы встаем, чистим зубы, одеваемся и идем на работу и то с некоторыми планами на рабочий день. Как реализуются ваши планы в игровой среде, вы совершенно не знаете. Это альтернативная жизнь - это уже совершенно не игра.

И вот поэтому в DSM 5 включен «Internet gaming disorder». Обратите внимание слово «интернет» зазвучало впервые, но эта категория – «состояние, которое требует дальнейшего изучения» и в основной диагностической сетке, все равно, это состояние, к сожалению, не представлено.

Давайте посмотрим на развитие поведенческой аддикции в интернет, как таковое. Поскольку я переученный левша, лично для меня право и лево - это очень относительные понятия. Для того, чтобы не запутаться, давайте договоримся, что то, что на схеме расположено под «аддиктогенным потенциалом» – это справа. То, что под «аддиктивной личностью» - это слева. То, что справа, наркологи знают на зубок. Они четко знают, что первая стадия зависимости характеризуется формированием эйфорических состояний («Ну зачем же тогда я буду пить водку или играть в World of Warcraft, удовольствия нет никакого, если нет никакого удовольствия, зачем же тогда выполнять эти действия»). Но лимбическая система не спит! Лимбическая система через дофаминовые реакции обеспечивает эйфорию с одной стороны, а с другой стороны в это время система та раскачивается, разрушение дофамина ферментами, прежде всего МАО, блокируется, дофамин дополнительно синтезируется, и получается картина, что дофамина стало слишком много и это уже не эйфория - это уже абстинентное состояние.

Если раньше приходилось играть, или пить, или курить, или что-то еще делать, для того, чтобы было хорошо, то теперь, к сожалению, приходится все тоже самое делать для того, чтобы не было плохо. Вот это и есть зависимость. Не когда хочу повеселиться, а мне приходится это делать и веселья нет уже никакого.

Теперь посмотрим на то что происходит слева. А слева есть аддиктивная личность – это особенная личность, которая конгруэнтна тому действию, которое собственно и вызывает зависимость. Если личность не конгруэнтна, никакой зависимости не будет. Какой смысл мне это делать, если мне это не нравится. Я этого делать не буду. А если мне это нравится, значит – это стрессорный эффект. Стресс – это ведь тоже, не только негативное, но и позитивное восприятие. Эмоциональный всплеск должен случиться у человека, тогда это стресс. Если «не цепляет», простите за наркоманский сленг, значит никакого стресса нет. Значит мы нудно, бессмысленно проходим мимо, даже не заметив самого события («меня это никак не волнует», какой же это стресс?). А если есть стрессорный эффект, то через адреналин, то через вторичный синтез ацетальдегида становится возможен синтез тетрагидроизохинолина, это прекрасное вещество, которое обладает свойствами эндогенных опиатов, оно воздействует на соответствующие рецепторы в нашем мозге, на лимбическую систему и подкрепляет тот самый эйфориский эффект.

Вот с двух сторон мы посмотрели, собственно на то, как развивается это состояние. Вот теперь перед вами аддиктивная личность. Чудесная личность. Сейчас я все про нее расскажу, а вы думайте сейчас только об одном: «А на кого же эта личность собственно говоря похожа?».

Итак, посмотрите, с одной стороны – поиск впечатлений, любовь к риску, приключение на одно место своего тела ищет аддиктивная личность. Импульсивная, непредусмотрительная, гедонистическая, но в тоже время, обремененная поиском некоторых глубоких смыслов («я это делаю не просто так, я развиваюсь») Знаете таких молодых людей, 45 лет, которые говорят: «Я закончил четвертый институт, я ищу себя». Вот тот самый, как раз, случай. В то же время высокий уровень тревоги, высокий уровень напряжения, нужно разрядиться каким-то образом: «Как?» Естественно: испытать стрессорный эфффект, если нет стрессорного эфффекта, то нет разрядки. Хочется доминировать, хочется властвовать, хочется занимать особое место в социуме, среди таких же как ты. В первую очередь

среди аддиктивных личностей, выделяться и занимать лидирующую позицию. В тоже время этой личности свойственны очень низкие волевые качества, у них изначально невысокий уровень самоконтроля и в общем-то нет у них ни доброты, ни доверия, ни сострадания. Итак, на кого же эта личность похожа? Думал вы сейчас мне хором скажете, знаете, как на новогодней елке: «Елочка зажгись!».

Она похожа на ребенка, поэтому не удивляйтесь, что большинство интернет зависимых персоналий – это детский и подростковый возраст. Но кто же еще, если не они? Потому что должна быть незрелая личность. И обратите внимание для аддиктивной личности, аддикция – это не что-то вызывающее, это часть обычного образа жизни. Поэтому в этой части аддиктивная личность должна быть уверена, что на нее не покажут пальцем, ее не подвергнут общественному остракизму, все скажут: «Молодец, умничка, какой же ты хороший, какой же ты крутой и продвинутый человек». Скажут так или осудят?

Идет по улице ребенок пьяный, мы его с вами увидели, какие у нас эмоции? Это – кошмар! Ужас, ужас! Идет по улице ребенок с сигаретой, какие у нас эмоции? Так быть не должно, рано ему еще курить! Идет по улице ребенок с планшетом, у него там развивающая суперигра – какой хороший мальчик! Почувствовали? И наконец, аддикция должна создавать, по крайней мере, иллюзию успеха. То есть – «я не просто зависимая личность – я крутая личность», а вы попробуйте, как я - ничего у вас вероятнее всего, не получится. Вот тогда мы говорим с вами об аддикции социальной, вот тогда мы с вами можем говорить и об интернет аддикции, как феномене, как явлении.

Аддиктогенный потенциал встречается с аддиктивной личностью, как Бони и Клайд. И получается чудесная дополняющая друг друга пара. С одной стороны, интернет – это способ доступа, с другой стороны - это среда для активности, с третьей стороны - это форма активности, а с четвертой стороны – это даже повод для активности. А информация, люди, деньги развлечения – все это вместе дает то самое могущество, которое на сегодняшний день признается социумом. Кто сегодня главная

душа нашего социума: неужели же писатели лауреаты нобелевской премии? – нет, разумеется: блогеры. Понимаете, почему? Потому что мы, общество, выбираем своих кумиров, и эти кумиры создаются в сети. Я не случайно нарисовал здесь вот эти значки карточные. Информацию дальше, когда мы будем анализировать – будем означать пиками, аудиторию – червами, деньги – бубнами, развлечения – крестами. Посмотрите, что у нас получилось теперь в контексте развития интернет.

В 1971 году была изобретена электронная почта. По сути дела, это начало большого славного пути интернета. Интернета еще не было. Но почта уже была. В 1980 появлялись локальные сети, создавались новостные рассылки. И вот только в 1990 году появился протокол tcp/ip и появились DNS. Когда появились адреса - родился HTML, протокол http и стали появляться собственно url. Вот тогда родился интернет. Интернет в истинном смысле этого слова, сегодняшний интернет, родился в 1990 году. Первый сайт, в 1991 начался броузинг, стали ходить по сайтам, надо было знать эти все адреса, поисковых систем еще не было, появлялись каталоги, записывались в эти каталоги эти сайты. Люди делились сами адресами сайтов, записывая в книжку, тогда еще бумажную записную книжку, не подумайте, не электронную. 1992 год - баннерная реклама, тогда же и первый смартфон. И вот 1992 году родился в WWW протокол.

Что же захотел новый Интернет? Интернет освободился от государственных границ, интернет стал частным, все узлы интернета теперь не подконтрольны никому, их количество постоянно растет, пять слагаемых, как пентаграмма у Интернет родились. Интернет хотел (1) интерактивности, динамического контента, (2) постоянного доступа, (3) личностной ориентировки, (4) персонализации данных и (5) социального взаимодействия. Поверьте, пожалуйста, все это он получил очень быстро.

В 1993 году появилась первая поисковая система Wandex и браузер Mosaic. В 1993 в сети появились фотографии, тогда еще каждый специалист в области интернет за вес фотографии боролся. 1 мегабайт больше, 1 мегабайт меньше. Как же ваш модем скачает это? Сегодня таких проблем уже нет. Тогда же

появились веб-камеры. И вот 1995 год появилась великая пятерка, каталог «Yahoo!», магазин «Amazon», торговая площадка «eBay», «Tripod» конструктор сайтов и социальная сеть «Classmates», а затем многопользовательские 3D игры, смартфоны стали отправлять видео, затем первые социальные сети глобального уровня, в частности, Facebook, сетевое радио, TV и стриминг. В 2009 году появился биткойн -это было совсем еще недавно. Первые обладатели биткоина его и покупали меньше, чем за 1 доллар США. Недавно появился NotCoin - наша первая российская, по сути, криптовалюта, не пропустите этого момента – это важно. Это валюта Телеграм. А Телеграм – в первую очередь, мобильное приложение. Майнинг тоже происходил в телефонах. Сегодня он стоит 1 руб. 40 копеек. Когда он вышел впервые на бирже - он стоил 11 копеек. Это все случилось, прошу прощения, 1 мая 2024 года, не так давно, сегодня июнь, с 11 копеек он взлетел до рубля.

2012 - первый шлем виртуальной реальности и тогда же интернет-сервис искусственного интеллекта, вот с той поры, к сожалению, никаких грандиозных прорывов, уже представляете, за целых 12 лет, не случилось. С той поры интернет развивается количественно, но не качественно. Да, растут скорости, растет широкополосный доступ, все проще и проще заниматься стримингом, можем сейчас включить смартфон и то, что происходит в нашей аудитории, демонстрировать всему городу и миру.

Обратите внимание, как аддиктогенный патенциал разросся. Какие возможности у аддиктогенного потенциала появились! Обратите внимание, и информационная, и финансовое составляющая, и отношения с людьми, и развлекательная часть в интернете представлены безумно хорошо. А вот здесь подрастает новое ядро интернет, которое пока не вписывается в эту четырехгранную систему. Удаленное управление, интернет вещание и искусственный интеллект. Обратите внимание пока мы об этом не говорим, но через некоторое время мы заговорим точно. Нам пока искусственный интеллект не предлагает выбрать спутника жизни по анкетам в социальной сети, уверен, скоро будет предлагать. Когда вы

входите в Яндекс, помните, эта лента создана специально для вас. Вот вам специально будут подбирать друзей, возлюбленных, продукты в супермаркетах. А вы будете покупать, любить, знакомиться и дружить так, как решил за вас Яндекс.

Откуда стрессорный эффект в интернете берется? Смотрите информационные иллюзии, большие, большие. Как-то раз у меня был автомобиль - четвертая модель жигулей, у меня ее украли. «Мне нужна машина. Какую бы мне купить?» - купил Ладу Калину по одному простому принципу: габариты точь в точь как у четвертой моделью жигулей, а я был еще совсем неопытный водитель, привез машинку домой – «А где у нее бачок омывателя заднего стекла?»- перебрал всю машину - не нашел, захожу на форум «Лада Калина Клуб» - спрашиваю: «Коллеги, уважаемые владельцы Лады Калины, где бачок-то?» Восемь принципиально разных ответов… из них правильным был один. Нет у Лады Калины бачка омывателя заднего стекла, но остальные семь были уверены в том, что он есть и четко указывали мне локализацию. В некоторых случаях, я даже искал, правда конечно, не нашел.

Избыток коммуникации, анонимность, реальное время, множественность образов, создаем образ таким, каким он нам кажется особенно удобным.

Мы однажды с товарищем, много лет тому назад, пытались сделать службу знакомств в интернете, сделали, вроде все работало. Но как проверить, работает или нет? Зарегистрировались сами, представились девушками, но все остальное написали правду, и он честно написал – девушка 2 метра 14 см, а я честно написал - девушка одной рукой 45 кг легко, обхват груди 130. Ему 500 приглашений познакомиться пришло. Мне 200. Я ему тогда в шутку еще сказал, «высокие девушки пользуются значительно большей популярностью, чем девушки с пышными формами». Ну мы посмеялись, посмеялись, как мы здорово прикололись оба. А потом смеяться-то перестали… А сколько из тех 500 или 200 прикололись в ответ? Этого же никто не знает.

Наконец смены и трансформация социальных ролей. Сетевая коммерция, профессии, субкультуры, в том числе маргинальные группы, творчество, которое может реализовано только в сети. Это же ведь возможности. Это же потенциал. Это то самое могущество.

Двинулись дальше, когда встречаются между собою аддиктивные личность и аддиктогенный потенциал. Получается, что у аддиктивной личности есть избирательная когнитивность, психический инфантилизм, нарушение идентификации, гедонизм, а у потенциала – псевдореалистичность, генерация тревоги, метаперсонификация, иллюзия могущества. В совокупности с доминирующими технологиями – мы получаем доминирующие формы аддикции. Значит, по мере того, как технологии будут меняться, формы аддикции будут меняться, и мы получим тот самый патоморфоз клинической картины.

Ну вот давайте мы на него и взглянем вместе. Обратите внимание – матрешечки – все, что было в предыдущий раз, проглатывается и поглощается следующим уровнем, а это следующим уровнем, следующим уровнем - не шагу назад, только вперед, все к новым и новым горизонтам. Вот она последовательность, которую мы имеем.

Зависимость от новостей, от броузинга - сначала по ссылкам, потом по баннерам, от фотографий, помните, что такое мемографика, в том числе порнографических, сетевые видеоигры, мобильные устройства, социальные сети, видеохостинг, включая YouTube, просмотр стримов, опять-таки в том числе порнографических, майнинг криптовалют, биржевая торговля, виртуальная реальность. «Что будет дальше?».

Следующее мы будем иметь зависимость от интернета вещей – «Что там у меня сейчас на даче? нет ли у меня протечки в трубе?» - это первое, что мы будем думать. Зависимость от искусственного интеллекта, принимающего стратегические решения – «Что мне там приготовили? с кем мне сегодня познакомиться? – Ух ты, познакомлюсь с жареной курицей».

И в завершение – цитата: «Но самое главное, что это существо, - а наша модель действительно почти живое Существо - идеальное воплощение человеческого интеллекта,

способное слушать и понимать, любить и лелеять ваших детей (как способно любители и лелеять совершеннейшее из творений человеческого разума), - наша фантастическая и невероятная - электронная Бабушка! Она будет чутко откликаться на все, что происходит не только в окружающем вас огромном мире и в вашем собственном маленьком мирке, но и во всей вселенной. Послушная малейшему прикосновению руки, она подарит чудесный мир сказок тем, кто в этом так нуждается...» – «Электрическое тело пою». Рей Брэдбери.1969 год.

Платонова Н.В.[1], Марголина И.А.[1,2,3], Иванов М.В.[1,2], Балакирева Е.Е.[1], Калинина М.А[1]., Козловская Г.В. [1], Куликов А.В. [1], Шимонова Г.Н. [1], Шушпанова О.В. [1], Блинова Т.В. [1], Коваль-Зайцев А.А. [1]., Никитина С.Г. [1], Голубева Н.И. [1], Шалина Н.С. [1]

Депривация в раннем возрасте как фактор формирования личностных особенностей

1. ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
2. НОЧУ «Московский институт психоанализа», Москва, Россия
3. ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

Аннотация. Актуальность проблемы психической депривации обусловлена как распространенностью неблагоприятных психосоциальных факторов, так и последствиями в виде различных нарушений психического и физического развития, формирования личности. На примере сексуального насилия показано, что что психическая депривация является психогенным фактором, вызывающим как общие, так и относительно специфические психические нарушения, встраивающиеся в структуру формирующейся личности, соответствующие данному типу депривации, которые требуют определенных лечебно – коррекционных мероприятий.

Ключевые слова: дети, сексуальное насилие, психическая депривация

В современном обществе особенное значение придается отрицательному влиянию неблагоприятных факторов социальной среды на психофизическое развитие ребенка.

В психическом развитии ребенка ведущая роль принадлежит двум факторам – биологическому и социальному. Отрицательное социальное влияние приводит к психическому

дизонтогенезу, выражающемуся в нарушениях темпов, сроков психического развития и его качества. Особенности дизонтогенеза зависят от характера отрицательного социального фактора. В многочисленных исследованиях в области детской психиатрии обращается внимание на то, что психические травмы в детстве влияют на психическое развитие, формирование личности ребенка в дальнейшем.

Одним из наиболее значительных длительно действующих психоповреждающих социальных факторов является психическая депривация.

Психическая депривация – недостаточность или лишение экзогенной симуляции психических функций человека в процессе его развития в детском возрасте, особенно в раннем онтогенезе. Практический опыт показывает, что психическая патология детей раннего возраста затруднена для диагностики и квалификации, как в плане клиники, так и патогенеза, и традиционно рассматривалась в рамках неврологических и педиатрических заболеваний в виде неспецифических психоневрологических комплексов, маскированных соматопатией или перинатальной церебральной дисфункцией.

Еще с первых работ, посвященных последствиям психической депривации, подчеркивалось, что обратимость возникающих изменений связана с возрастом ребенка и продолжительностью воздействия стрессовой ситуации.

Роль социальных факторов играют следующие формы депривации: социальная депривация или истинное сиротство (отказные дети, брошенные дети, беспризорники) и эмоциональная депривация или скрытое сиротство в семье при искажении в функционировании психобиологической системы «мать-дитя». Эта же форма психической депривации возникает при перманентном внутрисемейном физическом и сексуальном насилии.

Актуальность проблемы обусловлена как распространенностью вышеуказанных психосоциальных факторов, так и последствиями в виде различных нарушений психического и физического развития, формирования личности.

Последствия социальной депривации у детей-сирот описаны в виде характерных психических нарушений в рамках психогенного синдрома «сиротства». В связи с этим введен термин «депривационный парааутизм». Парааутизм – это состояние, напоминающее по целому ряду клинических признаков аутизм эндогенной этиологии, но не входящее в группу первазивных расстройств у детей раннего возраста. ПАРА (по-гречески: рядом, возле) подчеркивает отличие парааутизма от аутизма эндогенной этиологии.

Чем в более раннем периоде онтогенеза началось воздействие депривационного фактора, и чем продолжительнее это воздействие, тем большей деструкции подвергается психическое развитие, которая в ряде случаев носит необратимый характер в виде нажитой деформации личностных свойств ребенка.

Особенно свойственна эта тенденция для таких форм психической депривации, как сексуальное насилие, если ему подвергаются дети, личность которых еще формируется, что приводит к возникновению психических расстройств и может существенно нарушить весь последующий ход психического развития ребенка.

По данным отечественной и зарубежной литературы в качестве психосоциальных последствий жестокого обращения с детьми, указываются делинквентные и асоциальные формы поведения, аффективные нарушения и аномальные черты личности.

В работах, посвященных сексуальному насилию, как одному из тяжелейших по последствиям факторов искажения психического развития детей, обращается внимание на агрессивность женщин, попавших в условия сексуального злоупотребления в детстве.

Описываются как последствия сексуального насилия, перенесенного в детстве женщинами, депрессивное расстройство с суицидальными попытками, рискованные половые связи, частые смены партнеров, проституция. У мужчин, перенесших сексуальное злоупотребление в детстве, выявлялись гомосексуальные тенденции с вовлечением в

гомосексуальные связи большого количества сексуальных партнеров.

В современном обществе проблема сексуального насилия над детьми является особенно актуальной. Сексуальные контакты детей со взрослыми довольно распространены, и количество сексуальных преступлений против детей в последние годы продолжает расти во всем мире.

В нашей стране не существует достоверных статистических данных о частоте случаев сексуального насилия над детьми, поскольку долгое время эта тема была закрыта, официальная статистика отсутствует. Однако по оценкам Центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского, органы внутренних дел в России ежегодно регистрируют 7-8 тысяч случаев сексуального насилия над детьми, по которым возбуждаются уголовные дела (Догадина М. А., Пережогин Л. О., 2000). Но в реальности эти показатели значительно выше, о чем свидетельствуют данные анализа обращений по телефону доверия для лиц, перенесших сексуальное насилие, согласно которым только одна жертва из ста впоследствии обращается в правоохранительные органы (Асанова Н. К., 1997).

В связи с этим становится актуальной проблема изучения клинических расстройств и особенностей психического развития у детей-жертв сексуального насилия.

Следует отметить, что клинические психопатологические проявления в ответ на сексуальное насилие у детей, особенно раннего возраста, до настоящего времени изучены недостаточно, что препятствует разработке адекватных меры профилактики и реабилитации данного контингента детей, попавших в группы риска по психическому здоровью.

Сексуальное насилие - это вовлечение ребенка с его согласия или без такового в действия сексуального характера со взрослым с целью получения последним удовлетворения или выгоды.

Виды сексуального насилия

Глубина и стойкость психологической травмы может колебаться в зависимости от внезапности, интенсивности и длительности насилия.

Следует различать: 1) *неожиданные,* однократные случаи изнасилования; 2) *хроническое,* растянутое во времени вовлечение детей в сексуальную деятельность, которая представлена разнообразием сексуальных ласк, игр, сексуальным просвещением (просмотр порножурналов, фильмов, присутствие при сексуальных контактах взрослых и т. д.); чаще всего в такой вид насилия (внутрисемейного пролонгированного) оказываются вовлеченными дети младшего и старшего дошкольного возрастов. И первые, и вторые случаи насилия встречаются в практике с одинаковой частотой.

При *внутрисемейном насилии* насильник обычно хороший знакомый ребенка или его родственник. При этом вовлечение им ребенка в сексуальную деятельность имеет множество разновидностей: эмоционально-обедненное, поверхностное, формальное отношение к ребенку; запугивание, обман. Педофилы по-своему ласковы, внимательны, заботливы. Часты случаи теплой привязанности детей к насильникам (в т.н. пролонгированном насилии), когда постепенно преодолевается пассивное сопротивление ребенка к факту насилия. Вместе с этим дети младшего возраста не осознают специфическое содержание сексуальных действий и первоначально не воспринимают их как травмирующие.

Клиническая картина. Психические и поведенческие нарушения у детей, перенесших сексуальное насилие, в значительной мере зависят от возраста. Так, у детей 3-5 лет они проявляются капризностью и плаксивостью, у детей 6-9 лет - недоверием к взрослым, а у детей старше 10 лет — нарушением взаимоотношений со сверстниками, отсутствием друзей, поскольку в этом возрасте подростки понимают сексуальный характер совершенных с ними действий и считают себя испорченными, вследствие чего не могут установить дружеские отношения со сверстниками.

Наиболее остро психические расстройства возникали *при внезапном изнасиловании.* В таких случаях чаще всего диагностировались острая реакция на стресс (F-43,0) или посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР - F-43,1) с

характерной симптоматикой: повышенный уровень тревоги, страхи, чувство вины, депрессия, отчужденность от окружающих, эмоциональное обеднение (в зарубежной литературе «сужение спектра чувств»).

ПТСР характеризовалось повторным переживанием травмы в виде навязчивых мыслей, ночных кошмаров, реминисценций; активным избегание ситуаций, напоминающих травму; нарушение вегетативной сферы (снижение аппетита, головные боли, боли внизу живота, плохой сон, повышенная температура, учащенное сердцебиение, повышенная потливость и т.д.); ухудшение когнитивных процессов.

Расстройства острого периода имели тенденцию к постепенному регрессу при разрешении психотравмирующей ситуации. Однако в некоторых случаях развивались расстройства адаптации, которые в психологической литературе называются отдаленными последствиями сексуального насилия. Поскольку ребенку трудно выразить гнев в словесной форме, он проявляется в неадекватном поведении: необъяснимых приступах ярости, агрессии, направленных как на других людей или животных, так и на себя (аутодеструктивное поведение).

Отдаленные последствия перенесенного в детстве сексуального насилия развиваются через несколько лет и могут сохраняться как в подростковом, так и в зрелом возрасте. Бриер и Рунтц предложили следующую классификацию отдаленных психологических последствий сексуального насилия:

- нарушения сексуального поведения;
- трудности при воспитании детей;
- психические расстройства;
- асоциальное поведение.

Наиболее разнообразны нарушения сексуального поведения, которые могут включать:

- сексуализированное поведение (расторможенность сексуального влечения, не свойственные возрасту сексуальные контакты с детьми и взрослыми);
- нарушения полового влечения по объекту (гомосексуализм, педофилия) или способу удовлетворения (садизм, мазохизм);

- неспособность к стабильным и длительным сексуальным отношениям (промискуитет или проституция);
- настороженное отношение к представителям противоположного пола, страх близких отношений, отвращение к сексуальным контактам, фригидность, аноргазмия;
- виктимизация (предрасположенность при определенных обстоятельствах вновь стать жертвой насилия)
- социальная дезадаптация (низкая успеваемость, уходы из дома, правонарушения).

Одной из причин эмоциональных и поведенческих расстройств, возникающих в отдаленный период после перенесенного сексуального насилия, является стигматизация. Стигматизация - присвоение детям, перенесшим сексуальное насилие, определенных негативных качеств: испорченности, распущенности, безнравственности. Стигматизация обусловлена тем, что общественная сознание необоснованно наделяет указанными качествами всех детей, вовлеченных в сексуальные отношения, без учета обстоятельств, которые этому предшествовали. Стигматизация снижает самооценку детей, ведет к их социальной изоляции, что создает предпосылки для злоупотребления алкоголем или наркотиками, совершению преступлений, то есть формально подтверждает моральную дефектность жертв сексуального насилия.

В структуре последствий хронического внутрисемейного сексуального насилия острая реакция на насилие чаще всего отсутствовала. Преобладало отставленное реагирование в виде раннего пробуждения сексуального влечения с вторичными изменениями поведения, приобретавшего сексуализированный характер и включавшее:

- необычную для детей этого возраста информированность о сексуальных отношениях,
- вовлечение других детей в игры сексуального характера, включая имитацию полового акта,
- эксцессивную мастурбацию,
- демонстрацию половых органов,
- копролалию,
- сексуальную агрессию,

- «псевдовзрослое» или наоборот регрессивное поведение,
- жестокость к животным
- аутизацию

Чем младше возраст, в котором ребенок подвергся сексуальному насилию, тем глубже связанные с ним расстройства, поскольку нарушается его половая идентификация, искажаются базовые представления о взаимоотношении с окружающим миром, размываются или искажаются социальные нормы и запреты.

Весь *комплекс психопатологических расстройств* у детей разделяется на две группы: характерные и нехарактерные.

Характерным для перенесенного сексуального насилия расстройством является сексуализированное поведение. Различают три степени тяжести сексуализированного поведения:

- степень – дети демонстрируют повышенную осведомленность, проявляют большой интерес к сексуальным вопросам (сексуальная озабоченность);
- степень – дети совершают сексуальные действия, направленные на себя: мастурбация, демонстрация половых органов и т.п.
- степень – дети вовлекают в сексуальные отношения других детей или взрослых.

При оценке поведения ребенка как сексуализированного необходимо учитывать возрастные особенности. Среди детей 5-7 лет широко распространены игра в доктора с раздеванием и обследованием интимных частей тела, демонстрация и ощупывание половых органов друг друга, поцелуи и игры, воспроизводящие поведение взрослых в семье. Подобное поведение является нормативным, более того, оно необходимо для нормального психосексуального развития ребенка.

При длительном (месяцы или годы) сексуальном насилии у ребенка формируется специфический комплекс психологических и поведенческих нарушений, направленных на адаптацию к существованию в этих условиях. Указанный комплекс, являющийся с точки зрения современной психиатрии специфическим адаптационным расстройством, в англоязычной

литературе называется синдромом аккомодации. Проявления синдрома аккомодации нельзя считать психической нормой, однако необходимо понимать, что это - естественная реакция ребенка на существование в экстремальных условиях, реакция, которая позволяет ему минимизировать вред, связанный с сексуальным насилием. В той форме, в которой синдром аккомодации описан в зарубежной литературе, он возникает только в тех случаях, когда сексуальные контакты со взрослым происходят вопреки воле ребенка и для достижения своих целей взрослый использует принуждение, психическое или физическое насилие. Если же взрослый, используя доверие и привязанность ребенка, добивается того, что ребенок получает сексуальное удовлетворение от совершаемых с ним действий, то типичного синдрома аккомодации не формируется, поскольку отсутствует психическая травма.

В развитии синдрома аккомодации можно выделить пять последовательных этапов: секретность, беспомощность, приспособление, раскрытие и восстановление. Если насилие не выявляется, то два последних этапа не развиваются. Наиболее ярок нарушения, входящие в синдром аккомодации, проявляются при внутрисемейном сексуальном насилии.

По клиническим характеристикам на начальном этапе пролонгированного внутрисемейного насилия чаще наблюдаются аффективные реакции (страхи, астено-депрессивное состояние и т.п.), с присоединением на последующем этапе стойких астенических, невротических, неврозоподобных и поведенческих расстройств.

Наши наблюдения показывают, что чем раньше начинает действовать фактор насилия над ребенком и чем оно более длительно и интенсивно, тем сильнее его влияние на формирование личности ребенка.

Патологическое развитие личности формируется у ребенка на основе:

- его возрастной незрелости,
- преморбидных особенностей (церебрально-органическая недостаточность и т.д.),
- характера психотравмирующей ситуации.

К нехарактерным нарушениям следует отнести:

- эмоциональные расстройства (депрессия, страх),
- когнитивные расстройства (трудности обучения, неустойчивость внимания),
- беспомощность,
- задержка психического развития,
- энурез,
- нарушения вегетативной сферы.

Клинические проявления нарушений, связанных с перенесенным сексуальным насилием и их редукция у детей, пострадавших от сексуального насилия, находятся в прямой зависимости от:

- формы насилия,
- возраста ребенка,
- этапа психосексуального и уровня психического развития,
- биологических и индивидуально-психических особенностей,
- длительности или частоты насилия,
- степени агрессивности насильника в преодолении сопротивления ребенка,
- интенсивности психогении.

Помимо общих психопатологических проявлений каждому отдельному виду депривации свойственны определенные клинические комплексы, которые были выделены в отдельные типы нарушений.

По мере взросления детей происходит изменение клинической картины в виде дифференциации аффективных нарушений, нарастания признаков искажения формирования личности и расстройств влечения.

При внутрисемейном типе сексуального насилия – инцесте у потерпевших возникают характерные психические расстройства с определенной динамикой, которые укладываются в рамки психогенного и патохарактерологического развития личности. В их основе лежит дистресс, переходящий в депрессию с аффективным

истощением, которая сопровождается формированием личностных и психосексуальных расстройств.

На первом этапе, психогенной сенсибилизации, сексуальные эксцессы приводят к возникновению субшоковых аффективных реакций с последующими астеническими и невротическими проявлениями.

С возрастом в процессе психосексуального созревания с появлением и расширением информированности в области половых отношений и морально-нравственных норм появляется осознание инцеста как общественно неприемлемой формы.

На втором этапе, невротическом, начиная с препубертатного возраста у потерпевших формируется комплекс аффективно насыщенных сверхценных переживаний с фиксацией на них, стойкое негативное отношение к посягателю, появляются депрессивные и личностные расстройства, агрессивное фантазирование. Часто наблюдаются астенодепрессивные состояния; у органически стигматизированных лиц депрессия имеет дисфорическую окраску. Преобладает невротический уровень расстройств.

Трансформация личностных структур характеризуется нарастанием мозаичности с преобладаем сензитивной шизоидности или эксплозивности. Патохарактерологическое развитие наблюдается при сочетании повседневного травматизирования с прямым культивированием родителями социально не приемлемых форм проявления сексуальной активности. Для подобного типа развития характерно наличие выраженных психопатоподобных расстройств, которые сопровождаются психосексуальным дизонтогенезом в виде опережения и извращения становления сексуальности вплоть до формирования садомазохитских тенденций с гомосексуальной ориентацией у мальчиков.

Выводы. Таким образом, на примере сексуального насилия можно сделать вывод, что психическая депривация является психогенным фактором, вызывающим как общие, так и относительно специфические психические нарушения, соответствующие данному типу депривации, которые требуют определенных лечебно – коррекционных мероприятий.

Степень выраженности возникших нарушений зависит от тяжести депривационного фактора, а также от времени начала и перманентности его воздействия. Существует мнение об обратимости дизонтогенеза при изменении условий жизни ребенка, в случае уменьшения или прекращения депривационного влияния. Однако следует отметить, что раз возникшие депривационные нарушения имеют свойство встраиваться в структуру формирующейся личности и фиксироваться. При коррекции депривации патологические проявления могут редуцироваться, но не исчезают полностью и при декомпенсации психофизического состояния могут легко возобновиться.

Тхостов А.Ш.

Культурно-исторические факторы патоморфоза психических расстройств

ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

Аннотация. Предлагается использование культурно-исторической теории для понимания психологических механизмом патоморфоза психических расстройств и нарушений развития. Хотя человеческий мозг начиная с неолитической революции практически не изменился, изменился социальный мир, изменился мир коммуникации, изменился мир инструментов, которые человек использует для высших функций, которые отличаются от натуральных тем, что они в основном являются произвольно регулируемыми и они социальны по происхождению. Суть культурно-исторического подхода заключается в том, что помимо того, что у человека существует натуральные функции (и психические, и физиологические), именно у человека они в значительной степени утрачивают натуральный характер, так как над ними надстраиваются функции более высокого уровня, которые похожи, но организованы абсолютно иначе. Предполагается, что среда, в которой находимся и мы и ребенок, постоянно усложняется. Обсуждается вопрос о негативных последствиях этих изменений.

Ключевые слова: Культурно-историческая психология, патоморфоз, нарушения развития.

Несмотря на то, что нам иногда кажется, что представления об изменчивости проявлений психической патологии появились относительно недавно, на тему патоморфоза в психиатрии говорили с самого начала, когда стали описывать психические расстройства, и сравнивать их. Проявления, течение, их временная и историческая динамика - это все очень неплохо описано, но, к сожалению, осмысление самого феномена патоморфоза не очень сильно продвинулось, за исключением понимания, что содержание

психопатологических переживаний пациентов в значительной степени зависит от культурного и исторического контекста. Почему же возникает патоморфоз? Для, того чтобы ответить этот вопрос, нужно прежде всего, признать, что то, что происходит с больным ребенком - это не есть результат действия какого-то одного фактора (допустим болезни мозга или еще чего-нибудь), а констелляция взаимодействия очень многих факторов, социальных условий, представлений о норме, которые тоже меняются, отношения к симптомам, условиям развития, коммуникации и контекста, в котором находятся люди.

Количество ургентных внеплановых госпитализаций постоянно усиливается и стремится к половине всех госпитализаций вообще. При этом очевидно, что это не вопрос только медицины, которая включается в ситуацию после запроса к ней, но и компетентности родителей, педагогов, которые доводят ситуацию до того момента, когда психопатологическую продукцию или нарушения развития больше нельзя игнорировать. А до этого происходит непринятие, непризнание, стигматизация, отказ от того, чтобы видеть реальность, которая зависит в том числе и от них самих. Это касается самых острых ситуаций и можно предполагать, что педагогическая и родительская некомпетентность в еще большей степени проявляется в ситуациях, когда психическая патология нарастает постепенно и незаметно. И нужно говорить в первую очередь именно про это - про социальные условия, про то, почему родители и педагоги игнорируют очевидные факторы патогенеза психических расстройств и нарушений развития, которые зависят не от самой природы, но в большой степени и от их педагогических ошибок.

Мне кажется, что одним из способов ответить на этот вопрос является использование культурно-исторической теории. Вся суть культурно-исторического подхода заключается в том, что помимо того, что у человека существует натуральные функции (и психические, и физиологические), именно у человека они в значительной степени утрачивают натуральный характер, так как над ними надстраиваются функции более

высокого уровня, которые похожи, но организованы абсолютно иначе. И у животных, и у маленьких детей - у всех есть натуральные психические функции (память, внимание, мышление, речь, произвольная регуляция), которые у человека социализируются, становятся знаково-символически опосредствованными, произвольно регулируемыми. Менее очевидно, что и физиологические функции (выделение, питание, сон), как это понимается в современной психологии, социализируется тоже. То есть, например, сон у человека - это не совсем натуральная функция, потому что у нас есть искусственное освещение, кофе, которое нас стимулирует, снотворное, часы, будильники и т.д.

Все это важно для того, чтобы подчеркнуть, что для понимания того, что происходит с пациентом недостаточно просто обращаться к самой болезни, не учитывая того, в каком это происходит контексте. Здесь стоит подумать о том, что биологическая психиатрия, несмотря на ее огромные успехи в иных областях, здесь сталкивается с принципиальными трудностями. Дело в том, что, хотя человеческий мозг начиная с неолитической революции, то есть, как минимум несколько тысяч лет, практически не изменился, но изменился социальный мир, изменился мир коммуникации, изменился мир инструментов, которые человек использует для высших функций, которые отличаются от натуральных тем, что они в основном являются произвольно регулируемыми и они социальны по происхождению. То есть, человек может развить эти функции, только находясь в определенном контексте. Они также имеют определенную иерархию и усваиваются при коммуникации с ближайшим окружением и вообще с миром.

Особенно хочется обратить внимание на то, как это происходит сейчас. Поскольку скорость изменений нарастает с такой силой, что разница между поколениями - это не 25 лет, как было раньше, а примерно 5 лет. Пять лет разницы, а это уже разные поколения, с разными интересами, разными особенностями и инструментами, которыми они пользуются. Мы видим, что среда, в которой находимся и мы и ребенок, постоянно усложняется. Встает вопрос: всегда ли это имеет

только позитивные последствия? Например, мы даем ребенку калькулятор, мы даем ребенку телефон, планшет. С одной стороны, это изумительно, но с другой, педагоги уже многие годы обращают внимание на тот феномен, что количество слов, которое знает и использует в словаре ребенок, приходящий в первый класс, за последние 20 лет сильно изменилось. Сейчас это около 1500 слов, а 15-20 лет назад было в два раза больше. То есть нынешний первоклассник знает в два раза меньше слов. Встает вопрос – почему? Потому что ему не читают сказки. Родители дают ребенку планшет с мультфильмами с грудного возраста. Сколько слов в мультфильме «Ну погоди»? Два! Сколько слов в мультфильме «Том и Джерри»? Ни одного. Соответственно результат будет в том, что активный словарь ребенка станет меньше и примитивнее, а значит создаст затруднения в различных областях обучения. Причем это не ограничивается только устной речью, а затрагивает навыки чтения и письма, непосредственно связанные и с другими сферами обучения и развития. Это может сказываться даже в сферах, далеких на первый взгляд от речи. Профессор В.Н. Краснов в личной беседе отмечал, что молодые больные с эффективными расстройствами, которых он наблюдает в клинике, где он работает, не могут рассказывать про свои чувства. То есть, они не могут описать то, что с ними происходит. Им «плохо» - это почти единственные слова, которые они используют. Он предполагает, что слова, описывающие эмоции и чувства прежде люди усваивали из литературы, из стихов, из чтения, из того, что они видели. И это изменилось, возникла своеобразная форма алекситимии – трудности распознавания эмоциональных состояний, связанная с дефицитарностью чтения. Поэтому возникает специальная задача понять: каково влияние новых условий социализации, которые изменились? Сейчас основная социализация ребенка происходит не во дворе, не при коммуникации с его ровесниками, а виртуальной среде, которая совсем иная. И мы ничего не может тут отменить, но мы может это хотя бы попытаться осмыслить. Возможно ли изменение высших психических функций? В условиях новых технологий они такие

же как раньше или нет? Возможно ли тогда порождение «высших» форм патологии?

В педагогике также существует ошибочная интерпретация самой идеи социализации, как совокупности каких-то «вегетарианских» событий. Когда маленький ребенок с помощью родителей усваивает всяческие сложные вещи, нужно его чрезмерно не нагружать, ослаблять давление, хвалить. Это ошибочное убеждение, так как культура - это прежде всего инструмент насилия, и мы должны понимать, что усадить ребенка на горшок и заставить есть вилкой не так-то просто.

Когда педагоги говорят, что проблемы с детьми потому, что их не хвалят в школе и им нужно обязательно искусственно создать ситуации успеха, то я им обычно отвечаю, что проблема таких детей не в том, что их недостаточно хвалят, а в том, что они не умеют переживать неудачу. Если вы их будете чрезмерно ласкать, им будет здорово, но в дальнейшем, когда они вырастут, и выйдут в мир – все будет не совсем так, как они привыкли. В данный момент считается неприлично вслух говорить на эту тему – о роли насилия в процессе социализации. Примерно также как во время рождения психоанализа, было неприлично говорить о сексуальности ребенка. Да, это сложная для обсуждения тема, но мы должны понимать, что внутреннее усилие, контроль и произвольная регуляция - это как раз и есть интериоризированные формы того, что сначала было внешним насилием.

Я часто в лекциях обычно привожу такой пример. Что происходит, когда вы ставите ребенка в угол? Он ведь физически может оттуда в любой момент выйти, но он стоит. Это говорит о том, что он усваивает символическое некое условие. Ребенок усваивает его в качестве самостоятельного усилия. Данное усилие сначала идет извне, далее становится самостоятельным. И на этой почве возникает произвольная регуляция у самого ребенка. Если не прикладывать никаких внешних ограничений, то она никогда не возникнет. Сейчас мы видим одну из проблем нормального развития у детей – это сложности с произвольной регуляцией. Прежде всего страдает внимание. Я вижу, что средний студент способен сосредоточить

произвольное внимание 5-7 минут, потом необходимо привлекать их внимание или делать им замечания. А еще не так давно проблема произвольного внимания достаточно успешно решалась в начальной школе!

Во всем мире изменяется и уменьшается роль книги и чтения в культуре. Американские университетские преподаватели еще 15 лет назад говорили как о проблеме, что их аспиранты и студенты не могут читать длинные книги. Сейчас наши студенты тоже не могут. Здесь суть не просто в том, что люди не читают книги, а в том, что они не усваивают определенных эталонов культуры, эталонов переживаний, отношений, коммуникации, некоторых тонких правил. Неусвоение линейной модели текста переносится и на восприятие человеком времени. Одно из проявлений, которое можно отметить у молодых людей – отсутствие линейной модели времени, где есть прошлое, настоящее и будущее. Ты готовишься к чему-то что сейчас еще не наступило, но ты должен отказываться от чего-то сейчас. Но у них время воспринимается, как у архаичных племен - циклично по кругу, от утра до вечера. А у наркоманов - от дозы до дозы. То есть, оно не развернуто, они на словах знают, что такое время, может быть даже на уровне теоретической физики, но как субъективная категория, определяющая поведение, это не работает. Также из-за этого могут возникать трудности в построении произвольного акта.

Счетные способности. Я принадлежу к тому поколению, которое учили в школе извлекать корни квадратные кубические на бумаге. Но сейчас это непосильная задача. Мы видим, что навыки простых арифметических действий плохо выполняются современными молодыми людьми. А это не просто подсчет наличных денег, здесь формируются многие абстрактные навыки - представление о вероятности, о доле, об отношениях, а это очень сложные вещи.

Меняются и коммуникативные навыки. Я помню, что я когда-то знал практически все телефоны, но сейчас я обнаружил, что не помню ни одного телефона. Письменная речь также меняется, она вообще перешла в изображения (смайлы), а

это не речь, а что-то иное. Когнитивные карты - одна из психических функций, которые тоже сформировались в культуре. Они нужны для того, чтобы ориентироваться в пространстве, которое визуально ему недоступно. То есть, у меня есть представление не только о комнате, в которой я нахожусь, но и о том, как мне до дома доехать и т.д. С появлением навигаторов эта функция атрофировались. Если вы поедете когда-нибудь с таксистом и у вас отключится навигация - вы просто не доедете.

Таким образом, хочется сказать, что психическая болезнь, особенно ребенка, - это не просто то, что происходит с его мозгом. Но это то, что происходит, в том числе через дефицитарность этого мозга, с возможностью усвоения им фундаментов и инструментов культуры. И в том числе это само изменение этих инструментов, которое часто на фоне высокой доступности и удобства их применения приводит к деградации развития. То есть, «не нужно развивать, потому что это можно заменить». И это одна причин расстройств, которые сейчас называются РАС, как некоторый «зонтичный» термин, в котором многое объединено. С точки зрения современной культурно-исторической патопсихологии очевидная психологическая проблема заключается в том, что это дети, которые оказались в ситуации развития, которое не позволяет им сформировать те навыки, которые раньше формировались автоматически.

Устинова Н.В.

Наследственные болезни обмена веществ у детей – при чем тут психиатр?

НКЦ №2 ФГБНУ РНЦХ им. Академика Б.В. Петровского, Москва, Россия
ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва, Россия

Аннотация. В статье обсуждаются проблемы выявления и диагностики наследственных болезней обмена веществ (НБО) у детей с установленным диагнозом, соответствующим расстройствам аутистического спектра (РАС). Симптомы РАС могут быть самым заметным проявлением наследственного заболевания, однако до настоящего времени не сформирована настороженность психиатрической службы в отношении НБО у пациентов с нарушениями нейроразвития, включая РАС. Важно, что для некоторых НБО существует таргетная терапия, которая позволяет замедлить формирование, а в части случаев, профилактировать поведенческие, когнитивные и эмоциональные. Необходимы изменения в плане подготовки врачей-психиатров детских, направленные на повышение компетенций по вопросам НБО у пациентов с аутизмом.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, аутизм, НБО, наследственные болезни обмена, организация психиатрической помощи.

В течение последнего десятилетия в научных исследованиях обсуждается проблема высокой смертности среди пациентов с аутизмом, превышающей таковую в общей популяции. Неблагоприятные социальные воздействия, плохое питание и уход, самоповреждающее и суицидальное поведение – все эти причины не объясняют значительного превышения, по сравнению с населением в целом, количества смертей людей с аутизмом. Исследование проблемы позволило сделать вывод, что высокий показатель смертности обусловлен, в том числе, значительным количеством сопутствующей патологии - соматических и неврологических нарушений, наследственных

заболеваний, в том числе – наследственными болезнями обмена (НБО).

Наследственные болезни обмена - это большая группа заболеваний, насчитывающая более тысячи патологий, которые представлены генетическими нарушениями (перестройками и нарушениями в генетическом материале организма — хромосомах и генах), приводящими к изменению метаболизма углеводов, жиров и белков. Наследственные болезни обмена встречаются достаточно редко, 1 из 2500 новорожденных может родиться с данной патологией. В раннем детстве не всегда заметны какие-либо характерные симптомы, некоторые заболевания из этой группы могут манифестировать в любом возрастном периоде. С 2023 года в Российской Федерации проводится расширенный неонатального скрининг (36 наследственных заболеваний), однако, НБО значительно больше, и дети, рожденные до 2023 года, не проходили процедуру такого скрининга.

Психические расстройства (нарушения поведения, когнитивные и интеллектуальные, эмоциональные) могут быть одним из симптомов проявлений наследственных болезней обмен, но до настоящего времени в практической работе врача-психиатра отсутствуют алгоритмы выявления НБО.

При этом, для лечения некоторых заболеваний из группы НБО существует таргетная терапия, могут быть предложены диетические вмешательства, которые уменьшают тяжесть или предотвращают развитие психических нарушений.

В исследованиях приводятся данные о том, что что даже при одном и том же генетическом нарушении могут быть разные психопатологические проявления. То есть при одном и том же НБО у одного ребенка (или взрослого) мы можем видеть тяжелые нарушения интеллектуального развития, а у другого — синдром Аспергера. Это представляет особый интерес для психиатров, так как определена модель формирования психического расстройства с известным патогенезом. Важно, что эта модель учитывает экспосомальные и эпигенетические влияния.

Психические расстройства при НБО, в большинстве случаев, не реакция на болезнь, а непосредственное проявление заболевания, вследствие поражения головного мозга (как, например, при болезнях лизосомного накопления). Психические нарушения могут быть самыми разнообразными: нарушения нейропсихического развития, психотические и аффективные расстройства, кататонические включения.

Клинический пример 1: мальчика 3 года 7 месяцев с задержкой психического развития, с аутистическими чертами - трудностями в социальном и коммуникативном взаимодействии, тяжелое самоповреждающее поведение – глубокое поражение кожи рук, ног, живота при расчесывании, расцарапывании. Проведенное генетическое обследование позволило установить синдром Леша—Нихена, для которого характерны выраженные самоповреждения, связанные с нарушением обмена мочевая кислоты, в связи с чем, вероятно, появляются беспокойство и зуд. Лечение предполагает использование медицинских препаратов, направленных на снижение уровня мочевой кислоты в крови.

Клинический пример 2. Девочка, 4 года, особенности развития, установлен диагноз F84.0 (детский аутизм). В клинической картине – избирательное питание, полный отказ от любого мяса (что нередко встречается в группе пациентов с аутизмом). Отмечались частые рвоты. Проведенное генетическое обследование выявило дефицит фермента орнитинтранскарбамилазы – редкое заболевание. Ранее считалось, что это тяжелое заболевание, в области внимания неонатологов – в плане предотвращения неонатальной смертности при значительном угнетении работы фермента и манифестации заболевания в неонатальном периоде. Но, как оказалось, если фермент блокирован не полностью, то люди могут жить достаточно долго, даже не догадываясь о том, что у них есть такое наследственное заболевание обмена.

Из наиболее характерных признаков - отказ от употребления мясной пищи – отказ от животного белка, потому что именно этот белок в отсутствии (дефиците) фермента, метаболизируется в аммиак, который и приводит к тому, что

появляется рвота, а также другие симптомы, характерные для отравления аммиаком. Люди с такой НБО перестают есть мясо, но, как показывают исследования, различные стресс-факторы могут провоцировать ухудшение работы фермента. К значимым стресс-факторам относят голодание, нарушение диеты, употребление избыточного количества белка, беременность, препараты (соли вальпроевой кислоты). Указанные факторы могут спровоцировать эпизоды гипераммониемии, которые могут проявляться и психотическими нарушениями, соответственно, такие пациенты могут оказаться в психиатрической больнице.

Психиатры должны быть знакомы с «красными флагами» - симптомами, при которых необходимо направить пациента на генетическое обследование. В анамнестических данных- это ранние смерти в семье от схожих симптомов, история невынашивания беременности, необъяснимые неврологические симптомы (постоянные или преходящие), регресс развития (который достаточно часто встречается среди наших пациентов). У каждого пациента с аутизмом, с умственной отсталостью и другими особенностями развития необходимо собирать полный семейный анамнез. Важно уделять внимание эпизодам ухудшения клинического состояния (появление рвоты, слабости, вялости), которые родители могут относить к проявлениям, например, ротавирусной инфекции или отравлению некачественной пищей. Важно отмечать парадоксальные реакции на психофармакотерапию, характерные для пациентов с редкими заболеваниями. Необъяснимое ухудшение соматическогои неврологического состояния на фоне психотических проявлений также должны настораживать на предмет наследственных болезней обмена.

В действующих в настоящее время клинических рекомендациях по расстройствам аутистического спектра указано, как и в каких случаях стоит исключать наследственные болезни обмена у группы детей с расстройствами аутистического спектра.

Таким образом, вышесказанное актуализирует новые проблемы для психиатричекой науки и практики: патоморфоз

психопатологических проявлений, связанный с современными видами таргетной терапии, особенности психопатологической структуры у пациентов с НБО, сложности использования психофармакотерапии для лечения психических нарушений у пациентов с психическими нарушениями.

Кроме того, необходимы изменения в организации медицинской помощи детям с нарушениями нейроразвития, включая РАС – внедрение мультидисциплинарных персонифицированных подходов, повышение компетенций психиатров по вопросам наследственных болезней обмена веществ и других редких заболеваний, протекающих с симптомами психических расстройств.

Пронина Л.В.

Консультирование родителей, воспитывающих детей с интеллектуальными нарушениями

ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики», Москва, Россия

Аннотация. Статья посвящена обобщению многолетнего опыта работы с семьей на базе ФГБНУ ИКП, а именно в области педагогического консультирования детей раннего, дошкольного и младшего школьного возраста с интеллектуальными нарушениями. Опыт работы с семьей показал высокую социальную потребность родителей в индивидуальном консультировании ребенка с особыми возможностями здоровья. В статье проанализированы обращения современных родителей к специалистам по вопросам воспитания, развития, обучения ребенка с интеллектуальными нарушениями. Рассмотрены вопросы организации и условий консультирования ребенка с интеллектуальными нарушениями раннего, дошкольного и младшего школьного возраста. Представлены этапы консультирования, уточнены сферы профессиональной компетентности специалистов, осуществляющих консультирование семьи, воспитывающей ребенка с особенностями развития. Определен инструментарий педагогического обследования познавательного развития детей раннего, дошкольного и младшего школьного возраста. Психолого-педагогическое консультирование эффективно, если оно пролонгировано. Родитель, прислушиваясь к рекомендациям специалистов, возвращается за помощью. При повторных посещениях прослеживается динамика психофизического развития, а также эффективность предложенных рекомендаций. Эффективность консультативной деятельности зависит от профессиональной компетентности команды специалистов их сотрудничества при реализации комплексного, мультидисциплинарного подхода к диагностике развития каждого ребенка и к оказанию помощи родителям.

Ключевые слова: дети с отклонениями в познавательном развитии, дети с интеллектуальными нарушениями, консультирование, ранний возраст, дошкольный возраст, младший школьный возраст.

Одной из организационных форм работы с родителями является консультативно-рекомендательная работа с семьей ребенка ОВЗ.

Многолетний опыт работы с семьей показал высокую социальную потребность родителей в индивидуальном консультировании ребенка с особыми возможностями здоровья. У родителей возникает много вопросов по воспитанию, обучению и развитию особого ребенка. «Институт коррекционной педагогики» уже более 20 лет предоставляет психолого-медико-педагогическую помощь детям с ОВЗ, с инвалидностью, а также детям «группы риска» и их семьям. Ежегодно на базе Института коррекционной педагогики тысячи семей получают квалифицированную помощь и поддержку. Мероприятия по оказанию консультативной помощи родительскому сообществу осуществляется в рамках национального проекта «Образование». В связи со стремительным развитием новых технологий, появились возможности проведения консультаций не только в офлайн режиме, но и онлайн, в формате видеоконференций, это особенно актуально для нашей большой страны: у родителей из самых отдаленных уголков нашей Родины теперь есть возможность получить квалифицированную помощь специалистов разного профиля. Тема консультирования достаточно по-разному освещается в литературных источниках. В рамках данной статьи мы коснемся организации консультирования детей с интеллектуальными нарушениями, его педагогического аспекта.

Авторами ставилась цель обобщить многолетний опыт консультирования современных родителей по вопросам воспитания, развития, образования детей с интеллектуальными нарушениями.

В рамках исследования нами были определены следующие задачи:

- проанализировать содержание обращений родителей к специалистам по вопросам воспитания, развития и образования детей раннего, дошкольного и младшего школьного возраста;
- определить условия и этапы, которые должны быть соблюдены в процессе организации консультативно-рекомендательной работы с семьей;
- уточнить сферы профессиональной компетентности специалистов, осуществляющих консультирование семьи, воспитывающей ребенка с особенностями развития;
- определить инструментарий педагогического обследования познавательного развития детей раннего, дошкольного и младшего школьного возраста.

обращения родителей за консультативной помощью к специалистам лаборатории психолого-педагогических исследований и технологий специального образования лиц с интеллектуальными нарушениями ФГБНУ ИКП за последние три года, нами были определены следующие закономерности.

Родители детей младенческого возраста (2% от всех обращений) традиционно в этом возрасте прибегают к помощи врачей (педиатра, невролога, психоневролога), к педагогам-дефектологам обращаются в основном родители детей с выраженными нарушениями развития (с генетической патологией, с тяжелой степени недоношенности). Основные трудности, которые волнуют родителей детей этой категории - значительное отставание в психофизическом развитии.

Родителей детей раннего возраста (после 2-х лет) волнует отсутствие речи, трудности в формировании навыков, проблемы с поведением (15% от всех обращений).

В дошкольном возрасте родителей интересует соответствие познавательного развития возрастному нормативу, как помочь ребенку преодолеть отставание в познавательном и речевом развитии, коммуникативные трудности, проблемы с поведением, какое образовательное учреждение посещать, каких специалистов привлечь к работе с ребенком (33% от всех обращений).

Родители младших школьников обращаются с проблемами стойких трудностей в обучении в начальной школе, коммуникации со сверстниками, выбора образовательной организации, программы обучения, варианта АООП для ребенка с интеллектуальными нарушениями, коммуникации со сверстниками (45% от всех обращений).

Родители детей среднего и старшего школьного возраста обращаются с трудностями в воспитании и обучении детей-инвалидов школьного в приемных и патронатных семьях (5% от всех обращений).

Мы отмечаем, что самый большой процент обращений приходится на младший школьный возраст, причем 30% процентов из этих детей посещают общеобразовательную школу, без создания специальных условий обучения: дети не проходили ПМПК, не получали коррекционную помощь в раннем и дошкольном детстве. Таким образом можно говорить о том, что значительное количество детей с интеллектуальными нарушениями пропускают сенситивный период становления возрастных психологических достижений, а это, в свою очередь, провоцирует появление ярко выраженных нарушений в познавательном и личностном развитии, вторичных отклонений в развитии.

Цель консультирования - оказание психолого-педагогической помощи родителям в создании условий воспитания и обучения ребенка в семье, в выборе образовательного маршрута.

Задачи консультирования:

- выявить уровень сформированности познавательного развития;
- провести дифференциальную диагностику, уточнить структуру нарушений;
- определить возрастные и индивидуальные особенности развития ребенка;
- выявить уровень сформированности знаний и умений в образовательных областях для разработки содержания ИПР;
- рекомендовать образовательный маршрут ребенка;
- разработать индивидуальную программу развития.

Многолетнее изучение проблемы консультирования ребенка ОВЗ на базе ИКП РАО при взаимодействии специалистов врача-психиатра, учителя-дефектолога, учителя логопеда, позволило уточнить организационные вопросы и сферу профессиональной компетентности специалистов в рамках оказания психолого-педагогической помощи родителям. Врач-психиатр начинает работу с родителями, уточняя анамнез, по необходимости формирует план лечения, начиная первым диалог с родителем, тем самым снимает тревожность в первые минуты обследования ребенка, учитель-дефектолог параллельно с врачом налаживает эмоциональный контакт с ребенком, затем переходит к обследованию ребенка, учитель-логопед ведет видео съемку или заполняет протокол, в зависимости от полученного разрешения от родителей. После проведения обследования познавательной деятельности, логопед проводит обследование речи, а дефектолог ведет протокол или осуществляет видео съемку. В процессе консультирования врач-психиатр имеет возможность наблюдать за ребенком в специально созданных условиях обследования.

Для эффективного проведения консультативной работы нами были определены необходимые условия:

- индивидуально-ориентированный подход к каждой семье (учет условий воспитания, уровень образования, социальный статус семьи);
- соблюдение этики и доброжелательности в отношении семьи, обратившейся за помощью (при взаимодействии специалистов недопустимы высказывания, невербальные коммуникации по поводу ребенка);
- ориентация на позитивность в решении вопросов, связанных с развитием ребенка;
- соблюдение корректности включения родителей в педагогический процесс.

В консультативной деятельности участвуют только опытные специалисты (дефектолог, логопед, врач-психиатр), которые осуществляют комплексный подход к изучению

ребенка и согласованный индивидуальный подход к решению вопросов родителей.

Специалисты хорошо знакомы с теоретическими, практическими вопросами закономерного развития ребенка, современными формами помощи родителям особых детей, системой образовательных организаций, оказывающих помощь детям с различными нарушениями развития, общими закономерностями и специфическими особенностями развития детей с различными нарушениями развития, вариантами АООП.

Учитель-дефектолог, учитель-логопед владеют методами диагностики, методиками дифференциальной диагностики развития, технологиями взаимодействия и общения с детьми разного возраста и с различными нарушениями развития.

Специалисты знают критерии оценки действий ребенка, содержание ФАООП (Федеральной адаптированной общеобразовательной программы)

В процессе консультирования организована специальная предметно-развивающая среда. Оборудованы достаточно просторный кабинет (комната — 20–28 кв. м) и игровая комната. Кабинет используется для обследования и работы с родителями, а игровая комната - при адаптации ребенка в новые условия, при трудностях налаживания положительного взаимодействия и для того, чтобы занять ребенка во время заключительной беседы по итогам ППД.

В кабинете для обследования выделено несколько функциональных зон: рабочие места для каждого специалиста (стол, стулья), зона для обследования детей раннего возраста (ковер, маленький стол и стульчик), для дошкольного и школьного возраста (стол, парта, стулья), место для обсуждения результатов обследования с родителями.

Соблюдаются важные условия при организации обследования детей разного возраста. Обследование детей младенческого и раннего возраста проводится в первой половине суток с 9.00-13.00, за час до кормления или после кормления и минимум за два часа до дневного сна. Консультирование детей старшего дошкольного возраста и школьников проходит как, в первой половине дня, так и во

второй, но при условии, что ребенок не посещал в первой половине дня образовательную организацию и не обучался на дому. Консультация проводится с ребенком в стабильном эмоциональном и соматофизическом состоянии. В случае негативного поведения ребенка и невозможности наладить с ним продуктивный контакт, проводится изучение возможностей ребенка путем наблюдения за его деятельностью в новой обстановке и при взаимодействии с близкими взрослыми, собирается информация в ходе беседы с родителями, назначается дата и время повторной консультации.

Соблюдается длительность обследования: младенцы не более 10мин, ранний возраст 20 мин, дошкольники 30-мин, школьники 35-45 мин. Вовремя обследования родитель всегда находится рядом с ребенком, если это подросток, то ему предоставляется выбор комфортной ситуации обследования: в присутствии родителей или самостоятельно. Во время обследования контакт с ребенком поддерживает один специалист, который ведет обследование. Соблюдаются временные рамки приема (прием вовремя начинается и заканчивается).

В ходе работы с семьей, был отработан алгоритм действий специалистов в ходе этапов консультирования.

На первом этапе, «подготовительном», осуществляется запись по телефону или через форму «Обратный звонок» на официальном сайте ИКП, фиксируется фамилия, имя ребенка, дата рождения, жалобы родителей и запрос к специалистам. В целях оптимизации времени приема, учитывая низкую социальную выносливость, стрессоустойчивость и быструю утомляемость ребенка с интеллектуальными нарушениями, родителям предлагается до приема заполнить специально разработанную нами анкету. Затем выслать ее на электронную почту института с имеющимися медицинскими документами, данными ранее проходимых обследований, заключений специалистов, характеристиками из образовательного учреждения, которое посещает ребенок, рисунками, тетрадями ребенка, видео из домашнего архива. Анкета позволяет узнать у родителя первичную информацию о семье, о здоровье, об

истории развития ребенка, его интересах. Так же важно выяснить через анкету, нет ли у ребенка особого отношения к игрушкам и материалам, вызывающим сверхпристрастия или страха, негативные эмоции, так как это может провоцировать проблемы поведения во время консультации и, тем самым, затруднить или сорвать обследование. Такая предварительная работа, помогает родителю в спокойной обстановке продумать вопросы к специалистам, подготовится к консультации. А специалистам – заранее изучившим предоставленную родителями документацию, творческие и контрольные работы ребенка, видео из домашнего архива – сформировать предварительное обобщенное впечатление о проблемах ребенка и его семьи. Это позволяет выбрать диагностический набор для психолого-педагогического обследования и при необходимости создать специальные условия (дополнительное освещение, технические средства, приспособления). Подготовить материал для налаживания эмоционального контакта.

На втором этапе, «знакомства», специалисты проводят краткую беседу с родителями, обязательно обращаются к родителям по имени отчеству, к ребенку – по имени, представляют всех специалистов. Предоставляют краткую информацию для родителей о целях и содержании обследования, правилах поведения при диагностической процедуре: не вмешиваться в обследование, просто наблюдать. Беседа длится не больше 3 минут, в это время ребенку предлагается поиграть или порисовать, освоиться в помещении, чтобы он не принимал участие в разговоре и не слышал его содержания.

Начало взаимодействия дефектолога с ребенком и его родителями происходит во время приглашения их в кабинет. Исходным моментом изучения ребенка является реакция на приглашение и поведение в новом пространстве. Важно отметить, как ребенок входит в игровую или кабинет для обследования, держась за руку родителей, или самостоятельно, охотно или неохотно, отворачивается от новых взрослых или демонстрирует волевое поведение, вбегает, начинает бросать игрушки, не фиксируясь на них, либо рассматривает, проявляет

к ним интерес, организовывает процессуальную или сюжетно-ролевую игру. Исходные характеристики такого важного момента, как поведение ребенка при встрече с незнакомым взрослым, подсказывают стратегию следующего этапа: переход к деловому общению на материале диагностических методик или использование дополнительных приемов налаживания эмоционального контакта с ребенком. Так же на первом приеме важно обратить внимание на реакцию родителей на поведение ребенка (указание, поддержка, безучастность). При этом необходимо учитывать состояние родителей (растерянность, угнетенность, жалобы, поиск решения проблемы). Это важно, поскольку от состояния родителей будет зависеть тактика специалиста: это может быть эмоциональная поддержка, расположение родителей к себе или информирование об отклонениях в развитии у ребенка, о причинах, вызвавших первичное нарушение, либо совместное составление плана шагов помощи ребенку (прохождение ПМПк, выбор образовательного учреждения, коррекционные занятия со специалистами).

На третьем этапе происходит налаживание эмоционального контакта с ребенком. Для решения этой задачи используются разнообразные специальные педагогические приемы:

- с детьми раннего и дошкольного возраста проводится обыгрывание игрушек-забав, дидактических, сюжетных или музыкальных игрушек;
- с детьми старшего дошкольного или школьного возраста, налаживание контакта проходит, через доброжелательную беседу, специалист располагает к себе ребенка, через личную заинтересованность, искренний интерес к ребенку, отмечает достоинства ребенка (большой, самостоятельный, красивый и т.д.), выясняет интересы ребенка и т.д.

На четвертом этапе проводится психолого-педагогического обследование. В ходе него решается несколько последовательных задач: определение психологического

возраста ребенка, демонстрация родителям проблем ребенка и перспектив его познавательного развития.

Создается специальная ситуация обследования:

- предъявляются познавательные задачи, направленные на выявление актуального способа решения интеллектуальных или практических задач;
- применяется дополнительная педагогическая помощь ребенку для выявления актуального уровня и потенциальных возможностей развития в процессе диагностического обучения.

Первая задача (определение психологического возраста) решается путем предъявления ребенку заданий набора, соответствующего его паспортному возрасту, или ниже.

Решение второй задачи (определение потенциальных возможностей) требует от педагога владения специальными приемами обучения с учетом индивидуальных особенностей и возможностей ребенка. В ходе психолого-педагогического обследования нами используется инструментарий, предложенный сотрудниками ИКП. Диагностический комплект для психолого-педагогического обследования «Диагностика познавательного развития», комплект материалов для обследования детей в возрасте от 6 месяцев до 10 лет» (11 наборов в 7 папках. В результате психолого-педагогического обследования определяется уровень познавательного развития ребенка:

- соответствующий возрастному нормативу – ребенок без затруднения самостоятельно выполняет большинство заданий диагностического набора, рассчитанных на возраст, соответствующий его паспортным характеристикам (актуальный способ решения познавательных задач – 6-7 баллов);
- незначительно отстающий от возрастного норматива – большинство заданий диагностического набора, соответствующих паспортному возрасту ребенка, выполняется после оказания дополнительной помощи (актуальный способ решения познавательных задач находится на этапе становления - 4- 5 баллов);

- отстающий от возрастного норматива - ребенок выполняет все задания диагностического набора, номер которого меньше его паспортного возраста (указывается реальный способ решения познавательных задач 1-3 балла).

При незначительном отставании от возрастного норматива даются рекомендации об организации занятий по формированию познавательного развития ребенка, ориентируясь на поэтапное становление закономерностей нормативного развития. При отставании от возрастного норматива даются рекомендации о проведении дифференциальной диагностики с целью уточнения степени отставания познавательного развития и разработки индивидуальной программы развития.

Для проведения дифференциальной диагностики развития нами используется «Комплект для психолого-педагогической диагностики развития детей раннего и дошкольного возраста с наглядным материалом». Задания от 2 до 7 лет». Он включает:

- задания для проведения дифференциальной диагностики познавательного развития
- задания для педагогической проверки слуха
- задания для обследования речевого развития

Важными критериями оценки познавательной деятельности является:

- принятие и понимание условий задания;
- способ решения познавательных задач;
- обучаемость в процессе обследования;
- отношение к результату своих действий.

При этом выявляется уровень сформированности восприятия, (ориентировочно-поисковые действия, усвоение систем сенсорных эталонов) и наглядных форм мышления (представления об окружающем, количественные представления); определяется уровень развития предметной, игровой и продуктивных видов деятельности (рисования, конструирования); выявляются потенциальные возможности ребенка усваивать новые знания и умения, способы усвоения нового материала (совместные действия, подражание, показ или образец, речевая инструкция).

Отмечаются личностные особенности ребенка: контактность (вступает, не вступает), поведение (полевое, адекватное, учебное), познавательный интерес (отсутствует, нестойкий, стойкий), коммуникативные возможности (невербальный уровень, сопровождает свои действия речью, отвечает на вопросы взрослого, сам задает вопросы).

Помимо качественной оценки определяется и количественная оценка, выделяются 4 уровня:

- 4 уровень: нормативный уровень (от 34- 40 баллов);
- 3 уровень: ниже возрастного норматива (от 24-33 баллов);
- 2 уровень: значительные отклонения в познавательном развитии от возрастного норматива (от 13 до 23 баллов);
- 1 уровень: выраженные отклонения в познавательном развитии от возрастного норматива (от 10 до 12 баллов);

Для педагогического обследования школьника нами используются, предложенные сотрудниками ИКП Методические рекомендации «Оценка эффективности (качества) образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) 1-4 классы». С помощью данной методики определяется уровень образовательных результатов, выявляются трудности в овладении программным материалом, индивидуальная динамика учебных достижений обучающихся с интеллектуальными нарушениями, обучающиеся по АООП вариант 1 и 2. Определяется продвижение, как в личностном развитии, так и уровень знаний, умений и навыков в конкретной предметной области: русский язык, чтение, речевая практика, математика мир природы и человека, изобразительная деятельность, физическая культура. По результату проведения обследования даются рекомендации по эффективности прохождения программы обучающимся, определяется дальнейший образовательный маршрут.

На четвертом этапе консультирования специалистами проводится анализ полученных сведений о развитии ребенка (результаты психолого-педагогического обследования, медицинские данные), в это время ребенок и родители могут отдохнуть в игровой комнате.

На пятом этапе проводится беседа по результатам психолого-педагогического обследования. Специалистами дается краткая психолого-педагогическая характеристика ребенка, обсуждается организация условий воспитания в семье, индивидуальных занятий с ребенком. Педагоги рассказывают родителям о роли коррекционных занятий, о том, что они направлены на формирование каждого этапа нормативного развития при использовании специальных методов и приемов обучения. Предлагается список дидактических материалов, литературных источников, применение которых способствовало бы налаживанию продуктивного сотрудничества ребенка со взрослым, а также формированию его совместной игровой деятельности с «продвинутым» сверстником. Разъясняется необходимость посещения с ребенком ЦПМПК для получения официального заключения о специальных педагогических условиях образования.

При выборе образовательной организации, специалистами принимается во внимание социальный статус семьи, результаты обследования ребенка, территориальное местонахождение образовательной организации от места жительства ребенка, возможности создания специальных условий для обучения и воспитания ребенка с ОВЗ в образовательной организации.

В заключении специалисты выясняют на все ли вопросы родители получили ответы, предлагается план дальнейшего сопровождения семьи, если это требуется (повторное обследования ребенка через определенный промежуток времени, онлайн консультации для родителей, видео консультации).

Часто родители отмечают, что их наблюдение за поведением своего ребенка во время психолого-педагогического обследования позволило увидеть его в ситуации сотрудничества с новым взрослым, понять возможности и перспективы его развития. Индивидуальное консультирование ребенка с интеллектуальными нарушениями способствует тому, что родители принимают объективную позицию по отношению к оценке возможностей ребенка и приходят к адекватному выбору образовательного маршрута для дальнейшего его развития.

На шестом этапе проводилась беседа врача-психиатра с родителями о необходимости реализации комплексного подхода к оказанию помощи ребенку. При необходимости согласовывается план лечения.

Выводы:

- цель психолого-педагогического консультирования информировать родителей о проблемах в развитии ребенка, которые необходимо решить своевременно;
- обращение к специалистам родителей ребенка с интеллектуальными нарушениями позволяет: сформировать объективную позицию родителей по отношению к оценке возможностей ребенка и перспектив его развития, воспитания и обучения, не упустить сенситивные периоды становления возрастных психологических достижений, не допустить появление ярко выраженных вторичных отклонений в развитии, сделать правильный выбор образовательного маршрута, создать условия для продуктивного сотрудничества родителей со своим ребенком в условиях семьи;
- психолого-педагогическое консультирование эффективно, если оно пролонгировано; родитель, прислушиваясь к рекомендациям специалистов, возвращается за помощью; при повторных посещениях прослеживается динамика психофизического развития, а также эффективность предложенных рекомендаций;
- эффективность консультативной деятельности зависит от профессиональной компетентности команды специалистов, их сотрудничества при реализации комплексного, мультидисциплинарного подхода к диагностике развития каждого ребенка и к оказанию помощи родителям.

Резникова Т.С., Солонинкин В.Д., Марченко А.А.,
Лебедева М.А., Журавлев Д.В.

Стресс и автономная регуляция сердечно-сосудистой системы

ГБУЗ «НПЦ им. З.П. Соловьева ДЗМ», Москва, Россия

Аннотация: Стресс является важной частью жизни человека, представляя собой психофизиологическую реакцию организма на изменения внешней среды. Эта реакция активирует различные нейробиологические системы, позволяя организму адаптироваться к новым условиям и преодолевать возникающие трудности. Однако, несмотря на свою адаптивную природу, стресс может стать причиной серьезных нарушений здоровья, особенно если его влияние становится хроническим или чрезмерным. Влияние стресса на сердечно-сосудистую систему, нервную и эндокринную регуляцию организма, а также на психическое состояние требует внимательного изучения. Знание механизмов стресса и его последствий необходимо для разработки эффективных методов диагностики и профилактики стресс-индуцированных заболеваний. В данной работе рассматриваются основные аспекты стресса, его влияние на организм, а также современные подходы к диагностике и коррекции стрессовых реакций с учетом индивидуальных особенностей пациента.

Ключевые слова: стресс, вегетативная нервная система, сердечно-сосудистая система, физиологические реакции.

Стресс – это универсальная психофизиологическая реакция организма, которая возникает в ответ на изменения внешней среды и активирует нейробиологические системы. Эта реакция сопровождает человека на протяжении всей жизни и является важным механизмом адаптации. Стресс позволяет организму мобилизовать ресурсы для преодоления трудностей, однако длительное или чрезмерное воздействие стресса может привести к негативным последствиям.

Одним из ключевых понятий в контексте стресса является аллостаз – процесс, при котором организм поддерживает стабильность через изменения, адаптируясь к внешним условиям. Когда стрессовая реакция слишком интенсивна, происходит активация регуляторных систем, что может проявляться в повышении уровня кортизола и адреналина, гормонов, которые играют центральную роль в стресс-реакциях.

Существует несколько типов стрессоров: физические (например, климатические изменения) и психологические (эмоциональные и информационные нагрузки), каждый из которых оказывает влияние на организм. Так же стресс может быть кратковременным и длительным. Ответ на стресс проходит через три стадии, определенные Гансом Селье: тревога, сопротивление и истощение. Важно отметить, что стресс может быть как адаптивным, так и дезадаптивным. Адаптивный стресс (эустресс) может стимулировать рост и преодоление трудностей, тогда как дезадаптивный (дистресс) приводит к истощению ресурсов организма и развитию заболеваний.

Также есть нормальный физиологический стресс, который может провоцироваться физической нагрузкой, болями, холодом. В рамках этого стресса есть суточный ритм адреналина и норадреналина (мин. 03:00, макс. 09:00). С возрастом происходит изменение реакции – происходит меньшее высвобождение адреналина, замедление метаболизма адреналина. Существует такая реакция, как бей или беги, которая была еще исследована у наших предков, заключавшаяся в мгновенном ответе на опасность. Здесь происходят два механизма – угнетение парасимпатической и активация симпатической системы. С помощью симпатической активности снабжаются энергией и кислородом жизненно важные мышцы, органы и ткани. Происходит повышение частоты и силы сердечных сокращений, сужение периферических сосудов (повышение АД), высвобождение гормонов (адреналин, норадреналин).

Влияние стресса на организм тесно связано с вегетативной нервной и эндокринной системами, такими как гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось, вырабатывающая гормоны

стресса – кортизол и адреналин (Рис. 1). Особое внимание уделяется воздействию стресса на сердечно-сосудистую систему. В ответ на стресс происходит учащение сердечного ритма, повышение артериального давления и усиление сердечных сокращений. Хронический стресс может стать причиной развития артериальной гипертензии, атеросклероза, инсульта или инфаркта миокарда.

Психологические и социальные аспекты стресса играют не менее важную роль. Социальная поддержка оказывает положительно влияние на человека, который уже находиться в стрессе. Изоляция и одиночество, напротив, может усугублять и провоцировать стресс. Для детей характерен широкий спектр эмоциональных реакций и зависимость от взрослых в поддержке, что помогает им научиться управлять стрессом. Взрослые, в свою очередь, обладают большим опытом в регулировании своих эмоций. Однако стресс у детей может влиять на физиологические процессы развития и роста организма, а также на формирование психики, в то время как у взрослых стресс может привести к развитию сердечно-сосудистых заболеваний и хронизации стресса.

Для диагностики и оценки влияния стресса на организм используются различные методы, включая оценку чувствительности артериального барорефлекса, анализ вариабельности сердечного ритма (HRV), анализ вариабельности артериального давления (Рис. 2), исследование кортизола, холодовую пробу, пробу с изометрической нагрузкой, ментальный (арифметический) стресс-тест и функциональную магнитно-резонансную томографию. HRV измеряет изменения временных интервалов между последовательными сердечными ударами (интервалы RR) с помощью ЭКГ. Измерение уровней кортизола представляет собой сбор слюны или крови в определенное время суток, что позволяет количественно оценить физиологический ответ организма на стресс. Мобильные технологии также помогают мониторить физиологические параметры в реальном времени, что позволяет проводить более точную диагностику и мониторинг состояния пациента.

Стресс является фактором риска и звеном патогенеза многих психоневрологических заболеваний, таких как посттравматическое стрессовое расстройство, расстройство адаптации, паническое расстройство, тревожное расстройство, депрессивное расстройство, фибромиалгия и синдром хронической усталости. Таким образом, стресс представляет собой сложную многогранную реакцию организма, которая требует индивидуального подхода к каждому пациенту. Большую значимость имеет своевременное выявление стресса, психологические (медитация, терапия), фармакологические, физиологические (массаж, физическая нагрузка) и физические (закаливание, водные процедуры) методы коррекции. Понимание неврологических и психиатрических механизмов влияния стресса на сердечно-сосудистую систему помогает разрабатывать эффективные стратегии для профилактики и лечения этих заболеваний.

Исследование поддержано грантом АНО «Московский центр инновационных технологий» № 0602-3/23.

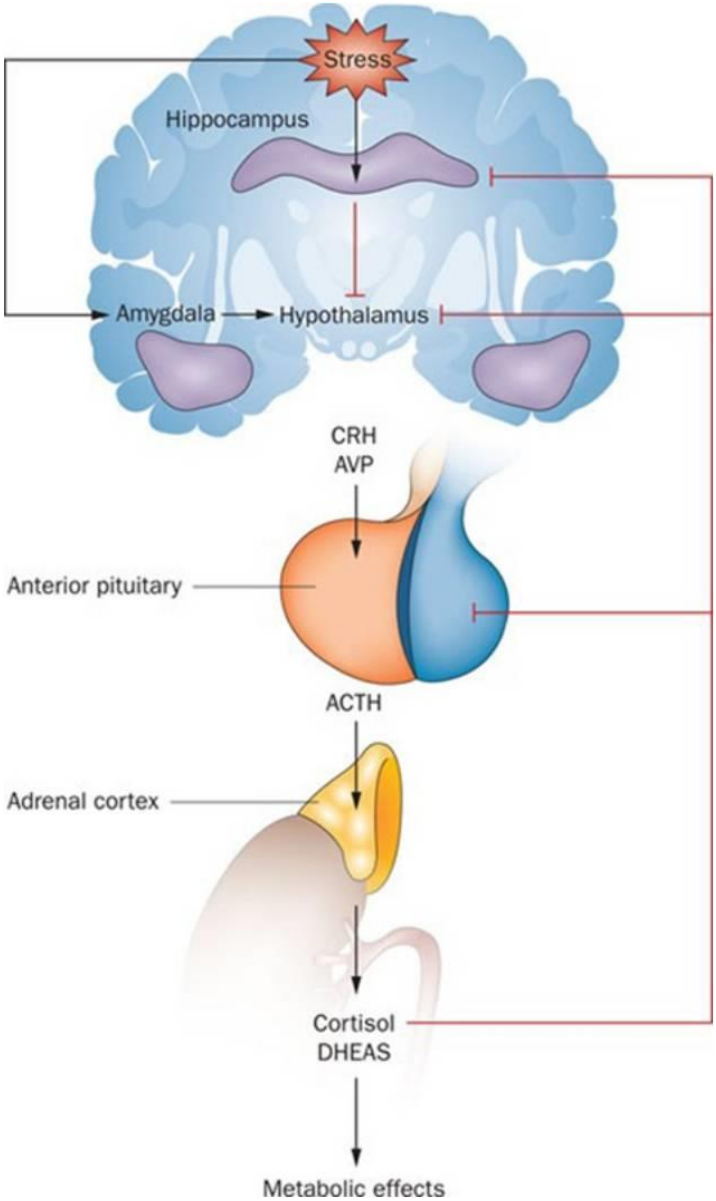


Рис. 1. Гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось.

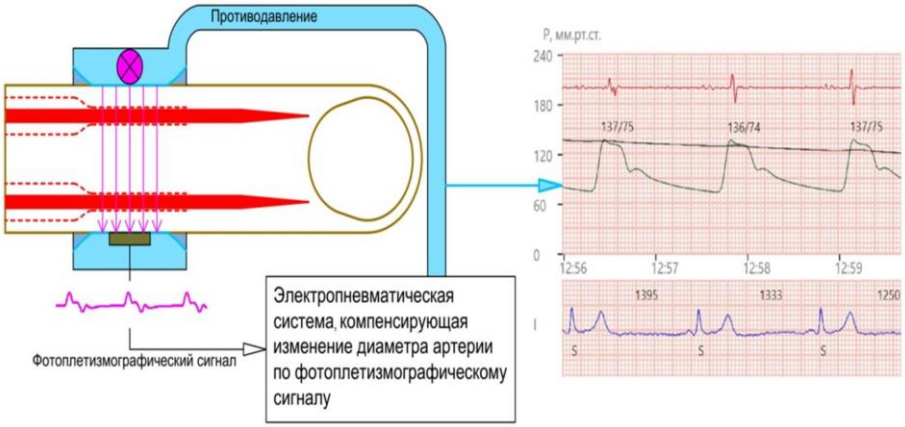


Рис. 2 Методика неинвазивного измерения АД по принципу разгруженной артерии.

Рыжов А.Л., Печникова Л.С.

Психологические аспекты нормализации и стигматизации психических расстройств в подростковом возрасте

ФГБОУ ВО МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия

Аннотация. В статье рассматриваются факторы ложного патоморфоза социально значимых расстройств, связанных с поведенческими и эмоциональными нарушениями (расстройства пищевого поведения, несуицидальное самоповреждение, некоторые формы расстройств развития и др.) в трех контекстах: усиливающейся роли сообществ, разных форм научения и изменяющихся медицинских и обыденных моделей психопатологии. Обосновывается продуктивность конструктивистского подхода, рассматривающего субъективное представление о расстройстве, как кризис конструирования представлений о существовании в мире или как способ приведения в порядок разрозненных, не подтверждающихся и противоречивых конструкций о важных аспектах реальности, описываются психологически функции расстройства, как персональной и социальной конструкции.

Ключевые слова: конструктивизм, ложный патоморфоз, расстройства пищевого поведения, несуицидальное самоповреждение, нейроразнообразие.

В данной статье развивается тема, затронутая ранее И.А. Марголиной, а именно тема ложного патоморфоза, и речь будет идти о тех расстройствах психики и поведения, которые характеризуются прогрессирующей медикализацией. Прежде всего, это расстройства с прогрессирующей медикализацией, то есть относительно недавно вошедшие в медицинскую практику, новые диагностические категории, или те, к которым в последнее время приковано особое общественное внимание. Волнообразное распространение этих расстройств позволяет некоторых авторов называть их «психологическими эпидемиями». Наиболее яркий пример - расстройства пищевого

поведения. Например, термин «нервная булимия» был введен Расселом в 1979 г., т.е. относительно недавно. В конце 1960-х годов Мара Сельвини Палаццоли, основоположница миланской школы семейной терапии (на тот момент психоаналитик), пыталась опубликовать перевод своей книги на английский, но ей отказали, объяснив, что это расстройство мало известно. А уже через несколько лет, в 1970-х, о ней говорили все, нервная анорексия стала «культурной моделью», образцом для подражания или для избегания. Активно обсуждались примеры «жертв» нервной анорексии, такие, как Карен Карпентер. Но если случаи нервной анорексии фиксировались и ранее («истерическая чахотка» Ричарда Мертона, конец 17 в.), то рост распространения нервной булимии, произошедший буквально ниоткуда (особенно после публикации воспоминаний леди Дианы), еще более подходит под описание «психологической эпидемии».

Схожую историю демонстрирует феномен «несуицидального самоповреждения». Отдельные описания известны с начала XX в. («синдром изрезанного запястья»), однако проблема рассматривалась как незаслуживающая серьезного медицинского внимания, по контрасту с истинными суицидальными попытками и связанной с ними психопатологией. Сейчас несуицидальное самоповреждение всерьез рассматривается, как кандидат на включение в официальные систематики, и отнесен в III раздел DSM-5, как синдром, требующий специального изучения. О значимости проблемы говорят на крупнейших международных конференциях, она находит отражение в фильмах и сериалах. Расстройства пищевого поведения, несуцидальное самоповреждение иногда определяют как синдромы, связанные с «культурой западного общества» (вариант связанных с культурой, culture-bound, синдромов, к которым, с другой стороны, относятся такие экзотические проявления, как латах или коро).

Обратным явлением является постепенная нормализация некоторых форм поведения, ранее считавшихся девиантными, связанная с пересмотром границ норма-патология. Пример –

телесные модификации, такие как татуировки и пирсинг. Если раньше это считалось отклонением, признаком асоциального, девиантного жизненного уклада или психопатологии, то сегодня такие практики становятся обычным явлением. Исследования, которые мы проводили среди молодежи, показывают крайне широкое распространение таких практик, любые формы, исключая простые проколы ушей для серег, у студенток-девушек присутствовали более чем у половины опрошенных. Вероятно, через какое-то время необходимой будет постановка вопроса о том, является ли нормой и с чем связано отсутствие у человека любых телесных модификаций. Схожая ситуация описана для эстетической хирургии, когда, где-то в 50-е годы, сама интенция изменения внешности по внутренним побуждениям (без приобретенного косметического дефекта) рассматривалась как признак психического расстройства, причем обычно тяжелого (часто бредового). Сейчас пластическая хирургия стала нормализированной практикой, и, например, в Иране, женщинам приходится имитировать последствия ринопластики (носить бинты), чтобы демонстрировать свою заботу о красоте, даже если финансово они не в состоянии это сделать. С нормализацией подобных практик связан ренессанс понятия дисморфофобии, позволяющего различать нормальные и патологические случаи в области заботы от теле, конвенциональное стремление к совершенствованию внешности и соответствию стандартам, и проявления болезненных состояний (т.н. «вечно недовольный пациент эсетической хирургии»).

Третья группа феноменов - это расстройства психики и поведения, а также расстройства развития, которые получили большое не только медицинское, но и общественное внимание, в контексте движения за дестигматизацию, нормализацию и валоризацию социальной роли. Например, это расстройства аутистического спектра, синдром дефицита внимания и гиперактивности. Общественные и политические инициативы людей, имеющих такие особенности, предполагающих их наличие у себя или их родственников, имеют широкую направленность на изменение социальных, лингвистических

(дискурсивных), политических и технологических аспектов, связанных с неравенством, несправедливостью и ограничением прав и возможностей. В последнее время предметом подчеркнутого интереса стали такие расстройства, как биполярное расстройство и пограничное расстройство личности, широко обсуждающиеся не только в научных кругах, но и широкой аудиторией, и которые нередко люди самостоятельно определяют у себя.

Все рассмотренные формы имеют нечто общее: основная симптоматика этих расстройств связана с нарушениями в области межличностной и внутриличностной компетентности, трудностями поддержания устойчивых отношений, поведением, связанным с риском, трудностями самопринятия и нарушениями идентичности, т.е. проявляет нарушения социализации поведения в широком смысле.

Представляется, что для понимания этих расстройств большую важность имеют три контекста рассмотрения: (а) учет роли сообществ, (б) анализ разных форм научения, (в) изменения в предлагаемых моделях расстройств. Сообщества пациентов, их родственников играют все более значимую роль, где-то противопоставляя себя профессиональному сообществу. Существуют разные типы сообществ, которые важно принимать во внимание. Во-первых, это группы поддержки. С одной стороны, они играют важную роль в дестигматизации, поддержке, обмене опытом, сообщении о возможных препятствиях и трудностях в ходе лечения и возможностях их преодоления, сообщении о нестандартных ситуациях и т.д. Очевидно, что в рамках таких сообществ наблюдается различие и борьба позиций, выражающих противоположные установки по отношению к разным видам коррекции и терапии, и к профессиональной помощи в целом. Сообщества и интернет-форумы, которые открыто пропагандируют болезненные формы поведения, такие, как про-ана группы, сейчас встречаются реже, однако настораживающим явлением является их переход в закрытый режим, например, в виде телеграмм-каналов, вступление в которые требует подтверждение личности, и иногда сопровождается ритуалами, напоминающими

инициационные. Другим типом сообщества является глобальное сообщество пациентов с определенным типом трудностей, представленное как формальными объединениями, так и в форме массовых реакций в СМИ, интернете или других видах активизма. Развиваются также управляемые полупрофессиональные группы, которые выполняют роль первичного консультирования.

Второй контекст рассмотрения – это анализ форм, через которые происходит выработка, научение нежелательным формам поведения, например, навыкам контроля за весом или самоповреждениям. В ряде случаев речь идет о спонтанном научении, где данные формы поведения инструментально подкрепляются (см., например, модель несуицидального самоповреждения Нокка и Принстейна, делающую акцент на инструментальном). Нередко научение происходит путем имитации. В ряде случаев, однако, речь идет об инструктивном научении, когда сверстники или взрослые делятся опытом, например, о том, как можно снимать стресс, вызывая физическую боль. Наконец, немалое значение имеют и формы распределенного научения через экспозицию и имитацию, описанные, например, в последних работах Альберта Бандуры (модели поведения, демонстрируемые в СМИ, сериалах, клипах и пр.).

Наконец, последний контекст рассмотрения связан с изменениями медицинских и обыденных моделей расстройств. Во-первых, это развитие идеи континуальности и спектров расстройств, которая предполагает, что кроме «ядерных», прототипических форм, есть смешанные, промежуточные и пограничные с нормой. Это означает, что для отнесения себя, например, к лицам с РАС или РПП, и использованию для самопонимания соответствующей модели расстройства, не обязательно иметь точное соответствие критериям данного расстройства, достаточно обладать определенными признаками и чертами. Доступность опросников, созданных с разными целями, нередко ограниченными исследовательскими, скриннинговыми или использованием в контексте психотерапии, может создавать иллюзию возможности точной

диагностики без обращения к специалистам. Сходным образом, наличие и доступность детальной информации о симптомах расстройствах, влияет на то, как пациенты категоризируют, каким языком излагают свои жалобы, на что обращают внимание. Нередко пациент излагает жалобы профессиональным языком, самостоятельно поставив себе диагноз, додумав недостающие симптомы, что может представлять существенные трудности при дифференциальной диагностике. Популярным также является опыт «от первого лица», когда специалисты описывают те расстройства, которыми страдали сами, от которых смогли избавиться, и основывают свою практику на личном опыте. С одной стороны, это позволяет сократить дистанцию с пациентами, способствует дестигматизации и вселению надежды на исцеление. С другой, безусловно, содержит риск утраты нейтральности, одностороннего, идиосинкразичного понимания феноменологии и причин нарушений, возможность навязывания собственной картины расстройства случаям, для которых она не подходит. В любом случае мы имеем дело с ситуацией, в чем-то обратной традиционному взгляду на то, что врач-психиатр или психолог являются носителем здорового, разумного начала, с размыванием границ врач-пациент, что имеет как безусловные позитивные стороны, так и риски.

Рассмотрение в указанных контекстах позволяет сделать предположение о том, что обсуждаемые расстройства, обладание ими имеет характер условной пользы или привлекательности для самого пациента. Можно выделить три гипотезы о том, в чем именно заключается эта польза или привлекательность. Во-первых, ее можно рассматривать, как форму саморегуляции поведения и как форму совладания (копинга) со стрессовыми ситуациями, личностными кризисами и негативными эмоциями (например, булимические приступы или поверхностные самоповреждения). Во-вторых, обладание расстройством может рассматриваться как форма компенсаторного повышения социального статуса. В-третьих, расстройство может рассматриваться как результат столкновения культурных ценностей или неравенства

социальных групп, т.е. быть косвенным или прямым проявлением отстаивания важных субъективных ценностей или протеста (что, например, подчеркивают феминистические концепции нервной анорексии, наиболее ярко – С. Орбах).

На наш взгляд, особе перспективным здесь является использование конструктивистского подхода. Согласно этой точке зрения, диагноз психического расстройства предполагает не только дескриптивную, но и формативную функцию. Модель болезни не только описывает, категоризует симптомы болезни и объясняет связанные с ней изменения, но и является взглядом на жизнь, обыденные проблемы, внутри- и межличностные конфликты через призму болезни. Уточняя, в рамках конструктивистского подхода можно выделить два взгляда на «конструкцию расстройства»: (а) расстройство рассматривается как нарушение привычных способов конструирования себя и реальности, или как попытка сохранить их, несмотря на противоречия с опытом; (б) расстройство рассматривается как способ приведения в порядок разрозненных, не подтверждающихся и противоречивых конструкций о важных аспектах реальности. Именно последний аспект представляется важным для понимания обсуждаемых феноменов ложного патоморфоза. С позиций конструктивизма расстройство объясняет человеку в том числе и те проблемы, которые могли возникнуть еще до симптомов (реальных или мнимых) заболевания, когда он через инсайт понимает, что с ним происходит, чем он отличается от других людей, в чем заключаются центральные трудности в его жизни. Конструирование себя через расстройство может иметь разные функции. Первой, наиболее ярко иллюстрирующей конструктивистский подход, является снижение неопределенности происходящего, сложности реальности. Например, в исследованиях нервной анорексии (Э. Баттон) обнаружено, что основные проблемы пациентов не связаны с едой или весом, а с неопределенностью в межличностных отношениях, с непониманием того, как люди друг от друга отличаются и как на них можно воздействовать. Таким образом, через конструирование веса пациенты упрощают реальность,

деля людей на толстых и худых, стройных и обыкновенных и т.д. Другим примером является концепция бегства от себя Р. Баумайстера, рассматриваюшая самоповреждение, как способ ухода от осознания противоречивой и значимой информации о собственном Я. Вторая функция - это формирование чувства групповой идентичности, использование модели расстройства, как модели для идентификации. Несколько парадоксально, человек с нарушениями самоидентичности может пытаться их компенсировать, используя в качестве внешней модели для идентификации описания или примеры пограничного расстройства личности, в свою очередь характеризующегося нарушениями идентичности. Конструкция себя через расстройство может также позволять преодоление чувства одиночества и изоляции. Пионер исследований расстройств пищевого поведения, Хильда Брюх, получала письма с благодарностью от пациенток с нервной анорексией, которые осознавали, что они не единственные в мире с такой проблемой (несмотря на то, что Брюх считала расстройство крайне тяжелым, близким к психотическому). Этот эффект можно назвать эффектом Чебурашки. Другими функциями являются (4) возможность находить переопределение, альтернативные способы решения возрастных задач развития (что подробно описывается в концепции «поведения, связанного с риском» Р. Джессора); (5) возможность «построения девиантной карьеры», при котором переживается усиление чувства самоэффективности (по А.Бандуре). Так, исследования Питера и Патриции Адлер выделили две группы людей с самоповреждениями: "одиночек", которые чувствуют себя беспомощными и не знают, что делать, и "экспертов", которые знают, как порезаться и где именно, не испытывая психологического стресса. В рамках интернет сообществ часто наблюдается развитие из позиции одиночки в позицию эксперта.

В заключение можно сделать следующие **выводы**:

Хотя расстройство несет в себе стигматизирующий потенциал, применение к себе модели расстройства может нести разнообразные психологические функции;

Социальное конструирование расстройства связано с индивидуальными конструкциями расстройств реципрокным образом: популяризация и расширение границ расстройств приводит к их внутренней гетерогенности и развитию трансдиагностических подходов;

Важность конструкции расстройств отражает индивидуальную ранимость; связанную прежде всего с проблемами идентичности;

Большая роль сообществ имеет как позитивный, так и негативный эффект;

Расстройство необходимо рассматривать в жизненной перспективе человека.

Смирнов И.И., Серебровская О.В., Скипетрова Л.А., Черемин Р.А.

Аффективно-регуляторные нарушения как отягощающий фактор при речевых расстройствах у детей дошкольного возраста

ГБУЗ «ЦПРиН ДЗМ», Москва, Россия

Аннотация. Актуальность темы продиктована тем, что речевые расстройства у детей являются распространенной и разнообразной по патогенезу и клинике патологией. Развитие речи зависит от многих аспектов психической деятельности. Качественное формирование речи является важной предпосылкой развития интеллекта и способности к саморегуляции поведения. Нарушения речи в большинстве случаев сочетается с различными психоневрологическими расстройствами. Значительную роль в патогенезе речевых и иных дизонтогенетических расстройств играет недоразвитие эмоционально-волевой сферы и ее аффективно-регуляторного компонента. Несмотря на важность данного факта, психический инфантилизм не имеет самостоятельной рубрики в МКБ-10, а также четких критериев и методов его диагностики.

Целью работы стало исследование изучение коморбидных психических расстройств у детей дошкольного возраста с речевой патологией и их влияния на адаптивные возможности при проведении реабилитации.

В работе представлен анализ историй болезни 307 пациентов дошкольного возраста, походивших комплексную диагностику в консультативно-диагностическом отделении для детского населения ГБУЗ «Центра патологии речи и нейрореабилитации ДЗМ». Меньше, чем у половины испытуемых была выявлена относительно изолированная речевая патология. У 32% детей первичные нарушения речевого развития были осложнены нарушениями со стороны когнитивной, эмоционально-волевой сфер, гиперкинетическим расстройством с дефицитом внимания и др. У 20% детей

речевые нарушения носили вторичный характер и входили в структуру интеллектуального недоразвития или аутизма.

Полученные результаты являются основанием для совершенствования методов ранней диагностики речевых и коморбидных нервно-психических расстройств, а также разработки дифференцированных алгоритмов адресной маршрутизации и профильного лечения. При оценке развития детей дошкольного возраста важна оценка не только умственного и речевого развития, но и аффективно-регуляторной сферы, для чего требуется разработка и стандартизация унифицированного диагностического инструментария.

Ключевые слова: психический дизонтогенез, речевые расстройства у детей, дошкольный возраст, эмоционально-волевая сфера, когнитивные нарушения, психический инфантилизм, аффективно-регуляторные нарушения, нейрореабилитация.

Распространенность речевых расстройств, по данным разных источников, варьируется от 4-8 до 15-20 %. Речь является содержательным компонентом психики человека, позволяющим посредством знаков языка осуществлять коммуникацию, мыслительные операции, руководить собственным и чужим поведением. В реализации речевой функции задействованы различные структурно-функциональные образования ЦНС и обеспечиваемые ими психические процессы. Связь речи и психики проявляется в том, что большинство нейродизонтогенетических и церебрально-органических расстройств включают в себя речевые нарушения.

Развитие речи зависит от состояния сенсомоторной сферы, а также социально-коммуникативного, аффективно-регуляторного и когнитивного аспектов психической деятельности. В свою очередь, развитие системы языка и речи является предпосылкой развития вербальных и невербальных составляющих интеллекта. Согласно утверждению Л.С. Выготского язык не только формулирует, обозначает мысль, но и формирует мысль. Велико значение внутренней

речи для поддержания активного внимания, обеспечения произвольной саморегуляции поведения и контроля над эмоциями.

Нарушения речи у детей представляют собой многочисленную, разнородную по патогенезу и проявлениям, группу. Патология речи может быть относительно изолированным расстройством (первичные, неосложненные, формы), однако чаще сочетается с иными нарушениями психики и поведения. Часть из обнаруживаемых психопатологических проявлений могут быть не только сопутствующими феноменами, но и участниками патогенеза речевых нарушений, а также вторичными психогенными расстройствами.

Среди детей с речевыми расстройствами с большей частотой встречается гиперкинетическое расстройство с дефицитом внимания; у 50% детей с речевыми расстройствами отмечаются проблемы поведения, которые часто можно наблюдать с двух- или трехлетнего возраста и которые имеют корреляцию с уровнем развития речи. Имеются сведения о связи между речью и эмоциональной сферой дошкольников, что находит отражение в повышении уровня тревожности, агрессии или, наоборот, апатии, а также низкой степени адаптации в обществе у детей с речевым недоразвитием (Уварова А. Д., 2020). Речевые нарушения негативно сказываются на социальной и межличностной коммуникации в школьном возрасте и более поздних периодах онтогенеза. Имеются научные данные о связи между нарушением контроля над внутренней речью и вербальными галлюцинациями. Примечательно то, что, несмотря на сложность проблемы, по утверждению Макарова И.В. и соавторов имеет место спад интереса к речевым расстройствам со стороны психиатров

Оценивая развитие ребенка, важно уделять внимание не только развитию его умственных способностей и речи, но и состоянию эмоционально-волевой сферы. На связь между эмоциональным и иными аспектами психического развития указывают отечественные и зарубежные исследователи. В пору разработки теорий, определяющих «интеллект», в начале XX века такие ученые, как Р. Торндайк, Ч. Хант, Э. Долл, Д.

Векслер, уделяли внимание и тем свойствам психики, которые обеспечивают обработку социальной информации, работу аффективно-регуляторных механизмов. Растущий интерес к соотношению когнитивных и аффективных процессов в конце XX века знаменуется разработкой П. Соловей и Дж. Майер теории эмоционального интеллекта как разновидности социального интеллекта. Социальный интеллект (СИ) позволяет человеку распознавать поведение окружающих его людей и пытается им соответствовать для успешного взаимодействия. Эмоциональный интеллект (ЭИ) включает в себя умение распознавать свои и чужие эмоции, дифференцировать их и использовать полученную информацию для управления своими действиями и мыслями.

Значение СИ и ЭИ для адаптации возрастает к старшему дошкольному возрасту, когда ребенок готовится к школьному обучению, погружаясь в более сложную систему отношений и сталкиваясь с большим объемом требований и нагрузок. На сближение эмоций и интеллекта в старшем дошкольном возрасте указывает Л.С. Выготский, вводя такие определения, как «обобщение переживаний», «логику чувств» и т.д. Суть этого явления состоит в том, что между непосредственным чувственным переживанием и поведением вклинивается «интеллектуальный момент», пресекающий те непосредственные действия, которые свойственны более младшим детям. Ближе к 7 годам дети начинают лучше осознавать свои переживания, что позволяет им не только выражать их вербальными средствами, но испытывать внутренние противоречия, борьбу мотивов. Также в этом возрасте совершенствуется возможности более дифференцированного распознавания и интерпретация эмоций других людей, что дает возможность решения становящихся с возрастом более сложными и разнообразными коммуникативных задач.

Несмотря на то, что бурное развитие ЭИ приходится на старший дошкольный возраст, зрелость или незрелость психики, вероятно, можно начинать оценивать с 3-4 лет. В этом возрасте у ребенка формируется самосознание. Уровень развития

когнитивных функций, памяти, внимания, эмоций и воли позволяют ему лучше оценивать ситуацию, подавлять непосредственные импульсы и регулировать поведение, включаясь не только в ту деятельность, которая приносит непосредственное удовольствие, но делая то, что диктуется правилами и необходимостью. Обычно с 3 лет становится возможным отделенное от игры, посильное для ребенка, обучение.

В отечественной психиатрии незрелость эмоционально-волевой сферы традиционно рассматривались в рамках синдрома психического инфантилизма, для которого характерны преобладание простых (развлекательных) интересов при низкой мотивации к усложненной игре и познавательной деятельности, недостаточная дифференцированность и контрастность эмоций, непосредственность поведения, несамостоятельность, внушаемость и т.д. Наряду с гармоничным инфантилизмом встречаются его сочетания с дисгармонией психики и поведения, когда у детей наблюдаются стойкие патохарактерологические особенности, например, возбудимого (раздражительность, реакции активного протеста, агрессия) или тормозимого (тревожность, застенчивость, реакции избегания, пассивного протеста, аутоагрессия) круга.

Следует отметить, что в МКБ-10 инфантилизм не рассматривается как отдельная нозология. Также следует отметить отсутствие проработанной системы диагностики инфантилизма, которая должна включать соотнесенные с паспортным возрастом критерии психологического развития, а также дополнительные средства в виде формализованных опросников и тестовых методик. В практики детской психиатрии нарушения со стороны эмоционально-волевой сферы у детей квалификацию, которая основана на предпочтениях специалистов. В одних случаях они вовсе не отражаются в диагнозе. В других описываются с помощью принятых в научной психиатрии и клинической психологии синдромов. Например, диагноз «F80.1 расстройство экспрессивной речи» дополняется записью: «Особенности (незрелость) эмоционально-волевой сферы и поведения».

Стойкие поведенческие аномалии на фоне иных нарушений развития часто квалифицируют, прибегая к таким аморфным диагностическим рубрикам, как F84.8 «Другие общие расстройства развития» или F92.8 «Расстройства эмоций и поведения».

Особого внимания заслуживают те аномалии психики, которые не соответствуют критериям операционального диагноза и входят в область донозологических (предболезненных, субклинических) форм. Данные феномены могут перерастать в патологические симптомы при перенапряжении незрелых или (поврежденных) церебральных структур, например, при проведении логопедических процедур. Отсутствие требуемых в соответствии с критериями МКБ-10 стабильности, тотальности подобных нарушений не позволяют формально отнести их к утвержденным нозологиям, при этом они должны оцениваться как факторы риска.

Очевидно, что все эти проблемы требуют рассмотрения и решения, так как нарушения развития эмоционально-волевой сферы при прочих равных в наибольшей степени негативно влияют на адаптацию ребенка, а у детей с речевыми расстройствами затрудняют проведение надлежащих лечебно-коррекционных процедур. Психический инфантилизм и складывающиеся характерологические аномалии не только тормозят когнитивное и речевое развитие, но являются риском развития личностных расстройств в зрелом возрасте.

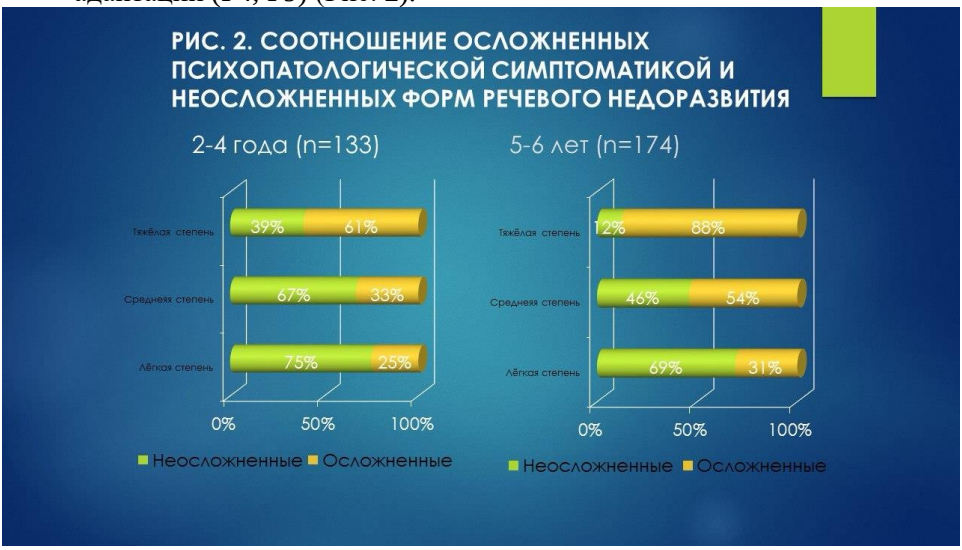
Целью исследования является изучение коморбидных психических расстройств у детей дошкольного возраста с речевой патологией и их влияния на адаптивные возможности при проведении реабилитации.

Материалы и методы. Ретроспективное исследование на основе анализа историй болезни пациентов, проходивших обследование на базе консультативно-диагностического отделения для детей ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации ДЗМ» за период с 2019 по 2021 годы. Всего обследовано 133 ребенка в возрасте 2-4 года, 174 – в возрасте 5-6 лет. Критериями включения служило указание на задержку речевого развития в качестве основной жалобы.

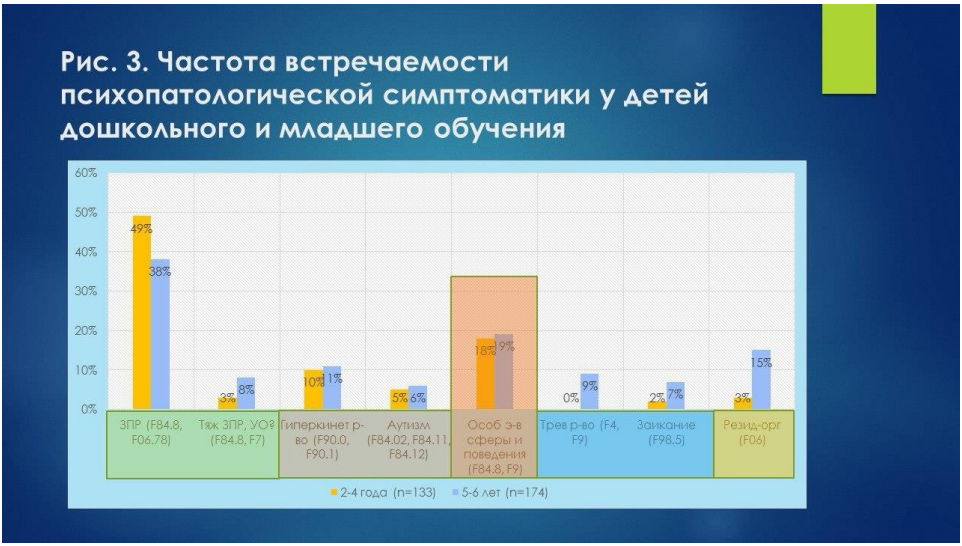
Результаты и обсуждения. В обеих возрастных группах наблюдалось преобладание лиц мужского пола (p <0,001) (Рис. 1).

В обеих группах у 45-50% детей диагностированы нарушения интеллектуального развития (задержка психического развития, умственная отсталость) (F84.8, F7). Порядка 20% пациентов демонстрировали признаки общего психического недоразвития с нарушениями (особенностями) формирования эмоционально-волевой сферы (F84.8, F9). Основными симптомами у них были негативизм, раздражительность или чрезмерное тормозимое поведение, недостаточная познавательная и коммуникативная активность, иногда также нелепое, не соответствующее ситуации и возрастным требованиям, поведение. В среднем у 10% детей из обеих возрастных групп было диагностировано гиперкинетическое расстройство (ГР) (F90.0, F90.1). В 5-6% случаев встречались дети с верифицированным диагнозом детского аутизма (F84.02, F84.11, F84.12). У 17% детей, в основном старшего дошкольного возраст, выявлялись резидуально-органические психические нарушения (чаще вследствие перинатальной патологии) (F06), проявляющиеся в основном нейродинамическими нарушениями

(патологической инертностью), нарушениями со стороны памяти, внимания, а также истощаемостью нервных процессов. В обеих возрастных группах выявлялись случаи заикания (F98.5). В старшей дошкольной группе встречались случаи тревожных и депрессивных расстройства в рамках расстройств адаптации (F4, F9) (Рис. 2).

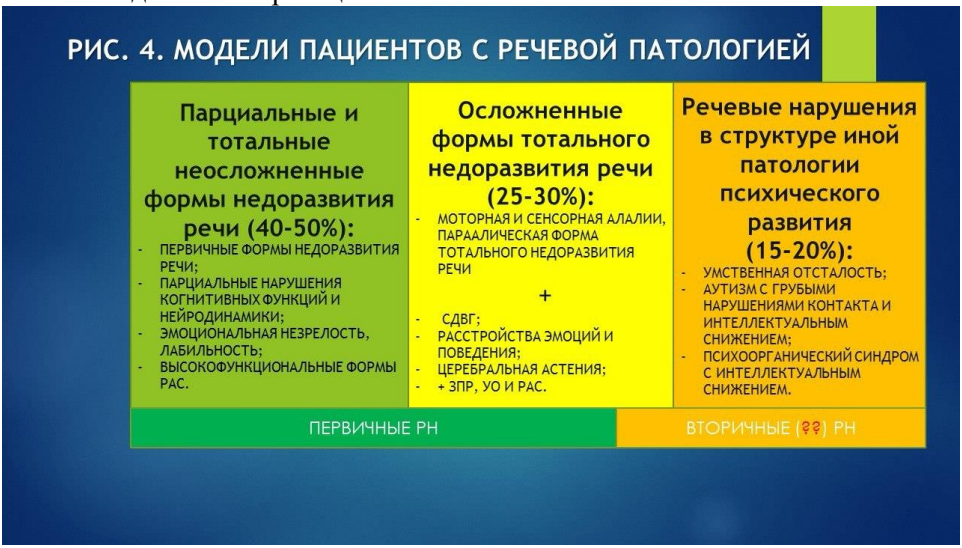


Риск выявления нарушений психики и поведения находится в прямой зависимости от тяжести и стойкости речевого недоразвития, возраста пациентов (Рис. 3).



С патогенетической точки зрения анализ позволяет выделить 3 группы пациентов (Рис. 4): 1. Детей, у которых преобладали первичные нарушения речевого развития, а сопутствующие психопатологические симптомы отсутствовали или не достигали клинически значимого уровня (48%). Для данной группы пациентов допустимо применение логопедической коррекции и нейрореабилитации как основного вида помощи. 2. Дети, у которых первичные нарушения речевого развития были осложнены нарушениями со стороны когнитивной и эмоциональной сфер, что негативно влияло как на речевое развитие, так и на социальную адаптацию (32%). Логопедическая коррекция в этом случае должна сопровождаться предварительной или одновременной лечебно-коррекционной помощью по поводу коморбидной психопатологии. 3. Дети, у которых речевая патология, входила в структуру интеллектуального недоразвития, раннего детского аутизма и др. (20%). Коррекционная помощь таким детям должна носить комплексный характер и осуществляться в течение длительного срока и преимущественно в рамках специальных образовательных программ. Проведение логопедического курса в рамках интенсивного

реабилитационного курса в данном случае не только не эффективно, но и часто приводит к нежелательным поведенческим реакциям.



Выводы. Полученные результаты являются основанием для совершенствования методов ранней диагностики речевых нарушений и коморбидных нервно-психических расстройств, начиная с первичного амбулаторно-поликлинического звена, а также разработки дифференцированных алгоритмов адресной маршрутизации и профильного лечения таких детей в зависимости от структуры и тяжести выявленной патологии.

Существует необходимость ориентации лечебно-коррекционных мероприятий на структуру патологического состояния, включая донозологические проявления.

При оценке развития детей дошкольного возраста важна оценка не только их умственного и речевого развития, но аффективно-регуляторной сферы.

Требования доказательности медицинской помощи диктуют необходимость разработки (стандартизации и валидации уже имеющихся) и внедрения в практику формализованных опросников и тестовых методик для оценки аффективно-регуляторной сферы.

Доклады

Абрамов А.В.

Патоморфоз психических расстройств у детей, роль психофармакологии

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

В настоящее время существует множество взглядов на психофармакотерапию: разнообразие лекарственных схем, режимов дозирования, последовательности применения препаратов. В дофармакологическую эру, в начале XX века умы титанов психиатрии занимали вопросы прогнозов при dementia praecox. Эмиль Крепелин в период расцвета своей выдающейся деятельности говорит о безусловно негативном прогнозе заболевания, в то время как Блейлер допускает большое разнообразие вариантов, предвосхищая своими наблюдениями понятие всем нам знакомого спектра расстройств. В дальнейшем, с концептуальной точки зрения все станет гораздо сложнее в силу появления эффективных лекарств. Основные классы и большинство представителей медикаментозной терапии были открыты в 20 веке, в связи с чем его справедливо называют золотым периодом психофармакологии. Многие из знакомых нам препаратов изначально применялись не в психиатрии, но впоследствии обрели свое пристанище в нашей специальности. Например, «антигистаминный» препарат аминазин, лекарство от туберкулеза и родоначальник ИМАО ипрониазид, соли лития, которые до того применялись для лечения подагры и многие другие. Прогресс в психофармакологии создал лекарственный патоморфоз - изменение клиники психических расстройств. Но кроме этого стало меняться врачебное мышление, научное мышление, появились нейрохимические (нейробиологические) теории психических расстройств. Современным примером такого качественного изменения является профессор Стивен Стал, работы которого представляет собой объединение знаний нейробиологии, психофармакологии и терапии. Примечательно, что в своих работах профессор касается всех уровней организации живой системы от ядра клетки до целого

организма. У специалистов, таким образом, появилась дополнительная к клинической диагностике точка опоры в вопросах лекарственной терапии. Следует признать, что структура клинического мышления в работе врача-психиатра зависит от очень многих переменных, и в первую очередь зависит от передаваемого от старших коллег опыта. Выражаясь словами одного из моих учителей, Бориса Лазаревича Шпрехера «Диагноз пациента нередко будет разным в Москве и в Санкт-Петербурге…», и в дальнейшем неоднократно находил и нахожу подтверждение словам одного из моих учителей. Подтверждением этого тезиса является и то, что согласованного перевода фамилии профессора Стала (Шталя) в нашей стране не состоялось. Коллектив авторов, переводивший книгу «Основы Психофармакологии» если я не ошибаюсь, из Петербурга, перевел фамилию Стал, а коллеги из Москвы – Шталь.

Так или иначе, хочется остановить внимание на важных аспектах, описанных в книге «Основы психофармакологии».

1. Клеточные механизмы передачи сигналов центральной нервной системе. Любопытно, что группа рецепторов ионных каналов и рецепторы, связанные с G белком, как бы разделяют две специальности - психиатрию и неврологию. Зона влияния психиатров чаще происходит через G-белок рецепторные механизмы с более медленным ответом на введение лекарственной терапии, в то время как воздействие через ионные каналы чаще можно увидеть в механизмах лекарственной терапии в неврологии и эпилептологии. В последней место занимает гормональная терапия, которая также изучается при психических расстройствах, связанных со стрессом, в аффективной патологии и предполагаю, что впереди нас ждет более широкое применение гормонов психиатрии.

2. Биологически обоснованное время ответа на лечение - ответ генома на лекарственное воздействие наступает через 10 дней, затем идет дальнейший каскад реакции нейронных контуров.

3. Описание сложности устройства нейронных контуров со множеством реципрокных механизмов. На примере

серотонина – взаимодействие всех знакомых нам медиаторных систем друг с другом.

4. Детализированный профиль действия лекарственных препаратов. На примере клозапина, препарата для лечения резистентных состояний, можно предположить совсем иной, не дофаминовый механизм развития продуктивной психопатологической симптоматики.

И так, нейрохимия обеспечивающая патогенез психопатологии имеет большие индивидуальные различия абсолютно неизвестные до назначения психофармакотерапии. Момент выбора лекарственной терапии – работа с черным ящиком, однако дальнейший подбор уже может происходить с опорой на первый опыт и понимание нейрорецепторного профиля.

В традициях отечественной детской психиатрии укоренилось применение интегральной оценки множества факторов при оценке психического статуса наших пациентов в контексте онтогенетических особенностей. Мы имеем представления как устроена норма, но к настоящему моменту не знаем, как химически устроен психический онтогенез. Разработки в этом направлении ведутся нейробиологами, нейрогенетиками и др., но это не должно останавливать детских психиатров, следуя примеру Сухаревой, Ушакова, Ковалева и мн. других. В качестве иллюстрации обратимся к большому обзору по структуре, функциям и фармакологии ионотропных рецепторов глутамата (Hansen, 2019). Глутамат - это главный возбуждающий медиатор центральной нервной системе. Согласно обзору, рецепторы к глутамату имеют разную степень экспрессии в разные онтогенетические периоды. Известно также, что поломки в генах, связанные с отдельными рецепторами приводят к нарушениям интеллектуального развития, расстройствам аутистического спектра, синдрому Ландау-Клеффнера, эпилепсии. Таким образом детский психиатр, столкнувшийся с дизонтогенетическими явлениями, осложненными эпилепсией может предположить конкретное генетическое нарушение, а в перспективе в совместной работе с

биологами, генетиками, фармакологами разработать таргетную терапию.

Заключение. Использование данных нейропсихофармакологии и нейронаук может позволить расширить терапевтические и диагностические возможности в практике врача-психиатра, в связи с чем необходима накопление и анализ научной информации из этих направлений.

Безменов П.В.

Детская психиатрическая служба города Москвы. Векторы развития

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

Тема нашей конференции – патоморфоз. Обычно этот термин используют применительно только к самим болезням – их проявлениям, течению, динамике. Но давайте взглянем шире и попробуем применить понятие «патоморфоз» не к болезни, а к системе медицинской помощи, которая должна реагировать на происходящие изменения. Реагировать на уровне каждой медицинской организации, каждого ее подразделения, каждого работающего в ней специалиста.

Давайте сначала взглянем на то, какими ресурсами мы располагаем сегодня, обрисуем основные тренды изменений в структуре заболеваемости и инвалидности, а затем наметим перспективы развития.

Центр им. Г. Е. Сухаревой
Департамента здравоохранения г. Москвы

Контингенты пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением

Наименование	Код по МКБ-10	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Психические расстройства – всего	F00-F09, F20-F99	9512	10112	10793	11303	11653	12108
Психозы и (или) состояния слабоумия	F00-F05, F06 (часть), F09, F20-F25, F28, F29, F84.0-4, F30-F39 (часть)	3504	4031	4818	5692	6479	7206
из них: шизофрения, шизотипические расстройства, шизоаффективные психозы, аффективные психозы с неконгруентным аффекту бредом	F20, F21, F25, F3x.x4	776	778	861	981	1086	1158
детский аутизм, атипичный аутизм	F84.0-1	2658	3191	3886	4647	5331	5983
Психические расстройства непсихотического характера	F06 (часть), F07, F30-F39 (часть), F40-F69, F80-F83, F84.5, F90-F98	1310	1432	1435	1315	1172	1164
из них синдром Аспергера	F84.5	24	20	25	26	26	29
Умственная отсталость	F70-F79	4698	4649	4540	4296	4002	3738

Итак, о ресурсах. Основной объем специализированной медицинской помощи по профилю «психиатрия» детскому населению города Москвы приходится на Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой. Он оказывает психиатрическую помощь в условиях

круглосуточного и дневного стационара, а также в амбулаторных условиях, всему детскому населению города Москвы с любыми психическими расстройствами.

Кроме того, психиатрическая помощь детям осуществляется в Научно-практическом центре детской психоневрологии (дети с расстройствами аутистического спектра без выраженных нарушений поведения), а также Центре патологии речи и нейрореабилитации (дети с расстройствами речи).

Центр им. Г. Е. Сухаревой
Департамента здравоохранения г. Москвы

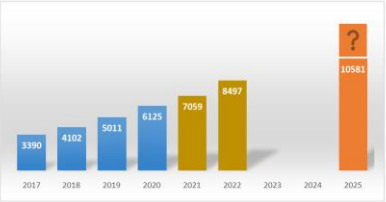
Контингенты пациентов, получающих консультативно-лечебную помощь

Наименование	Код по МКБ-10	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Психические расстройства - всего	F00-F09, F20-F99	20018	22338	21977	22536	24869	28833
Психозы и (или) состояния слабоумия	F00-F05, F06 (часть), F09, F20-F25, F28, F29, F84.0-4, F30-F39 (часть)	1045	1271	1515	1793	2193	3034
из них: шизофрения, шизотипические расстройства, шизоаффективные психозы аффективные психозы с неконгруентным аффекту бредом	F20, F21, F25, F3x.x4	287	352	415	384	371	410
детский аутизм, атипичный аутизм	F84.0-1	646	812	996	1323	1728	2514
Психические расстройства непсихотического характера	F06 (часть), F07, F30-F39 (часть), F40-F69, F80-F83, F84.5, F90-F98	15963	17903	17311	17354	19001	21545
из них синдром Аспергера	F84.5	26	31	33	33	44	59
Умственная отсталость	F70-F79	3010	3164	3151	3389	3675	4254

Теперь о структуре заболеваемости и инвалидности. Под диспансерным наблюдением в настоящее время находится около 13 000 пациентов. И здесь в контексте патоморфоза интересна динамика. За последние 5 лет в целом мы видим рост количества детей, состоящих на диспансерном наблюдении. Этот рост в немалой степени обусловлен увеличением количества детей с диагнозом «детский аутизм». Количество детей с умственной усталостью, находящихся под диспансерным наблюдением, из года в год стабильно и даже несколько уменьшается. Что касается консультативно-лечебной помощи, то здесь за последние 5 лет также наблюдается прирост, причем, так же, как и в случае с диспансерным наблюдением, этот прирост происходит в основном за счет увеличения количества детей с аутизмом.

Если говорить о динамике в отношении заболеваемости и инвалидности, то, к сожалению, отмечены изменения в сторону их увеличения. Причем здесь интересен особенно высокий рост и первичной заболеваемости, и общей инвалидности в группе подростков 15-17 лет по сравнению со всей популяцией в целом.

В 2023 году тенденция к росту общей заболеваемости психическими расстройствами сохраняется, отмечается темп прироста в 11,7% по сравнению с 2022 годом. Также отмечено, что четверть всех случаев детской инвалидности приходится на психические расстройства.



Данная диаграмма (слева), была сделана в 2020 году на основании тенденции роста распространенности расстройств аутистического спектра. Мы спрогнозировали количество таких детей вплоть до 2025 года. Диаграмма справа на 2021-2022 год показывает фактическое количество этих детей по данным статистики. И мы видим, что наш прогноз на 2022 год (7.800 детей), к сожалению, отстал от реального (почти 8.500).

Центр им. Г. Е. Сухаревой
Департамента здравоохранения г. Москвы

Преимущественный возраст манифестации психических расстройств[1]

Расстройство	Средний возраст на момент появления первых симптомов/ постановки диагноза (лет)	Наличие симптомов к 14/18 годам, %
Все психические расстройства		**41.5/50.0**
Расстройства аутистического спектра	4.5/5.5	72.4/89.9
Тревожные и фобические расстройства	4.5/5.5	45.1/59.9
Специфические (изолированные) фобии	4.5/5.5	71.2/77.6
СДВГ	4.5/9.5	99.8/99.8
Расстройства личности	5.5/20.5	93.6/96.3
Социальные фобии	14.5/14.5	54.6/75.4
Обсессивно-компульсивное расстройство	14.5/14.5	23.4/48.1
Паническое расстройство	15.5/39.5	11.9/28.9
Генерализованное тревожное расстройство	15.5/45.5	9.4/21.3
Расстройства приема пищи	15.5/15.5	10.2/40.1
Психические расстройства, связанные с приемом ПАВ	15.5/20.5	8.2/39.1
Депрессивное расстройство	15.5/19.5	10.2/25.9

[1] Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, Il Shin J, Kirkbride JB, Jones P, Kim JH, Kim JY, Carvalho AF, Seeman MV, Correll CU, Fusar-Poli P. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. Mol Psychiatry. 2022 Jan;27(1):281-295.

На следующем графике приводятся данные из американских источников по результатам многоцентровых исследований. Здесь представлена распространенность психических расстройств в популяции американских детей и подростков. По этим данным можно отметить, что тенденция, наблюдаемая в Москве, является общемировой.

Центр им. Г. Е. Сухаревой
Департамента здравоохранения г. Москвы

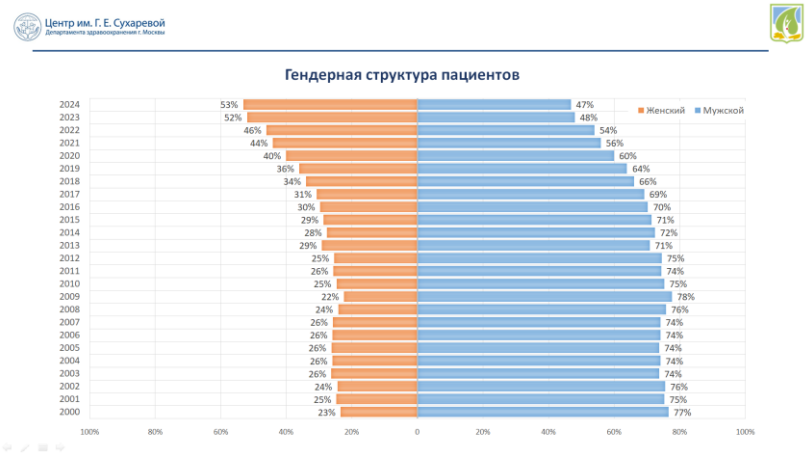
Распространенность основных психических расстройств в детском и подростковом возрасте[1]

Диагноз	Девочки, % от общей популяции	Мальчики, % от общей популяции
Все психические расстройства	**14,63**	**15,51**
F 00-09	0,07	0,07
F 20-29	0,76	0,48
F 20	*0,19*	*0,12*
F 23	*0,16*	*0,12*
F 30-39	2,54	1,01
F 30-31	*0,1*	*0,06*
F 32-33	*2,41*	*0,92*
F 40-48	7,85	4,58
F 50	1,8	0,28
F 7	0,88	1,52
F 80-83	1,41	2,74

[1] Dalsgaard S, Thorsteinsson E, Trabjerg BB, Schullehner J, Plana-Ripoll O, Brikell I, Wimberley T, Thygesen M, Madsen KB, Timmerman A, Schendel D, McGrath JJ, Mortensen PB, Pedersen CB. Incidence Rates and Cumulative Incidences of the Full Spectrum of Diagnosed Mental Disorders in Childhood and Adolescence. JAMA Psychiatry. 2020 Feb 1;77(2):155-164.

Далее рассмотрим данные по структуре стационарной помощи. На графике представлено количество пролеченных

больных в центре имени Г.Е. Сухаревой за 24,2 года, при том что общий коечный фонд не менялся с 2000.

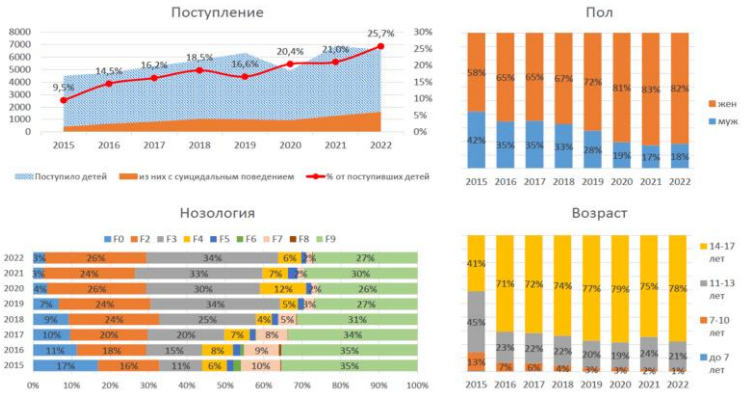


В структуре стационарной помощи с годами меняется и распределение пациентов по полу. На графике видно, что в Центре имени Г.Е. Сухаревой в данный момент более половины стационарных пациентов – это девочки. Возраст пациентов также меняется. На графике видно, что доля подростков (детей старше 14 лет) фактически сейчас составляет половину от нашего контингента. Нозологическая структура также

претерпевает значительные изменения: сокращается удельный вес резидуально-органических расстройств, растет доля детей с расстройствами аутистического спектра, с аффективной патологией, с патологией шизофренического спектра и шизоаффективными расстройствами.

Здесь представлено соотношение плановой и экстренной помощи в стационаре. К сожалению, мы движемся к тому, что в этом году приблизительно половина наших пациентов поступят на стационарное лечение в экстренном порядке по скорой помощи.

Данный график касается тех показателей, которые важны для понимания изменений, которые происходят с одной стороны в плане заболеваемости, а с другой стороны в плане организации медицинской помощи. Продемонстрирована длительность госпитализации, с тенденцией к сокращению сроков стационарного лечения. Стоит отметить, что если данный график наложить на график, где показано количество пролеченных больных, то можно заметить, что увеличение количества пролеченных в стационаре пациентов обусловлено тем, что уменьшается средняя длительность госпитализации.

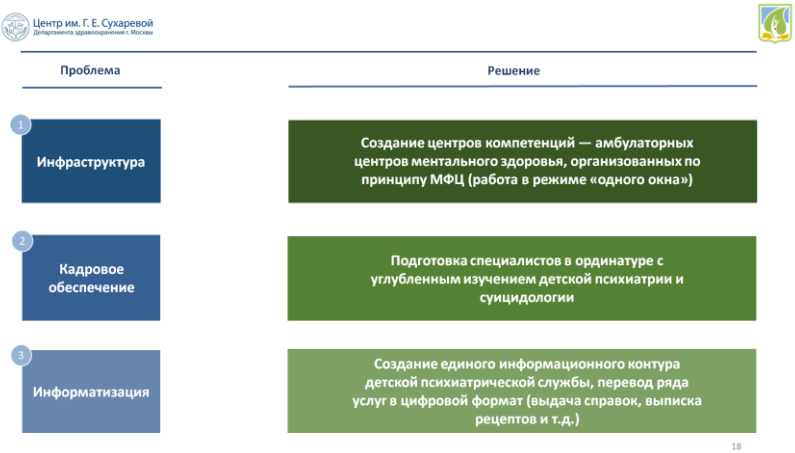


Рассмотрим изменения, с которыми мы сталкиваемся на протяжении последних лет, на примере пациентов с суицидальным поведением. Помимо значительного увеличения числа госпитализации таких пациентов, также меняется их гендерное и возрастное распределение, а также нозологическая структура. Последнее происходит в первую очередь за счет увеличения удельного веса аффективной патологии и расстройств из рубрики F20.

Обобщая вышеизложенные данные, можно говорить об очевидном утяжелении стационарного контингента пациентов, но в контексте вышесказанного можно говорить о том, что это скорее положительный момент, так как дети, которые еще несколько лет назад вынуждены были проходить лечение в больнице в связи невозможностью получения амбулаторной помощи, теперь получают такую возможность.

Да, это требует от нас реагировать реструктуризацией коечного фонда, увеличением количества подростковых коек, для качественного оказания помощи требуются квалифицированные сотрудники, причем не только врачи, но и

медсестры, воспитатели и все те, кто работает с детьми. Но это все вполне решаемые задачи.



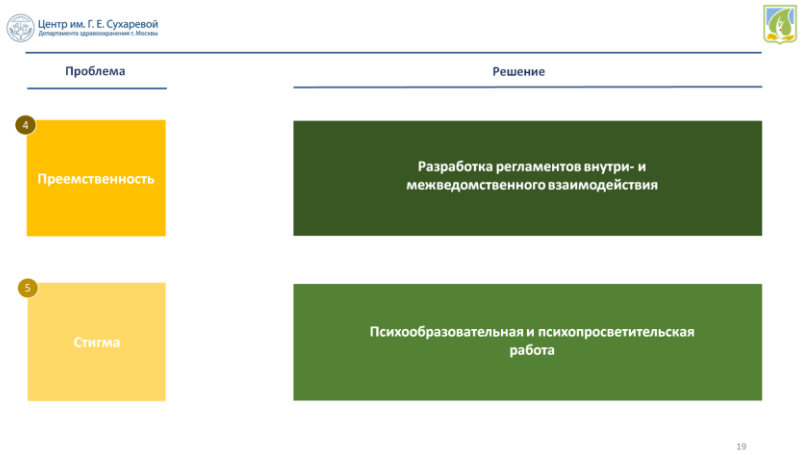
Наконец, поговорим о том, что требуется с точки зрения организации работы служб для повышения их эффективности и комфорта как для сотрудников, так и для пациентов.

В настоящее время имеется ряд инфраструктурных проблем, которые требуют решения. И основная из них – это разобщенность амбулаторной помощи. Сейчас амбулаторная помощь выглядит следующим образом. Имеется сеть кабинетов, многие из которых позволяют разместить в них только одного специалиста, что не является оптимальным ни с точки зрения логистики, ни с точки зрения управления, ни с точки зрения компетенции. Поэтому, при поддержке департамента здравоохранения, мы сейчас пытаемся разработать более эффективную модель как для специалистов, так и для пациентов и их родителей. Нам представляется оптимальным организация этой работы в режиме «одного окна» по принципу многофункциональных центров, где пациент получает помощь, которая ему необходима – будь то консультативно-лечебная, будь то решение вопросов, связанных с образовательным маршрутом, будь то решение вопросов, связанных с инвалидностью.

Следующий большой блок проблем – кадровое обеспечение. Мы отмечаем положительные сдвиги в этом направлении, но тем не менее, то количество специалистов, которыми мы располагаем на данный момент, является недостаточным. В этой связи в последние годы тоже предпринимаются активные меры. С 2020 года в Центре имени Г.Е. Сухаревой имеется ординатура, в которой на данный момент прошло уже несколько выпусков, 32 ординатора получили дипломы, и из них 20 остались работать в Центре. На сегодня у нас обучается 44 ординатора, 15 человек в этом году выпускаются.

Также у нас есть целый ряд программ дополнительного профессионального образования – 36 часовые, 72 часовые, 144 часовая программы для врачей, в том числе с углубленным изучением помощи детям с суицидальным поведением, с расстройствами пищевого поведения. Также имеются программы для других специалистов - для психологов, педагогов и так далее. С 2022 года по этим программам прошли обучение почти 400 человек.

С июля 2024 года Центр перешел на работу в ЕМИАС. Данная система интуитивно понятна и функциональна, она обладает очень широкими возможностями, благодаря чему облегчает работу специалистов.



Следующей значимой проблемой является преемственность, что означает в широком смысле слова не только передачу пациента по всем этапам оказания психиатрической помощи, но и сотрудничество с другими медицинскими организациями, а также с организациями, относящимися к другим ведомствам. В этой связи хочется отметить утверждение Регламентов взаимодействия с учреждениями Департаментов образования и науки, социальной защиты населения города Москвы, правоохранительными органами.

Еще одной значимой проблемой является стигма, которая как сопровождала психиатрию на протяжении всей ее истории. Для ее уменьшения мы проводим психообразовательную и психопросветительскую работу, у нас есть множество ресурсов, которые мы задействуем для этого.

И здесь нет мелочей, важно все, вплоть до впечатления, которое производим на детей и родителей. Очень важно, чтобы, приходя к нам в Центр, они сразу чувствовали себя комфортно. Для этого сейчас мы проводим масштабное благоустройство территории Центра. Очень важно, чтобы врачи работали в красивом месте, в удобных кабинетах. Мы надеемся, что с помощью всех тех, кто нам активно помогает, нам удастся этого добиться.

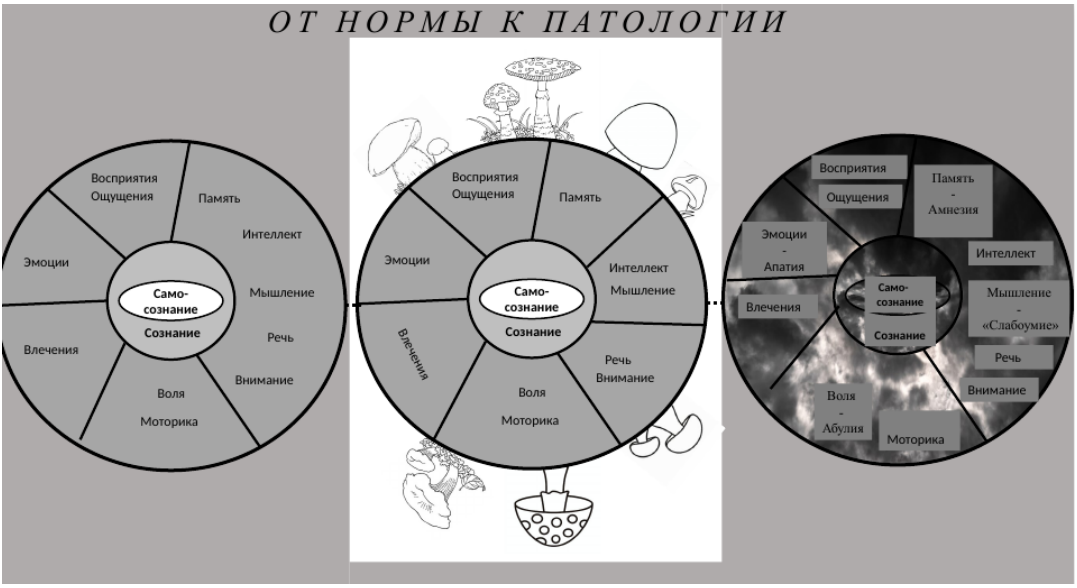
Воскресенский Б.А., Бегматов Р.И.

О некоторых аспектах психиатрического диагноза

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ, Москва, Россия

Понятие психического расстройства, как и нормы психического здоровья, не есть изначальная данность. Оно исторически менялось в зависимости от взглядов на сущность человека, в зависимости от акцентов на материализме или же на психической составляющей идеализма в самом широком смысле слова, а также в связи с потребностями социальной общественной жизни, при осмыслении некоторых феноменов духовного опыта, при своеобразных прорывах в художественном и научном творчестве, при оценке различного рода юридических коллизий в гражданском и уголовном праве. В более общей форме оно обсуждалось в дискуссиях о личностной мировоззренческой свободе, об этнокультуральной окраске нервно-психических расстройств.

В современной психиатрии господствует биопсихосоциальная концепция психических расстройств. В



другой терминологии, восходящей к христианской антропологии, она формулируется как трихотомическая концепция личностных расстройств (дух, душа, тело). В этом ряду психика обычно оказывается эпифеноменом, надстройкой над изначальной, основообразующей, материальной (=телесной) субстанцией, всестороннее познание которой делает собственно психические процессы излишними, и которая абсолютизирует по существу один-единственный реальный, объективный материальный субстрат – физико-химический, электрофизиологический, генетический. Для трихотомии душа само- очевидна, так сказать, интроспективна.

Мы предприняли попытку обосновать ее реальность с помощью концепции языковой антропологии, разработанной польским лингвистом Анны Вежбицкой. Согласно ее исследованиям, всему человечеству присущи переживания, обозначаемые глаголами: быть; жить; хотеть, делать, слышать, знать, думать, видеть, говорить, чувствовать. Они и есть душевные процессы-наши переживания: восприятия, ощущения, память, интеллект, мышление, речь, эмоции, влечения, воля, моторика, внимание. А психические расстройства становятся не только и не столько болезнями мозга как осязаемого объекта, а, именно болезнями души – душевными болезнями. Существо их, как и болезней любой иной природы, состоит в ослаблении, распаде, исчезновении, определенных – в данном случае душевных – структур: эмоций, воли, интеллекта и других составляющих души. «Выбор» определяется этиологией – причинами-природой заболевания.

На рисунке схематически представлено продвижение от состояния здоровья к исходу болезни. Левый круг – норма, изначальное состояние психики (души) субъекта. Средний круг – острое психотическое состояние. Могущие восприниматься как дурашливые, «грибочки» (метафорическое выражение нашей студентки, предложившей это образ) - это продуктивная симптоматика, переживания (галлюцинации, бред, мании, депрессии и т.д.), которых в норме не бывает. Правый круг – негативная симптоматика, ослабление, выпадение (поэтому он темный) здоровых-нормальных душевных процессов.

Устанавливая и формулируя диагноз, психиатр выявляет по каким закономерностям меняется психическая деятельность, психический душевный облик больного – таков медицинский аспект психиатрического диагноза. При этом врач на основе своих знаний и профессионального опыта внутренне воспроизводит, но ни в коем случае не переживает сам, состояние больного: преобразует голоса, видения, слежку, преследование, перепады настроения в галлюцинации, бред, аффективные колебания и так далее. И погоревать вместе с больным, и посмеяться, и изумиться необычности его ощущений, и даже огорчиться, рассердиться, (конечно же, ему сопереживая), из-за каких-то болезненных, неразумных поступков. Таков модус общения врач- душевнобольной. В психиатрии психикой врача познается психика больного. В других медицинских специальностях мышлении иное.

Современная официальная психиатрия избегает достаточно строгого понятия «болезнь», подразумевающего жесткие причинно-следственные связи и четкое противопоставление нормы и патологии. Она предпочитает «расстройство», понимая под ним комплекс симптомов, в большинстве случаев, причиняющих страдания и препятствующих личностному функционированию. Не слишком популярный сегодня Карл Маркс дал определение болезни, по нашему мнению, согласующееся с современным подходом – стесненная в своей свободе жизнь.

Но очевидно, что далеко не каждый душевно больной субъективно страдает. Личностное функционирование также нередко может сохраняться на достаточно высоком уровне. С другой стороны, очевидно, что переживание страдания-болезни, также как многообразных ситуаций дезадаптации, может быть следствием не медицинских, а каких-то иных, прежде всего чисто социальных коллизий. Эти расплывчатые критерии – дань прагматизму, одной из граней психиатрии постмодернизма. Этим термином мы определяем преобладающий дискурс этой науки в конце XX – начале XXI века. По нашему мнению, единственный достоверный критерий психического расстройства или заболевания (мы употребляем эти слова на

равных)- психопатологические переживания. Продолжая сопоставление болезни и расстройства, отметим, что «болезнь» располагается к «смерти» значительно ближе, чем «расстройство». И это, может быть, важнее всего в объяснении причин «бегства от болезни», поскольку современное мировоззрение стремится вытеснять все некомфортное, неприятное, угрожающее. При оценке сложной коллизии сегодня предпочитают ограничиться вопросами и вызовами.

Социальный аспект психиатрического диагноза в наши дни привлекает не меньшее, а может быть, даже и большее внимание, чем медицинский. Он содержит в себе несколько составляющих. Мишель Фуко, как известно, много размышлявший над проблемами психиатрии, подчеркивал, что каждая культура создает из болезни образ, характер которого очерчивается всеми вытесняемыми или подавляемыми ею антропологическими возможностями. Современные философы также указывают, что болезнь, обогащенная смысловыми оттенками, может проецироваться на мир. В соответствии с этим механизмом от психиатрии ждут приговоров при борьбе с сектами, терроризмом, наиболее устрашающими преступлениями, игроманией, различного рода аномалиями половой жизни, инакомыслием и так далее. Собственно, душевнобольные, то есть те, у кого проявление болезни не имеет выраженного нравственного и идеологического акцента, внимание общества не привлекают.

Инструментом разграничения клинического, психопатологического и социального подходов также служит трихотомия. Он, пусть и без теоретического обоснования применялся еще 100 с лишним лет назад. «Необходимо, чтобы судья, присяжные заседатели, защитник отдавали себе ясный отчет о пределах своих знаний, своего разумения. Как бы врач-эксперт не старался изложить свои доводы в форме наиболее доступной, избегая туманных слов и туманных определений, ему трудно внедрить в сознание своих неподготовленных слушателей точное понимание того, что должно, например, разуметь под словами психический эквивалент эпилепсии. В некоторых случаях совершенно недостаточно понимать каждое

слово в отдельности. Чтобы охватить совокупность признаков, принадлежащих к составу какого-либо сложного понятия – требуется навык и школа. Офицеры, заседающие в народных судах, несомненно, без труда, разберутся в вопросах, касающихся конструкции и применения огнестрельного оружия. Судья сразу определит подсудность того или иного преступления, на основании его точной квалификации. Присяжный заседатель может быть весьма дельным человеком и отличным знатоком своей специальности. Но для того, чтобы понять значение психического эквивалента эпилепсии, требуется другие знания, другая подготовка, а именно способность мыслить психиатрически». (Альберт Молль. «Врачебная этика»,1903 год, русского издания).

Обсуждаемые разграничения помогают и в дестигматизации. В наши дни она часто проводится по модели «Recoveri», подразумевающей обретение удовлетворенности личностно-значимой жизнью, самоуважения, самостоятельности решений и другие подобные же оценки, заимствованные, по мнению критически настроенных специалистов, из менеджерской парадигмы людей, далеких от представлений о гуманистических принципах психиатрии.

Более человечным, сострадательным представляется другая позиция, высказанная выдающимся мыслителем нашего времени – Сергеем Сергеевичем Аверинцевым:

«…для счастливой жизни нужно как можно меньше думать о счастье, воздерживаться от вопроса, счастлив ли я, не накликать вопросом отрицательных ответов, не коллекционировать таких ответов; нужно безусловно запретить себе измерять объем полученного счастья, искать недостачи, предъявлять всем и всему иски относительно недостач и т. п.».

И это не воспитательное назидание. Дело в том, что каждый компонент трихотомии живет своей автономной жизнью. Болезнь, расстройство мышления, эмоции, воли и так далее – в сфере душевного, а различные обстоятельства жизни в сфере духовного – говорим больному с расстройствами шизофренического спектра. Поэтому оценки, подходы к нормализации тех или иных недостач будут разными.

Душевнобольной не лишается полностью своего духовного мира.

Это самостоятельность духовного и душевного содержит в себе определенный психотерапевтический и реабилитационный потенциал. Вот некоторые механизмы этого воздействия, обнаруживаемые у душевнобольных-верующих:

«Стала воспринимать свою болезнь как крест» (больная)

«И то, чего вообще не встретишь в церкви
Теперь я видел через призму церкви» (И.Бродский)

Миссионерскую-религиозную пропаганду в этих соображениях усматривать не следует. Мы имеем в виду личностно уважительное, сострадательное отношение ко всем и ко всему окружающему, что по-особому волнующе выражено в христианстве. Такой акцент на одной конкретной жизненной позиции не случаен. Его, в частности, обосновывает тезис Карла Густава Юнга: «процесс психологического развития, который мы называем христианским». В культурно-историческом отношении, он, по-нашему мнению, заключается в формировании рефлексивного сознания, совсем необязательно наполненного православно-фундаменталистскими догмами.

По-своему путь такой генерализации подхода от религиозного к общечеловеческому был предложен задолго до нас профессором Дмитрием Евгеньевичем Мелеховым. Размышляя над вопросом князя Мышкина из «Идиота» Ф.М. Достоевского «Что же в самом деле делать с действительностью?» – имеются в виду отупение, душевный мрак, «идиотизм», приходящие на смену экстатическим минутам эпилептических пароксизмов, – выдающийся психиатр-клиницист отвечает: «…такой вывод предполагает моральную ответственность человека за противоположные, обусловленные болезнью, состояния злобы, агрессии, жестокости».

Но критика к своему состоянию, а говоря шире, рефлексия, присуща не только отдельному субъекту, но и обществу в целом. Она реализуется, в частности, через психиатрию, которая формирует, формулирует разграничение психического здоровья и психического расстройства. Эта

миссия значима по-особому, это «крест психиатра» (определение швейцарского психиатра Христиана Шарфеттера) – это антропологическая, социальная, гуманистическая ответственность за выдвигаемые критерии, а с другой стороны - осознание своих психиатрических, в определенной, мере ограниченных возможностей в избавлении конкретного пациента от его душевного страдания.

В однозвучных словах «психиатрия» и «психология» первый корень один и тот же. Уже одно это обстоятельство делает неизбежным разговор о психологических аспектах диагноза. А практическая потребность определяется тем, что в жизненных ситуациях, обусловленных фактом душевного заболевания, функции, компетенции психиатра и психолога часто отождествляются. Причем такая позиции присущи не только широким массам неспециалистов. К ней тяготеет в большей или меньшей степени, что зависит от теоретических основ конкретной психологической школы, и значительная часть психологов. Четкое разграничение этих двух «пси» было сформулировано К. Ясперсом:

«Предмет изучения психологии – так называемая нормальная психическая жизнь. В теории психология столь же необходима психопатологу, сколь физиология патологоанатому. Но на практике эта аналогия подтверждается далеко не всегда. Причина заключается в том, что психопатологи занимаются обширным материалом, для которого психологией пока не описано «нормальных» соответствий. Психопатологам приходится разрабатывать собственную психологию, ибо психологи не могут обеспечить им необходимую поддержку».

С другими акцентами это разграничение сформулировал в своих антропологических исторических построениях Юнг. «Сознание всегда инстинктивно находит слова для обозначения реально существующих вещей. Лишь психологи изобретают наименования для несуществующих вещей» Вот лишь некоторые современные «наименования»: выученная беспомощность; травма рождения; реакция горя; синдром хронической усталости; шкала стрессов Холмса и Рея и другие построения подобного рода.

Вместе с тем клиническая психология и прежде всего квалифицированная психологическая оценка отдельных психических функций душевнобольного – чрезвычайно значимый компонент комплексной психиатрической диагностики. Что касается участия психолога в лечебно-реабилитационном процессе, то ему следует опираться, как иногда афористически выражаются, «на здоровое среди больного». Вот впечатляющая формулировка одного из вариантов таких взаимоотношений: уже упоминающийся Д.Е. Мелехов подчеркивал: «Гениальность, конечно, не болезнь. Но болезнь гения является фактом большой художественной и духовной значимости». Полагаем, что будет правомерно, (имея ввиду не только и не столько некую особую одаренность, а самую разнообразную созидательную деятельность), распространить это утверждение на все без исключения человечество.

Но в то же время, хотя «дух как таковой не может заболеть» (К. Ясперс), психическое расстройство, которое, у кого бы оно ни обнаружилось, это безусловно культурно-историческое антропологическое философское событие. В первую очередь при размышлении именно на тему «таланты и психическое расстройство» («гениальность и помешательство» - в несколько устаревшей формулировке) естественным образом вспоминается распространенная точка зрения, провозглашающая, что больные шизофрении – это люди будущего. В пользу этого высказывания существуют некоторые, хотя и спорные, медицинские и биологические аргументы.

О некоторых художественно-клинических наблюдениях правомерно будет сказать словами Ясперса: «быть может величайшая глубина метафизического переживания, ощущение абсолютно священного и благодатного дается в сознании восприятие сверхчувственного, лишь тогда душа расслабляется настолько, что после этого остается уже в качестве разрушенной. Художественно-творческое озарение, религиозно-мистические переживания не так уж редко сближают, даже отождествляют с психотическими приступами».

В одной из авторитетных, современных, культурологических богословских публикаций, посвященной «Книге Руфи», особое внимание обращается на то, что безумие библейских персонажей, (понимаемое и по-бытовому, и религиозно, и клинически), ведет к апогею библейской истории – рождению Христа.

Вновь расширим наши размышления на все многообразие человеческой деятельности. «Гениальность, конечно, не болезнь», – повторим Д.Е. Мелехова. Более широко смотря на ситуации и имея в виду не только гениев, современные исследователи высказывают то же мнение: «…Культура, являясь продолжением биологии человека, развивается и совершенствуется именно благодаря психопатологии и потому, что аномальные варианты не подвергаются воздействию естественного отбора или даже имеют селективные преимущества» (В.П. Самохвалов).

И эта точка зрения, это мнение в чем-то перекликается с воззрением выдающегося генетика профессора В.П. Эфроимсона: «Социальный прогресс является средством, ограничивающим на каждом шагу могущество процесса космического, и выдвигает на смену ему другой процесс, который мы можем назвать этическим. Результатом этого процесса может оказаться переживание не тех, кто наиболее приспособлен к общим условиям существования, а тех, кто приспособлен к условиям существования наилучшего, в смысле этическом».

Вот еще один взгляд в будущее. Советский генетик середины прошлого века профессор В.А. Геодакян, исследуя сущность разделения человечества на два пола, заключил, что предназначение мужчин – изменчивость, то есть поиск, открытие нового. А задача женщин – сохранение существующего. Если мы припомним, что расстройство шизофренического спектра предпочтительно для мужчин, а аффективное для женщин, то тем самым еще больше укрепимся в допущенном определении телеологичности некоторых важнейших, с точки зрения антропологии, форм психических расстройств.

Итак, размышления о сущности психических расстройств оказываются размышлениями о сущности человека.

Иващенко Д.В.

Полипрагмазия или монотерапия психических расстройств у детей: за и против

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ, Москва, Россия

Полипрагмазия. Необходимо выяснить, когда она действительно оправдана, а когда нет. Что понимают под полипрагмазией? В 2017 году провели исследование, где авторы задались вопросом – что входит в это понятие? Согласно большинству исследований (46%), полипрагмазией считается одновременное назначение пациенту 5 и более препаратов. Иногда полипрагмазией считается назначение нескольких классов препаратов, количество же лекарств во внимание не принимается. Некоторые авторы выделяют полипрагмазию по длительности – например, «2 препарата более 240 дней». Назначение 5 препаратов пациенту это, к сожалению, не редкий случай. И необходимо разобраться, когда полипрагмазия считается рациональной, а когда нет. Если говорить про полипрагмазию в детской психиатрии, то большинство авторов сошлись на мнении, что это назначение 2-3 препаратов единовременно. Соответственно, полипрагмазией в рамках этого доклада будет считаться применение двух трех препаратов. Чем грозит назначение нескольких лекарственных препаратов? Проспективное исследование более 6000 детей показало, что каждое дополнительное лекарство повышает риск нежелательных реакций в 1,25. Существует высокий риск, что пациент откажется от приема лекарственных препаратов из-за побочных эффектов. Чтобы минимизировать риск появления побочных эффектов необходимо медленно наращивать дозировку препарата, начиная с монотерапии.

Применение нескольких антипсихотиков при шизофрении происходит в 10-30% случаев по причине резистентности. Однако существует и другая мотивация назначения нескольких лекарственных средств: усилить эффект, ускорить эффект, лечить оставшиеся продуктивные симптомы, снизить нежелательные реакции путем снижения дозы первого

антипсихотика. Были проведены исследования, которые показали: важна не доза антипсихотика, а длительность приема. Зачастую врачом при назначении нескольких лекарственных препаратов в первую очередь двигает страх осуждения со стороны коллег. И вместо того, чтобы подождать нужные 8 -12 недель для получения необходимого эффекта, назначается дополнительный препарат. Безусловно, некоторые состояния требуют назначения сразу двух психотропных препаратов. Психиатрам необходимо знать такие состояния и применять полипрагмазию исключительно в данных случаях.

Дополнительно пациенту могут назначаться корректоры нежелательных реакций, которые тоже идут в общий банк, назначенных лекарственных препаратов, и несут свои побочные эффекты. Именно поэтому не рекомендуется назначать корректоры в целях профилактики.

Терапия шизофрении. При терапевтической резистентности шизофрении могут применяться комбинации из двух антипсихотиков, обычно один из них – клозапин. В крупном исследовании (>62000 пациентов) сочетание арипипразола с клозапином снижало риск рецидива шизофрении на 14-23%. Однако данные исследования проведены на взрослых, резистентных пациентах. Поэтому данные комбинации надо с осторожностью применять в детской психиатрии. Существуют исследования, которые говорят о том, что сочетание антипсихотиков эффективнее в отношении негативных симптомов при шизофрении. Хотя данный вывод подтверждается исследованиями низкого качества. Существует и противоположная точка зрения, - после купировании острой психопродуктивной симптоматики можно переходить к коррекции негативных расстройств путем смены антипсихотика на другой. Антипсихотики более эффективные в отношении негативных расстройств – это Оланзапин, Карипразин, Арипипразол т.д. Существуют исследования, подтверждающие, что аугментация антидепрессанта к антипсихотику значимо снижает негативные симптомы. При этом не отмечено увеличения риска нежелательных реакций, кроме сухости во

рту. Данная тактика также относится к рациональной полипрагмазии.

Нет доказательств, что антипсихотики первой генерации по-разному действуют на отдельные симптомы, однако для антипсихотиков 2 генерации есть доказательность относительно воздействия на негативные симптомы. Есть данные о разной аффинности к

рецепторам, что сказывается на профиле безопасности антипсихотиков.

Высокопатентными типичными антипсихотиками считаются галоперидол, трифлуоперазин, флуфеназин. Они вызывают с высокой частотой экстрапирамидные реакции, при этом они прекрасно действуют на психоз из-за своей высокой дофаминергической аффинности. Седативный эффект также различается у антипсихотиков, так как по-разному воздействуют на гистаминергические и холинергические рецепторы. Не стоит делать вывод, что антипсихотик с более выраженным седативным эффектом лучше подействует на психопродуктивную симптоматику. Существуют доказательства, что галоперидол тоже действует на негативные симптомы, однако в большей степени эффективность в борьбе с негативной симптоматикой отводится атипичным антипсихотикам.

Терапия обсессивно-компульсивного расстройства. В рамках терапии обсессивно- компульсивного расстройства вторая линия уже подразумевает полипрагмазию. Если не помог СИОЗС (при адекватной дозировке и длительности курса) добавляют антипсихотик второй генерации - кломипрамин. Это считается рациональной полипрагмазией, которая включена в клинические рекомендации.

Терапия биполярного аффективного расстройства.

При монотерапии 50% отвечают на терапию в течение 3-4 недель, а отсутствие эффекта в течение 2 недель – повод заменить препарат на другой из первой линии. Однако, если у пациента происходит быстрая смена циклов и присутствуют психотические симптомы, рекомендуется назначать 2 препарата – сочетание антипсихотиков второй генерации с

нормотимиками. В международных рекомендациях по терапии БАР первой линией рекомендуется комбинация кветиапина с литием, арипипразола с литием, респиридона с литием т.д.

Коморбидность. Есть ситуации, когда при наличии двух диагнозов назначается двойная терапия. Например, сочетание обсессивно-компульсивного расстройства и шизофрении, либо сочетание тиков и обсессивно- компульсивного расстройства, СДВГ. Такие пациенты, как правило довольно тяжелые, часто инвалидизируются. Поэтому назначение нескольких лекарственных препаратов будет в рамках рациональной и обоснованной полипрагмазии.

Коррекция нежелательных реакций. Назначение антихолинергических препаратов для коррекции экстрапирамидных симптомов – рутинная практика в психиатрии. Антихолинергические препараты имеют свой профиль нежелательных реакций, а также могут снизить эффект антипсихотика. Поэтому не рекомендуется назначать антихолинергические препараты с целью профилактики.

Метаболические нарушения у пациента вещь неприятная, однако не всегда они выражаются клинически. Назначение фармакотерапии для купирования метаболических нарушений рекомендуется только при появлении клинической картины. Для снижения пролактина может применяться метформин. Тот же метформин назначается для коррекции СД 2 типа и метаболических нарушений (гиперлипидемии) при приеме антипсихотиков. При антипсихотик-индуцированной гиперпролактинемии – необходимо присоединенять арипипразол или D2R-агонистов -бромокриптина каберголина.

Заключение: Полипрагмазия в детской психиатрии начинается с двух лекарств. Одновременное назначение 2-3 препаратов является доказательной практикой при многих психических расстройствах, но только если есть уверенность в диагнозе и безопасности назначаемой терапии. Психофармакотерапия требует длительного приема, и постоянного баланса между эффективностью и безопасностью.

Ильина А.А., Джавадова Э.И.

Особенности отношения современных подростков и их родителей к теме ментального здоровья и психиатрической помощи

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

Тема ментального здоровья становится все более актуальной в последние годы, особенно это касается подростков и молодежи. Все острее данная тема звучит в инфо пространстве, а также в научных исследованиях. Так, психические расстройства наблюдаются у каждого седьмого человека в возрасте 10–19 лет в мире, на них приходится 13% от глобального бремени болезней в этой возрастной группе. Депрессия, тревожность и поведенческие нарушения входят в число ведущих причин заболеваемости и инвалидности среди подростков, а самоубийства – по-прежнему четвертая по значимости причина смертности в возрастной группе 15–29 лет (Institute of health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange, 2021).

Также отмечается, что психическое здоровье подростков, детей и молодежи значительно ухудшилось за последние три года: в 2017 году психические расстройства наблюдались у одного человека из девяти, а уже к июлю 2020 года их обнаружили у одного из шести (NHS, Mental Health of Children and Young People in England, 2020).

Вместе с этим у современных подростков отмечается рост кризисных состояний. В 2020м году подростки отмечали, что 35% студентов в возрасте 14-18 лет имели опыт кризисного эпизода в течение года, в том числе 18% несуицидальные самоповреждения, 10% суицидальные мысли, 7% суицидальные попытки (Education Advisory Board, 2020).

О возросшей потребности в обращении за помощью говорит статистика ВЦИОМ – с 2009 по 2022 год процент людей, когда-либо обращавшихся к психологу, вырос в два раза

– с 6% до 12%. При этом потребность в психологической помощи чаще отмечают молодые люди в возрасте 18-24 лет (35%), жители мегаполисов (24%) и активные пользователи интернета (23%).

По данным исследования аналитического центра НАФИ и Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, подавляющее большинство подростков в России — 89% — доверяют психологам и не согласны с мнением, что иметь психологические проблемы стыдно.

Однако, несмотря на возросшую потребность в психологической помощи, тем не менее согласно результатов одного из самых масштабных социологических исследований современной молодежи «Подростки-360» (Русакова М.Г., 2023), 30% юношей и 25% девушек не обращаются за помощью вообще и «ни с кем не делятся» своими трудностями.

Отвечая на вопрос «Почему ты никогда не обращался за помощью?», самыми популярными вариантами ответа становятся «считаю, что я сам должен решать свои проблемы», «слишком дорого», «не знал (а), куда можно обратиться». Также частыми были ответы: «это все-равно не поможет» или «меня за такое засмеют» и так далее.

Отвечая на вопрос «Если в твоем окружении люди, которые…» 17% подростков положительно ответили, что среди и окружения есть сверстники, которые «являлись жертвами психологического насилия или буллинга». Далее 10% отмечают, что сталкивались с суицидальными проявлениями у себя или окружающих. Также 9% сообщили, что они или люди в их окружении были жертвой кибербуллинга. Со злоупотреблением алкоголя сталкивались 6%, и с употреблением психоактивных веществ – 2%.

Таким образом, мы получаем некоторую дилемму. С одной стороны, стигматизация становится меньше в последние годы, доступность психологической помощи, в том числе психиатрической, становится больше. Однако тема заботы о ментальном здоровье остается по-прежнему краеугольной. Часть подростковыми необходимости все равно не обращается за помощью, и иногда проходит несколько лет, прежде чем сам

подросток или его семья обращаются за консультацией к психологу и врачу-психиатру.

Похожие данные мы наблюдаем не только в нормотипичной выборке, но и в клинической. Так, авторы лонгитюдного исследования обращения подростков с самоповреждениями за помощью констатируют по-прежнему высокую стигматизацию тех, кто наносит себе повреждения, негативные реакции (страх, непонимание) со стороны родителей, учителей и медицинских профессионалов, что в свою очередь мешает подросткам с самоповреждающим поведением обращаться за помощью. Только чуть больше половины (59%) подростков сообщили кому-то о своем самоповреждении: из них 68% сообщили сверстникам, а 32% – взрослым (в первую очередь родителям, затем психологам, врачам или учителям).

Вместе с этим, именно кризисные пациенты нуждаются в быстрой и немедленной помощи специалистов, а также в пролонгированной поддержке после кризисного эпизода. Согласно исследованиям, спустя год после суицидальной попытки у близких сохраняется страх, что родственник может совершить повторную попытку; при этом почти 50% респондентов, принявших участие в опросе, отметили, что они не обсуждали с пациентом эту тему. Около половины близких суицидента хотели бы получить профессиональную консультацию, желательно вскоре после попытки самоубийства. При этом родственники часто отмечают, что они мало вовлечены в лечение, оказываемое суициденту.

В связи с данными дилеммами и противоречиями, мы провели пилотное исследование клинической выборки подростков, уже госпитализированных в психиатрический стационар «Клиника Кризисной Помощи» для того, чтобы проследить маршрут получения помощи, определить трудности и вызовы при получении помощи, а также выявить отношение современных подростков и их родителей к теме ментального здоровья в целом.

В опросе приняло участие 47 человек (11 мальчиков и 36 девочек от 12 до 17 лет, основной возраст 14-15 лет). Пациенты

на момент опроса были госпитализированы преимущественно впервые в круглосуточный и дневной стационар, получали медикаментозное лечение и полный спектр реабилитационных услуг (индивидуальная, семейная и групповая психотерапия и т.д.).

Анализ догоспитального этапа. Отвечая на вопрос об обращении за помощью до госпитализации, большинство подростков признаются, что получали помощь врача или психолога, однако 30% не обращались за консультацией. От 2 недель до 4 лет прошло с момента появления первых симптомов ухудшения состояния у подростков до обращения за помощью. Чуть меньше половины ребят отмечают сроки меньше одного года.

При этом 68% подростков столкнулись с проблемами на пути получения догоспитальной помощи: помешали дойти до доктора предубеждения о медикаментозном лечении, а среди психологов «сложно найти хорошего специалиста, чей метод терапии помогает и подходит..». Инициатором обращения поровну становятся как сами подростки, так и родители. Вот как сами пациенты комментируют этот вопрос: «Сначала нет, родители отмахнулись, но когда поняли, что это серьезно, то я получила поддержку», «Родители не замечали, что мне плохо пока я не рассказала сама» «Мы оба были инициаторами, папа был рад, что может мне помочь», «Родители замечали, что мне нужна помощь, я отреагировала не очень, но потом поняла, что мне помогли», «Родители замечали, я смирилась с тем, что мама обратилась в центр Сухаревой».

Анализ госпитального этапа. У 85% подростков по их воле друзья знают о факте получения помощи (почти у всех из этого числа знают про госпитализацию в психиатрический стационар). Несколько человек отметили, что боятся говорить об этом, так как «это все очень стыдно» или «предпочли бы скрыть, но друзьям уже известно».

Большинство подростков относятся нейтрально или положительно к обсуждениям психического состояния и

вопросов ментального здоровья со сверстниками, а также к фактам обращения за помощью среди своих друзей. Пациенты делятся: «Несколько людей обращались к психологам, но в целом мы не сильно это обсуждаем», «Мои друзья также обращаются к психологам и психиатрам, поэтому мы спокойно можем обсудить», «Мои одноклассники считают это глупостью, а интернет-друзья относятся хорошо, мы это обсуждаем, многие хотят получить помощь, но боятся».

Комментируя изменения после госпитализации, мы обнаружили только 1 ответ, что госпитализация поменяла отношения в худшую сторону. 40% подростков отмечают, что госпитализация повлияла на отношения с родителями в лучшую сторону. 32% пациентов стали более открыто говорить о своем состоянии с родителями: «Да, родители стали более понимающими», «Родители стали больше прислушиваться после госпитализации», «Папа стал относиться немного внимательнее», «Я могу больше рассказать теперь, и родители точно меня услышат и поймут», «Да, буду более открыта с ними, наверное, они много переживали».

Отношение к профессии врача-психиатра и психолога.

Большинство подростков отмечают положительное свое отношение и родителей к врачам и психологам. Только 7 человек (это 15%) отметили негативное отношение в семье, причем больше «достается» психологам от пап: «Папа негативно, считает, что это выдуманная профессия», «Мой папа относится негативно из-за предрассудков, мама относится позитивно», «Очень негативно «потому что они «шарлатаны» и «промывают мозги» людям». В 28% семьях близкие подростков тоже обращаются к психологам или психиатрам. Нет ответов, чтобы после госпитализации сами подростки стали хуже относиться к профессии психолога и вопросам психического здоровья.

Ментальное здоровье глазами подростка.

Большинство подростков согласились с тем, что ментальное здоровье очень важная тема для современного человека, многие слышали, читали или смотрели ролики в тик-токе и других социальных сетях, однако столько же человек

испытали трудности в создании формулировок «что это такое и как об этом нужно заботиться».

Приведем все же несколько удачных цитат подростков на открытый вопрос как они понимают, «что такое ментальные здоровье»:

«Для меня психическое здоровье, это когда человек не думает о суициде, и нет причин обращаться к психологу», «Ментальное здоровье очень важно человеку», «Для меня ментальное здоровье - это состояние души», «Значит многое. Для меня это настолько же важно, как и физическое здоровье», «Для меня это значит находить счастье в жизни и приносить его другим», «Это душевное состояние, покой», «Когда на душе спокойно - ты здоров», «Психическое здоровье для меня это важнее обычного здоровья, ведь психика нарушается, а потом депрессия, можно сделать суицид», «Очень серьезная штука, стараюсь поддерживать норму».

Таким образом, исходя из нашего пилотного исследования, посвященного выявлению особенностей отношения современных подростков и их родителей к теме ментального здоровья и психиатрической помощи, можно выделить следующие выводы:

Отмечается явная тенденция к уменьшению стигматизации сферы психологии и психиатрии. Все больше подростков и их родителей готовы обращаться за помощью и считают заботу о ментальном здоровье необходимой.

Количество обращений и уровень доверия к врачам и психологам растет, также как растет запрос на качество помощи.

Также растет осведомленность о видах и смыслах психологического консультирования, пациенты чаще спрашивают о методе работы психолога, просят посоветовать психолога и/или врача с определенными критериями для дальнейшей работы.

Однако вместе с этим достаточно большая часть подростков по-прежнему не обращаются за помощью и при возникновении проблемы проходит от пары недель до нескольких лет.

Подростки все больше интересуются темой меняльного здоровья, создают сотни материалов в соц сетях (ролики, посты, мемы и тд) на данную тему, однако при открытом вопросе «Что такое ментальное здоровье? Как ты это понимаешь?» только около 15% опрошенных могут развернуто ответить на этот вопрос и поделиться своим суждением. Это может говорить о наличии интереса, сформированной потребности, но недостаточной осведомленности и все еще низком психообразовании среди молодого поколения.

Лобанова Г.В.

Роль семьи в абилитации детей с речевыми и ментальными расстройствами

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

Семейное окружение – это первая образовательная среда. Целесообразность включения семьи в коррекционно-образовательный процесс детей, имеющих ментальные и речевые расстройства, подчеркивается в международных и федеральных нормативных актах, а также в отечественных и иностранных научных трудах. Однако большая роль в учебном процессе принадлежит микроклимату семьи и взаимоотношениям близких, свидетелем которых является ребенок, что оказывает прямое воздействие на его психоэмоциональное состояние и эффективизирует абилитацию, способствуя речевому и ментальному развитию.

Данный феномен обусловлен тем, что, исходя из результатов научных трудов психогенетики, на социальное поведение и интеллектуальное развитие человека оказывают влияние не только наследственные детерминанты, но и социальные. В то время как «примерно порядка 50% многих признаков может быть отнесено к наследственной причинности», остальные 50% являются суммой соответствующих вкладов, а не только продуктом, что объясняет ценность семьи в абилитации детей, как одну из основных источников развития сохранных функций и формирования способностей к бытовой, общественной, речевой, ментальной и иной деятельности.

Помимо работы со специалистами (дефектологом, логопедом, инструктором ЛФК, психологом) и домашних заданий родителей с ребенком, индивидуальная абилитационная программа включает в себя усиление «активной позиции родителей как участников образовательных отношений в процессе организации микросреды для абилитации детей». Успешность и эффективность психологических и социальных мероприятий, направленных на речевое и ментальное развитие,

зависит от таких факторов, как «коррекционно-логопедическая компетентность родителей (мотивационный, когнитивный, деятельностный и рефлексивный компоненты)», конструктивное сотрудничество со специалистами и доверие семьи к ним, а также вера родителей в возможность развития ребенка. Высокой эффективности в абилитации способствует семья, которая обеспечивает непрерывность и преемственность в обучении, полноценные условия для максимального раскрытия потенциальных возможностей и формирования благоприятной среды жизни ребенка.

Вывод: комплексная и непрерывная системная работа по абилитации, обеспечиваемая не только специалистами, но и внутри семьи, эффективизирует образовательный и воспитательный процессы, а также способствует эмоциональному комфорту и стабилизирует психическое состояние – данные взаимокоррелятивные компоненты организации микросреды способствуют максимальному раскрытию потенциальных возможностей детей с речевыми и ментальными расстройствами.

Горбачева А.П., Гринцова Е.Я., Кнышева Е.Р., Лошинская Е.А.

Семейные традиции как основа профилактики ЗПРР и коррекционной работы с ребенком в домашних условиях

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

Окружающая нас и наших детей среда сильно изменилась за последние 30-35 лет. Об этом мы уже давно и не раз говорили, поэтому не будем останавливаться на том, какие изменения среды повлияли на развитие современных детей. Повторим лишь тот факт, что количество детей, которым необходима помощь таких специалистов как невролог, логопед, дефектолог, психолог, психиатр, существенно возросло. Причина не в новых методах обследования и диагностики, которые позволяют выявить то, что раньше не замечали, а в истинной картине возросшего количества детей с нарушениями развития различной степени тяжести и генеза. Если еще учесть то, что изменились возрастные стандарты выставления таких диагнозов, как задержка речевого развития и задержка психоречевого развития, то картина будет еще ярче.

Ритм и специфика нашего времени таковы, что мы и, как следствие, наши дети стали меньше двигаться, причем с самого рождения. Из жизни детей постарше ушла культура дворовых игр и семейных прогулок. Прекрасно оборудованные современные детские площадки лишь отчасти решают проблему разнообразия двигательной активности для детей дошкольного возраста, но практически не оставляют пространства для свободных групповых игр детей постарше, игр, которые не только удовлетворяют потребности растущего организма в движении, но стабилизируют гормональный и эмоциональный фон, развивают коммуникативную сферу и социальный интеллект. Конечно, многие из детей посещают спортивные секции (и это лучше, чем ничего), но в них тренер определяет формат, задание и время занятия, поэтому у детей не

нарабатываются в необходимой степени навыки самоорганизации и саморегуляции.

Нельзя, чтобы ребенок постоянно был спокойным и послушным, хотя послушный и усидчивый ученик – это мечта любого педагога. Любую когнитивную нагрузку необходимо чередовать с физической и, желательно, на свежем воздухе. Движение необходимо человеку в любом возрасте, но в детстве особенно, так как именно сенсомоторная сфера – это фундамент для развития высших психических функций, в том числе и в первую очередь речи. Мы все прекрасно знаем, что мозг активно развивается после рождения ребенка. Но для чего это так? Как раз для того, чтобы формирующийся человек (ребенок) был максимально адаптирован к условиям, в которых ему придется жить. То есть, повторим еще раз известное всем – мозг развивается в ответ на запрос среды.

Как мы говорили выше, популяционная тенденция к задержке речевого развития очевидна, значит среда изменила свой запрос к развитию этой функции. А ведь речевое развитие ребенка начинается с самого рождения тогда, когда его окружает самый узкий круг самых близких людей – семья.

В семье формируются основы познавательного интереса, кругозора, в семье ребенок, общаясь с разновозрастными и разнохарактерными членами семьи, получает свой первый коммуникативный и социальный опыт, усваивает нормы, принятые в обществе. В идеале: бабушка познакомит с пестушками и потешками, расскажет сказку, мама споет колыбельную, дедушка сыграет в «Морской бой», а с папой можно запустить бумажный самолетик. В выходные все вместе покатаются на лыжах, а потом за большим круглым столом будут пить чай и играть в лото.

Таким образом, если мы хотим говорить о профилактике нарастания и усугубления задержек речевого развития, то в первую очередь мы должны работать на опережение, т.е. с семьей новорожденного ребенка. А еще лучше с сегодняшним уже вполне взрослым сознательным поколением студентов профильных ВУЗов и колледжей. Таких студентов будет немало: педагоги, медицинские работники, логопеды,

дефектологи, психологи. Это не только будущие специалисты, мнение которых авторитетно в обществе, но это и будущие родители у которых есть широкий круг друзей, которые тоже будут родителями. То, что раньше было естественным путем развития, сейчас требует включения специалистов, как популяризаторов семейных традиций, способствующих гармоничному развитию детей.

На протяжении многих лет, мы с коллегами активно разрабатываем направление коррекционной работы, основой которой является использование как традиционных игр, игрушек, так и современных, которые мы адаптируем к нашим задачам, и они становятся рабочими пособиями с высоким развивающим и коррекционным эффектом. Сразу хочется подчеркнуть, что использование перечисленного материала эффективно в работе с детьми всех возрастов. В рамках работы в этом направлении было прочитано много лекций и проведено мастер-классов как в среде родителей, так и в профессиональной среде, в том числе и для студентов профильных ВУЗов. Анализируя отзывы родителей и коллег из сфер образования и здравоохранения, мы уверенно можем сказать, что предлагаемые нами приемы и способы работы востребованы в родительском и профессиональном сообществе. Об этом же нам говорит то, что последнее время Интернет переполнен рекомендациями, мастер-классами, лекциями на эту тему. Сейчас уже никого не надо агитировать, что игра – это эффективный способ проведения занятий, в Интернете даже появился новый термин – «Игропрактика». Формат игры облегчает установление контакта с ребенком, повышает его мотивацию к занятиям, упрощает родителям организацию развивающей среды в домашних условиях.

Тем не менее, когда мы читаем лекции новой аудитории, то из раза в раз наблюдаем одну и ту же картину: даже популярные среди профессионалов настольные игры, о пользе которых уже, казалось бы, и говорить неприлично, в аудитории знают только несколько человек. Несмотря на то, что в оформление детских площадок производителем уже включены разные виды «Классиков», мало кто ими пользуется, и мало кто

знает разнообразие правил игры в них. Скакалки продаются в любом спортивном магазине, за последнее время наладился выпуск качественных резинок для прыгания, но почему-то эти предметы не лежат в каждом школьном портфеле. Приведем два примера из практики, специально подобранных нами из разных сфер. На мастер-классах мы предлагаем участникам вслед за ведущим повторить простую комбинацию прыжков в круговых классиках, что мы видим: с этим заданием легко справляются люди 45+ и только редкие участники моложе 30 лет. В игре «Элиас» в ситуации разновозрастных пар людей, незнакомых между собой, слова лучше объясняют старшие младшим с существенным отрывом и достаточной степенью достоверности (12 пар, из них 9 женских, 3 мужских, с результатом 8:4 в пользу старшего поколения). Таким образом, мы хотим сказать, что уже понятое и принятое специалистами на вооружение не стало в достаточной степени распространено в среде и, пока этого не произойдет, наши усилия не смогут повлиять на общую картину. Поэтому если мы хотим, чтобы наш опыт приняли и стали использовать, чтобы наши рекомендации ложились на подготовленную почву, надо «идти в народ». Нам кажется, что студентам было бы полезно провести практику на детской площадке в парке, во дворе, организуя игры с детьми. Можно прийти в детский сад на прогулку или на перемену в школу, учителя будут благодарны студентам, если они придут с настольными играми в группу продленного дня. Большая, прекрасная территория нашего Центра могла бы стать экспериментальной базой для разработки проектов детских площадок и организации территорий, способствующих развитию культуры проведения времени на свежем воздухе. Очень хочется, чтобы в названии нашего Центра слово «здоровье» стало главным.

Мигяев О.К.

Фармакогеномика в психиатрии. Перспективы

ГБУЗ «МНПЦЛИ ДЗМ», Москва, Россия

Фармакогеномика – это один из наиболее стремительно развивающихся разделов медицинской науки, изучающий влияние генетических факторов на реакцию организма на лекарственные препараты. Ее основные принципы легли в основу персонализированной медицины, позволяющей индивидуализировать подход к лечению на основе генотипа пациента. Особенно значимым это направление становится в психиатрии, где правильный подбор терапии напрямую влияет на качество жизни пациентов.

Мировая медицинская практика уже демонстрирует существенные успехи в интеграции фармакогеномики в клиническую практику. Например, в США создан консорциум Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium (CPIC), целью которого является разработка и внедрение клинических рекомендаций на основе генетических данных. На сегодняшний день имеются 26 таких руководств, охватывающих 153 лекарственных препарата, связанных с 25 генами. Эти рекомендации обеспечивают мультиспиральный подход и предлагают четкие алгоритмы для интерпретации генетических тестов, что облегчает работу врачей и ускоряет внедрение фармакогенетики в практическую медицину. Исследования показывают, что более 95% популяции являются носителями хотя бы одного клинически значимого генетического варианта, который может повлиять на ответ организма на конкретный препарат. Это подчеркивает важность учета генетики в системе здравоохранения.

Основы фармакогеномики:

Лекарственные вещества проходят в организме несколько этапов метаболизма, из которых первая фаза играет ключевую роль. Она включает:

- Цитохромы P450 (CYP).
- Эпоксидгидролазы (EH).

- Флавинсодержащие монооксигеназы (FMO).
- Микросомальные эпоксидгидролазы (mEH).

Семейство ферментов цитохрома P450 состоит из 57 генов, хотя его изучение осложняется наличием 59 псевдогенов. Тем не менее, около 90% известных препаратов метаболизируются восемью семействами CYP.

В зависимости от генетических особенностей, люди могут быть разделены на несколько категорий по скорости метаболизма:

Быстрые метаболизаторы (FM):

Эти люди имеют вариации генов, повышающие активность ферментов, что ускоряет биотрансформацию лекарств. В результате препараты могут быть менее эффективны из-за их быстрого выведения.

Медленные метаболизаторы (PM):

У этих пациентов активность ферментов снижена, что приводит к замедленному метаболизму. Это может вызывать накопление лекарства в организме, повышая риск токсичности.

Знание генетического профиля пациента позволяет предсказать, к какой группе он относится, и соответственно корректировать дозировки или выбирать альтернативные препараты. Наиболее ярко необходимость фармакогенетики проявляется в психиатрии, где лекарства нередко обладают широким спектром побочных эффектов и высокой вариабельностью терапевтической эффективности.

При лечении депрессии, шизофрении, биполярного расстройства или тревожных расстройств пациенты часто по-разному реагируют на одни и те же препараты. Это связано как с генетическими, так и с внешними факторами.

Фармакогеномика позволяет:

Подобрать препараты и дозировки в зависимости от индивидуальных особенностей метаболизма.

Снизить риск побочных эффектов.

Определить те препараты, которые будут наименее эффективны или потенциально опасны для конкретного пациента.

Ограничения фармакогенетики:

Хотя фармакогенетика имеет огромный потенциал, существуют и определенные ограничения:

Генетическая гетерогенность:

Популяции значительно различаются по частоте встречаемости определенных генетических вариантов, что затрудняет разработку универсальных рекомендаций.

Полигенность заболеваний:

Психические расстройства часто обусловлены множеством генов, находящихся во взаимосвязи, что затрудняет прогнозирование ответа только на основании одного гена.

Влияние окружающей среды:

Генетическая предрасположенность может модифицироваться такими факторами, как питание, стрессы, уровень физической активности и экологические условия, что усложняет предсказания.

Будущее фармакогеномики

Фармакогеномика находится на этапе активного развития, и в ближайшие годы можно ожидать значительного ее прогресса благодаря новым подходам и технологиям.

Основные направления исследований:

Интеграция многомодальных данных:

Включение геномной, эпигенетической и метаболомной информации для комплексного анализа.

Искусственный интеллект и машинное обучение:

Эти технологии помогут анализировать генетические данные и строить более точные предсказательные модели.

Изучение взаимодействия генов и среды:

Разработка методов оценки влияния экологических факторов на генетическую предрасположенность.

Лекарственный мониторинг:

Масс-спектрометрия и другие биохимические методы позволят определять концентрацию препаратов в организме и оценивать эффективность лечения.

Заключение

Фармакогеномика представляет собой один из самых перспективных инструментов современной медицины, направленный на повышение качества лечения и минимизацию побочных эффектов. Специфичная для каждого пациента информация о его генетическом профиле становится ключом к персонализированной терапии. В психиатрии, где стандартные подходы нередко бессильны из-за сложной природы расстройств, фармакогенетические исследования способны изменить ситуацию, обеспечив точный подбор препаратов и дозировок. Развитие фармакогеномики требует интеграции инновационных методов анализа, сотрудничества научного и клинического сообщества, а также учета особенностей различных популяций. Тем не менее, уже сейчас очевидно, что ее потенциал открывает новые горизонты здравоохранения, делая лечение более точным, безопасным и эффективным.

Мохова С.Б.

Транзактный анализ как психологическая основа работы с детьми с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

Молодые педагоги, приступающие к работе в школе после окончания обучения в вузе, в силу сформированной за годы обучения привычки учиться, слушать, ориентироваться на образцы в построении суждений и собственного поведения, оказываются в непростой ситуации. Смена ролевой позиции вынуждает их проявлять навыки автономного поведения. Учитель, классный руководитель должен выступать инициатором взаимодействия, задавая партнерам по коммуникации рамку взаимодействия, отслеживать успешность принятия партнерами по общению заданной рамки, санкционируя за ее нарушения, при этом формируя отношения высокой степени близости и доверительности. Формирование личности педагога в аспекте навыков установления продуктивного межличностного контакта не входит в программу обучения в вузе, совместный поиск коллег в формате научно-практических конференций создает возможность специалисту расширить свой личностный потенциал, развиться в личностных аспектах, чтобы требуемые деятельностью навыки получали опору в личностных качествах специалиста.

Неопсихоаналитическое наследие Э. Берна, первоначально сформулированное им в качестве модели, проясняющей особенности построения связей внутри личности, определяющих комфортную или деструктивную смену эгосостояний субъекта, в последние десятилетия многократно интерпретировалось, находя практическое применение в самых разных областях человеческого взаимодействия. Предложенная Э. Берном структура личности, включающая эгосостояния Родителя (Р), Взрослого (В) и Ребенка (Д, Дитя) с ростом

популяризации психологического знания стала общеизвестна, так же как и основные принципы транзактного анализа, подразумевающие принятие партнера по общению как неотъемлемую сторону совместного процесса, с доверием способностям партнера по общению принимать решения, соответствующие его собственным мотивациям, проявлять их в поведении, на основании которого могут измениться условия взаимодействия.

В работе коррекционной школы, в работе с детьми, имеющими умственную отсталость (интеллектуальные нарушения) наследие Э. Берна актуально как нигде более, потому что практика самого Эрика Берна заключалась в психотерапии людей с ментальными нарушениями, подход Э. Берна предназначен для работы с людьми, имеющими особенности ментального развития.

Понимание основ теории личности Э. Берна и основ транзактного анализа способно снабдить личность педагога, работающего в коррекционной школе, или родителя ребенка с особенностями ментального развития инструментами, которые окажутся полезны в повседневном прикладном взаимодействии с детьми, мотивации которых отличаются от большинства других людей малой степенью ориентации на социальную желательность. Знакомство с основами транзактного анализа может дать специалисту язык и образы, с помощью которого он организует рефлексию собственной практики, сможет строить и перестраивать свое поведение в соответствии с целями, которые ставит перед собой. Именно этому – ознакомлению с основами теоретической базы и демонстрации направления, в котором возможно формирование прикладных навыков поведения человека, работающего с детьми, имеющими особенности ментального развития, я хочу посвятить свой мастер-класс.

Польская Н.А.

Изменения в самоповреждающем поведении подростков за период 2007-2024 годы

ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва, Россия
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

Самоповреждающее поведение наиболее широко определяется как намеренное нанесение повреждения собственному телу и включает в себя целый спектр действий, варьирующихся по уровню тяжести и причиняемого телу вреда.

В англоязычной литературе распространение получили сразу несколько терминов для обозначения причинения вреда своему телу. Термин несуицидальных самоповреждений позволяет выделить поверхностные самоповреждения, не несущие долгосрочного вреда здоровью и совершающиеся в условиях отсутствия суицидального намерения, и подчеркивает, таким образом, различие самоповреждающего и суицидального поведения.

Термин «преднамеренное самоповреждение», напротив, исходит из клинической традиции, согласно которой достоверно определить мотивацию самоповреждения зачастую не представляется возможным. К преднамеренным самоповреждениям, помимо поверхностных, т.е. порезов, ударов и прочего, относят злоупотребление психоактивными веществами, передозировку лекарственными препаратами, проглатывание острых предметов.

В последнее время в англоязычных публикациях вместо deliberate self-harm все чаще используют термин self-harm, как более корректный, так как из термина «преднамеренное самоповреждение» оказываются исключенными импульсивные и неконтролируемые самоповреждения.

В отечественной науке при обсуждении намеренного причинения себе вреда термин самоповреждающего поведения также является наиболее употребимым, и традиционно рассматривается в рамках аутоагрессивного поведения, под которым подразумевается широкий спектр действий «от

диффузных антивитальных переживаний до конкретных суицидальных замыслов».

В своих исследованиях мы опираемся на понятие «самоповреждающее поведение» как наиболее обобщающее и объединяющее как поверхностные несуицидальные самоповреждения, так и другие формы причинения себе вреда, зачастую более опасные для здоровья и жизни.

Проблема самоповреждения наиболее актуальна при обсуждении подросткового возраста и чаще всего дебют самоповреждения случается в возрасте от 13 до 16 лет, при этом есть данные, регистрирующие самоповреждения среди детей значительно более младшего возраста - на слайде приводятся данные о случаях самоповреждающего поведения у детей с семи лет. Раннее начало коррелирует с большей частотой и тяжестью самоповреждений. Отдельными психологическими факторами риска СП выступают стрессоры и психологические трудности, ассоциированные с кризисным характером самого подросткового периода, включая трудности регуляции эмоций и поведения, низкие копинг-навыки, коммуникативные трудности, буллинг, трудности внутрисемейного взаимодействия.

Субъективные причины и мотивы, из-за которых подростки наносят самоповреждения, крайне многочисленны и разнообразны. Приводятся данные, что подростки почти всегда ожидают какого-либо эффекта вследствие акта самоповреждения – в первую очередь, достижения облегчения от тяжелых негативных мыслей, эмоций или межличностного переживания (Zetterqvist et al., 2013).

И отечественными, и зарубежными исследователями предлагались различные модели, систематизирующие функции самоповреждающего поведения, при этом наибольшее распространение получило разделение функций на внутриличностные, то есть направленные на самоконтроль в первую очередь, и межличностные, то есть призванные оказать некоторое воздействие на окружающих.

В качестве внутриличностных функций называют снижение интенсивности негативных переживаний; избавление

от чувства опустошенности; желание почувствовать что-либо; самонаказание. К межличностным функциям относят разрешение межличностного конфликта; получение поддержки и другие.

Самоповреждающее поведение также выступает одним из наиболее надежных предикторов последующего суицидального поведения, при этом при оценке суицидального риска целесообразно рассматривать не только непосредственно мотивы подростка, но и характер его самоповреждений - включая длительность, частоту актов, число и особенности используемых методов. Известно, что чем более травматичны и разнообразны способы самоповреждения, тем сильнее их связь с суицидальным поведением.

Цель нашего сегодняшнего сообщения – это рассмотреть возможные изменения в самоповреждающем поведении подростков, начиная с наших первых исследований этой проблемы в 2007 году.

Мы рассмотрим следующие вопросы: Изменилось ли самоповреждающее поведение в подростковой популяции, начиная с 2007 года, и в чем эти изменения заключаются?

Основаниями для сравнения данных, собранных в разные годы, на методологическом уровне выступает синтез номотетического и идеографического подходов. В рамках этого синтеза постулируется необходимость объединения качественных и количественных методов исследования, что в целом повышает надежность полученных результатов.

Так, в русле идеографического подхода реализуется клинико-психологический метод изучения личности, а в русле номотетического – экспериментально-психологический. В разные годы при сборе данных нами использовались методы анкетирования, полуструктурированного интервью, и были разработаны и валидизированы шкалы самоотчета, направленные на оценку самоповреждающего поведения. Если первоначально мы были сосредоточены на изучении феноменологии самоповреждения, то в дальнейшем мы обратились к изучению субъективного опыта подростков и взрослых с самоповреждениями. Эмпирически мы опирались на

собственные исследования в популяции и клинических группах и в этом докладе мы попытаемся обобщить наши наблюдения, сфокусировав внимание на подростковом возрасте как одном из существенных факторов риска самоповреждающего поведения.

Данные, о которых мы будем сегодня говорить, разделены нами на два кластера – период с 2007 по 2015 гг., и период с 2016 по 2024 гг. Разделение это связано с двумя важными обстоятельствами. Во-первых, с методологией исследования – в период с 2007 по 2015 гг. мы в большей мере были ориентированы на поиск статистических закономерностей формирования самоповреждающего поведения и использовали преимущественно количественные методы исследования.

Начиная с 2016 года, мы попытались объединить в своих исследованиях качественные и количественные методы и, помимо сбора количественных данных, стали изучать субъективный опыт самоповреждающего поведения, и прежде всего – как сами респонденты объясняют причинение себе намеренного физического вреда.

Также мы уточнили свою позицию в понимании того, что следует относить к самоповреждающему поведению. И в практической работе, и в рамках исследований мы видим, что респонденты не всегда могут дифференцировать свои суицидальные и несуицидальные самоповреждения. И если первоначально мы исходили из несуицидального характера самоповреждений, то в последние годы придерживаемся понимания самоповреждения как поведения, направленного на причинение себе физического вреда, когда намерение – суицидальное или несуицидальное – не всегда отчетливо определяемо. Это понимание самоповреждающего поведения соотносится с англоязычным термином self-harm, который был упомянут ранее.

За период с 2007 по 2015 год в наших исследованиях приняли участие около двух тысяч человек, из них - 578 подростков в возрасте от 13 до 17 лет. Исследования проводились преимущественно в очном формате среди разных социальных групп подростков – например, подростки из

неформальных молодежных субкультур; девиантные подростки; и школьники старших классов.

С 2016 года в наших исследованиях приняли участие около трех тысяч человек, из них - 699 подростков в возрасте от 12 до 17 лет. Сбор данных проводился в смешанном формате, т.е. с сочетанием очного и заочного заполнения методик.

На диаграмме представлены данные по частоте самоповреждающего поведения и использованию различных методов нанесения себе физического вреда в выделенных нами кластерах. Как можно видеть, со временем наблюдается существенный рост самоповреждающего поведения, а также изменения в предпочитаемых способах. Распространенность самоповреждения за последние годы, приближена к результатам, традиционно получаемым в клинических выборках – 82% подростков нашей выборки с 2016 по 2024 год хотя бы раз наносили себе самоповреждение.

Для статистического анализа было решено уравнять наши выборки, выделив подгруппы из популяции, идентичные по полу. Так из исследований с 2007 по 2015 год и с 2016 по 2024 год было отобрано по 88 девочек-подростков, обучающихся в общеобразовательной школе или колледже, и подтвердивших совершение самоповреждений. Как можно видеть, и в этом случае за последние годы обнаруживается значительное повышение частоты использования почти всех распространенных способов самоповреждения, при этом примечательно, что наибольший прирост наблюдается среди самых травматичных из них, то есть порезов, ударов и ожогов.

Вызывает также интерес обнаруженная за последние годы тенденция к увеличению числа способов самоповреждения. Подавляющее большинство респондентов до 2015 года использовали не более 3 способов самоповреждения, в то время как в наших исследованиях последних лет можно увидеть статистически значимый рост числа детей, сообщающих о намного большем числе способов нанесения себе вреда. Так, если в более ранних исследованиях лишь 26% подростков использовали 4 и более способа самоповреждения, то у

современных подростков число таких случаев выросло до 43% от всей нашей выборки.

На этом слайде показаны различия между выделенными группами по стратегиям самоповреждения, которые мы определяли на основе опросника причин самоповреждающего поведения. Следует отметить, что все различия получились значимыми, с более высокими показателями у подростков из группы более поздних исследований, то есть с 2016 по 2024 год. В наибольшей мере эти различия затронули область внутриличностной регуляции. То есть, современные подростки совершают самоповреждения в первую очередь вследствие тяжелого и труднопереносимого психоэмоционального состояния, и желания его изменить, тогда как функции межличностного контроля отходят на второй план.

Использование качественных методов в наших исследованиях позволило получить важные данные о том, как сами подростки понимают самоповреждение, и какие способы причинения себе вреда они используют. В анкету, которую заполняли респонденты, были включены открытые вопросы, подразумевающие ответ в свободной форме. Эти вопросы применялись, во-первых, для уточнения индивидуальных способов самоповреждения (т.е. каким образом респондент причиняет себе вред); во-вторых, для уточнения субъективного опыта самоповреждения (как респондент объясняет для себя то, почему причиняет или причинял себе намеренный физический вред).

Здесь представлены результаты анализа ответов подростков на вопрос «Как именно вы причиняли себе физический вред?». Наравне с уже описанными способами, то есть порезами, ударами и пр., упоминались и другие, более редкие способы, некоторые из которых можно отнести к саморазрушительному поведению (это незащищенный секс, злоупотребление различными веществами), другие же способы очевидно могут представлять угрозу жизни, как, например, самоудушение или намеренное отравление препаратами.

Также на данных последних трех лет дополнительно были выделены такие пассивные практики самоистязания, как отказ в

удовлетворении телесных потребностей – и это не только голодание, но и отказ в утолении жажды, ограничение времени сна, и отказ от лечения болезни. Одна из наших респонденток описала свои действия как «нарочное пренебрежение правилами безопасности и собственным комфортом».

Однако использование таких, казалось бы, пассивных методов не всегда означает снижение тяжести самоповреждающего поведения. Приведем пример рассказа другого подростка из наших исследований:

«Резала тело, царапала себя, кусала за губы или тело, мылась очень горячей водой или обливала кипятком руки, употребляла вредную пищу, не лечилась, слушала тяжелую музыку, не спала, не ела, не пила воду, выдергивала волосы, пила спиртное, била себя».

В первую очередь обращает на себя внимание количество методов у некоторых детей, в ряде случаев – это более десяти. Также примечательна, как в этом примере, неоднородность методов по уровню болевых ощущений, опасности для здоровья и заметности для окружающих, что, с нашей точки зрения, может отражать множественные мотивации, функции и цели самоповреждающего поведения в подростковом возрасте.

Ответы подростков на вопрос о причинах самоповреждения позволили выделить основные темы, расположенные на слайде в соответствии с частотой упоминания (сверху вниз), которые также соответствуют уже известным мотивам самоповреждения. Это переживание негативных эмоций и их регуляция (например, «ненависть к себе и миру», «сильная обида», «держу свои эмоции под контролем»), самонаказание («думала, что должна быть наказана, что я не заслуживаю того, что у меня есть»), ссоры, в первую очередь с родителями, буллинг и стрессовые ситуации в школе, и интерес к теме селф-харма или желание получить удовольствие (один из наших респондентов назвал это «научным интересом»).

Выделенные темы хорошо согласуются с двумя традиционными группами функций самоповреждения, это внутриличностные – нацеленные на саморегуляцию, и

межличностные – связанные с поиском помощи и установлением связей с другими.

Таким образом, распространенность самоповреждающего поведения среди подростков продолжает расти, при этом наибольший прирост наблюдается среди самых травматичных способов (порезов, ударов, ожогов).

Среди подростков, причиняющих себе физический вред, все больше используются разные способы самоповреждения и число этих способов растет. В ряде случаев способы самоповреждения сочетаются с аутодеструктивными практиками – от намеренной физической депривации до высокорискованного поведения.

Современные подростки склонны объяснять свои самоповреждения с точки зрения внутриличностных причин, связанных с избавлением от напряжения и восстановлением контроля над эмоциями. Межличностные причины в меньшей мере связаны с поиском помощи и чаще представлены негативными межличностными отношениями – буллингом и ссорами с близкими.

Савина Е.А.

Нарушения импрессивной речи у детей с речевыми, коммуникативными и ментальными расстройствами

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

Практически каждый специалист, будь то врач-психиатр, врач-невролог, клинический психолог, педагог-психолог, логопед, дефектолог сталкивался с формулировками «ребенок обращенную речь понимает», «обращенную речь понимает в полном объеме».

Что же может подразумевать специалист, используя данные формулировки?

В толковом словаре С.И. Ожегова и С.И. Шведовой, «понимание – это 1) способность осмыслять, постигать содержание, смысл, значение чего-н. 2) То или иное толкование чего-н.». В словаре по логике авторства А.А. Ивина, А.Л. Никифорова приводится такое определение: универсальная операция мышления, связанная с усвоением нового содержания, включением его в систему устоявшихся идей и представлений.

Судя по определениям, понимание относится не к структуре языка как такового, не к осуществлению речевой деятельности; понимание рассматривается как некоторая операция мышления. Правильно ли в таком случае будет утверждать, что если мы пишем в заключении текст о полном понимании обращенной речи, то подразумеваем, что с мышлением у ребенка также все в порядке? На наш взгляд, это вопрос риторический, поскольку приведенные в начале сообщения формулировки можно встретить в медицинских выписках и психолого-педагогических характеристиках детей с когнитивными, речевыми и коммуникативными нарушениями.

В рамках психолингвистического подхода рецептивная (импрессивная) речь состоит из двух компонентов: непосредственного восприятия речевого потока, в основе которого лежит анализ и синтез материальных языковых

средств, и собственно понимания, а именно, расшифровки общего смысла, который стоит за воспринимаемым речевым (звуковым) потоком.

Что обычно стоит за жалобой родителей на то, что ребенок не понимает речь или испытывает трудности понимания обращенной речи?

Как правило, мы можем выделить три явно наблюдаемых поведенческих реакции:

- отсутствие адекватной реакции на слышимую речь (ребенок может игнорировать обращение, действовать автономно);

- неспособность выполнить вербальную инструкцию без жестового подкрепления и/или дополнительной внешней организации деятельности;

- повышенная истощаемость внимания (ребенок не может продолжительно концентрироваться на звучащей речи, воспринимает речевой поток фрагментарно).

С точки зрения онтолингвистики, процесс формирования импрессивной речи проходит постепенно в возрасте от 0 до 4 лет, основные этапы развития понимания речи приведены на рис. 1.

3 до 6 месяцев	Выраженное речевое внимание, ребенок прислушивается к голосу, адекватно реагирует на интонацию, узнает знакомые голоса
6 до 10 месяцев	Ребенок понимает отдельные инструкции в знакомых словосочетаниях «Дай мяч», «Где мама?» …
10 до 18 месяцев	- понимает только названия предметов и игрушек - узнает предметы на картинке - узнает предметы на сюжетных картинках
2 года – 2 года 6 месяцев	Ребенок понимает названия действий в различных ситуациях, двухступенчатую инструкцию, значение предлогов в привычной ситуации; начинает понимать вопросы косвенных падежей
2 года 6 месяцев – 3 года	Ребенок понимает прочитанные короткие рассказы и сказки
4 года и старше	Понимает значение сложноподчиненных предложений, понимает значение предлогов вне привычной конкретной ситуации к 4 годам

Рис. 1. Этапы формирования импрессивной речи.

В логопедической научно-методической и практической литературе выделяют пять уровней понимания обращенной речи: нулевой, ситуативный, номинативный, предикативный, расчлененный. Ребенок с нулевым уровнем понимания обращенной речи практически не реагирует на звучащую речь, чаще всего не откликается на собственное имя, не выполняет простые бытовые инструкции без жестового подкрепления, вне знакомой коммуникативной ситуации; не выделяет по слову даже хорошо знакомые предметы. При ситуативном уровне понимания обращенной речи ребенок ориентируется преимущественно не на звучащее обращение, а на привычную коммуникативную ситуацию, жесты и мимику взрослого, предшествующий опыт. Номинативный уровень понимания предполагает возможность при звучании конкретного слова выбрать из ряда предложенных один предмет; важно понимать, что в данном случае ребенок определяет по слову не только собственно предмет, но и его художественное или схематичное изображение. Среди трудностей, которые может испытывать

ребенок на этом этапе развития ситуация, когда ребенок хорошо знает название игрушки, например, но не соотносит звучащее слово с изображением на картинке. На предикативном уровне ребенок понимает значение глаголов, выполняет инструкции без опоры на жест, в том числе в незнакомой ситуации. И, наконец, на расчлененном уровне понимания обращенной речи мы имеем дело не только с расшифровкой семантики слова, но и с пониманием грамматического смысла.

С точки зрения психолингвистической модели процесса восприятия и понимания речевого высказывания, выделяются три уровня работы психики: сенсомоторный уровень обеспечивает восприятие («прием» речи), на лингвистическому уровне происходит всесторонний анализ речевого высказывания и «семантический» анализ составляющих его компонентов с выходом на установление «фактического» значения речевого высказывания; наконец, психологический уровень определяет собственно понимание воспринятого речевого сообщения на основе более глубокого его содержания (смысловой и эмоциональный подтекст высказывания).

Использование психолингвистической модели как основы для диагностики позволяет выделить базовые дефициты в структуре синдромального нарушения или нозологической формы.

Например, нарушение на сенсомоторном уровне заключается в трудностях выделения из воспринимаемого звукового потока отдельных слов и словосочетаний. Такие трудности приводят к нарушению распознавания речевого потока, характерному для сенсорной алалии (в других литературных источниках акустико-гностический синдром, речеслуховая агнозия).

Нарушения на лингвистическом уровне связаны с недостаточной сформированностью операций анализа и синтеза на разных языковых уровнях (фонематическом, морфемном, лексическом, грамматическом). Данные нарушения будут проявляться прежде всего в трудностях понимания семантики и грамматического смысла высказываний. Выявление данных трудностей связано с выполнением заданий на лексическую

системность, лексическую сочетаемость, верификацию грамматических форм. Нарушения на лингвистическом уровне можно увидеть в клинической практике у детей с моторной алалией, сенсорной алалией, расстройствами аутистического спектра.

Наконец, психологический уровень связан с анализом контекста и дискурса высказываний. Нарушения на этом уровне определяют трудности понимания смыслового и эмоционального подтекста, буквальная интерпретация, ответы не в плане заданного, ошибки при анализе сложных логико-грамматических конструкций. Как правило, подобные сложности чаще всего мы наблюдаем при снижении или недоразвитии когнитивных возможностей.

Возвращаясь к поставленному в начале сообщения вопросу о том, что такое «полное понимание обращенной речи», хочу обратить ваше внимание на то, что в процессе развития и целенаправленного обучения мы используем импрессивную речь как средство получения и обработки информации, то есть, в конечном итоге как средство обучения. Разрешите предложить вам небольшое задание. Ниже приведен текст Евгения Пермяка без последнего абзаца. Прочитайте его и ответьте на вопрос: о каком короле идет речь?

Один надменный король сказал другому королю:

— Как ты смешон и мал! Тебе никто не воздает королевских почестей. Тебя даже не называют «ваше величество». Какой же ты король?

— Увы, — ответил тот, — между тем я король. К тому же я самый известный из всех королей! Меня знает весь свет. Обо мне написаны тысячи книг. Я беспрерывно нахожусь в сражениях… Но меня никто не назовет кровавым королем. Побеждая в битвах, я не проливаю ничьей крови.

Оказываясь побежденным, я остаюсь невредимым. Пусть моя армия малочисленна, но она бессмертна. Пусть в моем флоте всего лишь два судна, но они непотопляемы. Я единственный из королей, которого нельзя свергнуть. Я единственный из королей, кому революции приносят новую популярность в народе и признание…

Запишите свои версии и подумайте, работой какого из уровней психолингвистической модели обусловлен каждый вариант вашего ответа. Правильный ответ вы можете найти, ознакомившись с полным текстом рассказа Е. Пермяка.

При оценке импрессивной речи ребенка при клинической и психолого-педагогической диагностике важно учитывать базовые дефициты, лежащие в основе нарушения понимания ребенком обращенной речи. Грамотная развернутая оценка уровня понимания ребенком обращенной речи позволит избежать возможных диагностических ошибок и выбрать наиболее точный и эффективный путь коррекции.

Садовникова Е.Н.

Эффективный вариант личностно-ориентированной логопсихокоррекционной системы для детей с заиканием в возрасте 5-10 лет

ИП Садовникова Е.Н. Москва, Россия

Одним из междисциплинарных направлений в работе с заикающимися лицами является **логопсихотерапевтическое** (Л.З.Андронова-Арутюнян, Ю.Б.Некрасова, Е.Ю.Рау, Н.Л.Карпова, Е.Н. Садовникова, В.П. Мерзлякова, Беглова О.А., Авдеева Е.С.и др.). Изначально оно возникло из существовавшего в 60-е годы психотерапевтического направления, предложенного харьковским психотерапевтом К.М.Дубровским, который рассматривал заикание, прежде всего, как **нарушение общения**.

В самом начале нашего века (2001) мы защитили первый вариант системы, основанной на принципах Некрасовской школы, для детей старшего дошкольного возраста, т.к. в результате исследования получили данные о нарушении у них общения, самооценки и личностного статуса при всех эволюционных клинических формах заикания.

К базовым принципам данной школы относятся: 1) принцип психотерапевтической диагностики и 2) принцип опосредования логопсихотерапевтического воздействия (с помощью художественной литературы – библиотерапия, с помощью движений – кинезитерапия, с помощью символов – символотерапия и т.д.). Особое место отводится работе с континуумом продуктивных («саногенных» по Ю.Б. Некрасовой) психических состояний.

Мы исследуем речь и другие психические процессы, коммуникативный и личностный статус детей. Логопсиходиагностика проходит, соответственно в три этапа. Используются валидные тесты, в т.ч. представленный нами тест

ЛОГОЦТО. (Разрабатывался самостоятельно по тем же принципам, что и неизвестный нам тогда ЦТО).

Коррекционный курс состоит из 4-х основных этапов:

1) пропедевтического,

2) установочного (этап установочного занятия с речеролевыми образами по Рау Е.Ю.),

3) основного и

4) закрепляющего этапа.

Методы и приемы, используемые в курсе, соединяют и речевое, и психокоррекционное (психологическое, психотерапевтическое и нейропсихотерапевтическое) воздействия. Результаты системы в течение 30-ти лет высокие. На выпуске дети (90%) чисто отвечают на вопросы, воспроизводят монолог и озвучивают м/ф (от 2-3 мин). Результат поддерживается на курсе поддержки (3 недели -7 занятий).

В настоящее время указанная система была адаптирована нами к условиям психолого-педагогического центра, а также к контингенту младших школьников с указанной проблемой. Сроки основного курса существенно сокращены (до 2-х месяцев).

Заикание, по нашему мнению, представляет собой нарушение общения, в результате ранней деструктивной попытки адаптации к социуму. Оно закрепляется посредством выделенных Ю.Б. Некрасовой феноменов «эхо», «зеркало», «кинези» (феноменов обратной аудиовизуальной и кинестетической связи), но изначально вторичной выгоды от проявлений невроза и нейродинамических связей с очагами биохимичесой памяти на ранние стрессы и защитные реакции. Это сложившийся поведенческий стереотип, для устойчивой дезактуализации которого мало двух недель, отведенных в государственных медиционских структурах.

Необходимо междисциплинарное воздействие, осуществляемое, желательно, одним специалистом-логопедом с дополнительной специализацией или командой специалистов, работающих вместе: логопеда, психолога, логоритмиста, нейропсихолога, - при консультировании невролога. Роль врача-

психиатра в данном процессе, на наш взгляд, не очень понятна, т.к. подавляющее большинство детей с заиканием не нуждаются в его услугах и даже в каком-либо серьезном медикаментозном сопровождении.

Сорокина В.В., Батышева Т.Т., Букинич А.М.

БОС как метод психологической коррекции детей и подростков, проживающих вблизи зоны боевых действий

ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ», Москва, Россия

Метод биологической обратной связи (БОС) — это неинвазивный аппаратурный метод, который позволяет регистрировать физиологические процессы организма, которые обычно находятся вне нашего осознанного контроля.

Это позволяет использовать метод для лечения различных заболеваний. Как вы видите, перечень заболеваний достаточно обширен — это тревога, депрессия, страхи, панические расстройства, хронический стресс, заикание, энурез, энкопрез, расстройства сна и различные двигательные нарушения, а также повышение артериального давления.

Однако важно понимать, как работает биологическая обратная связь. Когда поступает запрос от мамы и ребенка, они сообщают, что их что-то беспокоит. Специалист на основе этого запроса выбирает область воздействия метода биологической обратной связи. Это может быть ЭЭГ, КИГ, дыхание или ЭМГ.

Возникает вопрос: можно ли применять метод БОС для всех детей? На самом деле, нет. Существуют противопоказания, такие как: возраст до 4 лет, поскольку ребенок должен быть активным участником процесса реабилитации, а некоторые дети еще не могут выдерживать концентрацию внимания. Также противопоказаниями являются олигофрения, серьезные органические и поведенческие нарушения, личностные патологические состояния при обострении хронических заболеваний. Противопоказанием является эпилепсия и судорожный синдром при отсутствии противосудорожной терапии, а также заболевания в местах наложения электродов.

Однако помимо этого, вопросы о противопоказаниях часто задают специалисты и родители, интересующиеся, кто же должен проводить метод биологической обратной связи. Некоторые считают, что это могут делать только врачи. Это

мнение ошибочно. Метод биологической обратной связи может использоваться медицинскими психологами для коррекции эмоционального состояния, а медицинские логопеды могут использовать его для коррекции речи. Таким образом, работать с методом БОС могут все специалисты, прошедшие специализированное обучение.

Второй важный вопрос: сколько по времени длится один сеанс? Время сеанса индивидуально, поскольку ребенок должен быть активным в процессе выполнения заданий. Некоторые дети не могут выдерживать длительные сеансы, поэтому среднее время сеанса составляет от 10 до 30 минут. Один курс должен включать не менее десяти сеансов.

Теперь перейдем к эффективности метода. Данный метод доказал свою эффективность. И чтобы подтвердить данное утверждение, я расскажу о проектах, которые в настоящее время реализуются. Два проекта реализуются в Донецкой и Луганской Народной Республике, где мы используем метод биологической обратной связи для лечения детей с энурезом и энкопрезом. Третий проект реализуется в Белгороде, где мы используем метод БОС для коррекции психоэмоционального состояния детей, проживающих вблизи зоны боевых действий.

Какие результаты у нас есть? В Донецкой и Луганской Народной Республике на первой диаграмме вы видите список заболеваний, с которыми обратились дети и их родители. Эти дети и подростки страдают от различных расстройств, включая недержание мочи и кала, что по половому признаку распределяется на второй и третьей диаграммах. Мальчики страдают чаще, чем девочки.

Что делают врачи для коррекции? Ребенок садится перед экраном монитора, на мышцы тазового дна крепятся электроды, которые затем позволяют ребенку сокращать эти мышцы и выполнять задания, предъявляемые на мониторе. Задания могут быть различными, например, раскраски или задания, требующие поднятия на лестницу. Ребенок управляет движением лисенка по лестнице с помощью сокращений мышц тазового дна. Таким образом, непроизвольные процессы становятся произвольными. Мы наблюдаем, что более 75% детей в Донецке и Луганске

демонстрируют полное восстановление, то есть отсутствие прежних симптомов. Неполный эффект наблюдается при заболеваниях, таких как неорганический рефлюкс, тяжелое органическое поражение центральной нервной системы. Эффекта также не было у детей с диагнозами, такими как spina bifida, посттравматическое поражение спинного мозга и сопутствующая психиатрическая патология.

Теперь расскажу, что делали психологи в данном проекте. Мы исследовали как метод БОС влияет на психическую сферу? Это важно, потому что, когда ребенок играет в игры на компьютере, он задействует все свои высшие психические функции. Для того чтобы разобраться в этом, мы проводили два тестирования, которые вы сейчас видите на слайде. Тестирование проводилось дважды — до начала курса БОС и после его прохождения. После этого была проведена статистическая обработка полученных результатов. Мы пришли к выводам, что улучшилось состояние функции регуляции активности и высших психических функций, таких как внимание, у детей и подростков в возрасте от 6 до 17 лет. Однако мы не обнаружили улучшений в функции регуляции, количество ошибок осталось прежним, как и до курса БОС.

Также мы заметили улучшение кратковременной и длительной памяти.

Метод электромиографии показал свою эффективность при лечении детей и подростков с проблемами энуреза и энкопреза.

Подводя итог, можно сказать, что, если поступает запрос от мамы с жалобами на недержание, врач проводит коррекцию с использованием метода БОС, что приводит к положительным результатам. В ответ на терапию родитель с ребенком может вернуться домой, и возможны два варианта развития ситуации: в первом случае — полное выздоровление, то есть исчезновение симптомов, а во втором — симптомы возвращаются в той же или иной форме. Почему у одних детей симптомы исчезают, а у других возвращаются? На слайде представлена схема, которая помогает нам разобраться в этом. Допустим, у нас есть симптом, например, энурез, на который мы воздействуем с помощью

метод БОС. Симптом уходит, но за каждым симптомом стоит причина, и в случае с энурезом причина может быть неврологической или психологической.

Поскольку я психолог, давайте рассмотрим именно психологические причины энуреза. У детей и подростков с проблемами недержания часто наблюдаются тревожность, агрессия, депрессия, а также низкая самооценка. Эти феномены могут быть как причиной заболевания, так и следствием, и в этом случае вопрос: что же первично? Важно понять, как сформировался симптом у ребенка. Возможно, до этого в жизни все было хорошо, и никаких проблем, таких как энурез, не было. Затем произошел какой-то стрессовый момент, после которого появился симптом. С психоаналитической точки зрения этот симптом может выполнять защитную функцию, то есть защищать ребенка от чего-то. Если мы с помощью метода БОС убираем этот симптом, ребенок становится уязвимым, так как его больше ничего не защищает. В этой ситуации психика ребенка будет искать новые способы защиты. Таким образом, мы сталкиваемся с психической травмой. Действительно, дети, проживающие вблизи зоны боевых действий, часто имеют травматические переживания. Для лечения таких травм мы можем использовать метод биологической обратной связи, но важно понимать, что он не является основным методом. Он будет использоваться в комплексе с другими психотерапевтическими методами. На этапе стабилизации эмоционального состояния мы можем применять метод БОС, но для полноценной терапии этого недостаточно.

Давайте поговорим о психической травме, используя метафору. Представьте, что это зеркало — метафора души ребенка. В него неожиданно бросают камень — символ того, что произошло событие с разрушительными последствиями для ребенка. И так мы сейчас плавно переходим к нашему третьему проекту по стабилизации психоэмоционального состояния детей и подростков, проживающих в Белгороде. Здесь мы используем метод БОС «Колибри». Перед тем как начать курс терапии, мы проводили структурированные интервью для оценки травматических переживаний детей и подростков. Это интервью

проводится как с детьми, так и с их родителями. Затем оценивается уровень стресса и тревожности в зависимости от возраста ребенка.

Курс БОС-терапии состоит из десяти сеансов. На каждом сеансе ребенок выполняет несколько игровых заданий. До начала выполнения этих заданий на затылочную часть головы прикрепляются два электрода для оценки альфа-ритмов. Затем проводится калибровка уровня расслабления. Во время сеанса психолог находится в стороне, поддерживает ребенка и дает ему упражнения, помогающие справиться с заданиями.

Что происходит в играх, которые были включены в программу? Первая игра называется «Пчелка». При максимальном расслаблении пчелка летит вверх, при напряжении — летит вниз и сталкивается с пузырьками, что вызывает неприятные звуки. Эта игра прокачивает стрессоустойчивость ребенка, так как если пчела не летит, а сталкивается с препятствиями, ребенок зачастую еще больше напрягается. Поэтому психолог находится рядом с ребенком и поддерживает его. Следующая игра — это расслабляющее видео с приятной музыкой. Когда ребенок расслабляется, картинка четкая, а музыка мелодичная и приятная. Если ребенок напрягается, картинка становится размытой, а вместо музыки слышится шум. Третья игра называется "Воздушный шар". По аналогии с "Пчелкой", воздушный шар летит вверх, если ребенок расслаблен, и летит вниз, если напряжен. В этой игре ребенок собирает кристаллы, и, когда ребенок собирает определенное количество кристаллов, воздушный шар трансформируется в самолет или ракету. Это стимулирует интерес ребенка, так как он хочет увидеть, что произойдет, если выполнит задание правильно.

Третье и четвертое видео были посвящены картинкам, которые показывались детям, чтобы понять, что им нравится, что доставляет им удовольствие. Мы выгрузили эти картинки на слайд программы. При расслаблении картинки четкие, а при напряжении – смазанные.

Следующие результаты получены при работе с детьми от 7 до 15 лет. В ходе полуструктурированного интервью было

определено травматическое переживание по мнению самого ребенка и по мнению его родителя. Как видно, среди переживаний были обстрелы, проживание в зоне боевых действий и даже ранение.

Далее был вычислен индекс травматической ситуации, по мнению ребенка и родителя. Это важно, потому что в двух случаях мы замечаем недооценку родителями степени стресса, переживаемого ребенком. Если родитель недооценивает переживания ребенка, то родитель не может помочь ему в полной мере. Также бывает, что родителю самому необходима помощь. Роль психолога заключается в налаживании взаимодействия между родителем и ребенком и в предоставлении рекомендаций о том, как родителю поддерживать ребенка в такой непростой ситуации.

Как с тревожностью, так и со стрессом у детей наблюдается тенденция к снижению уровня стресса после прохождения БОС-терапии. Однако на графике под номером три, у девочки под номером пять, уровень стресса остался на прежнем уровне. Почему? Потому что этой девочке 15 лет, и она живет в районе Белгорода, где обстрелы происходят ежедневно. Более того, она сама попала под обстрел и получила минно-взрывную травму. Мы должны учитывать факторы, которые могут препятствовать реабилитационному процессу. Этой девочке нужна более длительная реабилитация, больше ресурсов, как психологических, так и медицинских.

Выводы. После прохождения курса БОС-терапии у детей и подростков наблюдается тенденция к снижению уровня стресса и тревоги. Этот метод необходимо использовать в комплексе с другими психологическими и терапевтическими методами. После этапа стабилизации эмоционального состояния необходимо переходить ко второму этапу — проработке психической травмы, а затем — к ее интеграции в жизни ребенка.

Хайретдинов О.З., Рубакова Л.И.

Цифровой метаморфоз организации помощи в сфере ментального здоровья

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

В настоящее время в профессиональном сообществе существует поляризация мнений относительно использования цифровых технологий. С одной стороны, цифровые технологии дают дополнительные возможности специалистам и пациентам в плане повышения доступности и своевременности медицинской помощи. С другой стороны, имеются объективные организационные, нормативно-правовые сложности, а также есть субъективные факторы в виде настороженного и скептического отношения специалистов. По данным систематического обзора Otto L. et al. (2019) предложены разные подходы к классификации моделей зрелости телемедицины, фокусирующиеся на различных параметрах: охват территории, эффективность, практическое удобство, риски, время на овладение (Campbell et al., 2001); приемлемость, финансирование, организация, политика и законодательство (Broens et al., 2007); готовность технологий, специалистов к обучению, общества, политики (Khoja et al., 2007); степень благоприятности условий в 4-х группах – пациенты, врачи, медицинские организации и общественность (Jennett et al., 2003).

И.А. Шадеркин (2021) предложил практически простую и удобную типологию уровней зрелости телемедицины:

0 скепсис и настороженность профессионального сообщества, телемедицинские технологий (ТМТ) в повседневной практике не используются;

1 активно развиваются телемедицинских консультаций (ТМК) в моделях «врач-пациент» и «врач-врач», доступ к электронным медицинским картам, решаются отдельные вопросы финансирования, обучения специалистов и пр.;

2 развитие удаленного мониторинга (ТММ);

3 создание методологии и регламентации применения ТМТ по специальностям, клинико-нозологическим группам (показания, противопоказания, критерии оценки эффективности и безопасности), совершенствование ресурсной и нормативно-правовой базы;

4 совместное применение ТМТ и ресурсов искусственного интеллекта (ИИ).

Если соматическая медицина, в том числе в России, освоила все эти этапы, то психиатрическая практика скорее находится между этапами **0** и **1**.

Телемедицинских консультации

Центр им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ получил значительный опыт проведения ТМК «врач-пациент», являющихся мало разработанными, содержащими дополнительные риски. Количественные показатели приведены в таблице 1:

Таблица 1.
ТМК «пациент-врач» в Центре им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ в 2020-2022гг.

Год	Специальность									
	Врачи		Психологи		Логопеды		Соц. педагог		Все	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%		
2020	623	29,1	1467	**68,6**	11	0,5	37	1,7	2138	100,0
2021	307	15,2	1602	**79,4**	12	0,6	96	4,8	2017	100,0
2022	304	12,3	2092	**84,7**	0		72	2,9	2468	100,0
Всего	1234	18,6	5161	**77,9**	23	0,3	205	3,1	**6623**	100,0

Проведение первичных ТМК оказалось сопряжено с рядом трудностей:

• идентификация и аутентификация пациентов и законных представителей и оформление ИДС в дистанционном формате;

• определение и подтверждение местоположения консультируемого лица для обеспечения мер экстренного реагирования;

• невозможность установления диагноза на первом дистанционном приеме врача психиатра и назначения лечения на основании ч.2 ст.36.2 №323-ФЗ и ст.47 Приказа МЗ РФ №965н входит в противоречие с требованием ст.2.1 Приказа МЗ РФ от 10.05.2017г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»;

• первичная ТМК фактически выполняет задачи психиатрического освидетельствования, в то время как дистанционная форма данного действия не предусмотрена и не регламентирована нормативно-правовыми актами.

В то же время повторные ТМК «пациент-врач» оказались достаточно безопасными, удобными и экономически целесообразными для информирования пациентов (законных представителей) о результатах проведенного обследования, плановой коррекции терапии, для рекомендаций по решению образовательных, медико-социальных и прочих вопросов, формирования медицинских заключений, справок, проведения психотерапии.

Ограничения повторных ТМК связаны с отсутствием в настоящее время возможности дистанционного оформления рецептов на лекарственные препараты.

ТМК – всего лишь небольшая часть возможностей цифровых технологий на сегодняшний день.

Векторы повышения зрелости применения цифровых технологий в психиатрии.

В настоящее время в психиатрической практике наиболее востребованы ТМ-консилиумы «врач-врач». Представляются перспективным расширение ТМК «врач-пациент/законные представители», дистанционного скрининга риска психических расстройств, расширение амбулаторного и постгоспитального сопровождения, ТМ мониторинг параметров психического и

соматического состояния, дистанционные психосоциальные вмешательства и сопровождение, а также использование технологии больших языковых моделей.

Очевидно, что на сегодняшний день скрининг в бумажной форме является малоэффективным в связи с ограниченностью охвата, значительными временными и логистическими затратами. При этом возможности применения очень простых технологий в виде размещения скрининговых анкет на разных сайтах, порталах медицинских, образовательных, социальных организаций позволяют использовать скрининговые инструменты значительно более эффективно.

По данным нашего обзора (Хайретдинов О.З., Рубакова Л.И., 2023), при расстройствах аутистического спектра дистанционный вариант использования различных оценочных инструментов для скрининга, а также для более подробной качественной и количественной диагностики, показал аналогичную чувствительность и специфичность по сравнению с очными процедурами оценки.

Онлайн-скрининг риска РАС в 16-30 мес.: M-CHAT-R/F (Qiu T. et al., 2022; Kadam A. et al., 2022; Colombo P. et al., 2022)

Дистанционный формат стандартизированных оценочных шкал и процедур: ADI-R и ADOS (Reese R.M. et al., 2013)

Разработаны отдельные инструменты для удаленной оценки аутистических расстройств: РАС: NODA, SORF, BOSA, OOPS-HE, ASD-DIAL, A-VABO, TeleNIDA, TEDI, ADEC-V, TELE-STAT, TELE-ASD-PEDS, Cognoa ASD.

Кроме этого, подтверждены возможности эффективного использования дистанционного формата для коррекции расстройств аутистического спектра:

Программы денверской модели раннего вмешательства, прикладного анализа поведения, обучения адаптивным навыкам общения, CBT при тревоге (Ellison K.S. et al., 2021)

Логопедическая коррекция (Karrim S.B. et al., 2022; Peh H.P., 2023)

Групповой тренинг социальных навыков PEERS (Estabillo J.A. et al., 2022; Mootz C.A. et al., 2022; Marino F. et al., 2023)

Обучение родителей навыкам коррекции деструктивного поведения детей PCIT (Ros-DeMarize R. et al., 2023), COMPASS for Hope (Kuravackel G.M., et al., 2018), физической активности и питания PLANE (Ketcheson L.R., et al., 2020), тренинга функциональной коммуникации FCT (Lindgren S. et al., 2020).

Телемедицинский мониторинг

Важнейшим обстоятельством является то, что дистанционный мониторинг во многом проводится без непосредственного участия специалиста – соответственно значительно экономит ресурсы как конкретного врача, так и медицинской организации в целом. В амбулаторной практике врач, как правило, не имеет информации о том, что происходит с пациентом в интервале между приемами. При этом существуют очень простые и удобные инструменты удаленного мониторинга для того, чтобы в прямом и переносном смысле «держать руку на пульсе».

ТМ-мониторинг может опираться на различные параметры:

- **Активные данные:** опросники (чек-листы) выраженности симптомов и нежелательных эффектов терапии
- **Пассивные данные**: регистрируются автоматически с помощью смартфона или носимых устройств (АД, ЧСС, ЭКГ, глюкоза, сон, локация, тон голоса, мимика)
- **Мета-данные:** качественные и количественные характеристики сбора активных данных (напр., скорость ответов на ключевые вопросы и пр.)

Сбор активных данных требует достаточно большего времени со стороны пациента (или родителей пациента) для заполнения анкет. Программы для удаленного мониторинга предполагают заполнение оценочных шкал с установленной врачом частотой: напр., несколько раз в день, один раз в неделю и пр., как правило, содержат автоматическое напоминание о приеме препаратов, выполнении предписанных процедур, чаты

для обратной связи в текстовом, аудио или видео формате и мн.др.

Получение пассивных данных не требуют временных затрат ни от одной из сторон. Клиника или лечащий врач получает информацию тревожный сигнал только тогда, когда превышен некий критический порог измеряемых параметров.

В качестве примера ТМ-мониторинга с вмешательствами по замкнутому циклу, рассмотрим мобильные приложения для самостоятельного контроля симптомов депрессии и тревоги, которые позволяют без участия специалиста оценивать актуальное состояние и давать те или иные простые и достаточно эффективные рекомендации. В систематическом обзоре Linardon J. et al. (2019), на материале 66 РКИ подтверждена эффективность вмешательств с помощью приложений для смартфонов для решения наиболее распространенных проблем психического здоровья. В большей степени коррекционные рекомендации опираются на методы когнитивно-поведенческой терапии (30,0%), позитивной психологии (9,2%), диалектическо-поведенческой терапии (3,4%), терапии принятия и приверженности (1,7%). Отмечено, что больший эффект достигается при сочетании использования приложений с профессиональной поддержкой (поддерживающих телефонных звонков или персонализированной обратной связи с терапевтом). Сделаны выводы о том, что, хотя приложения для поддержания психического здоровья не предназначены для замены профессиональной медицинской помощи, результаты подчеркивают потенциал приложений в качестве экономически эффективного, легкодоступного и малоинтенсивного вмешательства для тех, кто не может получить стандартное лечение.

Даже такая непростая клиническая категория, как «бредовые расстройства», имеет возможность для определенной коррекции на основе приложений смартфонов с технологией вмешательств по замкнутому циклу. В частности, приложение SlowMo при симптомах паранойи предлагает инструменты,

помогающие скорректировать поспешные выводы и негибкие убеждения в рамках идей отношения (Garety P. et al., 2021).

Технология больших языковых моделей (Large Language Models, LLM)

Одно из самых перспективных направлений для исследований и разработок в сфере ИИ для обработки естественного языка (Natural Language Processing, NLP).

Примеры наиболее известных сервисов:

ChatGPT (Generative Pretrained Transformer, GPT-4) получил проходной балл на экзаменах по лицензированию медицинской деятельности в США (Thirunavukarasu AJ et al., 2023), сдал экзамен медсестер в Японии (Kaneda Y et al, 2023), превзошел результаты студентов-медиков на государственном экзамене в Германии (Roos J., 2023)

Med-PaLM 2 (Google), тестирование в исследовательском госпитале Mayo

ClinicruGPT-3.5 (Сбер), совместно с Сеченовским университетом обучение мультимодальной нейросети для медицины и здравоохранения “GigaChat” YandexGPT-2

Перспективы применения LLM для создания цифровых ассистентов для врачей для решения следующих задач:

- Медицинский триаж (сортировка)
- Формирование медицинской документации, эпикризов, дневников
- Диагностические алгоритмы
- Предварительное подтверждение страховых случаев
- Интерпретация диагностических исследований
- Разработка планов лечения
- Дайджесты НИР

Перспективы применения LLM для создания цифровых ассистентов для пациентов.

Чат-боты в мобильных приложениях, на сайтах клиник, страховых компаний и т.д. позволяют существенно сократить

нагрузку на call-центры, на первичном приеме врача, вплоть до отказа от участия человека при решении ряда вопросов:

- Автоматический сбор и интерпретация жалоб и анамнеза
- Оценка симптомов
- Анализ лабораторных результатов
- Анализ данных с носимых устройств
- Чат-боты по психическому здоровью
- Соблюдение плана лечения
- Подбор общих рекомендаций по сохранению здоровья
- Гиды по реабилитации

Модель цифровой клиники предполагает дополнение цифровыми инструментами возможности обычной медицинской практики. Оказание помощи может начинаться с дистанционного скрининга. Если в рамках проведения скрининга обнаружен риск того или иного расстройства, то программа может предложить проведение первичной дистанционной консультации. После стационарного лечения или в промежутках между амбулаторными приемами пациент находится под наблюдением с помощью ТМ мониторинга. Многие рутинные процессы могут быть автоматизированы.

Заключение: Потенциал цифровой трансформации психиатрии

Применение телемедицинских и иных цифровых технологий в психиатрической практике достичь следующих результатов:

Повышение доступности и срочности оказания медицинской помощи.

Экономическая привлекательность.

Повышение уровня комплаентности, снижения порога для обращения за психиатрической помощью, дестигматизации психиатрической службы.

Автоматизация контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Следует констатировать значительное отставание психиатрии в сравнении с соматической медициной в степени зрелости цифровой трансформации.

Перспективы ее развития определяются:

- совершенствованием нормативно-правового регулирования,
- полнотой финансирования,
- развитием и внедрением технологий,
- приверженностью медицинского сообщества.

Шевченко Ю.С.

Эволюционный патоморфоз психического онтогенеза

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ, Москва, Россия

«С эволюцией суровый у культуры разговор,
Занял место полового неестественный отбор».

Никого не удивляет рост в геометрический прогрессии депрессивных расстройств, уже сейчас по данным ВОЗ охвативших 5% населения и претендующих на то, чтобы к концу первой трети нынешнего века обойти по распространенности сердечно-сосудистые заболевания и стать самыми распространенными на земле. При этом только 20% страдающих ищет медицинскую помощь, остальные 4/5 очевидно полагают, что в современном мире депрессия – если не естественное, то неизбежное состояние человека. Таково же отношение большинства ныне живущих женщин к токсикозу беременности, без него она уже и не мыслится.

В качестве эволюционной адаптации депрессивная триада помогает выживанию и индивида, и вида за счет того, что снижает экспансивность по отношению к природе и конкурентность с другими людьми. А также предрасполагает к раздумьям над причинами своей безрадостности, в том числе об образе собственной жизни, ее смысле и перспективах. На уровне вида депрессия способствует сохранению генофонда и всеобщему поумнению. В то же время отмечаемый во многих странах рост расстройств аутистического спектра, подвергается сомнению, и рядом психиатров рассматривается лишь как следствие гипердиагностики. Однако природа нарастающей распространенности РАС остается невыясненной и требует специального изучения. При этом если сам генотипический полиморфизм и этиологическая неоднородность РАС вполне объяснимы с позиций интегрирующего и дифференцирующих законов патогенеза Ипполита Васильевича Давыдовского, то собственно увеличение фенотипической представленности их в

популяции, (отмечаемое с середины двадцатого века и нарастающее в последние десятилетия), мало понятно при рассмотрении этого факта с точки зрения чисто медицинской парадигмы. Оно требует более широкого подхода. Последний не может ограничиться только клиническим, терапевтическим, организационным и межведомственным уровнем. Он должен включать также общетеоретические в том числе эколого-антропологические эволюционные аспекты рассмотрения дизонтогенетической природы РАС.

В соответствии с эпигенетической теорией эволюции и близкой ей концепцией эволюционной биологии развития (Evo-Devo), морфозы то есть вызванные влиянием среды изменения фенотипа без изменения генома (как мы знаем с одним и тем же генотипом можно быть и толстым и тонким, и физиком и лириком, и милитаристом и пацифистом и так далее), могут вести к смене направленности отбора и соответственно к новому направлению эволюции благодаря изменению креода, то есть устойчивой траектории онтогенеза, начиная с эмбриогенеза. Эволюционно-биологический подход особенно перспективен в отношении тех клинических форм, развитие которых определяется дизонтогенетическими механизмами, которые, со временем, могут стать эволюционными при адаптации в филогенезе Homo Sapiens. Эволюционно-биологическая концепция психической болезни Груни Ефимовны Сухаревой подчеркивает единые для животных и человека закономерности выработки приспособительных и защитных механизмов в процессе эволюционного развития во взаимодействии организма с внешней средой и необходимость выделения в клинической картине симптомов ущерба и симптомов компенсации.

Адаптационные реакции организма на нарушенные условия своего функционирования включают различные формы поведения, врожденные (инстинктивные) механизмы которого изучаются этологией. Основной постулат этой науки, являющейся составной частью социобиологии, гласит, что изначально любое поведение (в индивидуальном, репродуктивном или социальном контексте) носит защитный и/или приспособительный характер (для индивида, рода или

вида). То есть «если звезды зажигаются, значит это кому-то это нужно». Сформировавшись и зафиксировавшись в процессе естественного и полового отбора на заре эволюции человеческого вида в меняющихся экологических условиях, то стабильно циклических то непредсказуемо критических, вот это «лоскутное одеяло» поведенческого наследия содержит различные в том числе прямо противоположные индивидуальные, коммуникативные и репродуктивные модели. Актуализировавшись эти модели могут оказаться архаичными, неадекватными, либо наоборот перспективными в современном мире, во многом определяемым антропогенный составляющей, то есть научно-технологической, культурной и макросоциальной.

Профессор Е.Н. Панов предоставляет убедительную иллюстрацию «лоскутного одеяла» врожденных поведенческих стратегий и их динамичности в зависимости от меняющихся экологических условий на модели сексуальных отношений (промискуитет, полигиния, полиандрия, моногамия), рассматриваемых в качестве фактора внутрипопуляционной интеграции. В частности, повышение плотности популяции при прочих равных условиях стимулирует промискуитет и полигинию, тогда как умеренная или невысокая плотность усиливает тенденцию к моногамии. Локальные сдвиги в соотношении полов среди взрослых особей в пользу самок способствует полигинии в пользу самцов – полиандрии. Неравноценность качества или дефицит пригодных для размножения местообитаний, приводящих к повышению локальной плотности или сдвигам в соотношении полов, приводит к определенным последствиям. Высокий уровень агрессивности в отношениях между самками и самцами способствует моногамии. Взаимная агрессивность самок препятствует полигинии и поощряет полиандрию. Снижение агрессивности в обеих половых группах благоприятствует промискуитету. Стремление половых партнеров к самоизоляции от прочих особей своего вида в виде жесткой территориальности способствует моногамии. Скопление конспецифических особей и (или) широковещательный характер

предсовокупительных демонстраций создает предпосылки для полиандрии или промискуитета. При преобладании одного типа поведения, другой может выступать в качестве факультативной стратегии или же оба достаточно равноправны и находятся в отношениях подвижного равновесия друг с другом и меняющимися условиями внешней среды. Даже в гаремах есть любимые жены, а многие мужчины демонстрируют серийную моногамию, меняя жен каждые 10 лет.

Поведение - это наиболее динамичный механизм адаптации, использующей тот или иной лоскуты своего инстинктивногом одеяла. Помимо непосредственного ответа на средовые влияние по типу «с волками жить – по волчьи выть», имеют место и долговременные поведенческие фенотипы. Как известно, «чтобы воспитать леди – надо начинать с бабушки». Конвенционально-физиологические стереотипы при неизменном генотипе эволюционной приспособляемости человека требует большего времени. Например, только третье поколение переселенцев южан на север по своей биологической адаптивности к природным условиям сравнимо с таковой у аборигенов. Есть основание считать, что учащение нервной анорексии - это эволюционный ответ на популяционное ожирение из-за постоянного переедания, малой подвижности и дезактуализации физической активности. А рост самоповреждающего и суицидального поведения - это следствие фрустрации врожденной потребности подростковой инициации, обусловленной ликвидацией традиционных культурных институтов и ее социальной канализации.

Массовой половой дисфории и компьютерной зависимости 20 лет назад не отмечалось. Сегодняшние дети по своим психофизиологическим характеристикам гораздо больше отличаются от своих бабушек и дедушек, чем те от собственных прародителей. Историко-генетические исследования сегодня показывают, что в качестве продукта цивилизации происходит эволюция мышления, восприятия, памяти и сознания, происходит модификация инстинктов и это отражается в изменении психопатологии. Общепризнанным является мнение о том, что дизонтогенез развития вызывается как

биологическими (то есть генетическими, экзогенно-органическими, экологическими и другими патогенными факторами), так и неблагоприятным микросоциально-психологическими, а также социальными, включая редко рассматриваемыми в психиатрической литературе, макросоциальными влияниями, средовыми воздействиями, а также сочетанием тех и других. Экология эры антропоцена и менталитет постмодерна качественно влияют на законы биологической эволюции человеческого вида как минимум на протяжении последних 3 поколений – то есть с середины XX века и определяют эпигенетические векторы защитно-приспособительных тенденций. Они обнаруживают себя в «болезнях века» и онтогенетическом патоморфозе, проявляющимся как на физическом, так и на психологическом уровнях.

Антропоцентрически-ориентированная культурная эволюция с ее информационными единицами, представленными мемами, подверженными, как и гены, и селекции, и мутации, примерами которых является и общеевропейская русофобия, и украинский неонацизм и менталитет ЛГБТ нарушает законы эволюции биологической. Она создает угрозы для человеческих машин выживания эгоистичных генов. Угрозы исходят от ожирения, от падения рождаемости, от ухудшающейся экологии, от неконтролируемой внутривидовой агрессии, от заумных макроэкспериментов над собой и окружающим миром и тому подобное. Биологическая эволюция отвечает симптомами компенсации, в частности в виде распространяющейся общевидовой депрессии. Подтверждается мнение некоторых исследователей о том, что компьютерные игры могут способствовать искажению представления маленького ребенка о мире и их активное использование в возрасте, когда у него еще не сформировался образ реального мира, как основы элементарного здравого смысла, чревато шизофренизирующим эффектом. Но если дизонтогенетические влияния имеют макросоциальную природу и глобальный характер, то их эффект приобретает шанс стать прообразом новой нормы.

Согласно концепции эпигенетической теории эволюции, от предков к потомкам передается общая организация эпигенетической системы, которая формирует организм в ходе его индивидуального развития. Причем отбор ведет к стабилизации ряда последовательных онтогенезов, устраняя отклонения от нормы и формируя новую устойчивую траекторию эмбрионального развития - креода. Эволюция, согласно эпигенетической теории эволюции, заключается в преобразовании одного креода в другой при возмущающем воздействии среды. В ответ на возмущение, эпигенетическая система дестабилизируется, в результате чего становится возможным развитие организма по отклоняющимся от «привычного» путям, возникают множественные морфозы, то есть адаптивные модификации в виде дискретных по типу «Да/нет» или градуальных адаптивных норм, возникающих в ответ на изменение среды. Некоторые из этих морфозов, являющихся результатом активизации одних, в том числе спящих генов, и дезактивации других, получают селективные преимущества, и в течение последующих поколений их эпигенетические системы вырабатывают новую устойчивую траекторию развития, формируя новый креод, то есть новый фенотип. Например, представленный акселерацией или децелерацией, то есть ускоренным или замедленным онтогенезом всей популяции при неизменном генотипе. Для фенотипической структуры эпигенетической природы такое направление отбора может быть обусловлено взаимодействием экологических вредностей, воздействующих на мозг, и культурных детерминант его измененного функционирования.

Для человека современного индустриального и постиндустриального общества и его потомков эти вредности представляют собой обыденные условия существования, ставшие как бы естественными издержками цивилизации, урбанизации и культурной эволюции. Расстройства аутистического спектра можно рассматривать как один из ответов на возмущающее воздействие среды, то есть морфозы или эволюционные преадаптации наряду с другими морфозами в виде расстройств пищевого поведения, синдром отвергая пола

и прочее. Какая из этих фенотипических моделей сформирует новый креод, то есть устойчивую траекторию развития, наиболее приспособленный к активно меняющимся под влиянием научно- культурных преобразований условий жизни, покажет время. Если вектор эволюции человека не изменится, возможно, что сегодняшняя дезонтогенетическая трансформация из преадаптивной станет наиболее адаптивной носительницей человеческого генотипа. Новые условия хранения генома требуют новых «упаковок» для него, не исключая тех, что в прежних условиях являлись аномальными и патологическими. Герменевтический подход подводит к тому, чтобы рассматривать коморбидность растущей психической патологии, а именно депрессии, РПП, СДВГ, РАС, половой дисфории, аддикции, агрессии, аутоагрессии и прочее, не в параллельном - сугубо клиническом, а в координированном и более широком эволюционном контексте, как результат экологически-направленного взаимодействия филогенетических, онтогенетический и социальных детерминант.

Альтернативой закрепления эволюционных преадаптаций в направлении модели высокофункционального аутизма и стертых гендерных различий могут явиться индивидуальные и, желательно, коллективные овладевающие усилия по возвращению нарушенной природной экологии и экологии души к до- стрессовом статусу. Иначе будет закрепляться и приспособительная адаптация к состоянию выученной беспомощности, порожденной культурной эволюцией с реализацией рационализирующей этот процесс коппинг-стратегией и психологических защит на популяционном уровне. Норма, как известно, меняется. В этом случае перспектива сохранения вида может быть обречена на эпигенетическую трансформацию последующих поколений уже рождающихся с фенотипом, адаптированным к измененным условиям существования наших машин выживания. Образно говоря устами только что зачатого ребенка: «Зачем мучительно аутизироваться в шизофренизирующем мире постмодерна, подавляющем моих родителей, если можно сразу родиться аутистом?». Естественный биологический отбор нового

преадаптивного фенотипа чреват вырождением. Искусственный культурный отбор вынужден будет искать вообще новые формы полового размножения альтернативные традиционному, если конечно задастся такой целью. Если современные подростки в своих субкультурах заменяют традиционные модули инициации игровым перевоплощением в киборгов и андроидов, что символизирует возрождение уже в образе постбиологического сверхчеловека, то дети-аутисты уже рождаются готовыми к биоинженерной и психотехнологической модификации. В качестве эволюционной преадаптации более перспективными представляются такие модели как аутисты, бисексуалы, компьютероманы, а также их миксты. Дети - носители аутистического фенотипа наряду с другими преадаптивными моделями представляет собой как бы «стволовые клетки» биологической эволюции эры антропоцена и эпохи постмодерна. При этом третье поколение представителей новой эпохи уже не испытывают дискомфорта в отношении среды, воспринимавшейся как чуждая и агрессивная предыдущими поколениями.

Следующая эволюционная модель машин выживания, идущая за преадаптивной моделью в форме РАС, - это биороботы (с серьезным компонентом искусственного интеллекта), способные создать собственную цивилизацию умных и безэмоциональных аутистов, свободных от институтов семьи и брака, и даже от необходимости сохранения бинарной гендерной оппозиции. Сегодняшнее поколение аутистов – это патологическая преадаптация к нынешним и грядущим порождениям культурной эволюции, точнее - к ее вывертам и одновременно - сигнал для цивилизации, о том, куда вообще ведет эпоха постмодерна. Другой преадаптивной моделью является, по нашему мнению, сектомания, как извращенный духовный антипод компьютеризированному аутизму. Последнюю вершину троичной оппозиции перспективных моделей индивидуального, социального и репродуктивного поведения в контексте эволюционной преадаптации составляют трансгендеры и примыкающие к ним лица с расстройством полового поведения. Они также представляют собой рабочую

модель будущей цивилизации биороботов, состоящих из киборгов, андроидов и смешанных вариантов, представляющих общество убежденных в собственной свободе, унифицированных индивидов, искусственно организуемых, контролируемых и управляемых умными эмоционально холодными высокофункциональными аутистами.

Носители РАС, трансгендеры, интернет-зависимые и кибер-люди, как представители патологического канала эволюционного процесса, будучи его преадаптивными моделями, альтруистично (то есть в ущерб собственному статусу), сигнализируют ныне живущему человечеству о перспективах антропогенного изменения экологии, о том, что они сами или их потомки, не сделавшись аутистами и цивилизованными гермафродитами, живыми компьютерами, окажутся неприспособленными к тем условиям жизни, которые сейчас создаются при их участии или при их молчаливом согласии. Пример тому – узаконивание третьего пола, антипсихиатрия, псевдодемократическая толерантность, ювенальная юстиция, отказ от культурных традиций и тому подобное. Но, на то мы и дважды «sapiens» (Homo sapiens sapiens**),** чтобы решать, сохранять ли себя в качестве «Homo».

Оглавление

Статьи

Абрамова М.Ф., Абрамов К.В.

Влияют ли методы медикаментозной и немедикаментозной терапии на восстановление нарушений развития (патогенез) речи у детей с ЗРР, ЗПРР, РАС, аутизмом? Значение УЗДГ для выбора терапии и реабилитации 5

Алиева Л.М., Орехова П.В.

Инновационный тренинг для пациентов с шизофренией «Фотовзгляд на себя и на мир» 12

Авакян Т.В.

Можно ли рассматривать учебный стресс как один из основных факторов риска суицидального поведения у подростков? 27

Басова А.Я.

Суицидальное поведение детей и подростков: постоянство или патоморфоз 36

Боголюбова-Кузнецова Д.В., Каздым Ю.И., Караневская О.В., Харламова Е.О., Шведовский Е.Ф.

К вопросу взаимовлияния коммуникативных и интеллектуальных навыков у детей с РАС 48

Брюхин А.Е., Оконишникова Е.В., Линева Т.Ю., Сологуб М.Б.

Клинические аспекты патоморфоза расстройств пищевого поведения 52

Бухбиндер М.В.

Прикладной анализ поведения в работе с детьми с РАС

Из опыта Центра им. Г.Е. Сухаревой 58

Бухбиндер М.В., Клокова А.О.

Особенности работы учителя-дефектолога с детьми и подростками с диагнозом «шизотипическое расстройство» 61

Волчкова Т.Ф., Собур В.В.

Особенности несуицидального самоповреждающего поведения у пациентов психиатрического стационара 64

Вренева Е.П.

Организация коррекционно-развивающей работы с ребенком с синдромом Ангельмана в условиях общеобразовательного учреждения 76

Захаревич О.Ю.

Актуальные вопросы психологической коррекции агрессивного поведения у детей с расстройствами аутистического спектра 79

Горбунова Е.А., Устинова Н.В.

Патологическое избирательно-ограничительное потребление пищи – расстройство пищевого поведения или капризы? 86

Ермакова М.В., Залманова С.Л.

Кризис и кризисные состояния, что нового? 96

Зверева Н.В.

Есть ли новые задачи клинико-психологической диагностики в условиях патоморфоза психических расстройств у детей и подростков? 101

Зинченко М.В.

Инструменты формирования гражданско-патриотического воспитания подростков с интеллектуальной недостаточностью и тяжелыми множественными нарушениями развития 113

Иванова М.А.

Консультативно-методическая помощь учителя-логопеда для родителей обучающихся с ОВЗ 118

Корнеева З.Ю., Ганин И.П., Соколов А.В., Васильев А.Н.

Особенности реакции ЭЭГ в ответ на специфические стимулы у пациентов с нервной анорексией 122

Кузьминова М.В.

Психосоциальное лечение как фактор личностного и социального восстановления в условиях патоморфоза психических заболеваний 136

Малиночка С.А.

«От школьного буллинга к кибербуллингу: глазами врача-психиатра» 143

Марголина И.А., Платонова Н.В., Иванов М.В., Балакирева Е.Е., Калинина М.А., Козловская Г.В., Куликов А.В., ШимоноваГ.Н., Шушпанова О.В., Блинова Т.В., Коваль-Зайцев А.А., Никитина С.Г., Голубева Н.И., Шалина Н.С.

Патоморфоз психических заболеваний у детей, история и перспективы изучения 153

Мельникова А.В.

Альтернативные методы обучения чтению применяемые в работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) 159

Оконишникова Е.В., Брюхин А.Е.

Избегающее / ограничительное расстройство приема пищи. Диагностика и терапия 165

Ольховская Ю.А.

Роль семьи в коррекционной работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья на уровне коммуникационного влияния 174

Ошевский Д.С., Солохина Т.А.

Эволюция подходов к пониманию функционального диагноза в психиатрии: от теоретической концептуализации до практического использования 177

Пережогин Л.О.

Влияние патоморфоза слагаемых аддиктогенного потенциала Интернет на формирование клинических форм интернет-зависимости 189

Платонова Н.В., Марголина И.А., Иванов М.В., Балакирева Е.Е., Калинина М.А., Козловская Г.В., Куликов А.В., Шимонова Г.Н., Шушпанова О.В., Блинова Т.В., Коваль-Зайцев А.А., Никитина С.Г., Голубева Н.И., Шалина Н.С.

Депривация в раннем возрасте как фактор формирования личностных особенностей 200

Тхостов А.Ш.

Культурно-исторические факторы патоморфоза психических расстройств 212

Устинова Н.В.

Наследственные болезни обмена веществ у детей – при чем тут психиатр? 219

Пронина Л.В.

Консультирование родителей, воспитывающих детей с интеллектуальными нарушениями 224

Резникова Т.С., Солонинкин В.Д., Марченко А.А., Лебедева М.А., Журавлев Д.В.

Стресс и автономная регуляция сердечно-сосудистой системы 238

Рыжов А.Л., Печникова Л.С.

Психологические аспекты нормализации и стигматизации психических расстройств в подростковом возрасте 244

Смирнов И.И., Серебровская О.В., Скипетрова Л.А., Черемин Р.А.

Аффективно-регуляторные нарушения как отягощающий фактор при речевых расстройствах у детей дошкольного возраста 253

Доклады

Абрамов А.В.

Патоморфоз психических расстройств у детей, роль психофармакологии 265

Безменов П.В.

Детская психиатрическая служба города Москвы. Векторы развития 269

Воскресенский Б.А., Бегматов Р.И.

О некоторых аспектах психиатрического диагноза 282

Иващенко Д.В.

Полипрагмазия или монотерапия психических расстройств у детей: за и против 292

Ильина А.А., Джавадова Э.И.

Особенности отношения современных подростков и их родителей к теме ментального здоровья и психиатрической помощи 296

Лобанова Г.В.

Роль семьи в абилитации детей с речевыми и ментальными расстройствами 303

Горбачева А.П., Гринцова Е.Я., Кнышева Е.Р., Лошинская Е.А.

Семейные традиции как основа профилактики ЗПРР и коррекционной работы с ребенком в домашних условиях 305

Мигяев О.К.

Фармакогеномика в психиатрии. Перспективы 309

Мохова С.Б.

Транзактный анализ как психологическая основа работы с детьми с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) 313

Польская Н.А.

Изменения в самоповреждающем поведении подростков за период 2007-2024 годы 315

Савина Е.А.

Нарушения импрессивной речи у детей с речевыми, коммуникативными и ментальными расстройствами 323

Садовникова Е.Н.

Эффективный вариант личностно-ориентированной логопсихокоррекционной системы для детей с заиканием в возрасте 5-10 лет 329

Сорокина В.В., Батышева Т.Т., Букинич А.М.

БОС как метод психологической коррекции детей и подростков, проживающих вблизи зоны боевых действий 332

Хайретдинов О.З., Рубакова Л.И.

Цифровой метаморфоз организации помощи в сфере ментального здоровья 338

Шевченко Ю.С.

Эволюционный патоморфоз психического онтогенеза 347

ISBN 978-5-9909532-8-4

9 785990 953284

Труды Центра им. Г.Е. Сухаревой, Том I, сборник статей под общей редакцией кандидата медицинских наук А.Я. Басовой, М. — 2024. — 363 с.

Редактор к.м.н. А.В. Соколов