

XV МНУХИНСКИЕ ЧТЕНИЯ



**КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД
К ТЕРАПИИ
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
У ДЕТЕЙ**

2017

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ПРАВИТЕЛЬСТВА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
СПБ ГКУЗ «ЦЕНТР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ
«ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ» ИМЕНИ С.С. МНУХИНА»
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

XV МНУХИНСКИЕ ЧТЕНИЯ

**«КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ»**

Научная конференция с международным участием
ПОСВЯЩАЕТСЯ
памяти профессора Самуила Семеновича Мнухина и 60-летию открытия
детской психиатрической больницы (СПб, Песочная набережная, д. 4)

СБОРНИК СТАТЕЙ
Под общей редакцией Ю.А. Фесенко, Д.Ю. Шигапова

Санкт-Петербург

2017

УДК 616.89-08-053.2(063)

ББК 56.14я43+57.3я43

П199

Мнухинские чтения (15; 2017; Санкт-Петербург).

П199 XV Мнухинские чтения "Комплексный подход к терапии психических расстройств у детей": научная конференция с международным участием, [16 ноября 2017 г.]: посвящается памяти профессора Самуила Семеновича Мнухина и 60-летию открытия детской психиатрической больницы (СПб, Песочная набережная, д. 4): сборник статей / под общей редакцией Ю.А. Фесенко, Д.Ю. Шигашова. — Санкт-Петербург: ОфсетПринт, 2017. — 204 с.

М-во здравоохранения Рос. Федерации, Ком. по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, СПб ГКУЗ "Центр восстановит. лечения "Детская психиатрия" им. С.С. Мнухина", С.-Петерб. гос. педиатр. мед. ун-т.

ISBN 978-5-9904408-9-0

Оргкомитет конференции:

Шигашов Д.Ю., главный врач ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, к.м.н.;

Рубина Л.П., Заслуженный врач РФ, второй главный врач ДПБ №9 (возглавляла больницу 40 лет);

Фесенко Ю.А., главный детский специалист-психиатр КЗ Санкт-Петербурга, зам. гл. врача ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, д.м.н., профессор кафедры клинической психологии СПб ГПМУ и коррекционной педагогики и коррекционной психологии ЛГУ им. А.С. Пушкина, заслуженный деятель науки и образования, Академик РАЕ;

Воронков Б.В., к.м.н., доцент кафедры психоневрологии ФУВ и ПП СПб ГПМУ;

Краснов Б.Ю., зам. гл. врача ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина

Программный комитет:

Макушкин Е.В., д.м.н., профессор, зам. генерального директора по научной работе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, главный детский специалист-психиатр МЗ РФ, Москва;

Незванов Н.Г., д.м.н., профессор, директор Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Председатель Российского общества психиатров, Главный психиатр Росздравнадзора;

Шигашов Д.Ю., главный врач ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, к.м.н.;

Фесенко Ю.А., главный детский специалист-психиатр КЗ Санкт-Петербурга; зам. гл. врача ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина; д.м.н., профессор кафедры клинической психологии СПб ГПМУ и коррекционной педагогики и коррекционной психологии ЛГУ им. А.С. Пушкина;

Воронков Б.В., к.м.н., доцент каф. психоневрологии ФУВ и ПП СПб ГПМУ;

Эйдемиллер Э.Г., д.м.н., профессор, зав. кафедрой детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова;

Макаров И.В., д.м.н., профессор, руководитель отделения детской психиатрии НИПИ им. В.М. Бехтерева, главный детский психиатр СЗФО

Гречаный С.В., д.м.н., зав. каф. психиатрии и наркологии СПб ГПМУ;

Пашковский В.Э., д.м.н., профессор кафедры психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова;

Краснов Б.Ю., зам. гл. врача по медицинской части ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина

При поддержке Российского общества психиатров

Сборник содержит статьи научной конференции с международным участием, посвященной памяти профессора С.С. Мнухина и 60-летию открытия детской психиатрической больницы (Песочная набережная, д.4).

Издание будет интересно врачам-психиатрам, психотерапевтам, клиническим психологам и всем тем, кто сталкивается в своей деятельности с детьми и подростками, имеющими психические расстройства. В сборнике представлены работы исследователей и практиков разных специальностей из регионов Российской Федерации, а также из других стран, что подчеркивает актуальность одного из важнейших факторов – комплексному подходу к терапии психических расстройств у детей на современном этапе.

ISBN 978-5-9904408-9-0

© ЦВЛ Детская психиатрия, 2017

© Коллектив авторов, 2017

© ОфсетПринт, оформление, 2017



Самуил Семенович Мнухин
(1902-1972)

С.С. Мнухин – виднейший советский психиатр, основатель ленинградской школы детских психиатров, выдающийся ученый и педагог, талантливый врач, обладавший тонкой клинической интуицией и даром эвристического мышления, организатор нервно-психиатрической помощи, руководитель кафедры психиатрии Ленинградского педиатрического медицинского института.

Личность Самуила Семеновича Мнухина, учителя многих поколений специалистов, всегда будет примером бескорыстного служения делу помощи страдающим детям и их семьям.

Имя выдающегося детского психиатра – **Самуила Семеновича Мнухина** решением топонимической комиссии Комитета по культуре Правительства Санкт-Петербурга в 2009 году присвоено Санкт-Петербургскому государственному казенному учреждению здравоохранения «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия».

Мнухин С.С.

О границах шизофрении у детей и подростков

(кафедра психиатрии Ленинградского педиатрического медицинского института)

*Пунктуация и выделение сохранены из оригинальной статьи

Несмотря на многочисленные работы о шизофрении у детей и подростков, выполненные за последние 50 лет отечественными и зарубежными авторами, многое в этой области продолжает оставаться все еще недостаточно ясным и спорным. Очень противоречивы до сих пор представления о частоте шизофрении, особенно у младших детей (до 10 лет), о возможности возникновения ее во внутриутробном периоде либо в самые первые годы жизни ребенка, о степени своеобразия картин, типов течения и исхода ее у детей. Столь же спорны пока и представления о существовании «мягких», «амбулаторных» или «субклинических» форм шизофрении у детей, равно как и представления о существовании таких «бурных» или «галопирующих» ее форм, которые заканчиваются глубоким слабоумием, полной утратой всей психической деятельности и речи, переходом в идиотию. В связи с этим недостаточно ясными остаются вопросы об отношении детской шизофрении к олигофрении, некоторым психопатическим состояниям, «детскому слабоумию» (*dementia infantilis*) Геллера, шизоформным синдромам грубо органического генеза и мн. др. Учитывая, что интенсивная разработка всех этих вопросов существенно важна не только для детской, но и для общей психиатрии, для разработки всей проблемы шизофрении в целом, мы позволим себе коснуться кратко, на основе многолетнего личного опыта в области детской психиатрии, некоторых наиболее важных из них.

1. Представляется целесообразным обсудить в первую очередь вопрос — существует ли врожденная шизофрения, может ли это страдание возникнуть в самые первые годы жизни ребенка (в возрасте 1 1/2—2 лет) и каковы при этом отношения между шизофренией и олигофренией?

Вполне определенный и положительный ответ на эти вопросы был сформулирован, в значительном соответствии со взглядами Крепелина, А.Н. Бернштейном, писавшим еще в 1912 году о том, что в части случаев «больные рождаются на свет с готовой болезнью», что в этих случаях «расцвет болезни резко проявлялся уже во время утробной жизни или в самых первых периодах детства». Клинические наблюдения, — писал А. Н. Бернштейн, — «наводят на мысль, что такого рода процесс (т. е. шизофренический — С. М.) может начаться еще раньше этого раннего возраста и дать картину идиотизма, т. е. слабоумия прирожденного, а не приобретенного». В последние десятилетия одни исследователи подчеркивали крайнюю редкость шизофрении у детей до 10 лет, а другие сообщали о своих наблюдениях над многими десятками детей, у которых шизофрения с явлениями аутизма, навязчивостями, галлюцинациями, кататонией и др. начиналась в преддошкольном возрасте — в 1 1/2—2 года и раньше.

Наш опыт свидетельствует о том, что нарушения психики, более или менее схожие с теми, которые считаются характерными для шизофрении, наблюдаются у детей самых ранних возрастов действительно совсем не редко. Достаточно показателен в этом плане тот факт, что за последние 5 лет нам довелось наблюдать 55 таких детей. Картины болезни всех этих детей, в основных своих чертах почти одинаковые, выражались главным образом в резком ослаблении и даже полном отсутствии интересов, целенаправленной активности и каких-либо контактов со всеми окружающими, в отсутствии прямых обращений к близким, в обильной, но лишенной содержания и цели речевой продукции, в склонности к эхололии и механическому воспроизведению обрывков речи окружающих. Эти дети говорят о себе в 3 лице («Миша хочет кушать», «он хочет гулять»), не способны ни на чем фиксировать внимания и бесцельно следят «отсутствующим взглядом» за происходящим вокруг них, а с другой стороны — часами застревают иногда на стереотипной возне с какой-либо веревочкой или кубиком. При отсутствии у большинства из них грубых степеней умственной отсталости, эти дети схватывают и в жизни, и на картинах лишь отдельные элементы, не умея и не стремясь уловить каких-либо связей между ними. У них резко ослаблены все безусловно-рефлекторные реакции — ориентировочные, пищевые, оборонительные — и часто отсутствуют более или менее адекватные эмоциональные реакции, из-за чего они нередко вообще не реагируют на приход и уход родителей, на пребывание в новой и необычной для них обстановке, на вид приготовления к уколу и на самый укол др. Отличаясь неловкой и неуклюжей моторикой многие из них с трудом и поздно научаются одеваться, нередко бесцельно и стереотипно подпрыгивают на месте, но вместе с тем хорошо запоминают и воспроизводят длинные стихи и сказки, мотивы и слова сложных песен. В большинстве случаев вялые и бездеятельные некоторые из них временами резко возбуждаются, бесцельно кричат и мечутся, что может породить впечатление; будто они галлюцинируют. В тех менее частых случаях, когда обрисованные нарушения психики выражены менее резко, дети способны овладеть, хотя и с трудом, элементарными школьными навыками. Они овладевают иногда программой 5—6 классов вспомогательной школы, но поведение их характеризуется той же бледностью инстинктивных и эмоциональных проявлений, малой и недостаточно целенаправленной активностью, склонностью к резонерству, нелепой фантастикой, никчемным «любопытством» и мудрствованием. У 6 из 55 больных этой группы отмечались необычные музыкальные, мнестические и счетные способности.

Как видно из сказанного, в картинах болезни описываемой группы детей имеется немало симптомов, действительно наводящих на мысль о шизофрении либо о постпроцессуальной психопатии «шизоидного» типа. И если признать эту трактовку их заболевания достаточно обоснованной, то окажется, что шизофрения действительно совсем нередкая болезнь детей младших возрастов. Однако опыт наш, частично отраженный в работах наших сотрудников, побуждает нас к заключению, что речь идет во всех этих случаях отнюдь не о

шизофреническом процессе, а о своеобразной, в большинстве случаев врожденной разновидности общего психического недоразвития, связанной с определенными внутриутробными либо интра- и постнатальными поражениями головного мозга.

Обращает на себя внимание в этом плане, во-первых, тот факт, что среди 55 больных описываемой группы, возраст которых в период пребывания под нашим наблюдением колебался от 4 до 16 лет, было 45-мальчиков и всего лишь 10 девочек. Во-вторых, у 38 из этих больных заболевание было безусловно врожденным, хотя и выявлялось оно более отчетливо на втором или третьем году жизни; у остальных 17 оно развилось в возрасте от 1 до 4 лет. В-третьих, в этиологии их болезни очень малую роль играли патологическая наследственность (у четверых), алкоголизм родителей (у одного) и постнатальные травмы (у четверых). Гораздо большую и даже значительную роль играли при этом ранние постнатальные токсикодистрофические и инфекционные заболевания, токсическая диспепсия, дизентерия, вакцинация и др. (15 чел.), асфиксия во время родов (18 чел.) и особенно различные внутриутробные вредности — главным образом тяжелые токсикозы, маточные кровотечения и инфекционные, заболевания беременных (28 чел.). В-четвертых, у 16 из 55 описываемых детей имела место явная задержка психомоторного развития (начало ходьбы и речи с 2 до 4 — 5 лет) и ещё у 5 — длительная утрата ходьбы и речи (на срок от 1/2 года до 2 лет) в связи с перенесенными истощающими заболеваниями. В-пятых, у 9 из детей этой группы отмечались грубые дисгенетические и церебрально-эндокринные нарушения (ожирение, врожденный птоз, фронтальный гиперстоз, недоразвитие одного глаза и др.), а у 11 детей — своеобразные эпилептиформные припадки, то возникавшие лишь на высоте случайных лихорадочных заболеваний, то протекавшие в виде эпилептических «статусов» с резким повышением температуры и различными нервно-вегетативными расстройствами. В-шестых, вопреки многочисленным указаниям на то, что при ранней шизофрении у детей сравнительно быстро и очень грубо поражается интеллект и речь — вплоть до полной утраты их, почти все больные описываемой группы обладали хорошо развитой и продолжающей развиваться речью и не малым, хотя и глубоко беспорядочным запасом жизненных умений и навыков. В-седьмых, даже в тех случаях, когда обрисованные нарушения психики выражены сравнительно нерезко, у детей выявляется необычно длительная неспособность овладеть чтением, письмом и счетом, а кроме того — неспособность перечислять в прямом, а тем более в обратном порядке, дни недели и месяцы, воспроизводить задаваемые им ритмы, ориентироваться в сторонах своего тела и др. Иначе говоря, у этих детей выявляются все те расстройства, которые характерны для выделяемой нами астенической формы общего недоразвития психики ребенка.

Следует к сказанному добавить, что в основе важнейших нарушений психики детей этой группы — в основе их отрыва от реальности, утраты ими интереса к активности, склонности говорить о себе в 3-м лице и др. —

лежит, с нашей точки зрения, отнюдь не аутизм, галлюцинации, навязчивые и бредовые переживания и т. п., а глубокое и вполне отчетливое недоразвитие всей безусловно-рефлекторной деятельности, крайняя слабость ориентировочных, пищевых, защитных и оборонительных реакций. Именно первичной недостаточностью подкорковых систем, этой слабостью «основного фонда» (И.П. Павлов) или «энергетической основы» психической деятельности объясняется, по-видимому, отсутствие каких-либо мотивов и целей в поведении описываемых детей, их глубокая апрозексия и — одновременно — проявления инертности, склонность к застреваниям и стереотипиям, полное отсутствие «психического напряжения», необычайная «атоничность» психики (а часто и мышечного аппарата), своеобразная «разряженность», внешне выглядящие как аутизм, абulia, паратимия, гебоидность и др. Важнейшая отличительная особенность этих детей заключается также и в том, что в тех случаях, когда удастся хотя бы ненадолго сосредоточить их внимание, они способны нередко дать вполне осмысленные ответы на вопросы и вполне адекватные эмоциональные реакции.

Ограничиваясь представленной краткой характеристикой клинических особенностей этой группы детей, мы полагаем, что их нарушения психики вполне правомерно было бы расценивать, в соответствии с указаниями Вейганда и др., не как проявления шизофрении, а как «шизоформную» разновидность олигофрении. По-видимому, именно при этой и сходных разновидностях общего психического недоразвития речь идет о детях, которые «много знают и мало умеют» (Блейлер), у которых преобладает «теоретический интеллект» (Занков). На основании сказанного правомерно также допустить, что разные по своей тяжести картины этой «шизоформной», или «атонической» олигофрении, связанной, по-видимому, с преимущественным поражением подкорковых или подкорково-лобных систем, зависят от возраста плода и ребенка в момент возникновения болезни, от характера и тяжести поражения его мозга. Не подлежит сомнению, что дальнейшее и более углубленное изучение таких детей подтвердит в еще большей мере недостаточную обоснованность и шаткость представлений о врожденной и «привитой» шизофрении, о «шизо-эпилепсии» и т. п.

2. В соответствии с нашим давним заключением и в согласии с другими авторами следует лишний раз подчеркнуть необходимость разграничения ранней детской шизофрении и «детского слабоумия» (*dementia infantilis*) Геллера. Эта последняя форма возникает, как известно, у вполне нормально развитых, но физически и психически слабых и хрупких детей и выражается в сравнительно быстро (в течение года!) нарастающем и полном распаде, психики и речи. Эти дети утрачивают все приобретенные до болезни навыки, бесцельно суетятся с утра до ночи, стереотипно подпрыгивают, раскачиваются либо кружатся на месте, неопытны, тащат все в рот; превращаясь в глубоких олигофренов, они сохраняют обычно тонкое «интеллектуальное» лицо.

Имеются указания, что «детское слабоумие» Геллера представляет собой сборную группу заболеваний, возникающих на основе различных пре- и постнатальных истощающих факторов, и что в рамки этой группы должны быть включены и некоторые «бурно» протекающие — «галопирующие» — формы ранней детской шизофрении, также сопровождающиеся, будто бы грубой деградацией психики и речи и развитием у детей глубокого «олигофренического дефекта».

Наблюдения, проведенные нами над 9 детьми с «детским слабоумием» Геллера и 12 детьми, страдавшими с 4—6—7-летнего возраста шизофренией, свидетельствуют о том, что в начальных стадиях болезни, особенно в течение первых месяцев, правильное распознавание и разграничение обеих форм оказывается иногда весьма затруднительным. Обе они возникают в дошкольном возрасте, у детей физически и психически грацильных, слабых, и выражаются в ослаблении у них аффективных связей с окружающими, в снижении интересов и активности, в неадекватности и непонятности поведения и др. При всем том речь идет в обоих случаях о качественно различных, с нашей точки зрения, формах болезни, из которых одна — *dementia infantilis* — представляет собою выражение одной из нередких у дошкольников разновидностей прогрессирующего, грубо деструктивного, по-видимому, абiotрофического поражения мозга, приводящего к глубокому слабоумливанию больных. Что же касается ранней детской, шизофрении, то в тех наших 12 случаях, где этот диагноз казался нам более или менее достоверным, ни грубо органического слабоумливания, ни органической деградации, а тем более полной утраты речи не было вовсе. Проявления шизофрении, в значительной мере схожие с таковыми у взрослых, возникали в этих случаях не раньше 3—4-летнего возраста и выражались в подлинном аутизме, в появлении у детей сравнительно простых, но все же вполне содержательных болезненных переживаний, в глубокой интраверсии и обусловленном ею ослаблении привязанностей и активности. У этих детей отмечалось с самого начала протрагированное течение болезни без каких-либо ремиссий, склонность к кататонически-гебефреническим проявлениям и в меньшей мере — отрывочные бредовые высказывания, галлюцинации и др. Многолетние катamnестические наблюдения над 7 из 12 этих больных показали, что даже спустя годы после начала болезни картины нарушений их психики остаются вполне характерными для шизофрении и не сводимыми к органическому либо олигофреническому дефекту.

Таким образом, в ряду патологических состояний детей дошкольного и дошкольного возрастов, кажущихся относящимися к шизофрении, следует различать, по нашему мнению, три формы: а) непрогрессирующую «шизоформную» или «атоническую» олигофрению разной тяжести; б) сравнительно быстро прогрессирующее и приводящее к глубокому органическому распаду психики и речи «детское слабоумие» Геллера и в) истинную шизофрению. При всем том, что все эти формы характеризуются некоторым сходством патогенетических механизмов

(хрупкость «почвы», влияние «мягких», астенизирующих вредностей) и клинических проявлений, их следует считать качественно различными, связанными с разными патологическими состояниями мозга.

3. Общим признанием пользуется взгляд, что в препубертатном и пубертатном возрастах шизофрения встречается заметно чаще и что картины ее у подростков ближе к таковым у взрослых. Вполне подтверждая это положение, следует, однако, подчеркнуть, что, судя по наблюдениям, проведенным в течение многих лет нами и нашими сотрудниками, частота шизофрении у подростков также, нередко переоценивается за счет неправомерного включения в ее рамки различных патологических состояний другого типа.

Ограничиваясь в данной связи лишь обобщенной характеристикой результатов этих наблюдений, отметим, что по данным нашей сотрудницы Л.С. Зуевой, многообразные и нередко тяжелые картины «настоящих» навязчивых состояний, ставящих детей на грань социальной декомпенсации, наблюдаются у них нередко на протяжении 5—6 лет и дольше при отсутствии даже малейших шизофренических изменений личности. В тех же сравнительно редких случаях, когда навязчивые состояния выявляются у детей и подростков в качестве «ведущей» части шизофренического процесса, и самый характер навязчивых проявлений (их «заумность», нелепость, недостаточная эмоциональная окраска), и общее состояние психики больных, на фоне которой они выступают, представляются даже на ранних стадиях болезни качественно совершенно иными.

На необходимость очень осторожной диагностической оценки затяжной бредоподобной фантастики, чаще возникающей у детей и подростков не при шизофрении, а при определенных ситуативных условиях у психопатов, указывает работа другой нашей сотрудницы — Н.В. Рябикиной. В этих случаях бредоподобные фантазии, стойко выступающие иногда в течение недель и даже месяцев, очень ярко эмоционально окрашены, насыщены конкретным содержанием, отражающим установки и устремления больного.

Врачи Е.В. Афанасьева, И.Н. Мелевская и ассистент Д.Н. Исаев показали в своей работе, что даже очень стойкие и более или менее строго систематизированные бредовые идеи изобретательства и реформаторства, изредка возникающие у подростков, не всегда относятся к параноидной шизофрении, что они должны иногда расцениваться как, выражение паранойяльного развития психопатов.

В нашей совместной работе с Е.И. Богдановой и Т.Н. Сахно было показано, что вопреки литературным указаниям следует с большой осторожностью относить к шизофрении те длительные и упорные формы отказа от еды, приводящие к тяжелой алиментарной дистрофии, которые возникают у подростков, особенно у девочек, в связи с кажущимся ожирением и стремлением похудеть. В этих случаях так называемой «нервной анорексии» (anorexia nervosa) речь идет о сложном недостаточно пока изученном синдроме, возникающем, а иногда и повторяющемся, в результате

сочетанного влияния конституциональных (астеники, инфантильно-грацильные), психогенных и эндокринных (недостаточность гипофиза, половых желез) факторов.

Наши многолетние наблюдения свидетельствуют равным образом и о том, что в противовес литературным указаниям далеко не всегда следует относить к шизофрении и затяжные картины синдрома дисморфофобии, проявляющиеся в бредовом убеждении больных, что из-за тех или иных мнимых физических недостатков (безобразного лица, противного запаха и др.) над ними смеются, их избегают и т. п. Обе последние формы, в патогенетическом плане действительно в известной мере близкие, представляют собой в большинстве случаев, как показали катанестические данные, различные по своей устойчивости и тяжести сверхценные, бредоподобные и бредовые комплексы, развивающиеся при определенных условиях у психопатических подростков другого, чаще сензитивно-астенического типа.

Общий вывод, вытекающий из сказанного, сводится к тому, что навязчивые состояния, затяжная бредоподобная фантастика, стойкий систематизированный бред, явления «нервной анорексии» и синдрома дисморфофобии выступают у детей и подростков в большинстве случаев как проявления или форма развития психопатической личности. В рамки шизофрении — медленно текущих ее форм — эти синдромы должны быть с осторожностью включены, с нашей точки зрения, лишь в тех не частых случаях, когда в силу особой структуры самих синдромов и тех общих изменений психики, на фоне которых они выступают, больные начинают в относительно короткие сроки декомпенсироваться, утрачивать аффективные связи с окружающими, становятся малопродуктивным, чужаковатыми и бездеятельными.

4. Не имея возможности остановиться на многих других важных вопросах дифференциальной диагностики шизофрении, в том числе и на важнейшем вопросе об отграничении ее от инфекционных психозов, мы касаемся вкратце лишь вопроса отношения периодической или интермиттирующей шизофрении у подростков к периодическим психозам другого типа.

Судя по литературным данным, так называемые «рекуррентные» формы шизофрении — периодические, интермиттирующие и др. — характеризуются нерегулярностью приступов, разной продолжительностью интервалов между ними (от 1/2 года до 10—20 лет), существенной ролью внешних вредностей в возникновении приступов, господством онейроидных, кататонических, аффективных и «фантастически грезоподобных» проявлений в их картинах и интермиссиями либо хорошими ремиссиями с длительной сохранностью работоспособности больных. В своей давней монографии Г.Е. Сухарева также указывала, что у подростков отмечается «волнообразность продвижения процесса», что особенно волнообразно протекает у них первый приступ шизофрении, «представляющий собою несколько, острых психотических вспышек с короткими интермиссиями между ними». Г.Е. Сухарева указывала

тогда, что каждая из этих вспышек, число которых иногда велико, может длиться от нескольких дней до 1—2 месяцев, что она совпадают нередко с менструальным циклом, характеризуются острым началом и концом, частотой онейроидных, делириозных и аментивных нарушений сознания, длительным отсутствием у больных специфических изменений личности и др. Следует в данной связи подчеркнуть, что более соответствующими действительности являются, с нашей точки зрения, более поздние данные Г.Е. Сухаревой — и в частности тот факт, что в последнем издании своего руководства она в главе о подростковой шизофрении почти вовсе не говорит о периодическом либо интермитирующем течении этого страдания и выделяет периодические психозы у подростков из шизофрении, рассматривая их как отдаленное последствие мозговых инфекций и травм.

Не затрагивая в данной связи сложной и спорной проблемы периодических психозов в целом, следует, во-первых, подчеркнуть, что само понятие «периодические психозы» стало в последнее время очень расплывчатым, что оно без основания отождествляется с понятиями «рецидивирующие», «эпизодические», «циркулярные», «интермитирующие», «фазные» и др. Во-вторых, нельзя не подчеркнуть также, что если под периодическими понимать, в соответствии с взглядами ряда отечественных и зарубежных авторов, лишь психозы, характеризующиеся более или менее строгой периодичностью приступов, т.е. примерно одинаковой продолжительностью их самих и интервалов между ними, стереотипностью их картин, преобладанием в них различного типа нарушений сна и сознания, острыми началом и концом, временной связью с менструациями, а главное — отсутствием у больных каких-либо изменений психики даже после многих приступов и др., то случаи подлинно периодического течения шизофрении представляются у подростков, судя по нашим наблюдениям, весьма редкими и, пожалуй, спорными. Опыт наш показывает, что в случаях приступообразного течения шизофрении у подростков сравнительно быстро выявляются вполне отчетливые и характерные изменения психики, хотя и не всегда сразу приводящие больных к утрате трудоспособности и к социальной декомпенсации.

Все сказанное свидетельствует о том, что границы шизофрении у детей и подростков представляются все еще недостаточно определенными и что при установлении этого диагноза у лиц юных возрастов необходима особая сдержанность и осторожность.

От составителей сборника

Проблема нервной анорексии была всесторонне освещена на городской научно-практической конференции «Нервная анорексия в детском и подростковом возрасте: основные аспекты диагностики, лечения, междисциплинарного взаимодействия» 9 сентября 2015 года, проведенная Комитетом по здравоохранению, Санкт-Петербургским «Городским центром медицинской профилактики»; Санкт-Петербургским КДЦ «Ювента», ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина и СЗГМУ имени И.И. Мечникова. По разным причинам сборник статей с материалами выступлений на конференции не был напечатан. Представленная ниже статья С.С. Мнухина с соавторами, демонстрирует взгляд на это тяжелое заболевание исследователей середины прошлого столетия. Вопросы, поднятые в ней, не потеряли свою актуальность и через 50 лет, когда заговорили уже об «эпидемии анорексии». Сегодня эта патология вызывает интерес у специалистов разного профиля, а лечение нервной анорексии, по общему мнению, тоже должно проводиться комплексным способом, с участием многопрофильной профессиональной команды специалистов.

Об этом свидетельствуют и статьи, не напечатанные ранее, о чем сказано выше, но взятые в сборник «XV Мнухинских чтений».

К вопросу о психогенных реакциях у детей

(Вопросы детской психоневрологии: Труды государственного научно-исследовательского психоневрологического института имени В.М. Бехтерева, Т. XXV, 1961 г.)

*Пунктуация и выделения сохранены из оригинальной статьи

Почти всеми исследователями подчеркивается, что у детей чаще наблюдаются «моносимптоматические» неврозы в виде нарушений со стороны отдельных органов и систем и сравнительно простые реактивные психотические состояния шокового и субшокового типов.

Мы остановимся в данном предварительном сообщении не на одной какой-либо форме, а на нескольких менее частых и разработанных практически особенно важных формах психогенных реакций у детей.

I. На протяжении почти всего последнего столетия появлялись исследования, касающиеся одной сравнительно редкой, но очень своеобразной и до сих пор недостаточно изученной формы заболевания, возникающего у подростков и издавна известного под названием «нервная анорексия» (anorexianeurotica). Это заболевание, очень точно обрисованное в недавней ценной работе К.А. Новлянской, появляется преимущественно у девочек в возрасте 13—16 лет. Оно возникает обычно у хорошо психически развитых детей— у живых, активных, с широкими интересами, иногда явно нервных — замкнутых, застенчивых, обидчивых, слегка инфантильных в поведении, требовательных к себе и окружающим. У некоторых из них отмечается наследственная отягощенность нервно-психическими заболеваниями либо различные истощающие заболевания в раннем детстве.

Спонтанно либо под влиянием случайных замечаний окружающих лиц у этих детей возникает исключительно упорное стремление быть и казаться тощими, худыми, бороться с будто-бы уже имеющейся либо угрожающей им полнотой. Они начинают все больше ограничивать себя в еде, вплоть до полного отказа от пищи, истощают себя физическими упражнениями, прибегают к слабительным и рвотным средствам, диссимулируют свое заболевание либо становятся агрессивными к родственникам и персоналу, пытающимся накормить их, и достигают, в конечном счете, тяжелых, угрожающих жизни степеней алиментарной дистрофии, сопровождающейся не только резким общим исхуданием, но и гипотермией, акроцианозом, брадикардией, аменореей и др. Это заболевание характеризуется необычайной однотипностью картин и затяжным течением; у части больных оно заканчивается полным выздоровлением, а у других обнаруживает тенденцию к рецидивам.

Патогенез и нозологическая принадлежность этого страдания пока недостаточно ясны. Полагают, что в возникновении его играют существенную роль различные психические травмы, пубертарный возраст и сопровождающие его эндокринно-вегетативные сдвиги в организме, слабость гипофизарно-диэнцефальных аппаратов, патология проприо- и интероцептивных импульсов и связанное с ней «изменение самоощущения подростка» и др. В

нозологическом плане это страдание расценивается то как проявление шизофрении, то как невроз, «психондокринный синдром», затяжная психогенная реакция при тяжело протекающем периоде полового созревания и т.п. Характерно, что К.А. Новлянская лишь у 3 из 11 своих больных с уверенностью исключила шизофрению, у остальных же она считала этот диагноз бесспорным либо вероятным.

За последние 3 года мы длительно наблюдали 7 подростков с совершенно типичными картинами «нервной анорексии» (6 девочек и один мальчик). У всех заболевание возникло в 14—16 лет, стремление к похуданию носило характер стойкой сверхценной либо бредовой идеи, а истощение достигало степени тяжелой дистрофии. Характерно, что даже на высоте болезни, на фоне явной угрозы их жизни, эти подростки продолжали оставаться вполне доступными, активными, заинтересованными в окружающем. Проявляя полное отсутствие критики к своей болезни, они и в этих состояниях продолжали добиваться дальнейшего похудения. У 5 из 7 наших больных отмечались в семьях нервно-психические заболевания (психопатии, шизофрения, эпилепсия), у 2 — астенизирующие соматические заболевания незадолго до начала болезни, у 4 — нерезкие эндокринные нарушения (клинические черты евнухоидизма и надпочечниково-полового синдрома), у 2 — умеренный фронтальный гиперостоз. Четверо из наших больных полностью поправились, а у трех остальных, поправившихся после энергичного лечения, наступили рецидивы, обусловленные в значительной мере обострением семейных неурядиц.

Основной вывод, вытекающий из наших наблюдений, сводится к тому, что ни у одного из наших больных решительно никаких признаков шизофрении не было и что типичные картины нервной анорексии к шизофрении относить не следует. Этому выводу нисколько не противоречит, как нам кажется, тот факт, что при лечении инсулиновыми гипогликемиями и аминазином нам удалось у 3 таких больных добиться отчетливого успеха.

Наряду с типичными случаями, нам довелось наблюдать и атипические случаи «нервной анорексии», распознавание и правильная трактовка которых еще более затрудняется, о чем может свидетельствовать краткая выписка из истории болезни одной из наших больных.

Б-ая Ч-ва, 15 лет. Отец алкоголик, оставил семью; мать — нервная, неуживчивая, дерется с соседями. Больная развивалась совершенно нормально, учится в 9 классе; всегда была впечатлительной, обидчивой, «тонкой», скрывала от всех уход отца из семьи, часто тайком навещала его. В возрасте 13—14 лет перенесла ряд психических травм, сочетавшихся с состоянием большого физического перенапряжения. Стала в этот период хуже есть. Спусти 1/2 года ей пришлось ухаживать за парализованной бабушкой, очень уставала. В дальнейшем тяжело переживала отказ тетки, материально очень обеспеченной, взять бабушку к себе. Примерно с этого времени девочка стала особенно плохо есть, а в дальнейшем стала регулярно отказываться от всякой пищи, кроме овощей, фруктов и сахара. При попытках накормить ее чем-либо другим (мясо-молочными продуктами и др.), у нее и сейчас появляется рвота. За время болезни очень похудела (на 11 кг) и весит сейчас 42 кг при росте 152 см. Менструации появились у больной в 13 лет, в связи с голоданием отсутствовали около полугода и возобновились лишь ненадолго после лечения ее в эндокринологическом отделении прогестероном. В таком состоянии девочка остается и сейчас, после 1,5 месячного

пребывания в нашей больнице. Никаких других нервно-психических нарушений у нее не обнаружено.

Как видно из сказанного, картина заболевания данной больной отличается от картин «нервной анорексии», во-первых, тем, что у девочки нет полного отказа от еды, а во-вторых, тем, что это частичное ограничение в еде не мотивируется у больной желанием похудеть. Имеются, однако, основания полагать, что значительное исхудание девочки, сопровождающееся рвотами и аменореей, дает основание думать и в этом случае «о нервной анорексии».

II. Ограничиваясь сказанным в отношении нервной анорексии, мы очень кратко остановимся на вопросе о детской истерии. О разнообразии ее проявлений написано сравнительно много. Не останавливаясь поэтому на широко известных клинических симптомах этого страдания у детей, мы хотели бы, на основе наблюдений над 9 девочками и 2 мальчиками в возрасте от 12 до 16 лет, подтвердить литературные данные о необычайной грубости истерических проявлений у детей и большой динамичности их у одного и того же больного. Для иллюстрации этого положения может служить выписка из истории болезни следующей больной.

Б-ая И-ва, 15 лет; отец — алкоголик, брат — дебил, у матери — психопатические черты личности. С ранних лет возбудима, неуживчива, лжива. С 13 до 14 лет перенесла ряд операций — тонзиллэктомию, удаление желчного пузыря и аппендэктомию. Стала в связи с этим особенно нервной и капризной. Во время приступа аппендицита, протекавшего с высокой^о, не смогла самостоятельно помочиться, выпускали мочу катетером. С тех пор больная самостоятельно не мочилась, приходилось регулярно 2 раза в день ее катетеризировать. Неоднократно госпитализировалась в связи с этим вначале в урологические и терапевтические, а затем, после присоединения более явных нервно-психических расстройств — в различные психоневрологические стационары. В течение завершающего трехмесячного пребывания в нашей больнице картина болезни девочки была очень изменчива и многообразна. Отмечалась упорная задержка мочи, вынуждавшая дважды в сутки больную катетеризовать, а кроме того — одновременно либо последовательно — грубо истерические припадки и яркие сумеречные состояния сознания, резко выраженные явления астазии — абазии и совершенно нелепые проявления пуэрилизма и псевдодементности (называла всех окружающих, в том числе и мужчин, «тетей»), сюсюкала, жаловалась — «головка бобо» и т. д.). Была манерна, капризна, неистово кричала, каталась по полу при недостаточно быстром удовлетворении ее требований. Спустя 3 месяца полностью поправилась — начала самостоятельно мочиться, стала упорядоченной в поведении. После выписки неплохо учится в школе, без особых трудностей уживается дома. Каких-либо признаков органического поражения мозга у больной не было обнаружено.

Яркая и характерная симптоматика на высоте болезни не оставляла никаких сомнений в том, что у описанной больной — истерия. Однако начальная задержка мочи, развившаяся у нее после нескольких перенесенных операций, не случайно заставляла врачей настойчиво искать грубосоматическую основу страдания. Столь же массивные картины многомесячной полной обездвиженности, астазии — абазии, истерических припадков и сумеречных состояний сознания, с трудом отличимых иногда от картин подкорковых и дисцефальных поражений мозга, особенно от ревматических поражений его, имели место у ряда других наших больных. Очень характерна в этом плане картина болезни, следующей больной.

Б-ая К-ик, 13 лет. Родилась в асфиксии, но развивалась вполне нормально. В 8 лет — затяжная ангина. В дальнейшем часто жаловалась на головные боли с тошнотой и чувство жара в теле, появлявшиеся будто бы приступами длительностью до нескольких часов. В 12 лет перенесла тонзиллоэктомию, после чего стала еще более нервной, возбудимой, тревожной. Обучаясь в 6 классе, жаловалась, что временами будто бы утрачивает зрение на период от нескольких минут до нескольких часов. Кроме того, у нее стали появляться припадки, во время которых, судя по анамнезу, в течение 1/2 часа резко сводит ноги и руки, особенно пальцы на руках, наступает дрожь «вроде озноба» и слезы. Утверждает, что временами окружающие предметы кажутся раздвоенными, измененными по форме, плавно движущимися. Всегда нервна, обидчива, плаксива. Менструаций еще нет.

Учитывая эти анамнестические данные, можно было бы предполагать, что у девочки ревматическое заболевание головного мозга со своеобразными пароксизмами, психосен-зорными расстройствами и др. В стационаре, однако, выяснилось, что припадки у девочки носят грубо истерический характер; такой же характер носили, по-видимому, и наблюдавшиеся у нее эпизоды утраты зрения. Кроме того, в больнице выявились нарастающая астазия-абазия, эпизодические состояния пуэрилизма, манерность и претенциозность в поведении и т. д. Все это заставляло думать, что эти проявления больной не следует расценивать как истериформные реакции, иногда возникающие на фоне ревматического энцефалита, а как «настоящую» истерию.

В заключение столь же кратко остановимся на сравнительно частых психогенных расстройствах речи у детей. Помимо заикания, особенно у младших детей, возникает нередко очень стойкий мутизм, выступающий обычно на фоне общего эмоционального напряжения, боязливости, обидчивости, настороженности и недоверчивости ребенка. Красочную иллюстрацию этого положения представляет история болезни следующей нашей больной.

Больная И-ва, 10 лет. В наследственности — ничего патологического. Беременность девочкой, роды и раннее развитие самой больной протекали без заметных отклонений. В 2,5 года заболела туберкулезом позвоночника и в течение 5 лет бесперывно находилась в специальном санатории. В санатории девочку лишь изредка посещал отец; на свиданиях она обычно плакала, очень просилась домой. После выписки из санатория резко изменилась в поведении — вовсе перестала разговаривать с родителями, общалась только с сестрами и братьями, да и то только в отсутствии родителей. В 8 лет поступила во 2 класс школы-интерната. В школе она также ни с кем из взрослых не разговаривала, на вопросы педагогов не отвечала, все задания выполняла письменно. В течение 4-месячного пребывания в больнице обычно спокойна; вначале избегала всех окружающих, была замкнутой, настороженной. В дальнейшем стала общаться и разговаривать с детьми, но с учителями и медицинским персоналом, особенно с врачами, не разговаривает до сих пор. Каких-либо симптомов органического поражения мозга не найдено.

Наряду с такими сравнительно мягкими и в общем известными формами нарушений речи, тяжелые острые шоковые психические травмы могут, судя по нашим наблюдениям, вызывать, особенно у младших детей в периоде становления и развития речи, и более грубые расстройства ее, вплоть до стойкой и полной утраты речи, а иногда и речевого слуха. Из 7 таких больных, находившихся под нашим наблюдением, заслуживает особого внимания девочка Л-ва, развивавшаяся вполне нормально и перенесшая в 8 лет тяжелейший испуг в связи с тем, что была заперта забравшимися в дом ворами

на кухне. Вскоре стала жаловаться на шум в ушах, а затем перестала слышать. К 10 годам постепенно ухудшилась речь. В 8,5 лет, т. е. вскоре после утраты слуха, находилась в течение 4 месяцев на обследовании в институте уха, горла и носа, где диагностировали функционального типа глухоту. В нашей больнице никаких нарушений психики не отмечалось. Предъявляла полную глухоту, однако при исследовании кожно-гальванических рефлексов и биоэлектрической активности мозга удавалось выявить отчетливые реакции не только на звуковые раздражения, но и на речь.

Позволительно поставить в связи со сказанным вопрос, не могут ли в известных случаях шоковые психические травмы порождать у детей не только обратимые состояния торможения, но и стойкие формы дезорганизации деятельности анализаторных систем, особенно слухоречевой?

В рамках краткой статьи мы лишены возможности коснуться ряда других важных вопросов, в частности — вопроса о различных депрессивных, депрессивно-бредовых, депрессивно-ипохондрических и других подобных состояниях, возникающих у детей в связи со школьными неудачами и обидами на учителей и родителей, иногда вполне обоснованными, в связи со смертью родных, разладом в семье, появлением отчима и мн. др. Многолетний опыт нашей работы в области детской психоневрологии свидетельствует со всей очевидностью о постепенном уменьшении частоты психогенных реакций у советских детей, обусловленном бесспорно прогрессивным повышением материального и культурного уровня жизни населения.

Все сказанное свидетельствует вместе с тем о том, что эта проблема продолжает оставаться пока — и в теоретическом и в практическом планах — достаточно актуальной. Организация помощи детям, страдающим невротами и реактивными психозами, должна быть предметом серьезного внимания психоневрологических учреждений.

Макушкин Е.В.

Системные ведомственные и межведомственные вопросы сбережения психического здоровья детей и подростков страны

Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени
В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

По данным ВОЗ (2006), около 20% детей во всем мире имеют проблемы психического здоровья. В 7-м международном отчете ВОЗ (2016), посвященном исследованию здоровья и благополучия детей и подростков, основное внимание уделяется влиянию социальных факторов (семья, взаимоотношения с родителями, сверстниками, одноклассниками), оказывающих ключевое воздействие на формирование и психическое благополучие несовершеннолетних. В Российской Федерации на протяжении не менее 20 последних лет также, как и международными экспертами в здравоохранении, подчеркиваются направления детской и социальной детской психиатрии,

включая задачи психосоциального формирования ребенка с проблемами развития и поведения, приобретение им «социальной идентификации», с необходимостью развития психокоррекционных служб, обеспечивающих коррекцию на междисциплинарном медико-социальном, медико-психолого-педагогическом уровнях. Соответственно сегодня четко можно определить ключевые и системные понятия, определяющие перспективы развития клинической, детской, подростковой и социальной психиатрии детства, а также задачи организации профильных служб, как-то:

- понятие психосоциально обусловленное психическое расстройство;
- социальные последствия нарушений психического здоровья у несовершеннолетних;
- эмоциональный дистресс и ПТСР, обуславливающие серьезные личностные нарушения, стойкие девиации поведения, включая противоправные рецидивы поступков;
- многокомпонентная и разветвленная структура социально-психиатрической помощи детям и подросткам, включая организацию психиатрической помощи вне специализированных детских лечебно-профилактических учреждений.

Детская психиатрия как научно-практическое направление клинической и социальной психиатрии [Дмитриева Т.Б., 1998; Вострокнутов Н.В., 2008, 2016] продолжает свое формирование, изучая влияние социальных, культуральных, экологических факторов, социальных дистрессов на:

- психическое здоровье и психическое развитие ребенка с анализом – особенностей его социального функционирования в наиболее значимых сферах жизнедеятельности (семья, обучение, досуг и микросоциальная среда, негативное социальное окружение, связанное с криминализацией, воздействием психоактивных веществ, информационной среды и киберпространства);
- психосоциальное, личностное развитие ребенка в условиях специализированных социальных структур (приемные и патронатные семьи, специальные образовательные учреждения для детей с дефектами и расстройствами поведения, социальные учреждения охранно-защитной и реабилитационной направленности, дома ребенка, социальные приюты, воспитательные учреждения для детей с девиантными формами поведения);
- формирование и динамику социально обусловленных психических расстройств.

Анализ современной международной практики развития социотерапевтической и реабилитационной помощи детям показывает, что одной из ведущих проблем психического здоровья и оптимального психосоциального развития является проблема гармоничной социализации ребенка в микро- и макро- социумах.

Соответственно можно и необходимо изучать социальные последствия психического здоровья/нездоровья детей для общества, что определяет

формулирование важной социальной проблемы – необходимость поддержания в обществе оптимального уровня психического здоровья детей, их функционирования с максимально позитивным развивающим влиянием социальной среды на формирование детской психики.

Напротив, при негативных социо- и макроэкономических прогнозах, издержки бремени экономических, демографических и трудовых потерь вследствие инвалидизации в детском возрасте, становятся очевидными.

Средовая психическая дезадаптация не существует вне конфликтных или кризисных отношений «Я» ребенка с его окружающим миром и самим собой. Поэтому понятием, которое углубляет положение о средовой психической дезадаптации, является понятие о «социальном стрессе (стрессоре) и дистрессе». Общеизвестен факт, что в силу возрастной недееспособности (незрелости) и эмоциональности дети, с одной стороны, чрезвычайно зависимы от взрослых - родителей, опекунов или лиц, осуществляющих за ними уход и заботу, а с другой - крайне чувствительны к обстоятельствам окружающей жизни, воздействию информационной среды, киберпространства, определенным маргинальным тенденциями и «модам» субкультуральных подростковых и молодежных сообществ. Соответственно все чаще наблюдаются осознанные и подсознательные реакции социально незрелых, мало адаптированных подростков, приводящие к нарушениям социализации, духовному кризису, личностному аномальному реагированию, вплоть до парасуицида и суицида. Суицида вследствие жестокого обращения, психотравмирующих переживаний и оскорблений, нанесенных в семье и сверстниками, либо суицида вследствие провоцирования, подталкивания, воздействия путем информационной психической «индукции» из закрытых сетевых достаточно агрессивных и провокационных «суицидальных сообществ».

Отличительной особенностью детской психики и детского организма является то, что на тяжелые или длительные стрессы ребенок преимущественно реагирует дистрессом - патологической, болезненной реакцией дезадаптации.

При оценке любого дистресса у детей и подростков психологам и детским психиатрам необходимо оценивать следующие параметры:

- нарушения психической деятельности (собственно психические расстройства), включая появление стойких поведенческих девиаций;
- изменения соматического состояния, включая дисфункциональные и соматоформные расстройства;
- отклонения в возрастном психофизическом и психическом развитии («психический дизонтогенез»), включая понимание социальной инфантилизации либо, напротив, социальной акселерации;
- нарушения личностного развития и типов личностного реагирования;
- нарушения семейной, школьной, социальной адаптации с формированием химических и нехимических вариантов аддикций, криминальной активностью и другими отклонениями поведения, нуждающимися в психокоррекции.

Организация детской психиатрической службы

В Российской Федерации функционирует только 3 самостоятельных лечебных учреждения психиатрического профиля и мультидисциплинарной структуры по специфике организации помощи детям: Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы», СПб ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина» в г. Санкт-Петербурге, ГКУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница» в г. Волгограде.

Остальные «детские психиатрические центры» и их подразделения, как правило развернуты на базах крупных областных, краевых, республиканских психиатрических учреждений субъектов Российской Федерации.

Стационарная медицинская помощь детям с психическими расстройствами и расстройствами поведения оказывается в специализированных отделениях стационаров психиатрического профиля. Кроме того, данный вид помощи при отдельных видах патологии оказывается в психоневрологических отделениях детских общесоматических больниц.

Амбулаторно-поликлиническую психиатрическую помощь (консультативная, лечебная и диагностическая деятельность) детскому и подростковому контингенту больных в стране оказывают специализированные кабинеты, входящие в состав районных (окружных) психоневрологических диспансеров, а также в ряде случаев – на базе детских поликлиник. В детской психиатрии специализированная помощь базируется на участковом (территориальном) принципе обслуживания детей и подростков. Одна ставка участкового психиатра рассчитывается, исходя из 15 тыс. обслуживаемого детского населения. В перерасчете на 10 тыс. человек детского населения – это уровень, равный 0,67.

Внестационарное звено:

- амбулаторная помощь в структуре психиатрического учреждения (психоневрологического диспансера);
- психиатрический прием в детской общесоматической поликлинике, включая диспансеризацию и скрининг, направленный на выявление нарушений развития, детской шизофрении и расстройств аутистического спектра;
- работа бригадным мультидисциплинарным методом в отдаленных районах субъекта;
- работа вне специализированных детских лечебно-профилактических учреждений, в специальных коррекционных образовательных учреждениях, школах компенсирующего типа, социальных приютах, интернатских учреждениях, кризисных центрах и проч.;
- телефоны доверия (отдельная «горячая линия» для детей и подростков – передовой опыт в стране осуществлен специалистами «Центра

восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», г. Санкт-Петербург);

- организация приема психологами и психиатрами (психотерапевты) на уровне женских консультаций при протроне беременности и подготовки беременных к родам.

Стационарное звено:

- профильная помощь в стационарном отделении психиатрической больницы (стационары детский, подростковый);
- дневной стационар (детский и подростковый).

Задачам современного здравоохранения в области охраны психического здоровья детей и подростков соответствует деятельность тех психиатрических учреждений, которые организовали и развивают дальнейшую работу по следующим направлениям:

- разработка и внедрение современных медицинских и организационных технологий, в том числе стандартов и клинических рекомендаций и показателей оценки качества деятельности учреждения (службы);
- назначение главного детского психиатра субъекта (из числа наиболее компетентных специалистов по профилю);
- главные детские внештатные психиатры в Федеральных округах Российской Федерации утверждаются Минздравом России;
- взаимодействие с ответственным лицом (либо лицами), непосредственным куратором вопросов охраны здоровья детей и профильных медико-социальных вопросов на уровне органа управления здравоохранением и социальным развитием субъекта РФ;
- межведомственное взаимодействие с органами образования, социальной защиты по медико-социальным вопросам, в том числе по проблемам превенции детского и подросткового суицида, вопросам организации суицидологической помощи, предупреждению детской инвалидности;
- взаимодействие с судебными органами - по аспектам профилактики безнадзорности, беспризорности, криминальной активности, наркомании и зависимости от ПАВ у несовершеннолетних и также превенции суицида;
- выявление детей из групп риска, включая детей, подвергшихся жесткому обращению, насилию;
- привлечение новых специалистов и системная профильная подготовка кадров в ведущих учреждениях страны и на кафедрах детской психиатрии;
- взаимодействие с федеральными научно-исследовательскими институтами и центрами по организационно-методическим вопросам оказания психиатрической помощи детско-подростковому населению;
- осуществление поддерживающей помощи родителям или лицам, их заменяющим, в семьях, имеющих психически больного ребенка;

- возможность предоставления стационарных услуг матери и ребенку с проблемами развития и поведения (палаты «мать и дитя») – современный опыт специализированных клиник в мегаполисах;
- международное сотрудничество в области охраны психического здоровья детей;
- системное обновление инструментально-диагностической и коррекционно-реабилитационной базы в амбулаторном и стационарном звеньях службы, либо взаимодействие с профильными клиниками, кафедрами и научными центрами по проблемам генетических, нейробиологических, нейровизуализационных (МРТ, ЯМР), иммунологических исследований;
- развитие скрининговых программ;
- развитие информационных технологий, включая цифровые телемедицинские, путем осуществления консультирования специалистов по системе «врач-врач» и проведение междисциплинарных консилиумов регионального и федерального уровней с привлечением специалистов разной профессиональной подготовки и специализации.

Подводя итог сказанному, подчеркнем, на современном этапе развития государственного здравоохранения очень высокие требования предъявляются к специфике деятельности, как детской психиатрической службы, так и каждого детского (подросткового) психиатра в отдельности. Современный практикующий специалист и организатор-руководитель должны быть хорошо ориентированы практически во всех приведенных далее базисных социальных, ведомственных и межведомственных проблемах.

Среди них:

а) Клинико-эпидемиологические (статистические, табл. 1, табл. 2)

В сопоставлении и оценке работы деятельности своего поликлинического участка, стационара в разрезе с деятельностью детской психиатрической службы города, области, края, субъекта и деятельностью детской психиатрической службы страны.

Детскому психиатру и руководителю профильного звена необходимо проводить мониторинг деятельности, анализ качества и эффективности оказания помощи населению на участке своей деятельности (амбулаторное звено, стационар, ПНД, Больница, Центр). Важными критериями оценки являются: показатели первичного выявления психических расстройств и их нозологическая структура; первичный выход на инвалидность; функция врачебной должности; показатели суицидов среди детей и подростков.

Таблица 1

Показатели болезненности по психическим расстройствам среди детей и подростков в СЗФО, Санкт-Петербурге и Российской Федерации (чел.)

2016 г.	0-14			15-17			0-17		
	РФ	СЗФО	Санкт-Петербург	РФ	СЗФО	Санкт-Петербург	РФ	СЗФО	Санкт-Петербург
Всего обратились									
Зарегистрировано больных в течение года	710 981	67 647	28 123	185 147	16 366	4 515	896 128	84 013	32 638
из них: с впервые в жизни установленным диагнозом	130 578	13 687	5 797	18 636	1 626	431	149 214	15 313	6 228
Стационарные									
Поступило больных детей в 2016г	59 334	4 565	1 731	20 460	1 679	527	79 794	6 244	2 258
Состоит на конец года	4 170	577	312	1 904	184	52	6 074	761	364

Таблица 2

Сравнительные показатели диспансерного наблюдения и инвалидности вследствие психических расстройств в группе детей и подростков в СЗФО, Санкт-Петербурге и Российской Федерации (чел.)

2016 г.	0-14			15-17			0-17		
	РФ	СЗФО	Санкт-Петербург	РФ	СЗФО	Санкт-Петербург	РФ	СЗФО	Санкт-Петербург
Диспансерные									
С впервые в жизни установленным диагнозом	21 123	1 918	1 107	2 993	321	155	24 116	2 239	1 262
Состоит под наблюдением на конец года	184 914	18 312	10 410	61 000	5 883	2 271	245 914	24 195	12 681
Консультативные									
С впервые в жизни установленным диагнозом	109 455	11 769	4 690	15 643	1 305	276	125 098	13 074	4 966
Состоит под наблюдением на конец года	447 474	38 331	11 222	99 466	7 341	1 006	546 940	45 672	12 228
Диспансерные + консультативные									
С впервые в жизни установленным диагнозом	130 578	13 687	5 797	18 636	1 626	431	149 214	15 313	6 228
Состоит под наблюдением на конец года	632 388	56 643	21 632	160 466	13 224	3 277	792 854	69 867	24 909
ДЕТИ-ИНВАЛИДЫ									
Впервые признанные инвалидами							15 907	1 307	675
имеющие группу инвалидности на конец года							136 755	11 500	4 720

Оптимально проводить сравнительный анализ со среднероссийскими показателями. Особое значение имеют соблюдение стандартов оказания помощи, качество диспансерного наблюдения, знание клинических рекомендаций (протоколы) по ведению больных.

В продолжение сказанному специалистам службы в регионах необходимо также ориентироваться в ряде проблемных вопросов и практически ежедневно решать их, как-то:

- b) Законодательные;**
- c) Организационные (комплексные);**
- d) Клинические (онтогенетические);**
- e) Междисциплинарные, лечебно-коррекционные и медико-реабилитационные;**
- f) Превентивные (предупреждение рецидива, девиации, аддикции, ООД и суицида);**
- g) Медико-социальные и экспертологические (судебно-психиатрические и МСЭК);**
- h) Персонафицированные (трансляционная медицина);**
- i) Современные образовательные, включая непрерывное медицинское образование;**

и наконец, взаимодействие с общественными, «пациентскими» организациями, родителями, и законными представителями несовершеннолетних пациентов.

Практически все это – целый комплекс «узловых» медико-социальных проблем, а также профессиональных знаний современного врача «психиатра детского», «психиатра подросткового». Столь обширные познания, медицинские компетенции и личная ответственность делают отраслевых специалистов многогранными и незаменимыми в своей профессии.

В этом суть, ценность и уникальность детско-подростковых психиатров страны. Созидая развитие детской психиатрической службы страны, следует полагать, что детские психиатры хорошо осознают и разделяют стратегическую задачу здравоохранения: инвестируя в будущее здоровье детей, мы инвестируем в будущее здоровье нации.

Литература

1. Венар Ч., Кериг П. Психопатология развития детского и подросткового возраста / Под ред. А. Алексеева. СПб.: Прайм-Еврознак, 2004. 384 с.
2. Вострокнутов Н.В. Патологические форы делинквентного поведения детей и подростков (комплексная оценка, диагностика и принципы организации социально-медицинской реабилитационной помощи). Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1997.
3. Вострокнутов Н.В. Тезисы о проблемах детской клинической и социальной психиатрии (2008). В Сб: Психическое здоровье детей страны – будущее здоровье нации: сб. материалов Всерос. конф. по детской психиатрии и наркологии (Ярославль, 4-6 октября 2016 г.) / Под ред. доктора мед. наук, проф. Е.В. Макушкина. М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2016. С. 451-455.
4. Вострокнутов Н.В., Макушкин Е.В., Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г., Пережогин Л.О., Ошевский Д.С. Инфантилизм (детский и подростковый возраст). Методические рекомендации // Психическое здоровье, 2013. Т. 11, № 9 (88). С. 3-11.
5. Вострокнутов Н.В., Пережогин Л.О. Современные принципы профилактики психических расстройств у детей и подростков // Психическое здоровье, 2012. Т. 10, № 5 (72). С. 58-63.

6. Гудман Р., Скотт С. Детская психиатрия. – 2-е изд. Пер. с англ. М.: Триада-Х, 2008. 405 с.
7. Гурьева В.А., Макушкин Е.В., Вострокнутов Н.В. и соавт. Криминальное агрессивное поведение подростков. – Сер. "Теория и практика уголовного права и уголовного процесса" / Под ред. Т.Б. Дмитриевой и Б.В. Шостаковича. М.: Издательство "Юридический центр Пресс", 2002. С. 111-142.
8. Детская психиатрия: Учебник / Под ред. Э.Г. Эйдемиллера. СПб.: Питер, 2005. 1120 с. (Серия «Национальная медицинская библиотека»).
9. Дмитриева Т.Б. Задачи органов здравоохранения по охране здоровья детей и подростков на современном этапе // Российский педиатрический журнал, 1998. № 4. С. 5-11.
10. Дмитриева Т.Б., Вострокнутов Н.В., Дудко Т.Н. Концепция профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде // Российский психиатрический журнал, 2000. № 2. С. 4-11.
11. Дмитриева Т.Н. Динамика основных вариантов девиантного поведения у детей и подростков по данным клинико-динамического и клинико-катамнестического исследования // Социальная и клиническая психиатрия, 1995. № 1. С. 54-61.
12. Добряков И.В., Макушкин Е.В., Костерина Е.М. Организация работы психотерапевтического кабинета в женской консультации. М.: РИО ГНЦСиСП им. В.П. Сербского, 2009. 28 с.
13. Крайг Г. Психология развития. СПб.: Питер, 2002. 992 с. (серия «Мастера психологии»).
14. Лысыков И.В., Макушкин Е.В. Ведомственный мониторинг охраны психического здоровья детей // Российский психиатрический журнал, 2012. № 3. С. 13-16.
15. Макаров И.В. Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста. СПб.: Наука и Техника, 2013. 416 с.
16. Макушкин Е.В. Совершенствование и модернизация психиатрической помощи детскому населению страны // Российский психиатрический журнал, 2006. № 4. С. 4-7.
17. Макушкин Е.В., Байбарина Е.Н., Чумакова О.В., Демчева Н.К. Основополагающие задачи и проблемы охраны психического здоровья детей в России // Психиатрия, 2015. № 4. С. 5-11.
18. Макушкин Е.В., Вострокнутов Н.В., Раевская Л.Г. Стратегия социальной детской психиатрии: международный опыт, организационные и клинические направления помощи. – В Сб: Современные проблемы охраны психического здоровья детей Научные материалы Всеросс. конф. – Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет, 2007. С. 8-12.
19. Макушкин Е.В., Демчева Н.К., Творогова Н.А. Психическое здоровье детей и подростков в Российской Федерации в 2000-2012 годах // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 2013. № 4. С. 10-19.
20. Макушкин Е.В., Раевская Л.Г., Завражнова А.Б., Анищенко Е.А. Современная детская психиатрическая больница: специализированная комплексная внебольничная, стационарная, профилактическая и лечебно-коррекционная помощь несовершеннолетним. Методические рекомендации. М.: РИО ГНЦСиСП им. В.П. Сербского, 2009. 44 с.
21. Неравенства в период взросления: гендерные и социально-экономические различия в показателях здоровья и благополучия детей и подростков [международный отчет]. Политика здравоохранения в отношении детей и подростков. ВОЗ, 2016. 276 с.
22. Паращенко А.Ф. Патологические формы поведения у несовершеннолетних, воспитывающихся в ситуации социальной депривации. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2005. 26 с.
23. Практическое руководство по детско-подростковой психиатрии: многодисциплинарные подходы / Под общ. ред. Р.Никола; [пер. В.Г. Гафурова]. Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2009. 306 с.
24. Психиатрия детского и подросткового возраста / Под ред. К. Гиллберга и Л. Хеллгрена, Рус. изд. под общ. ред. П.И. Сидорова; Пер. со швед. Ю.А. Маковеевой. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. 544 с.
25. Расстройства аутистического спектра у детей. Научно-практич. руководство / Под ред. Н.В. Симашковой. М.: Авторская академия, 2013. 264 с.
26. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медицина, 1974. 320 с.
27. Фесенко Ю.А., Холмогорова А.Б. Случаи суицидов среди подростков как социальная проблема: по следам V Всероссийского форума «Наши дети. Здоровье детей и факторы, его формирующие» // Консультативная психология и психотерапия, 2017. Т. 25, № 2 (96). С. 188-192.

28. Шигашов Д.Ю., Фесенко Ю.А. Детская психиатрическая служба Санкт-Петербурга: структура, опыт работы, инновации и перспективы // Уральский журнал психиатрии, наркологии и психотерапии, 2013. № 4. С. 33-42.
29. Шигашов Д.Ю., Фесенко Ю.А., Краснов Б.Ю. Проблемы психолого-педагогического сопровождения детей и подростков, ставших жертвами насилия. В Сб.: Психическое здоровье детей страны – будущее здоровье нации: сб. материалов Всеросс. конф. по детской психиатрии и наркологии (Ярославль, 4-6 октября 2016 г.) / Под ред. доктора мед. наук, проф. Е.В. Макушкина. М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2016. С. 435-438.
30. Яковлева Т. Шаг первый // Экономика и медицина сегодня, 2005. № 2. С. 9-10.
31. Adolescent Psychiatry in clinical practice / Ed. By S.G. Gowers. London: Hodder Arnold, 2001. 560 p.
32. Green, Wayne H. Child and adolescent clinical psychopharmacology. – 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001. 347 p.
33. Huber G. Diagnose in Prodromen und postpsychotischen Residuen. – In: Psychiatrie: Lehrbuch für Studium und Weiterbildung. New York: Schattauer, 1999. P. 312-313.
34. National strategy for suicide prevention: Goals and objectives for action. Rockville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, 2011. 204 p.
35. Oudshoorn D.N. Детская и подростковая психиатрия / Пер. с нидерланд. М., 1993. 319 с.
36. Remschmidt H. Kinder- und Jugendpsychiatrie / Пер. С нем. Т.Н. Дмитриевой. М., 2001. 624 с.

Рубина Л.П., Шигашов Д.Ю., Фесенко Ю.А.

Из истории открытия и работы детской психиатрической больницы Ленинграда-Санкт-Петербурга (Песочная наб., д.4)

Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»

Ленинградская детская психиатрическая больница на 120 мест (три стационарных отделения), как самостоятельное медицинское учреждение, открылось в 1957 году. Первым главным врачом больницы стала Полина Васильевна Машлакова-Ломаченкова. Возглавляла больницу Полина Васильевна до 1970 года, а с 1970 по 1982 год работала врачом-психиатром по трудотерапии.

С сентября 1970 года больницу возглавила Людмила Павловна Рубина, ученица С.С. Мнухина, врач-психиатр высшей категории. После окончания в 1960 году клинической ординатуры по психиатрии до 1970 года она работала главным врачом психоневрологического диспансера Выборгского района Ленинграда, а с 1970 года стала главным врачом сначала Детской городской больницы № 9, а с 1990 года – Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия». В течение 15 лет Л.П. Рубина возглавляла психиатрию Санкт-Петербурга в качестве главного психиатра, а в 2002 году была назначена главным внештатным психиатром в Северо-Западном Федеральном округе.

Амбулаторная детская психиатрическая служба была представлена кабинетами в районных психоневрологических диспансерах. В 1989 году была организовано Объединение (в 1990 – Центр) «Детская психиатрия». Стационар Центра сохранил расположение на Песочной набережной, д.4, районные кабинеты были преобразованы в отдельные межрайонные диспансерные отделения.

Л.П. Рубина явилась одним из инициаторов создания новой идеологии оказания специализированной психиатрической помощи с перенесением акцента на амбулаторное звено и комплексные реабилитационные программы. При ее участии впервые в стране была открыта школа для детей с задержкой психического развития, разработан комплекс коррекционных фронтальных программ, обеспечивающих возможности для полной и частичной медицинской и социальной реабилитации пациентов.

В 1995 году Объединение «Детская психиатрия» было преобразовано в СПб ГУЗ Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия». В 2009 году СПб ГУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» было присвоено имя выдающегося отечественного детского психиатра, основателя школы ленинградской детской психиатрии Самуила Семеновича Мнухина.

В 2008 году Правительством Санкт-Петербурга было принято решение о создании на базе бывшей Императорской Николаевской детской больницы современного детского психоневрологического центра, включающего в себя детский стационар на 280 коек (ул. Чапыгина, д.13).

Работами по созданию нового центра с 2009 года руководил новый главный врач СПб ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина» Дмитрий Юрьевич Шигашов. Реконструированный комплекс больницы расположен в Петроградском районе на острове Аптекарский, частично – на территории объекта культурного наследия регионального значения «Императорская Николаевская детская больница». Комплекс представляет собой парковую зону с расположенными в ней лечебными и вспомогательными корпусами. Больница предназначена для оказания стационарной помощи детям с психическими нарушениями в Санкт-Петербурге. Больница является клинической базой для специализации и повышения квалификаций врачей, и для занятий студентов ВУЗов и медицинских училищ.

Сегодня основная часть детского психиатрического стационара расположена в корпусе Лит. Л. Общая площадь здания составляет 11 063 кв. метров, из которых 2400 кв. метров – реконструируемая часть и 8 663 кв. метров – пристройка: в результате реконструкции существующего старого корпуса и пристройки новой части корпус лит. Л представляет собой цельное четырехэтажное здание, рассчитанное на 175 коек (2-е, 3-е, 4-е и 5-е стационарные отделения). 1-е и 6-е стационарные отделения (75 и 30 коек) расположены в корпусах Лит. А и З, соответственно. Общая мощность стационара – 280 коек.

В каждом отделении стационара используется комплексный (мультидисциплинарный) подход к диагностике, терапии и реабилитационным мероприятиям: со всеми пациентами работают врач-психиатр, психотерапевт, клинический психолог, логопед, воспитатель/учитель, при необходимости – социальный работник. В стационаре на постоянной основе работают педиатр и невролог. Активно функционируют отделение функциональной диагностики,

физиотерапевтическое отделение, клиническая лаборатория и больничная аптека.

Таким образом, Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина» представляет собой разветвленную общегородскую структуру с центральным управлением из стационарно-амбулаторного комплекса, расположенного на территории бывшей Императорской Николаевской детской больницы, отметевшей в 2016 году свой 100-летний юбилей. Работа в СПб ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина» ведется по принципу преемственности и взаимодействия между его лечебными подразделениями, в том числе – с амбулаторными психоневрологическими отделениями Центра, а также с различными ведомствами, что позволяет сопровождать пациента на разных этапах его жизни, эффективно решать его медицинские и социальные проблемы.

Колесин А.Н.

***Машлакова Полина Васильевна (1901-1986) –
основательница Ленинградской детской психоневрологической
больницы***

Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»

*Память есть борьба со смертной
властью времени во имя вечности.*

Николай Бердяев

СССР. Ленинград. 1957 год.

Создание профильного городского детского психиатрического стационара для пациентов в возрасте от 5-и до 14-и лет и назначение главным врачом Полины Васильевны Машлаковой явилось результатом причудливого переплетения исторических закономерностей, с одной стороны, и неисповедимостью человеческих судеб, с другой.

1957 год стал значимым для отечественной науки и практики оказания психиатрической помощи жителям Ленинграда. Последовавшее после внезапной кончины великого русского ученого в 1927 году тридцатилетнее забвение бехтеревского научного и педагогического наследия стало преодолеваться отечественными теоретиками и практиками объективной психологии и психиатрии. Закончилось шельмование бехтеревской школы рефлексологии и неврологии, начатое в 1924 году на II Всероссийском съезде по психоневрологии в соединенном заседании психологической, рефлексологической и педологической секций безвестным учителем

литературы из черты оседлости, увлеченным вульгарным фрейд-марксизмом Л. Выгодским¹.

В 1956 году была опубликована программная статья ученика и сотрудника В.М. Бехтерева, наметившая пути научного и прикладного развития медицинской психологии, основы комплексного исследования человека, его психофизической природы, его отношений с миром². Знаковым событием, последовавшим через четыре года после смерти диктатора Сталина, можно считать установку мемориальных досок В.М. Бехтереву на зданиях Психиатрической клиники Военно-медицинской академии и Психоневрологического института имени В.М. Бехтерева, в стенах которого в 1920 году было открыто детское психиатрическое отделение³. В Положении об институте значилось, что отделение рассчитано на 30 детей, «но могущее быть расширенным до 50 коек. Это отделение, предназначаясь не для дефективных детей и невротиков, а для душевно-заболевших детей, не имеет себе подобного ни в одном из Психиатрических учреждений гор. Петрограда»⁴.

После победы в Великой Отечественной войне все силы государства были направлены на восстановление и реконструкцию народного хозяйства. В конце первого послевоенного десятилетия сложились предпосылки для перестройки лечебной и организационной работы с детьми и подростками с проблемами хронически протекающих психозов различной нозологической принадлежности. Кафедра психиатрии Ленинградского педиатрического медицинского института с 1952 года начала проводить специализацию по детской психиатрии, выпуская ежегодно по 12-16 специалистов по детской

¹ Слабинский В.Ю. Выготский-Троцкий: «О создании Сверхчеловека» (фрейд-марксизм) // [http:// dr-slabinsky.livejournal.com/867277.html](http://dr-slabinsky.livejournal.com/867277.html)

² Мясичев В.Н. О значении психологии для медицины // Вопросы психологии - 1956, №3. С. 3-15.

³ «В связи с исполнившимся 1 февраля 1957 года 100-летием со дня рождения выдающегося ученого и общественного деятеля В.М. Бехтерева, Исполком Ленгорсовета депутатов трудящихся разрешил Психоневрологическому институту имени В. М. Бехтерева установить мемориальные доски на здании психиатрической клиники Военно-медицинской академии и на здании главного корпуса Института имени Бехтерева.

Утверждены следующие тексты мемориальных досок:

- на здании Психиатрической клиники Военно-медицинской академии – «Этой Психиатрической клиникой руководил с 1893 г. по 1913 г. академик В.М. Бехтерев»;
- на здании Психоневрологического института имени В.М. Бехтерева – «Основатель Психоневрологического института академик В.М. Бехтерев работал здесь с 1908 г. по 1927 г.».

- Бюллетень Ленгорисполкома, № 4, 1957. Установка мемориальной доски В.М. Бехтереву // <http://www.citywalls.ru/house13997.html?s=gg4dbdsfmn8esk233ejdsq2h2>

⁴ «Положение о Патолого-Рефлексологическом Институте» // Цит. по: Акименко М.А., Панюкова Т.Е. История детского психиатрического отделения в Институте им. В. М. Бехтерева — <http://psychosphaera.boom.ru/Public/Kirov/panyukova.htm>

психиатрии, часть которых становились руководителями детских психиатрических учреждений различного уровня, а также возглавляли ряд взрослых психиатрических стационаров и диспансеров⁵.

В этот же период времени в Ленинграде открывается школа для детей с задержкой развития, чему предшествовал период накопления опыта работы с детьми, не успевающими в массовой школе при фронтальном преподавании. Приказом по Ленинградскому областному отделу народного образования от 7 мая 1957 года № 127 в поселке Назия Кировского района учреждено специальное коррекционное учреждение для детей с задержкой психического развития «Назийская восьмилетняя общеобразовательная школа-интернат»⁶.

Детская психиатрия в Ленинграде, в основном, была представлена детскими психиатрами психоневрологических диспансеров, имеющим в своем составе детские кабинеты, специалисты которых вели амбулаторный прием и консультации в учреждениях на обслуживаемой территории. Назревшая потребность в лечении и обучении психически больных детей и подростков в профильном лечебном учреждении осознавалась, прежде всего, главным психиатром Ленинградского городского отдела здравоохранения П.В. Машлаковой.

Curriculum vitae Полины Машлаковой

В личном деле Полины Васильевны Машлаковой, хранящемся в Объединённом архиве Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, находится приказ о ее назначении главным врачом Ленинградской детской психоневрологической больницы, от которого отсчитывается история первого психиатрического стационара Ленинграда для детей и подростков.⁷

«Приказ по Ленинградскому городскому отделу здравоохранения № 434 от 24 октября 1957 года.

§ I.

1. Развернуть в здании по Песочной набережной дом № 4, после капитального ремонта, 175 детских психоневрологических коек с 25-го октября 1957 года / 75 коек с 25/X-57 г. и 100 коек с 1/XI-1957 г./
2. В больнице организовать 4 отделения:
1-е отделение на 25 коек для свежезаболевших детей дошкольного возраста с 5-7 лет включительно.
2-е отделение на 50 коек для свежезаболевших беспокойных больных мальчиков младшего школьного возраста.

⁵ Рубина Л.П., Фесенко Ю.А. История детской психиатрии Санкт-Петербурга: к 50-летию детской психиатрической больницы № 9 Санкт-Петербурга. – С.-Пб.: [б. и.], 2007. - С. 35-45.

⁶ Государственное казенное общеобразовательное учреждение Ленинградской области «Назийский центр социально-трудовой адаптации и профориентации» // http://centernaz.ucoz.ru/index/o_shkole/0-50

⁷ Фонд № 1 Объединённого архива Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, л. 16.

3-е отделение на 55 коек для свежезаболевших беспокойных больных девочек младшего школьного возраста.

4-е отделение на 45 коек для свежезаболевших беспокойных больных старшего школьного возраста до 14 лет включительно, /смешанное отделение/.

§ II.

Главным врачом детской психоневрологической больницы – утвердить тов. МАШЛАКОВУ П.В.

1. Закрыть детское отделение в больнице им. Скворцова-Степанова – 5-го ноября сего года.
2. Перевести во вновь организованную детскую психоневрологическую больницу из больницы им. Скворцова-Степанова детей, подлежащих лечению.

§ III.

1. Разрешить педиатрическому институту разместить психиатрическую клинику по детству на базе детской психоневрологической больницы.

§ IV.

Главному психиатру тов. МАШЛАКОВОЙ П.В. совместно с профессором Мнухиным С.С. /зав. кафедрой психиатрии педиатрического института/ и сектором детства института им. Бехтерева организовать 1/1-1958 года организационно-методический центр детской психоневрологической помощи при детской психоневрологической больнице.

§ V.

Прием в детскую психоневрологическую больницу осуществлять согласно утвержденным правилам и показаниям.

Зав. Ленгорздравотделом: /Киселёв А.Е./

Верно: «10» ноября 1957 года»

За сухой хронологией и лаконичными строками номенклатурного дела проступают вехи жизненного пути ровесницы XX века и логика формирования профессиональных навыков П.В. Машлаковой, приведшие ее к главному делу жизни – созданию детской психоневрологической больницы.

Постдипломная профессионализация Пелагеи Машлаковой начинается с настойчивых предложений профессуры ГИМЗа продолжить научную и преподавательскую карьеру на кафедре психиатрии родного института. В общей сложности она шесть лет работала ассистентом и научным сотрудником ленинградских ВУЗов, погружаясь в проблематику детской психиатрии. Для приобретения клинического опыта два года трудилась врачом 4-й психиатрической больницы им. П.П. Кащенко вместе с будущими ведущими ленинградскими психиатрами И.Ф. Случевским, И.Е. Кашкаровым, А.С. Чистовичем, А.С. Борзуновым⁸.

⁸ Лиманкин О.В. Санкт-Петербургская психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко: страницы 90-летней истории (1909-1999) – Актуальные вопросы клинической и социальной психиатрии. – С.-Пб.: Издательство «СЗПД», 1999. – С. 28.

П.В. Машлакова вошла в научно-исследовательскую группу, ставившую перед собой клинические задачи: улучшение, уточнение, совершенствование диагностики, терапии и профилактики душевных болезней. В этой группе с 1926 года активно работал окончивший Государственный институт медицинских знаний годом ранее и прослуживший несколько месяцев в Красной Армии врач-ординатор С.С. Мнухин⁹.

Впоследствии, являясь заведующим и директором клиники, профессором, заведующим кафедрой психиатрии Ленинградского педиатрического медицинского института, С.С. Мнухин отмечал в 1962 году, как председатель аттестационной комиссии, что «Пелагея Васильевна ...все 36 лет своей врачебной деятельности работала в Ленинградской психиатрической сети и прошла за это время путь от рядового ординатора до руководящего деятеля Ленинградской психиатрии. П.В. Машлакова получила прекрасную клиническую подготовку ...на кафедре психиатрии ГИМЗ, а в дальнейшем научным сотрудником института имени Бехтерева. ...Она является опытным клиницистом, хорошо знакомым с современными методами диагностики и лечения психических заболеваний, ...помимо работы в стационарах и диспансерах, много лет возглавляла психиатрическую сеть Ленинграда, организовывала работу по трудотерапии, участвовала в судебнопсихиатрической и трудовой экспертизах»¹⁰.

В служебных характеристиках П.В. Машлаковой 1948 и 1957 годов ее непосредственным руководством, отмечается, что городской психиатр «активно участвует в работе научного общества психиатров, ...имеет склонность к научно-исследовательской работе, но занимается ею недостаточно»¹¹. В личном листке по учету кадров 1952 года Полина Васильевна собственноручно записывает «Имею одну научную работу (напечатанную)».

В аттестационном листе на соответствие должности главного врача диспансера от 1948 года соседствуют диссонирующие записи. В разделе «Аттестация» отмечено: «Тов. Машлакова мало принимает участия в общественных мероприятиях райздравотдела. Не посещает совещания, врачебные конференции и хозяйственные активы». В «Выводах» комиссия заключает: «Вполне соответствует должности главного врача диспансера.

⁹ Рубина Л.П., Фесенко Ю.А. История детской психиатрии Санкт-Петербурга: к 50-летию детской психиатрической больницы № 9 Санкт-Петербурга. – С.-Пб.: [б. и.], 2007. - С. 16, 38.

¹⁰ Характеристика на главного врача детской психоневрологической больницы Заслуженного врача республики Машлакову Пелагею Васильевну // Фонд № 1 Объединённого архива Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, л. 11.

¹¹ Характеристики инспектора Сектора больниц, врача-психиатра Машлаковой Полины Васильевны // Фонд № 1 Объединённого архива Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, лл. 8, 10.

Может быть выдвинута на должность главного врача крупной психиатрической больницы на 300 коек»¹² (sic?!).

Превратности судьбы

За явными и скрытыми разночтениями и противоречиями, проявляющимися не только при сопоставлении сведений из разных документов, но и содержащимися в одном текстовом массиве, скрывается, на наш взгляд, многомерность человеческого бытия и многовекторность «философии жизни» Полины Васильевны.

- 4 октября 1901 – рождение Пелагеи Машлаковой в семье рабочего-слесаря г. Бежица Брянского уезда Орловской губернии Российской Империи¹³
- 1907 – смерть отца
- 1919-1921 – воспитатель в детском клубе Отдела народного образования г. Бежица
- 1919 – член профсоюза медицинских работников «Медсантруд»¹⁴ г. Бежица
- 1921-1926 – студентка лечебного факультета Государственного института медицинских знаний (ГИМЗ)¹⁵ Петрограда-Ленинграда

¹² Аттестационный лист на Машлакову Полину Васильевну от 17.01.1948 г. // Фонд № 1 Объединённого архива Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, л. 19.

¹³ Бежица - в нач. XX в. уездный город Орловской губернии, в настоящее время Бежицкий административный район г. Брянска. Находится севернее остальных районов, на правом берегу реки Болвы при её слиянии с Десной. Крупнейший центр машиностроения и металлообработки России. Обязан своим возникновением предпринимателю П.И. Губонину, расцвету культурной жизни – семейству князей Тенишевых, славе промышленного центра – четырём металлообрабатывающим заводам, национальной памяти – посещению Бежицы в 1825 г. императором Александром I и в 1915 г. императором Николаем II // Кизимова С.П. Бежица: историко-экономический очерк. – Брянск: Изд-во Брянского гос. пед. ун-та, 1996. - 339 с.

¹⁴ Объединение российских медицинских работников в едином профсоюзе «Всемедикосантруд» произошло в 1919 г. В 1924г. на V съезде «Всемедикосантруд» был переименован в профсоюз «Медсантруд» // <http://www.przrf.ru/about/history/>

¹⁵ В 1918 г. учебные подразделения Психоневрологического института были преобразованы во 2-й Петроградский государственный университет, в составе которого был медицинский факультет. В 1919 г. университет был расформирован, его факультеты переданы в состав других ВУЗов Петрограда: медицинский факультет был выделен в отдельное учебное заведение - Государственный институт медицинских знаний (ГИМЗ), которое позднее было преобразовано во 2-й Ленинградский медицинский институт с вновь организованным санитарно-гигиеническим факультетом, а химико-фармацевтическое отделение - в Химико-фармацевтический институт. В 1930 г. в состав 2-го ЛМИ был включен медвуз-больница им. Мечникова. В 1947 г. институт был переименован в Ленинградский санитарно-гигиенический медицинский институт (ЛСГМИ – «Сангиг»). В 1994 г. институт получил статус академии. В 2011 г. академия вошла в состав вновь образованного Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. // <http://forum.j-roots.info/viewtopic.php?t=5568>

- 1926-1928 – врач-психиатр Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева (Ленинград)
- 1928-1929 - врач-психиатр Психиатрической больницы им. П.П. Кащенко (Ленинград)
- 1929-1938 - врач-психиатр Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева (Ленинград)
- 1938-1940 – ассистент кафедры психиатрии 2-го Ленинградского медицинского института
- 1940-1941 – научный сотрудник Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева (Ленинград)
- 1941-1943 - эвакуация из блокированного Ленинграда с двумя сыновьями
- 1943 - ассистент кафедры психиатрии Астраханского государственного медицинского института (Барнаул)¹⁶
- 1943-1944 – врач Военно-врачебной комиссии Алтайского краевого военного комиссариата (Барнаул)
- 1945-1947 – главный врач психоневрологического диспансера Калининского района Ленинграда
- 1947-1957 – городской психиатр, инспектор сектора больниц, главный психиатр Ленинградского городского отдела здравоохранения
- 1957-1970 – главный врач Ленинградской детской психоневрологической больницы
- 1970-1982 – врач-психиатр Городской детской психиатрической больницы № 9 Ленинграда

Исследователям истории петроградской-ленинградской-петербургской школы детской психиатрии еще предстоит найти ответы на ряд вопросов. Какие судьбоносные события привели девушку из бедной семьи промышленного поселка Орловской губернии в медицинский ВУЗ послереволюционного Петрограда? По какой причине подающая большие надежды выпускница ГИМЗа за шестнадцать лет ординатуры, ассистентуры и научной деятельности, отмеченных положительными отзывами авторитетных специалистов, публично презентовала только одну научную публикацию? Каким образом женщине-медику с высшим образованием, вышедшей из эксплуатируемых классов, удалось за десятилетия клинической практики и администрирования, засвидетельствованных послужным списком, оставаться беспартийной? Почему Полина Васильевна, пользовавшаяся славой авторитетного специалиста-организатора здравоохранения и безупречного работника, делает неоднократные попытки уйти из номенклатуры в клиническую практику, в частности, просит руководство Ленгорздравотдела 17

¹⁶ Кафедра психиатрии в составе Астраханского государственного медицинского института осенью 1942 г. эвакуировалась в г. Барнаул Алтайского края, где вела обучение студентов на базе городской психиатрической больницы; реэвакуация в г. Астрахань института и кафедры произошла в 1943 г. // <http://astgmu.ru/kafedra-psixiatrii/istoriya/>

февраля 1954 года перевести ее на лечебную работу в детское отделение больницы им. И.И. Скворцова-Степанова?¹⁷

Genius loci Аптекарского острова

Занимая должность главного психиатра Ленинграда с 1947 года, П.В. Машлакова способствовала выделению детской стационарной психиатрической службы в самостоятельную структуру и с помощью городских властей добилась получения в оперативное управление больницы уникального участка на Аптекарском острове Петроградской стороны. По решению Исполкома Ленгорсовета под вновь открываемую детскую психоневрологическую больницу передали строения на Песочной набережной, 4, которые в послевоенное время занимала речная милиция Ждановского района¹⁸.

Набережная некогда зеленого и тихого уголка Аптекарского острова начинается от Каменноостровского проспекта и идёт от него на юго-запад вдоль Малой Невки, вниз по течению. В начале XIX в. левое побережье Малой Невки было разбито на участки и заселено; к 1828 г. вдоль набережной проложена мощная дорога, названная Аптекарской улицей; в 1887 г. появилось ее современное наименование – Песочная набережная. На протяжении ста лет озелененные участки на песчаном берегу занимали особняки и дачи петербургских аристократов и купцов.

К началу XX века на Аптекарском острове сложилась уникальная сеть научных, медицинских, образовательных и социальных учреждений. Размещение лечебных учреждений, благотворительных заведений и богаделен на северных островах дельты Невы имеет давнюю традицию и восходит к петровскому «аптекарскому огороду». История застройки участков № 2 и № 4 на Песочной набережной тесно переплетена между собой и восходит к обустройству «Богадельни Санкт-Петербургской Первой гильдии купцов Садовникова и Герасимова» (1883-1918)²⁰. Заведение устроили, согласно завещанию купца первой гильдии Фирса Садовникова от 1853 года, для призрения «беднейших граждан Санкт-Петербурга из купцов, мещан и ремесленников». Продав его имущество и присоединив капитал его компаньона Саввы Герасимова, распорядители наследства купили в 1880 году большой участок на берегу Малой Невки. В 1881-83 г. по проекту и под руководством архитектора Ф.С. Харламова на пересечении Каменноостровского проспекта и набережной был возведён комплекс построек богадельни на 60 человек, детского приюта на 140 человек, двумя школами на 120 учеников-сирот и бедных детей Аптекарского острова, домовая церковь на 400 человек. Храм

¹⁷ Заявление в Ленгорздравотдел от 17.02.1954 г. // Фонд № 1 Объединённого архива Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, л. 12.

¹⁸ Образованный в 1936 году Приморский район Ленинграда с 1949 по 1989 год носил название Ждановский и в него входила часть Петроградского района, в том числе восточная часть Аптекарского острова (граница проходила по Каменноостровскому проспекту). Вследствие неоднократного изменения границ районов в 1973 году острова дельты Невы были переданы Петроградскому району.

был посвящен небесным покровителям благотворителей заведения во имя святого мученика Фирса и преподобного Саввы Псковского. Отдельно от трехэтажного жилого корпуса разместились приписанная к церкви часовня-покойническая во имя Христа Вседержителя и дворницкая. Строительство большого трехэтажного корпуса в формах французского классицизма обошлось в 300 тысяч рублей¹⁹.

Богадельня служила народу 35 лет. В 1918 году новая власть изгнала стариков и детей из обжитых зданий, уволила служителей, закрыла два православных храма и часовню на её территории. В 1919-1924 годах здесь помещался Третий педагогический институт - будущий ЛГПИ имени А.И. Герцена, с конца 1920-х - Центральный карантинно-распределительный детский пункт²⁰, в годы Великой Отечественной войны - госпиталь, после войны в здании размещалась военная организация, с 1950-х гг. по 2005 год – противотуберкулезный диспансер со стационаром и кафедра легочного туберкулеза Ленинградского медицинского института имени академика И.П. Павлова²¹.

Соседство с учреждением общественного призрения стесняло арендаторов дачи на соседнем участке, постепенно тот терял свою привлекательность как элитное место отдыха и постоянно менял владельцев. В 1880 году на дворежном участке будущей детской психоневрологической больницы было возведено 2-х этажное кирпичное Г-образное здание хозяйственного флигеля и каретного сарая без подвала, вплотную прилежавшее к западной стене купеческой богадельни и сохранившееся до наших дней²².

¹⁹ Лавры, монастыри и храмы на Святой Руси. С.-Пб. Епархия. – 1909. - С. 24-25;

²⁰ Центральный карантинно-распределительный детский пункт Леноблono (1918-1935), Центральный приемник-распределитель управления НКВД по Ленинградской области (1936-1940):

«Как странно работает человеческая память. Всякий раз, восстанавливая по крупницам трагические события 1937 года, я моментально вспоминаю, что именно в этом доме, расположенном неподалеку и от дачи Бехтеревых на Каменном острове, и от Института экспериментальной медицины, моего основного места работы, находился тот самый приемник-распределитель, в который мы с братом попали после ареста родителей. Ночью в спальнях стоял гул, потому что ребята под одеялами плакали. Громко плакать боялись. И все надеялись, что это ошибка и скоро все выяснится. Было очень страшно. Но, каждый день проходя мимо этого дома, я никогда об этом не вспоминаю, для меня его как-бы не существует, это просто больница, просто старинное здание в конце Каменноостровского проспекта». (Наталья Бехтерева, нейрофизиолог, руководитель Института мозга РАН о своём пребывании в ЦКДРП - из телеинтервью программе «Пятое колесо») // Квартальный надзиратель: специальные тематические страницы журнала spb.sobaka.ru №2 (95) февраль 2011.

«детский приёмник» – социально-воспитательное педологическое учреждение для беспризорников, а позже – трудновоспитуемых, умственно-отсталых детей и рецидивистов // <http://www.citywalls.ru/house851.html>

²¹ Реставрационная компания «Мир». Исторический календарь. Архитекторы Петербурга. Фёдор Харламов // <https://www.nrfmir.ru/ru/content/arhitektory-peterburga-fyodor-harlamov>.

²² Проект благоустройства дворового участка по Песочной наб. дом № 4. 1957 г. // Архив технической службы СПбГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина.

Дворовая планировка соответствовала практике второй половине XIX века, когда «из-за возрастающей плотности городской застройки стал быстро распространяться иной тип двора, где место хозяйственных построек заняли жилые флигеля. Часть необходимых сараев вытеснялась на середину двора, часть встраивалась в жилые корпуса в качестве подвального этажа (прачечные, ледники, погреба) или первого этажа (каретные сараи). ...Если ширина участка была до 20 метров, то возводили только один боковой флигель, дом принимал на плане очертания буквы «Г». ...Конюшни, коровники и курятники в петербургских дворах - явление достаточно распространенное. ...В конце XIX века в Петербурге содержалось более 60 тысяч лошадей в личном владении... Часть двора занимали каменные или деревянные каретные сараи. ...В начале XX века во дворах появляются гаражи, специально построенные или переоборудованные из каретных сараев»²³.

Главное каменное здание в два этажа на высоком подвале было построено около 1912 года с характерными для начала века конструктивными приметами: перекрытие над подвалом выполнено по металлическим балкам из двутавров с бетонным сводчатым заполнением; цоколь облицован естественным камнем рваного скола под расшивку швов; перемычки над оконными и дверными проёмами клинчатые. Планировка здания подчинена принципам типизации в архитектуре малых форм и элементов городского благоустройства, дорог и придорожных сооружений перелома эпох. Отопление во всех строениях было печным²⁴.

Во 2-й половине 1915 – 1-й половине 1916 гг. в условиях военного времени участок с постройками приобрело по сходной цене «Товарищество профессора доктора химии Пеля и сыновей»²⁵. С начала I Отечественной войны в аптеке Пелей на Васильевском острове был организован благотворительный госпиталь, растущий спрос лекарств для нужд медицинских учреждений столицы требовал расширения производства, что повлекло за собой покупку участка со строениями на Аптекарском острове. Октябрьский переворот нарушил широкие планы наследников великого фармацевта по укрупнению аптечного дела и в 1918 г. их собственность на Песочной набережной была национализирована.

Петербуржским краеведам также предстоит работа по выявлению подлинной истории оперативного управления описываемым имуществом в период с 1918 по 1957 годы. На сегодняшний день известно, что в 1934-39 годах главное здание было реконструировано и надстроено до 4-х этажей, служебные постройки получили 3-й этаж в виде деревянной мансарды, обшитой оцинкованной кровельной сталью. В годы Великой Отечественной

²³ Юхнёва Е.Д. Петербургские доходные дома. М.: Центрполиграф, 2008.

²⁴ Технический паспорт детской психиатрической больницы по состоянию на 01.08.2008 года. // Архив технической службы СПбГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина.

²⁵ <http://www.citywalls.ru/house11421.html>

войны во всех постройках располагался госпиталь. После войны участок использовался военными организациями.

Ленинградская детская психоневрологическая больница (1957-1970)

После принятия решения о передаче участка детской психоневрологической больнице здания капитально отремонтировали. Главный корпус оборудовали газовой котельной и душевыми для персонала; провели холодное водоснабжение от городских сетей; оконные заполнения перекрыли металлическими решетками. В лечебном корпусе разместили лечебные отделения, кабинеты главного врача и заместителей главного врача, рентгеновский кабинет. Флигель превратили в административно-хозяйственный корпус, переоборудованный в приёмное отделение, пищеблок, актывый зал, аптеку, лабораторию и технический отдел. В помещениях пищеблока воротные проемы бывшего каретника были переделаны в оконные с частичной их закладкой кирпичом. Обширный дворовый участок оборудовали прогулочными садиками и цветниками. По проекту благоустройства вокруг участка планировалось возвести декорированную коваными пиками металлическую ограду на цоколе из путиловской плиты и ворота с чугунным литём²⁶.

Первоначально в клинику перевели пациентов детского отделения 3-й Городской психиатрической больницы им. И.И. Скворцова-Степанова. Неоценимую помощь в обустройстве детского стационара оказали специалисты больницы во главе с ее главным врачом Николаем Дмитриевичем Булкиным²⁷. Детская больница стала клинической базой кафедры психиатрии Ленинградского педиатрического медицинского института (зав. кафедрой профессор Мнухин С.С.) и кафедры психопатологии и логопедии дефектологического факультета Ленинградского педагогического института им. А.И. Герцена (зав. кафедрой профессор Иванов Е.С.). Среди ее консультантов и сотрудников в течение 1957-1970 гг. были ведущие ученые и практические врачи Ленинграда:

- Исаев Дмитрий Николаевич, профессор, заведующий кафедрами психиатрии и детской психиатрии с курсом клинической психологии и психосоматических расстройств ЛПМИ; клиничко-психологических дисциплин

²⁶ Разбивочный чертёж и спецификация ограды и ворот участка от 19.IX.1957 г. дают наглядное представление о решетке в целом. Металлическая ограда представляет собой ряд гладких вертикальных прутьев, ограниченных сверху и снизу кольцевыми фризами. Монотонность рисунка оживляется чередующимися стойками на цоколе, увенчанными пиками. // Архив технической службы СПбГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина.

²⁷ Поппе К.К. Послевоенный период истории развития 3-й Городской психиатрической больницы им. И.И. Степанова-Скворцова в Санкт-Петербурге (1945-1988) // Журнал неврологии и психиатрии, 2008, № 6. - С. 67-69.

Института специальной педагогики и психологии Международного университета семьи и ребёнка им. Рауля Валленберга

- Микиртумов Борис Емельянович, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии ЛПМИ
- Поппе Генрих Конрадович, к.м.н., ассистент кафедры психиатрии ЛПМИ
- Воронков Борис Васильевич, к.м.н., доцент кафедры психоневрологии ЛПМИ
- Коцюбинский Александр Петрович, профессор, руководитель отделения внебольничной психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева
- Ломаченков Александр Сергеевич, к.м.н., доцент, заместитель директора по науке НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Полина Васильевна служила родной клинике 25 лет: 13 лет возглавляла коллектив, а после выхода на пенсию в 1970 году до 1982 года работала врачом-психиатром первой категории. В конце 60-х годов П.В. Машлакова подготовила решение о переименовании клиники, и с 1970 года больница стала именоваться Ленинградской детской психиатрической больницей №9. Скончалась Полина Васильевна в 1986 году.

Профессиональное и общественное служение П.В. Машлаковой было отмечено званиями и государственным наградами СССР:

1947 - Медаль «За доблестный труд в годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг.»

1957 - Почётное звание «Заслуженный врач РСФСР»

1961 - Значок «Отличнику здравоохранения»

В 1952 году П.В. Машлакова избиралась депутатом Куйбышевского районного Совета народных депутатов Ленинграда 3-го созыва.

История петербургской-петроградской-ленинградской школы детской психиатрии восходит к родоначальникам русской детской нейропсихиатрии – В.М. Бехтереву, - и наследникам его научного и гражданского подвига. Восстанавливая забытые страницы и имена отечественной истории, мы обязаны в год 60-летия Ленинградской детской психоневрологической больницы отдать дань памяти ее основательнице – питомице бехтеревской школы психиатрии Полине Васильевне Машлаковой.

Автор выражает признательность СПб ГБУЗ «МИАЦ» и лично заведующей Объединённым архивом Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга Юлии Николаевне Кусковой за оказанную помощь при проведении данного исследования.

Автор выражает особую благодарность:

Анастасии Александровне Ломаченковой, приме-солистке Михайловского театра, внучке Полины Васильевны Машлаковой-Ломаченковой и дочери Александра Сергеевича Ломаченкова, за предоставление семейных архивных материалов.

Николаю Павловичу Булгакову, библиотекарю СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, ветерану технической службы Городской детской психиатрической больницы № 9, Станиславу Владимировичу Сопину, директору СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина и сотрудникам инженерно-технической службы СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина за помощь в поисках документальных материалов.

Александрова Н.В. *, Кутехова С.Ю.**

**Опыт работы врача-психотерапевта с подростками,
страдающими нервной анорексией**

ФГБОУ ВПО «Северо-Западный Государственный Медицинский Университет
им. И.И. Мечникова» МЗ РФ*;

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Городской консультативно-диагностический Центр для детей «Ювента» (репродуктивное
здоровье)**, Санкт-Петербург

Нервная анорексия – симптомокомплекс расстройства пищевого поведения, направленного на уменьшение веса. В его основе лежат нарушение идеаторно-аффективной сферы, которые и определяют нозологическую принадлежность синдрома нервной анорексии. Именно поэтому нервная анорексия кодируется по МКБ-10 в рубрике «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами» под шифрами F50.0 (нервная анорексия) и F50.1 (атипичная анорексия).

Синдром является характерным для девочек в периоде полового метаморфоза, однако, за последние годы отмечено его появление у детей обоего пола в допубертатном возрасте, что говорит о тяжести психического расстройства.

Нарушения идеаторно-аффективной сферы, являясь первичными, определяют и нозологию заболевания: доминирующая и навязчивая идея похудеть характеризует невротический уровень заболевания, сверхценная – психопатический, бредовая – психотический [2].

Преморбидная характеристика будущих пациенток соответствует и нозологии. Неуверенные, тревожные, зависимые черты личности невротического уровня; высокий уровень притязаний с переоценкой собственных возможностей по его достижению, ригидность, наличие малого выбора стратегий реагирования как на эмоциональном, так и на когнитивном и поведенческом уровне, характеризуют возможных пациенток, способных сформировать сверхценные или бредовые идеи.

Формированию синдрома нервной анорексии способствуют особенности пубертатного периода:

- фиксация на телесных изменениях, их влияние на настроение и самооценку;

- значимость семейных отношений для позитивной полоролевойидентификации («идеальная семья» - родители позитивно подчеркивают полоролевое поведение друг друга и аналогично поддерживают подростка в обретении половой роли);
- значимость отношений «по горизонтали», особенно с представителями противоположного пола.

Критериями установленного диагноза «нервная анорексия» являются:

- устойчивое снижение веса ниже 15% от необходимого или снижение индекса массы тела ниже 17,5;
- наличие страха поправиться и мысли о необходимости похудеть, вследствие чего изменяется пищевое поведение;
- борьба с аппетитом, увеличение двигательных нагрузок вплоть до изнурения;
- искажение образа тела, которое воспринимается как более толстое, нежели в реальности, что в свою очередь, подкрепляет основную идею;
- соматоэндокринные нарушения, приводящие в динамике к дистрофии I-III степени и к кахексии;
- олиго- и аменорея, отставание или прекращение полового метаморфоза [3].

Семьи подростков, страдающих нервной анорексией, характеризует:

- наличие длительного скрытого или явного конфликта между родителями, включающим в себя пищевое поведение и телесное «Я» друг друга;
- высокий уровень притязаний, проецируемых на подростка;
- в воспитании подростка преобладает негативная критика, отсутствуют поддержка и поощрение;
- проекция на подростка собственных нежелательных качеств, переоцениваются проецируемые возможности и игнорируются его истинные позитивные характеристики.

За последние 5 лет в структуре обращаемости за помощью к врачу-психотерапевту Городского консультативно-диагностического Центра для детей и подростков «Ювента» отмечается устойчивая тенденция к увеличению количества больных различными формами нервной анорексии. Так, в группе подростков в возрасте до 14 лет рост заболеваемости составил 15,5% (от 4,5% до 20%), в группе подростков 15-17 лет – 8% (от 12% до 20%). Случаев заболевания нервной анорексией мальчиками-подростками нами не наблюдалось.

Причиной обращения подростков в «Ювенту» являются, в первую очередь, нарушения менструального цикла – олигоменорея и аменорея, а врачи-гинекологи при подозрении на нервную анорексию отправляют девочек на консультацию к врачу-психотерапевту.

В период с 2010 по 2014 годы диагноз: Нервная анорексия или Атипичная нервная анорексия был выставлен 272 подросткам: 70 чел. в возрасте до 14 лет, 202 чел. в возрасте 15-17 лет.

Обращение за помощью к врачу-психотерапевту было на разных стадиях заболевания: как в первые месяцы от начала заболевания, так и после

стационарного лечения в различных клиниках РФ и странах ближнего зарубежья, когда нервной анорексией девочки болели на протяжении 1-3 лет.

У части девочек-подростков синдром нервной анорексии следовал за синдромом булимии или предшествовал ей, что лишний раз подтверждает близость этих расстройств по этиопатогенезу.

Индекс массы тела Кветелета варьировал от 17 до 15 и ниже.

При анализе эмоционального состояния отмечались депримированность, наличие страхов, связанных с весом, эмоциональная неустойчивость, раздражительность. У ряда подростков наблюдалась депрессия, не доходившая до уровня психотической.

При анализе идеаторных нарушений у большинства девочек выявлялись доминирующие идеи, у части подростков – навязчивые идеи, которые сочетались с формированием невротической структуры личности (в основном истерического и психастенического круга). Более редкими были подростки, у которых преобладали сверхценные идеи на фоне формирующегося расстройства личности: завышенный уровень притязаний при переоценке собственных возможностей, восприятие любых неудач как катастрофы, ригидный образ «я», перфекционизм, эмоциональная застреваемость, склонность к формированию моноидей.

Большое значение в возникновении и оформлении синдрома нервной анорексии имеет семейный контекст. По нашим наблюдениям, в семьях имело место воспитание по типу гиперопеки с постоянной критикой личности подростка, особенно внешности. Это могло быть как со стороны матери, так и отца. Мать при этом сама часто была недовольна своим внешним видом и периодически боролась с излишним весом с помощью ограничений в питании. Санкций и ограничений в таких семьях было существенно больше, чем поощрений и похвалы. Более чем в половине случаев в семьях имели место разводы родителей, когда воспитанием подростка занималась преимущественно одна мать. Контакт с отцом был формальным или утерян вовсе. При наличии отчима в семье отношения с ним часто носили характер конфронтации, борьбы за любовь матери или полного безразличия. При наличии отцов отношения между родителями часто носили конфликтный или взаимно критический характер. Отцы были на «периферии семьи», в воспитании подростка участия активно не принимали, власть в семье принадлежала матери.

Социально-экономический статус семей с детьми, больными нервной анорексией, достаточно высокий: родители имели высшее образование и постоянную работу по специальности. Подросток, как правило, был единственным ребенком в семье, что нередко способствовало бессознательному стремлению родителей к удерживанию его в более младшей возрастной группе: поощрение детских форм поведения, ограничение стремления к сепарации, самостоятельности и т.д.

Лечение нервной анорексии проводилось комплексно, определялось не только дефицитом массы тела, но и характером идеи, лежащей в основе синдрома, тяжестью эмоционального состояния.

1. Фармакотерапия эмоционально-идеаторной сферы с использованием антидепрессантов и малых доз нейролептиков (при наличии сверхценных идей).
2. Индивидуальная когнитивно-поведенческая психотерапия 1 раз в неделю, направленная на коррекцию пищевого поведения.
3. Индивидуальная аналитически-ориентированная психотерапия 1 раз в неделю, направленная на коррекцию образа «я», формирование адекватного уровня притязаний, повышение самооценки, принятие своей половой роли и ее ценности, преодоление страха перед общением с противоположным полом, отреагирование негативных эмоций по отношению к родителям.
4. Индивидуальная и групповая поведенческая психотерапия, направленная на формирование конструктивных навыков общения [1].
5. Семейное консультирование и семейная психотерапия.
Она имеет следующие психотерапевтические мишени:
 - стиль питания в семье;
 - используемые рычаги воспитания (поощрения и санкции);
 - чувство вины у родителей в связи с болезнью подростка.

Продолжительность проводимой терапии варьировала от нескольких месяцев до 1-2 х лет в зависимости от тяжести заболевания.

Проблемы, с которыми сталкивается врач-психотерапевт на амбулаторном приеме:

- организационные сложности при необходимости госпитализации подростков в психиатрический стационар;
- в ряде случаев – ограничения в использовании фармакотерапии;
- необходимость в одном лице совмещать функции психиатра, психолога, диетолога и психотерапевта;
- трудности пролонгированного наблюдения за пациентами и, следовательно, оценки катамнеза;
- слабая мотивация подростков на обращение за помощью к врачу-психотерапевту в связи со страхом и стигматизацией;
- недостаточная информированность врача о состоянии здоровья пациента в связи с отсутствием объективных данных – нет родных, иногородний, социальный сирота и т.д.

Литература:

1. Детская психиатрия: Учебник / Под ред. Э.Г. Эйдемиллера. СПб: Питер, 2005. 1002 с.
2. Коркина М.В., Лакошина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия: Учебник. М.: Медицина, 1995. 512 с.
3. Международная классификация болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. ВОЗ. СПб: АДИС, 1994. 173с.

Алексеева А.М., Агранович З.Е.

**Психологическая и логопедическая работа с детьми,
страдающими расстройствами аутистического спектра,
в условиях психиатрического стационара**

Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»

Дети с расстройствами аутистического спектра (РАС) представляют большую проблему для специалистов в плане диагностики, разработки эффективных методов коррекции и реабилитации, путей интеграции в современное общество в связи с выраженными нарушениями поведения и адаптации, сложным мозаичным и неравномерным развитием психических процессов и состояний. Своеобразие, специфичность эмоциональных проявлений, необычность речевой формы взаимодействия, а также фрагментарность восприятия окружающего мира, погруженность в себя, социально неприемлемые формы поведения значительно усложняют доступные каналы компенсации и социализации. Как правило, госпитализация такого ребенка в психиатрический стационар, смена привычного жизненного стереотипа усугубляет негативные реакции.

РАС в детском психиатрическом стационаре представлены: аутизмом Каннера (синдром Каннера), синдромом Аспергера, детским дезинтегративным расстройством, неспецифическим первазивным нарушением развития.

Такие пациенты имеют различный уровень интеллектуального и речевого развития: от значительно сниженного до достаточно высокого, различную степень социальной дезадаптации, поведенческих расстройств и эмоциональных нарушений.

Медицинским психологом и логопедом 4-го стационарного психиатрического отделения СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина осуществлялась работа, направленная на диагностику и коррекцию выявленных поведенческих и речевых нарушений у детей с РАС.

Основной целью работы являлась социализация и интеграция таких детей в общество. Этапы психологической, логопедической работы:

- Диагностика уровня интеллектуального и речевого развития, учебной мотивации, социальной адаптации; структуры и особенностей функционирования системы отношений, характерологических черт, эмоциональной сферы и поведения.

На данном этапе определялась структура интеллектуального, личностного, речевого развития, выявлялись сохранные (ресурсные) и сниженные психические функции и процессы, характерологические особенности, привычки, интересы, умения, навыки, выявлялись и изучались неблагоприятные (психогенные, дидактогенные) факторы социальной среды, травмирующие ребенка. Так как диагностика детей с РАС в отдельных случаях была достаточно длительной в связи с адаптационными трудностями таких

пациентов, некоторые диагностические занятия проводились психологом и логопедом совместно.

- Разработка психологической и логопедической коррекционной программы совместно с лечащим врачом-психиатром.
- Индивидуальная и групповая психологическая и логопедическая коррекция.

Основные задачи коррекционной работы:

- развитие речи и коммуникативных навыков;
- формирование интереса к окружающему, социальным взаимоотношениям,
- формирование познавательного интереса и готовности к интегративной деятельности;
- развитие навыков самообслуживания;
- формирование самостоятельного поведения и умения планировать свои действия;
- развитие психических функций: произвольного и целостного восприятия, зрительно-моторной координации, произвольного внимания, памяти;
- формирование взаимосвязи между действием, образом и словом;
- обучение выделению связей между объектами, развитие вербального отражения этих связей;
- формирование базовых сенсорных эталонов;
- коррекция страхов;
- усвоение норм и правил социального поведения, развитие умений работы в групповом режиме;
- развитие самоконтроля, навыков саморегуляции и самоорганизации.

Коррекционная работа начиналась с индивидуальных занятий, с опорой на положительное подкрепление для вовлечения ребенка в совместную со специалистом деятельность. Помимо индивидуальных психологических и логопедических занятий, нами использовалась новая форма работы: совместные психолого-логопедические функциональные тренировки.

Цель функциональных тренировок: формирование адекватного поведенческого реагирования в различных ситуациях с отрицательными и положительными стимулами в процессе основного вида деятельности, что параллельно способствовало ознакомлению с окружающим, преодолению имеющихся дефектов сенсорных функций, общих и тонких произвольных движений, формированию навыков ролевой игры. Нами использовались директивные и игровые варианты занятий с постепенным изменением характера окружающей обстановки. В некоторых случаях осуществлялось включение ребенка с негрубыми расстройствами аутистического спектра в работу психокоррекционной группы. «Терапия средой» происходила за счет создания в микрогруппе атмосферы принятия, доброжелательности, открытости и взаимопонимания, психологической защищенности, творческой самореализации, доверия.

- Психологическое семейное консультирование, просветительская и обучающая работа с родителями.

Родительское отношение к такому ребенку часто имеет противоречивую структуру: на когнитивном уровне оценка ребенка является отвергающей или инфантилизирующей, выраженная опека и органичность, непоследовательность в поведении родителей, значительные разногласия в воспитании между членами семьи отражают трудности родителей в понимании различных поведенческих проявлений, а также сложности в построении модели воспитания для дальнейшего развития и адаптации в социуме. В эмоциональном плане родители переживают нескрываемое чувство вины перед ребенком, острое ощущение родительской нереализованности, неполноту родительских чувств, их незавершенность и бесконечность, избыточную симбиотическую связь, в связи с чем, остро нуждаются в психологической поддержке и помощи. Основная цель семейной психологической коррекции заключалась в построении понятной модели социальных ожиданий и адекватных воспитательных мер.

Во многих случаях работа в психиатрическом стационаре являлась начальным этапом долгого процесса развития и адаптации детей, страдающих расстройствами аутистического спектра. Самым важным, на наш взгляд, является продолжение начатой работы после выписки из психиатрического отделения с учетом комплексного подхода, включающего помимо грамотно подобранной медикаментозной терапии, использование индивидуальной, групповой, семейной, логопедической и педагогической коррекции, социальной поддержки и семейного сопровождения, активного взаимодействия всей команды специалистов, работающих с ребенком, проведения совместных диагностических мероприятий для оценки эффективности и коррекционных занятий, непрерывность и преемственность, интенсивность и системность.

Антропов Ю.Ф.

**Лечение детей и подростков с психическими
расстройствами растительными лекарственными
средствами**

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования,
Москва

К числу негативных особенностей психофармакотерапии на ранних возрастных этапах относится частое возникновение побочных явлений в виде различных вегетососудистых расстройств, диктующих прекращение лечения. Вместе с тем существуют, но используются редко, растительные лекарственные средства, позволяющие в значительной степени улучшить состояние психически больного ребенка или подростка без каких-либо побочных эффектов.

Большое количество активных веществ стимулирующего, транквилизирующего и сбалансированного действия, содержащихся в растениях, позволяет восстановить нейрохимический баланс центральной нервной системы, уменьшить влияние патологически измененной почвы и личностных особенностей больных, привести к улучшению психического состояния в детско-подростковом возрасте.

С учетом особенностей психотропного воздействия растительных лекарственных средств, следует комбинировать препараты активирующего и седативного действия на ЦНС, что, в целом, адаптирует организм больного к существующим условиям. При преобладании излишней активности седативное воздействие должно быть более выраженным, тогда как при гипоактивности предпочтительно проведение стимулирующего лечения, особенно в начале лечения.

Фитотерапия детей и подростков может осуществляться как за счет приема внутрь (настоек, экстрактов и таблетизированных форм), так и внешнего воздействия (эфирные масла в ингаляции, ванне, массаже) растительных лекарственных средств. Особенностью фитотерапии является мягкое влияние на церебрально-органическую недостаточность и личностные отклонения, которые в большинстве случаев являются факторами условия возникновения психических расстройств, реже – этиологическими факторами.

При относительно большей значимости роли церебрально-органических факторов более адекватно использование сочетание следующих препаратов внутрь: ново-пассит и экстракт элеутерококка; настойка боярышника и настойка Melissa; настойка пустырника и настойка лимонника; настойка шлемника байкальского и экстракт родиолы розовой в возрастных дозах с добавлением одного из нейрометаболических препаратов (пиридитол, пантогам, пикамилон) или аминокислот (глицин, биотредин) и рыбьего жира в возрастных дозах. При недостаточной эффективности лечения в течение 2 недель (1-й этап), терапия должна усиливаться за счет препаратов зверобоя (2-й этап) и проводиться не менее 1,5 мес., до достижения выздоровления или значительного улучшения.

Если редукция психопатологических проявлений неполная, то дальнейшее лечение (3-й этап) следует проводить с добавлением синтетических препаратов в возрастных дозах с учетом особенностей нарушения гомеостаза.

Роль личностных особенностей, особенно эгоцентрических черт характера, диктует использование эфирных масел обычно в виде холодных ингаляций (в аромамедальоне, на платке) также в комплексе активирующих/стимулирующих ароматов (э.м. лаванды, левзеи, ветиверии индийской и др.), и анксиолитических/седативных (э.м. апельсина, бергамота, мандарина, лимона, мяты, сосны, ромашки и др.). Длительность ароматерапии – 3-4 недели, при необходимости с повторением через 1-2 недели.

Наиболее адекватно и эффективно использование фитосредств чередующимися курсами. Предпочтительно применение фитопрепаратов внутрь в весенний и осенний периоды, а эфирных масел в любое время года.

Проведение фитотерапии курсами позволяет достичь существенного эффекта при многих пограничных психических расстройствах у детей и подростков.

Воронков Б.В.

Ещё раз об интеллекте при болезни Каннера

ГБОУ ВПО СПб «Государственный педиатрический медицинский университет»

Известно, что у аутистов Каннера примерно к двум годам нередко появляется фразовая речь с чистым произношением и сложными оборотами. Известно также, что особенность ее в том, что она не обращена к окружающим и представляет собой стереотипно повторяемые цитаты из сказок, ранее услышанных разговоров, обрывки радио- и телепередач, песен из мультфильмов и пр. Речь аутиста, таким образом, не несет смысловой нагрузки и не является средством общения, а стало быть, и социализирующим фактором. Речевая продукция аутистов Каннера не несет конкретной информации, ситуативно не детерминирована, безадресна и не осмыслена и, поскольку она не выполняет своей главной функции, а именно, не является формой общения (коммуникации) посредством языка, то и называться речью в привычном смысле не должна.

Вдохновляющее родителей «чтение» стихов не может называться чтением, так как представляет собой механическое звуковоспроизведение, так называемый симптом фонографа.

Богатый словарь и хорошая механическая память могут создать ложное впечатление необычной интеллектуальной одаренности. Весьма прискорбно, но этого мнения придерживается немалое число психиатров. По ряду причин. Такой оценке способствует и застывший, обращенный в пространство взгляд, гипомимичность, отрешенное выражение лица, лишенный детскости внешний облик. Богатый словарь и память могут быть у имбецила и компьютера. Сами по себе они (память и словарь) ничего создать не могут, предпосылки интеллекта не тождественны интеллекту. Поведение аутиста Каннера свидетельствует скорее об его интеллектуальной нищете. Хорошая память при плохом уме, тем более, при его отсутствии, как хороший аппетит при плохих зубах. По своей вычислительной мощности компьютер давно перегнал мозг. Но о настоящем мышлении речи в данном случае не идет. Дело не в скорости вычислений. Мозг вообще ничего не вычисляет. Мышление человека основано на иных, не известных нам, принципах. Что говорить о человеке, когда простейшие бактерии или даже вирус умнее самой совершенной и хитроумной вычислительной машины, поскольку являются органической частью органического мира и внутренне этому миру подобны. Компьютер, как и всё созданное человеком, чужероден органическому мирозданию и не причастен к чему-то более важному и глубокому, нежели рациональное знание. Человек, муха, бактерия etc., в отличие от компьютера, связаны с мировым целым, источник этой связи нам не принадлежит, и вложить ее в компьютер мы не можем. Мышление компьютера одномерно, основано на механическом переборе и эта врожденная компьютерная глупость принципиально неустранима и не исправима. Живое существо, способно мыслить по аналогии, а человек – метафорически, благодаря чему оказывается выше даже произведшей его природы. Высшее создание природы – мозг человека,

способен противопоставить себя природе и миру, познавать и наполнять их смыслом. В природе смысла нет, смысл в нее вносит познающий ее ум человека. Аутист же остается частью природного мира, не выделяет себя из него и в этом память и богатый словарь ему не помощники. В поведении аутиста Каннера нет осознанности и целенаправленности. Вряд ли правильно видеть в ощупывании или обнюхивании окружающих предметов или людей познавательный акт, пусть даже архаический в филогенетическом отношении. Животное, осязая и обнюхивая, получает информацию, на основании которой формирует отношение к объекту «изучения». За ощупыванием аутиста не стоит ничего. Отношений с окружающим не строится, так как нет осознающего себя субъекта — строителя отношений. В связи с этим, говорить не только о высоком интеллекте, но и вообще о какой-либо интеллектуальной работе не приходится. Войти в осмысленный речевой контакт с аутистом, получить адекватный ответ на вопрос невозможно.

В применении к аутистам понятия «знание» и «навык» теряют свой смысл, поскольку они не могут ими воспользоваться. Знания и навыки для них — это багаж в буквальном смысле слова. Эти дети проводят время в одиночестве, не подключаются к домашним занятиям, не стремятся помочь, понравиться, заслужить похвалу, остаются безразличными к оценкам взрослых, не испытывают потребности в общении со сверстниками. Становясь старше, они остаются аутистами со свойственными этой патологии особенностями.

Сложно оценивать школьные достижения аутиста как успехи. Узнавание букв, напечатанных слов, так называемое чтение является всего лишь слогослиянием, поскольку смысл «читаемого» остается для него недоступным. Легко составляя сложнейший геометрический орнамент, он не может составить простейший рассказ по элементарным картинкам. Объяснения учителя малопонятны, потому что в потоке информации он не отделяет узловые смысловые моменты от не несущего смысловой нагрузки фона. То же, вероятно, относится и к восприятию картины мира в целом, в котором аутист не видит внутренних взаимосвязей, смысловой организации. Аутист живет в «мире буквальности» и образные выражения понимает только буквально. В отличие от него, олигофрен даже с выраженной степенью отставания не станет искать у окружающих камень за пазухой, горящие глаза и сверкающие пятки. Буквальное восприятие аутистом мира, неспособность мыслить по аналогии, отсутствие воображения и интуиции не позволяют ему выйти за пределы полученной информации.

Суть межчеловеческих отношений ему недоступна. Общение с другими детьми оказывается невозможным. Аутист не понимает, о чем те говорят, не может интуитивно почувствовать смысл ситуации, его замечания неуместны и вызывают раздражение и насмешки. Чтобы поведение аутиста выглядело более или менее адекватным, он должен усвоить его алгоритм в каждой конкретной ситуации. Поистине титаническую работу в связи с этим должны проделать родители. И все-таки войти в «мир буквальности» и вывести аутиста из него — задача невыполнимая.

Неспособность к воспроизведению усвоенных знаний и навыков, к использованию их в новой ситуации, к мышлению по аналогии свидетельствует об отсутствии при аутизме Каннера воображения, то есть способности «представить себе», что является существенной составляющей этого синдрома. Именно отсутствие воображения, способности мыслить по аналогии создает главные трудности, в том числе, при попытках обучения. Но речь должна идти не только об отсутствии воображения, способности мыслить по аналогии, о способности вообразить, «представить себе», но и способности вообще «мыслить». Мышления, в нашем понимании, у аутиста Каннера нет. Имеется в виду то, что он неспособен найти логическую связь между несколькими суждениями, а, следовательно, понять что-нибудь, рассуждая, к чему, естественно, тоже неспособен. Рассуждение имеет практический смысл лишь тогда, когда оно, опираясь на какие-то (любые (!), даже самые неподходящие) доводы приводит к определенному выводу, умозаключению. Умозаключение и будет ответом на вопрос, итогом поисков мысли. И это, на мой взгляд, базовый дефект их психики, на который опираются наиболее существенные диагностические признаки аутизма Каннера. К ним, отнюдь, не относится нарушение общения, являющимся весьма поверхностным, производным, внешним и всего лишь «одним из», на статус диагностического критерия аутизма претендовать имеющий недостаточно прав. Я считаю, что на роль критериев диагностики с гораздо большим правом могут и должны претендовать признаки, хоть как-то приближающие нас к сути «страдания», такие как отсутствие воображения, буквальность восприятия мира и конкретных ситуаций, неспособность понимания правил игр, назначения и функций предметов, игрушек и сути вокруг происходящего, в целом. Чего уж рассуждать об интеллекте, независимо от того, сможет ли он перемножить несколько чисел или нарисовать квадрат или круг. Получаемый на выходе IQ, никак не связан с «количеством» ума аутиста Каннера. Я вижу, что при попытках тестирования интеллекта многие психологи, получая более или менее правильные ответы на вопросы: где и зачем глаза, уши и т.п., удовлетворяются этим и ставят свои плюсы или минусы, и уже не задаются целью узнать (например, у 10-летнего аутиста), а зачем, собственно, видеть, слышать и т.д. Ответы именно на эти вопросы многое скажут психологу о способности, а, точнее, о неспособности аутиста Каннера мыслить, то есть поэтапно приходить к умозаключению. И чего стоят усилия психологов, тестирующих его интеллект? Вот уж, действительно, мартышкин труд. Психологи и психиатры должны понимать, что, исследуя интеллект пациентов с болезнью Каннера, они никогда не узнают его «количество», то есть параметры «много-мало», потому, что аутисты – совсем непохожие на нас люди и психика их совершенно другая, и «механика» ее функционирования нам неизвестна, и традиционные подходы к ее изучению неуместны. Из-за отсутствия контакта, способности к детерминированному мышлению и неадекватности самих тестов результаты тестирования интеллекта не могут считаться не только достоверными, но даже просто информативными.

Если согласиться с основными положениями статьи и принять главное – критериями диагностики аутизма Каннера должны быть не общие, набившие оскомину и давно утратившие клинический смысл слова о нарушениях общения, а вышеназванные глубинные имманентные для именно этого «страдания», тогда, возможно, исчезнет предмет дискуссии на тему интеллекта у аутистов Каннера.

Я посвящаю статью Груне Л – й.

Воронков Б.В.

Об аутизме у взрослых

ГБОУ ВПО СПб «Государственный педиатрический медицинский университет»

Поскольку рациональное постижение специфического инобытия пациентов с аутизмом в обозримом будущем маловероятно, более перспективными кажутся попытки феноменологического «вчувствования» и получения безусловно субъективного, но хоть как-то приближенного к реальности представления о жизни вне привычных для нас смыслов.

Э. Блейлер, внесший понятие «аутизм» в психиатрическую практику, придавал основное значение тенденции этих пациентов к немотивированному уходу в себя, в свои грезы и мечты, неконтактности их с внешним миром, не связанной с наличием или отсутствием психопатологической продукции и не имеющей рационального объяснения. Термином «аутизм» Э. Блейлер обозначил крайнюю форму отчуждения, сопровождающуюся неспособностью произвольно управлять своим мышлением, уходом индивида от контактов с окружающей реальностью и погружением в мир собственных переживаний, отсутствием потребности в совместной предметной деятельности. В патологической замкнутости он видел явление фундаментальное, не обусловленное другими психическими расстройствами и идентифицировал аутизм с новой нозологической единицей – шизофренией. Окончательного ответа на вопрос: что есть аутизм – симптом, синдром или болезнь нет до сих пор. При этом Э. Блейлер полагал, что аутизм может быть не только тем, другим и третьим, но и проявлением нормально функционирующей психики. Среди прочего оставалось неясно: что именно страдает при аутизме – интеллект, чувства, личность? Относительно субъективных переживаний пациента-аутиста ничего более или менее определенного тоже сказать нельзя.

Социальное одиночество – это отнюдь не избегание общества и не способ устранения от непонимания поведения и речи окружающих людей. В таком случае мы обязаны допустить его осознанность, чего в реальности, безусловно, нет. Психологам достаточно сложно по привычным тестам определить, о чем думает пациент, да и адекватные тесты для исследования психики аутистов пока не придуманы. У аутистов нет ценностей, которые он способен разделить с близкими людьми. Изолированность аутиста от окружающих – это сложнейшее явление, достойного объяснения которому сегодняшнее состояние науки дать не может, несмотря на существование

большого ряда объясняющих гипотез. Все они ложны и поверхностны. Тезис – лучше иметь ложную гипотезу, чем никакой, на наш взгляд, несостоятелен и даже вреден, поскольку заведомо уводит от истины. Тезис – лучше не иметь никакой гипотезы, чем руководствоваться заведомо ложной, кажется более конструктивным, ибо оставляет надежду на хотя бы будущие прозрения.

Как бы то ни было, особенности поведения аутиста настолько необычны, непонятны, непривычны и чужды взгляду и обыденному восприятию здорового человека, что не могут оставить у последнего, как минимум, недоумения, а у специалиста потребности попытаться самому хоть что-то и как-то понять и объяснить уникальный опыт наблюдения над поведением аутиста в целом или хотя бы каких-то его элементов. Ах, если бы можно было представить качество жизни аутичных людей с их собственной точки зрения. Мы ничего не знаем о субъективном переживании одиночества аутиста. Каково оно для пациента? Похоже ли оно на наше о нем представление?

В любом случае не является продуктивным навязывание нормальных ценностей тем, кто эти ценности наверняка не разделяет.

Что бросается в глаза? Аутист «не замечает» окружающих, не замечая и черты, ограничивающей их частное субъективное пространство. Пантомимика может быть разнообразной, даже вычурной, но истинный смысл ее нашему пониманию недоступен, даже, когда нам кажется, что мы что-то в ней улавливаем. Элементарные правила общения и поведения игнорируются, как и осознание неудобств своих действий для непосредственно окружающих. Причины громкости и, наоборот, шепотности произносимого нам непонятны, осмысленной интонационности, как правило, не прослеживается. Из-за непонимания аутистами намерений и чувств других (то есть их окружения) выстраивание сознательных с ними отношений обоюдно невозможно.

Не ставя себе нескромной цели понять причины и механизм ухода от контактов с окружением, утраты способности произвольно управлять мышлением и т.д., мы пытаемся всего лишь поставить перед собой ясперсовский вопрос: каково? То есть: каковы параметры социального одиночества, с кем на фоне внешнего отчуждения ведется внутриличностный диалог, если он вообще имеет место, благо это или попытка – полное уединение в пустоту, в безмолвие и каковы роль и смысл иногда весьма активных и даже порою бурных действий, внешне напоминающие попытки социальных коммуникаций? Остается ли аутист по-прежнему внутри своей пустоты или пытается протянуть к нам руку?

Каждый симптомокомплекс, - от судорожного припадка до реактивных изменений психики, - предполагает нарушение диалога с внешним миром. Признаки отчуждения присутствуют при каждом психическом и психосоматическом расстройстве. Одиночество является коренным, сущностным свойством любого психического нарушения, водоразделом между нормой и патологией в психиатрии. Но не стоит отождествлять такого рода одиночество с чуждым и до сих пор непонятым явлением в психиатрии, каким является аутизм.

Нам, как и нашим коллегам, не удалось отыскать гипотезу, мало-мальски что-то проясняющее. Попытки некоторых исследователей свести одиночество к необходимому условию творчества нас не удовлетворила, поскольку ими ведется речь, на наш взгляд, об иной плоскости одиночества (одиночество творца и т.п.). Идеи классиков философии применительно к нашим проблемам не кажутся убедительными. Представление Ж.П. Сартра об одиночестве как сущностном состоянии человека, как роковом и вечном в существовании человека, обреченного пребывать в замкнутом пространстве собственного «я», применительно к аутизму явно неадекватно. Что можно объяснить нарушением качества внутриспсихического диалога, тоже не очень понятно. Мы согласны с тем, что человек рождается, проживает свою жизнь и умирает в одиночку, но не можем увязать это вполне психологически понятное суждение с аутизмом, являющимся, по нашему мнению, проявлением очень серьезной психической патологии. Мы настаиваем на том, что патологическая замкнутость, которую пациент не в состоянии покинуть добровольно, может быть только вынужденной, обусловленной психическим расстройством. Всякое содержательное единение с внешним миром природой аутизма исключено.

Диагностика аутизма и связанные с нею проблемы социализации взрослых пациентов в специальной периодической печати представлены крайне недостаточно. Аутизм явно перекечевал в детский возраст, литература по проблемам детского аутизма практически необозрима. Вряд ли это отражение истинного положения дел, но факт остается фактом.

Аутизм у взрослых, если он не создает контекста какого-то вновь разыгравшегося психоза, обычно родом из детства. В литературе по клинике и соответственно диагностике аутизма у взрослых наличествуют самые разные описания, создавая иногда впечатление, что описываются больные с совершенно разными болезнями. В одних работах упор делается на непонятности мышления аутистов, восприятия ими близких, в других на парадоксальности, импульсивности или вялости их эмоций, в третьих – на стереотипном поведении, в четвертых – на особенностях речи, зрительного контакта и т.д., и т.п.

Некоторые исследователи вычлняют облигатные и второстепенные признаки, другие больше заняты классификацией признаков по степени частоты встречаемости, наглядности и пр. В большинстве работ имеются указания на дисгармонию общения аутистов с окружающими, что, впрочем, хотя и справедливо, но весьма банально.

Отдельные авторы, как мы считаем, неоправданно категоричны, рассуждая о причинах и механизмах странной и сегодня непонятной для нас такой сложнейшей психической патологии как аутизм. И это, мы убеждены, весьма преждевременно для нынешнего времени.

При наличии, в основном, общих представлений об основных клинических проявлениях – нарушения общения в самом широком смысле, разные взгляды и объяснения всего остального: причин (вплоть до анекдотических), механизмов, перспектив и пр. совершенно определенно

свидетельствуют о не всегда достаточной квалификации исследователей этой одной из сложнейших проблем современной психиатрии.

По разным причинам анализировать чужие тексты нам показалось этически не совсем корректным, но некоторые замечания, по нашему разумению, заслуживают публикации, поскольку при любой свободе мнений понимание специалистами некоторых базисных положений должно быть единым. В противном случае психиатрия рискует перестать быть медицинской дисциплиной. Назовем их в тезисном виде: сугубо автономного аутизма у взрослых не существует; депрессии и черепно-мозговые травмы не могут быть причинами аутизма и их резидуальным последствием; психические заболевания не имеют тенденции к взаимопревращениям; попытки психологизировать психотическое – путь в диагностический тупик. Кроме того, содержание многих положений текстов повторяют друг друга, что объясняется схожестью описаний клиники, наблюдавшихся авторами больных. Последнее обстоятельство избавляет от необходимости подробно анализировать тексты каждого. Относительно эпидемии аутизма наши взгляды неоднократно представлены читателю в наших более ранних публикациях. Углубление в вопросы, требующие серьезных дискуссий, учитывая тезисный характер текста, крайнюю сложность проблемы и неразрешимость ее нынешним поколением специалистов и, вероятно, их ближайшими потомками, считаем нецелесообразным. Невесело, но что поделаешь.

Я посвящаю статью Валентине Ивановне Реус.

Городнова М.Ю.

Современные проблемы профилактики и лечения аддиктивного поведения у детей и подростков

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург

Проблемы современного «текущего» общества создают условия для возникновения и поддержания аддиктивного поведения у подростков и детей [1], что обуславливает необходимость искать новые подходы в их профилактике и лечении. По данным официальной статистики снижение заболеваемости подростков наркоманией в 2013 году сменилось ускорением роста: в расчете на 100 тысяч человек в возрасте 15-17 лет первичная заболеваемость наркоманией возросла с 3,4 в 2012 году до 9,1 в 2015 году [5]. Не только оптимизация работы правоохранительных органов повысила первичную выявляемость, но тревожная тенденция отражает неблагоприятную ситуацию в микросоциальной среде детско-подросткового населения. Неблагополучие в зоне ближайшего окружения способствует росту аддиктивного поведения в его самых разнообразных проявлениях: от рискованного и экстремального до потребления психоактивных веществ.

Современная теория гештальт-терапии рассматривает развитие аддикции как два типа травматического опыта. Первый тип представляет собой ответ на

острую травму, иными словами, это способ совладания с ней. Именно этот тип аддикции, по нашему мнению, наиболее часто встречается у подростков и является более «благоприятным» в плане лечения. Второй тип травмы рассматривается Дж. Пинтусом «как аддикция раннего возраста, при которой стремление к интенсивным чувствам вознаграждения является доминирующим, другие способы испытания удовольствия отходят на задний план, а навыки отношений являются проблемными» [6]. Этот вид аддикции более часто ассоциирован с личностными расстройствами взрослых или с тем, что ранее носило название «патохарактерологического развития» у подростков. Данное представление перекликается с нашим мнением о дефиците питающих отношений в семье и микросоциуме подростков, а также о десенсibilизации, свойственной современным детям и подросткам, как защите от чрезмерной внешней стимуляции [2].

Исходя из представления об аддикции как о травматическом опыте, мы рассматриваем два направления или подхода в его терапии. Следует подчеркнуть, что данные направления не исключают, а дополняют друг друга.

Итак, если аддиктивное поведение – это ответ на острую травму, то сразу встает вопрос, что может быть острой травмой в подростковом возрасте? Ответ кроется в возрастных особенностях и задачах развития этого периода. Основным и специфическим новообразованием этого возраста Л.С. Выготский считал чувство взрослости, под которым понимал возникающее представление о себе «как уже не ребенке». Подросток не только начинает чувствовать себя взрослым, но стремится быть им, что проявляется во взглядах, оценках, в поведении и в отношениях с другими. Он также нуждается в признании себя взрослым со стороны окружения [3]. Нередко понятие взрослости у подростков ассоциируется с возможностью нарушать запреты, которые предъявляются к детям. А это, как правило, возможность распоряжаться собой: своим временем, пространством, телом. Быть там, где он хочет, приходить тогда, когда захочет, быть с тем, с кем хочет, принимать то, что захочет, делать то, что считает нужным. Самое простое и доступное в этом представлении о взрослости оказываются: рискованное поведение, секс, пробы алкоголя и других психоактивных веществ И если вдруг при этом подросток испытывает удовольствие, которое значительно превышает удовольствие от иного общения и деятельности, то создаются условия для формирования аддикции. Особенно это опасно при пробах веществ с высоким аддиктивным потенциалом.

Взрослость не наступает одновременно, ее становление происходит посредством решения задач развития, каждая из которых требует напряженного труда подростка. Сложности в их решении могут привести к «творческому приспособлению» – симптому аддиктивного опыта. Именно поэтому помощь подростку в разрешении сложных ситуаций на пути становления взрослости и есть профилактика и лечение аддиктивного поведения.

В своей практической работе мы опираемся на следующие задачи развития в юности, выделенные американским психологом Робертом Хэвигерстом [4]:

1. Принятие своей внешности и умение эффективно владеть телом. Проблемы внешнего вида, телесной привлекательности, косметические дефекты и т.д. становятся важными, а порой и травматичными событиями в жизни молодого человека.

2. Формирование новых, зрелых отношений со сверстниками обоего пола. Проблемы общения и принятия группой сверстников часто лежат в основе подростковых переживаний и драм.

3. Принятие мужской или женской роли. Современные гендерные проблемы нередко усугубляют решение этой задачи. Деликатность и честность в этом вопросе поможет подростку обрести полоролевую идентичность.

4. Достижение эмоциональной независимости от родителей и других взрослых. Решение этой задачи – не только эмоциональное отдаление от родителей, но выстраивание эмоционально насыщенных отношений со сверстниками и другими взрослыми, поиск новой привязанности, а также обретение способности самостоятельно контейнировать свои интенсивные переживания.

5. Подготовка к трудовой деятельности. Это шаг в самостоятельность и независимость, к самодостаточности и самоуважению. Возможности применить свои силы, заработать карманные деньги и потратить их по своему усмотрению являются важными составляющими жизни подростка. Конфликты в этой области нередко могут служить травматичным событием.

6. Подготовка к вступлению в брак и к семейной жизни. Выбор партнера, становление отношений, разрывы и неудачи, — все это приобретение, нередко болезненного, опыта, подготавливающего подростка к стабильным отношениям в паре.

7. Появление желания нести ответственность за себя и общество. Данная задача решается подростками путем участия в общественных движениях, политических партиях, активной гражданской позиции. Использование этой нормальной возрастной протестной реакции лежит в основе вовлечения подростков в различные «группы насилия» и терроризма, таких например, как ИГИЛ.

8. Обретение системы ценностей и этических принципов, которыми можно руководствоваться в жизни. Становление норм и правил, которых следует придерживаться важная задача взросления, невозможность их выбора или способности придерживаться их может быть острой травмой для подростка.

Мы считаем, что все эти темы должны рассматриваться в диагностике и лечении аддиктивного поведения подростка, так как в каждой из них могут скрываться неразрешимые трудности, определяя травматическое событие перехода во взрослую жизнь.

Нашей опорой в работе с подростками остаются выделенные А.Е. Личко реакции подросткового возраста. «Избыточность» этих реакций как лакмусовая бумажка указывает на болевую точку периода развития. Внимание к ней, обсуждение с подростком его ситуации, поиск нового пути ее разрешения

могут предотвратить обращение к «помогающим» веществам или аддиктивной деятельности. Обязательным условием является наличие принимающей среды, именно она становится ресурсом совладания. Отсутствие таковой в жизни подростка часто ведет к становлению аддикции второго типа, что требует больших затрат по ее коррекции.

Таким образом, реабилитационные мероприятия для подростков в большей мере должны строиться посредством помощи им в разрешении задач подросткового периода, а не в совладании с потреблением ПАВ, и носить преимущественно воспитательный и обучающий характер, включающий в себя деятельность, свойственную подросткам и способствующую решению возрастных задач. Следует активно использовать современные компьютерные технологии и понятный молодым людям язык общения. При этом позиция взрослого должна быть принимающей: подросток должен почувствовать себя увиденным в его потребностях и способах их достижений без осуждения и нравочений. Необходимо поддержать стремление подростка стать взрослым, но в тоже время самим взрослым необходимо четко оставаться в своих границах. Это «вторая сторона медали».

Под границами мы подразумеваем хорошо осознанную собственную телесность, эмоциональность/чувственность, когниции и установки, поведение и ответственность. Границы требуют определенности и сохранения. Исходя из этого, становление взрослости можно обозначить как обретение собственных границ. Этот процесс возможен только рядом с ясными и понятными границами Другого, только так можно очертить и принять границы своей личности. Нормы, порядок и правила также необходимы подростку, как допустимая степень его свободы и ответственности за нее. Именно поэтому работа с семьей подростка и микросоциальным окружением (прежде всего обучающей средой) должны быть составной частью реабилитации.

В превенции аддиктивного поведения, помимо ранее предложенных нами рекомендаций [2], считаем необходимым проведение обучающих тренингов в рамках школьного и дополнительного образования, работу с подростками группы риска, имеющих болевые точки взросления, при этом включать подростков, имеющих опыт употребления ПАВ в группу условно здоровых сверстников. Мы рекомендуем избегать объединять таких подростков в единую группу, но привнести инклюзивный подход в превентивную работу с ними.

Работа с родителями должна строиться в двух направлениях: повышение родительской компетенции и восстановление/поддержание гармоничного функционирования семьи. Следует также работать с обучающей средой, создавая условия принятия и поддержки на основе развития эмпатических способностей ее участников. В этом мы видим противодействие ослаблению привязанности, стабильности и поддержки свойственным текучему обществу современности.

Литература:

1. Бауман З. Текучая современность / пер. С. А. Комарова; под ред. Ю.В. Асочакова. СПб: Питер, 2008. 240 с.

2. Городнова М.Ю. Аддиктивное поведение как проявление школьной дезадаптации: проблемы воспитания и профилактики // XIV Мнухинские чтения. Международная научная конференция «Роль психических расстройств в структуре школьной дезадаптации», 24 марта 2016 года. Сборник статей / Под общ.ред. Ю.А. Фесенко, Д.Ю. Шигапова. СПб: Альта Астра, 2016. С. 64-68.
3. Райс Ф., Долджин К. Психология подросткового и юношеского возраста. СПб: Питер, 2012. 816 с.
4. Шаповаленко И.В. Возрастная психология. М.: Гардарики, 2007. 352 с.
5. Щербакова Е.М. Заболеваемость населения России, 2015-2016 годы // ДемоскопWeekly. 2017. №721-722. – URL: <http://demoscope.ru/weekly/2017/0721/barom01.php>.
Дата обращения: 07.07.2017.
6. Pintus G. Tempo e relazionenelvissutodipendente. Percorsiermenentici e clinici, in Menditto M. (a cura di), Psicoterapiadella Gestalt contemporanea. Esperienze e strumenti a confronto, Franco Angeli, Milano. 2011, P. 203-210.

Грачев В.В., Александрова О.В.

К вопросу о перфекционизме у больных нервной булимией подросткового возраста

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Интерес к проблеме перфекционизма обусловлен с одной стороны разработкой эффективных психотерапевтических подходов, а с другой – с изучением этиопатогенетических механизмов психических расстройств, попытками выделения их биологических маркеров или точнее эндотипов. Под последними принимаются индивидуальные особенности психики, опосредующие влияние генов и служащие как бы промежуточным звеном между действием гена и его проявлением на уровне поведения или психического расстройства.

В аспекте расстройств пищевого поведения (РПП) перфекционизм рассматривается как особенность преимущественно присущая больным нервной анорексией (НА). В то время, как роль перфекционизма в развитии нервной булимией (НБ), особенно подросткового возраста, остаются недостаточно изученными.

Целью настоящей работы явился анализ выраженности перфекционизма у больных НБ подросткового возраста и его взаимосвязи с клиническими проявлениями заболевания.

Исследование включало 42 больные НБ женского пола в возрасте от 14,5 до 17,4 лет (средний возраст составил $16,2 \pm 0,8$ года). Критериями включения служили: женский пол, подростковый возраст и полное соответствие клинических проявлений критериям рубрики F50.2 МКБ-10. Исключались больные с расстройствами шизофренического спектра и эндокринной патологией.

Анализ перфекционизма проводился с использованием русскоязычного варианта Многомерной Шкалы Перфекционизма (MPS) разработанной P.L. Hewitt и G.L. Flett (1991) и адаптированной для русскоязычной выборки И.И. Грачевой (2006), валидность применения шкалы у больных подросткового возраста подтверждена ее авторами. Для оценки тяжести НБ использовались

шкала-опросник «тест отношения к еде» (EAT-26), являющаяся одним из наиболее используемых во всем мире инструментов изучения РПП.

Исследование включало в себя сравнение с двумя контрольными группами. Первую составили 30 больных НА, полностью отвечавших критериям рубрики F50.2 МКБ-10, вторую – 30 больных с депрессивными состояниями легкой и средней тяжести (рубрики F32.0 и F32.1 МКБ-10).

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с помощью статистической компьютерной программы AtteStat (Гайдышев И.П. 2012).

Значения уровня перфекционизма большинства: 24 (57%) больных НБ в обследованной выборке находились в пределах высоких показателей по методике MPS (значения, превышающие 203 балла), средний показатель уровня перфекционизма составил $200,5 \pm 35,7$ балла.

Сравнение с контрольными группами выявило, что показатели уровня перфекционизма больных НБ были значимо выше, чем у больных НА (критерий Стьюдента, $p=0,0042$) и депрессивными состояниями (критерий Стьюдента, $p=0,010$).

Обнаружились значимые положительные корреляций показателей выраженности перфекционизма и тяжести НБ (коэффициент Пирсона $r=0,567$; $p=0,011$).

Результаты исследования показали, что у больных подросткового возраста выявляется отчетливая связь выраженности перфекционизма и булимической симптоматики. А значимые отличия показателей уровня перфекционизма больных НБ и НА еще раз подчеркивают различия этих во многом близких по клиническим проявлениям форм РПП.

Полученные данные позволяют предполагать, что склонность к перфекционизму может являться фактором предрасположенности к развитию НБ в подростковом возрасте, оказывающим существенное влияние на формирование ее клинических проявлений и, возможно, выступающим в роли одного из эндофенотипов этого заболевания.

Гречаный С.В.

Психиатрия раннего детского возраста: единство психопатологического и психотерапевтического подходов

ГБОУ ВПО СПб «Государственный педиатрический медицинский университет»

Психотерапевтическая составляющая является неотъемлемой частью комплексной лечебно-диагностической работы врача-психиатра с детьми раннего возраста по следующим причинам:

1) родственник или законный представитель явно или скрыто присутствует в любой ситуации психиатрического осмотра ребенка. Следовательно, любые жалобы на психическое нездоровье пациента преломляется через мнение ближайших взрослых, зависят от их или гипонозогнозической, или гипернозогнозической установки;

2) взрослый в любом случае принимает участие в непосредственном психопатологическом диагностическом процессе, осуществляемом детским психиатром. Основной методологический прием психиатрического осмотра раннего возраста – ситуационное наблюдение за пациентом с контекстуальным анализом происходит в присутствии близкого и в известной степени «для взрослого».

Необходимым условием диагностического процесса ребенка 3-4 лет является обсуждение с родителями характера и причин детского поведения. В ходе работы необходимо ответить на вопросы: «Что и как делает малыш в настоящее время?», «В чем причина его поведения?».

Для формирования приверженности психиатрическому наблюдению и курации врач-психиатр непременно должен проводить психообразовательную работу с родителями. В ходе ее осуществления решаются следующие задачи: «В чем смысл поступков ребенка? Какое значение для психического развития имеет подобное поведение? Что хочет добиться ребенок? Что должен он делать в этом возрасте? В чем нуждается ребенок в данный момент и Ваш, в частности?». Работа, направленная на понимание мотивов поведения ребенка, не в полной мере владеющего речью, важна для коррекционно-педагогической помощи.

К задачам поведенческой психотерапии относится выработка у родителей навыков объективной оценки статуса ребенка, способов эффективного воздействия на него. Обсуждается, какие меры допустимы по отношению к малышу, что родитель делает неправильно в общении с ним, какие воспитательные подходы будут эффективны применительно к конкретному ребенку.

Важным приемом является предоставление возможности наблюдать за спонтанной активностью ребенка, отказ от перманентного за ним контроля, что формирует зачатки чувства самостоятельности и личной ответственности. Необходимо провести «смысловую» границу между собой и ребенком. Эти приемы лежат в основе навыков поведенческого управления (parent management training) и терапии детско-родительского взаимодействия (parent-child interaction therapy) как в случае нормативного, так и аномального психического развития малыша.

Гречаный С.В.*, Фаддеев Д.В., Палкин Ю.Р.****

Проблемы диагностики посттравматического стрессового расстройства у детей

ГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России,

Санкт-Петербургское государственное учреждение здравоохранения «Городская психиатрическая больница №7 им. Академика И.П. Павлова» /Клиника неврозов/

Актуальность темы определяется, во-первых, все более возрастающим числом обращений родителей несовершеннолетних на факты физической

агрессии к своим детям со стороны других родителей, сверстников или учащихся образовательного учреждения, и, во-вторых, юридическими последствиями постановки диагноза «посттравматическое стрессовое расстройство». Врачам экспертизы хорошо известно, что указанный диагноз должен быть обоснован и дифференцирован с учетом его юридических последствий. В соответствии с Правилами определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 17 августа 2007 г. № 522, квалифицирующими признаками тяжести вреда, причиненного здоровью человека, являются «пункт «а» - в отношении тяжкого вреда: психическое расстройство». Каких-либо уточнений и дифференцировки законодательство не вносит. Данные обстоятельства могут способствовать широкой постановке психиатрического диагноза из рубрики F40 - F49 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», к которым относится и «посттравматическое стрессовое расстройство» (далее – ПТСР), с различными, в том числе и меркантильными целями.

К общим диагностическим критериям ПТСР по МКБ 10-го пересмотра относятся: исключительно сильное, но непродолжительное (в течение часов, дней) травматическое событие, угрожающее психической или физической целостности личности (природная или техногенная катастрофа, несчастный случай, участие в боевых действиях, преступное посягательство и тому подобные); резкое изменение социального статуса или окружения (смерть близкого, потеря значительной части имущества и т.п.).

Типичными симптомами ПТСР являются повторяющиеся переживания психотравмы в виде навязчивых воспоминаний, кошмарных сновидений, фантазий и представлений; чувство «оцепенения» и эмоциональной притупленности, социальной отчужденности, сниженной реакции на окружающее, ангедония; избегание ситуаций, напоминающих о психотравме; временами острые эпизоды страха, паники, агрессии, вызванные неожиданными воспоминаниями о психотравме или реакции на нее; вегетативная возбудимость, бессонница, реакции испуга. В большинстве случаев наблюдается полное выздоровление.

Тенденция к активному использованию диагноза ПТСР сохраняется и в МКБ-11, который под кодом 6 В 70 относится к рубрике «Расстройства, избирательно связанные со стрессом». При этом отдельного диагноза для детского возраста в общей классификации психических расстройств не предусмотрено. Однако в «Диагностической классификации нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве» (Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, 2005), используемой во всем мире в научных исследованиях, отдельная рубрика «посттравматического стрессового расстройства» присутствует. В редакции указанной классификации 2016 г. детское ПТСР упоминается в разделе «Посттравматические, адаптационные и депривационные расстройства».

Согласно диагностическим критериям, ПТСР развивается у детей, перенесших тяжелое травмирующее событие или знающих об его непосредственной угрозе. Присутствуют симптомы повторного воспроизведения травматического события (навязчивые посттравматическая игра, высказывания или вопросы), дистресс при воспоминании о травме, феномены избегающего поведения и общей эмоционально-социальной отгороженности, а также повышенная возбудимость (нарушения сна, чрезмерная настороженность, раздражительность и др.). Начало может быть после 12 месяцев. Однако, у большинства детей, перенесших травматическое событие, ПТСР не обнаруживается. Предрасполагающими факторами его развития являются повышенная тревожность ребенка и наличие одновременного ПТСР у родителей. Важно отметить, что для постановки диагноза наряду со специфическими симптомами каждого из подразделов должны также иметь место один или более симптомов нарушения социального функционирования ребенка и (или) его семьи.

Таким образом, постановка ПТСР у детей допускается, но его симптомы четко очерчены. Критерии постановки диагноза не дают оснований для его расширительной трактовки, а наоборот, позволяют широко дифференцировать со сходными состояниями (например, острая реакция на стресс, приспособительная реакция и др.).

В практической работе приходится сталкиваться с «запланированным» характером обращений родителей и их пациентов к врачам-психиатрам и психологам кризисных отделений. Симптомы посттравматического расстройства, не будучи переживаемыми, тщательно заучиваются. Характер их предъявления, как правило, требовательный. Отсутствует аффективная составляющая, напрямую указывающая на факт пережившего ребенком угрожающего для жизни стресса. Уточняющие вопросы при беседе у пациентов-детей вызывают замешательство, а у родителей – раздражение. В качестве повода для обращения служат не состояния витальной угрозы, а бытовые и школьные конфликты, в момент которых дети действуют вполне расчетливо и рассудительно, в частности, записывают доказательства угрожающего для жизни состояния на телефон. После установления диагноза ребенок продолжает учебу в школе, сохраняя способность к обучению, не наблюдается врачом-психиатром, не получает специализированную психиатрическую медицинскую помощь.

Клинические проявления, динамика и последствия ПТСР у детей, как и вопрос о принципиальной возможности развития этого состояния у детей, является дискуссионным и в настоящее время находится в состоянии активного изучения и обсуждения.

Грошева Е.В.

Проблема обучения детей с синдромом Ландау-Клеффнера

Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»

В данной работе нам хочется рассмотреть проблему обучения детей с синдромом Ландау-Клеффнера (СЛК). Выбор данного заболевания для рассмотрения связан несколькими факторами:

- начало заболевания в раннем возрасте, когда остро стоит проблема получения образования;

- тяжесть социальной дезадаптации детей, связанная с тяжестью речевых нарушений при данном заболевании: сенсорная (семантическая) афазия (агнозия), отчуждение смысла слова от его звучания;

- преходящий (часто – волнообразный) характер расстройства. Речевая функция в части случаев доступна восстановлению.

К написанию данной статьи нас подтолкнула встреча с такими пациентами и их потребностями. На наш взгляд, на сегодняшний день эти пациенты не вписываются ни в один из стандартных образовательных маршрутов, даже с использованием индивидуального подхода и надомного обучения.

В научных работах последнего десятилетия делается акцент на том, что СЛК является не столько собственно афазией, сколько слухо-речевой агнозией [1, 4 и др.]. Гнозис на неречевые звуки у больных остается относительно сохранным. При этом возможно их обучение жестовому языку, со всеми особенностями его синтаксиса и грамматики, что не дает возможности говорить об афазии так таковой. При афазии нарушается способность к любой речи, и жестовой – в том числе. Хотя остается способность к неречевым жестам. Эта часть психической деятельности лучше отражена в дефектологической и неврологической литературе, чем в психологической. Сравнение феноменов афазий, агнозий, а также перспективы использования языка жестов для компенсации дефектов у слышащих, а также глухих (рано- и позднооглохших) очень хорошо сделано популяризатором науки американским неврологом О. Саксом [5].

Иногда при СЛК понимание детьми устной речи на какое-то время теряется полностью. При этом грубо вторично нарушаются собственная речь, произвольное внимание, работоспособность, и другие психические функции. Если письменная речь еще не успела образоваться, то традиционное общение с ребенком становится практически невозможным. Даже программа 8 вида 1 типа становится для них не доступной. Вне конкретной простой предметной деятельности они ведут себя как дети с тяжелейшими формами умственной отсталости, так как не понимают смысл ситуации и действий других людей. Но когда эти дети заняты жестко структурированной предметной деятельностью, то мы видим, что их потенциал гораздо выше. При этом длительность тяжелых сенсорных нарушений очень отличается от случая к случаю.

За все годы работы нами наблюдались всего двое пациентов с СЛК, но таких случаев достаточно много описано в литературе. Чаще всего в России эти

дети обучаются по программам, связанным с нарушениями интеллекта разной степени выраженности (7 и 8 видов), изредка – в начале заболевания – по программе пятого вида. Об обучении таких детей по программе для глухих и слабослышащих детей можно прочитать только в зарубежной литературе. В России направлять детей с СЛК на программу 1 и 2 видов (глухих и слабослышащих) не принято и невозможно, так как для этого обязательно требуется нарушение слуха. Такое обучение проводится только экспериментально или по желанию родителей, «частным образом». При этом случаи, описанные в зарубежной литературе, показывают, что обучение детей с СЛК языку жестов в период сильной выраженности нарушений понимания обращенной речи позволяет детям эффективнее восстанавливаться после уменьшения интенсивности гностических расстройств, и значительно повышает качество их жизни.

Нами наблюдалась девочка Н. [3], которая резко (в течение нескольких недель) полностью потеряла понимание обращенной речи в возрасте трех лет. До этого Н. развивалась даже с опережением, с удовольствием заучивала и читала стихи. Мы наблюдали эту девочку с 8 лет. За первые два года (две госпитализации) ее состояние было очень тяжелым, не поддавалось медикаментозной коррекции. К моменту госпитализации обращенную речь девочка не понимала совсем, собственная речь практически отсутствовала (представлена только вокализациями), продолжались судорожные приступы. Ребенок демонстрировал полевое поведение, агрессивность, двигательную расторможенность, при этом выполняла методику Равенна с результатами, соответствующими уровню, пограничному с умственной отсталостью. Позже судорожные приступы были купированы, и мы увидели эту девочку уже в возрасте 12 лет. Наша пациентка понимала обращенную речь в пределах конкретной ситуации, могла поддерживать простейший диалог о себе, других, даже о своих мечтах и желаниях. Ей были доступны даже простые шутки и самоирония: в будущем Н. хотела бы «быть принцессой и выйти замуж». Но не за принца – «принцы не берут таких». Но позже сама говорит, что «принцесс не бывает». Собственная речь – дефектная, простой аграмматичной фразой, но достаточно понятная. Девочка вполне ориентирована в быту, помогает матери по дому, с легкостью учится по программе 8 вида 2-й вариант. Показатели ее невербального интеллекта намного выше, чем вербального, и Н. явно не могла в полной мере реализовать свои возможности при учебе по программе 2-го варианта 8 вида: ВИП = 45, НИП = 74.

Другой наш пациент, мальчик С., 8 лет, с впервые выявленным расстройством во время госпитализации СЛК. Судороги, хоть и не частые, были у него уже в течение несколько лет, но тяжелые нарушения импрессивной речи стали нарастать только в последние полгода. Когда ребенок попал в стационар, он формально учился по массовой программе, был во втором классе, но программу не усваивал. Умел писать и читать, еще год назад мог писать фразы под диктовку. Всегда учился с трудом, но грубых интеллектуальных или речевых нарушений у него не отмечалось. За последние полгода резко ухудшилось понимание обращенной речи (понимает отдельные слова, простые

двухсложные инструкции, но не предложение целиком). Пример из заданий методики Векслера:

Психолог: «Что такое «осел»?» (вопрос пришлось несколько раз повторить, чуть перефразировать, произносить слова медленно, тщательно артикулируя).

С.: «Кто осел?! Я?!!»

С. почти потерял навык письма под диктовку (даже простых словосочетаний), письменная речь свелась к списыванию. Сохраняется понимание смысла прочитанного, хотя читает с трудом и очень быстро истощается в речевой деятельности. На момент госпитализации ребенок понимает отдельные слова в обращенном к нему предложении, пытается отвечать, но, как правило, невпопад. Сначала в отделении был испуган и растерян, не понимал режима и правил отделения, медицинские сестры описывали его, как «глухого ребенка» - в общей группе, в речевом шуме, часто не откликается даже на собственные имя и фамилию. При индивидуальной работе очень внимательно смотрит на лицо и губы собеседника. На простые вопросы иногда отвечает верно, но одним-двумя словами. Иногда пытается прислушиваться, приближает ухо к собеседнику, но потом – снова смотрит на лицо, словно еще не может определиться, что ему помогает лучше. Мальчику явно требовалась смена образовательного маршрута. Но из доступных маршрутов ни один не соответствовал его потребности в альтернативной (по отношению к слухо-речевой) коммуникации. Мальчик сам активно пытался использовать приемы, которые используют в коммуникации слабослышащие (позднооглохшие) дети. При этом перевести его на обучение по программе 2 вида, даже на время, пробно было невозможно.

Сложность выбора образовательного маршрута для ребенка с СЛК усугубляется недостаточной согласованностью в постановке этого диагноза разными специалистами. Несмотря на то, что критерии диагностики данного синдрома давно и четко сформулированы, нам приходилось сталкиваться при анализе литературы со случаями, которые описаны как СЛК, хотя у этих пациентов доминируют нарушения преимущественно экспрессивной речи или интеллектуальной функции на фоне эпилепсии, и не отмечен момент времени, когда резко ухудшается сенсорная сторона речи [2]. То есть – отсутствует главный критерий постановки диагноза. И таким детям, безусловно, не показано обучение по программе для слабослышащих детей.

Таким образом, задача комплексного обучения и реабилитации детей с синдромом Ландау-Клеффнера и с другими редкими нарушениями слухоречевого гнозиса не является сегодня решенной. Такие пациенты редко встречаются в клинической практике, но образование и качество жизни таких детей и их родителей является сложной и комплексной образовательной, медицинской, психологической проблемой. Требуется тесное взаимодействие врача-психиатра, невролога, психолога, логопеда, педагога-дефектолога, сурдопедагога для решения задач реабилитации и обучения таких пациентов.

Очень важно и взаимодействие специалистов, работающих в медицинской и образовательной сферах. Сейчас специалисты здравоохранения и образования сильно разделены. Они почти не имеют возможности тесно

взаимодействовать, обмениваться опытом и мнениями в своей ежедневной практике. Слабость преемственности в работе специалистов медицинской и образовательной сфер значительно сужает возможности использования комплексного подхода в лечебно-реабилитационных мероприятиях при СЛК, снижает качество медико-психолого-педагогического сопровождения детей. Это губительно сказывается на судьбе этих «сложных» пациентов, требующих особенного, комплексного и, одновременно, индивидуализированного подхода при организации образовательных и лечебно-реабилитационных мероприятий.

Литература:

1. Александрова Н.Ш. Детские афазии и синдром Ландау-Клеффнера в свете пластичности мозга // Журнал неврологи и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2004;104(6): 54-8.
2. Анисимов Г.В., Кравцов Ю.И., Калашникова Т.П., и др. Гетерогенность и клиническая полиморфность приобретенной эпилептической афазии Ландау-Клеффнера // Специальное образование, 2011, №1. С.15-25.
3. Грошева Е.В., Крылова И.В., Панова В.И., Удальцова Е.М., Шевченко И.В. К вопросу о состоянии высших психических функций у детей с синдромом Ландау-Клеффнера. Описание клинического случая // Тенденции развития здравоохранения: методика, проблемы, достижения: сборник материалов I Международной научно-практической конференции. Новосибирск: НГТУ, 2012. С.50-57.
4. Мухин К.Ю. Синдром Ландау-Клеффнера (приобретенная эпилептическая афазия) с фокусом на электроэнцефалографические критерии // Российский журнал детской неврологии, 2016. Т.11 №3. С.8-21.
5. Сакс О. Зримые голоса. М., АСТ, 2015.

Демьянов Ю.Г.

Галлюцинации, их сюжеты и эмоциональные реакции галлюцинирующих больных разного возраста

Санкт-Петербургский Государственный Университет

В данной работе, на основании исследования галлюцинаций у 45 больных шизофренией в разных возрастных группах, сообщается о целостной оценке этими больными своих галлюцинаций, о роли внешних условий при галлюцинировании и эмоциональных реакциях больных при появлении галлюцинаторных образов.

При возникновении у больных истинных галлюцинаций дети дошкольного возраста видят больше всего знакомых людей, сказочных персонажей и игрушки, причем чаще всего это лишь части фигур (лицо, глаза, рука) либо одиночные целые неподвижные фигуры. Несмотря на то, что галлюцинаторные образы не совершают каких-либо движений и действий, дети считают их появление угрожающим для себя и испытывают страх. Также и слуховые галлюцинации в виде шороха, писка, треска, звуков шагов, вздохов, возгласов, окликов по имени оцениваются детьми как содержащие угрозу. Характерным для дошкольников является повторение одного и того же галлюцинаторного образа на протяжении болезни.

Младшие школьники при наличии истинных зрительных галлюцинаций видят знакомых и незнакомых людей, героев рассказов, сказок, кинофильмов, домашних и диких животных. Фигуры галлюцинаторных объектов обычно

одинокими, целостными, совершают движения и действия, не имеющие отношения к больному, но, тем не менее, тоже оцениваются больными как тающие в себе угрозы. Слуховые галлюцинации возникают обычно в виде однословных высказываний или коротких фраз, редко имеющих к больным отношение, но и они оцениваются детьми как имеющими скрытый угрожающий смысл. Слуховые истинные галлюцинации у дошкольников встречались значительно реже зрительных.

Подростки в зрительных галлюцинаторных образах обычно воспринимают знакомых и незнакомых людей, реже фантастические персонажи, предметы неживой природы. Как правило, появление и действия истинных галлюцинаций имели к больным прямое отношение и носили неприятный или угрожающий оттенок. Слуховые галлюцинации встречались у подростков с такой же частотой, как и зрительные. Обычно они представляли собой развернутые речевые высказывания в форме суждений и умозаключений. Высказывания носили повелительный или угрожающий характер. Возникающие у больных обонятельные и изредка вкусовые галлюцинации тоже носили неприятный характер (вкус горечи, отравы, запах гниения, газа, смрада, мртвечины и пр.).

У больных юношеского, зрелого, пожилого возраста и в период инволюционного возрастного криза истинные зрительные галлюцинации были множественными, не связанными в единый сюжет. Это были люди, животные, неживые объекты, чье появление и действия были адресованы непосредственно больным. Однако значительно чаще у больных встречались слуховые галлюцинации в виде голосов. Это были голоса знакомых и незнакомых людей. Их монологи и диалоги носили развернутый характер и имели, как правило, прямое отношение к больным, и по содержанию носили преимущественно негативный характер. В период инволюционного возрастного криза нередко возникали эпизоды обонятельных галлюцинаций, тоже носящих неприятный характер.

В старческом возрасте преобладали зрительные галлюцинации. Образы были единичными, целостными, с небольшим количеством деталей. Больные видели родных и знакомых людей часто «из прошлой жизни». Одни и те же образы часто повторялись. Отношение галлюцинаторных образов к больному расценивалось как нейтральное, приятное или неприятное, редко устрашающее. Слуховые истинные галлюцинации были чаще в виде окликов по имени, вздохов, неясного шепота и были неприятны больным.

Галлюцинации воображения у детей дошкольного и младшего школьного возраста обычно возникали на основе образного фантазирования на темы собственной защиты от кого-либо или опасений чего-либо. У больных от подросткового до пожилого возраста фантазии касались актуальных в данный момент переживаний, а у больных старческого возраста – главным образом воспоминаний о дорогих для них людях в событиях прошлого, реже – на религиозные темы и фабулы неприятного содержания.

У больных дошкольного и младшего школьного возраста представления внезапно приобретали чувственную живость и независимость от произвольного управления ими. Во внешнем пространстве появлялась фигура или часть фигуры знакомого человека или сказочного персонажа, медленно перемещающегося или неподвижного. Либо больные внезапно обнаруживали, что та или иная игрушка начала двигаться, двигать конечностью, кивать головой и пр., выражая, таким образом, свое отношение к больному. Реже, пассивно глядя при фантазировании на висящую на стене картину, больные обнаруживали на ней дополнительный предмет или оживший персонаж в соответствии с содержанием фантазирования. Либо у игрушки появлялся дополнительный предмет, элемент одежды, украшение, оружие и т.п. Отношение галлюцинаторных образов к больным обычно было неприятным.

У больных от подросткового до пожилого возраста галлюцинации воображения были либо в виде галлюцинаторного дополнения к изображению на картине, или оживанию персонажей, изображенных на картине, колебаний листьев на деревьях, раскачивания кустов, перемещения волн на воде и т.д. Оживание отдельных неодушевленных предметов в окружающей обстановке происходило по типу неожиданно совершаемых ими резких движений, носящих выразительный характер относительно одобрения, поддержки или неодобрения мыслей и действий больного.

У больных старческого возраста галлюцинации воображения возникали в виде галлюцинаторного дополнения, оживания картин и на основе представляемых образов. При этом отношение галлюцинаций к больным было обычно дружелюбным, приятным.

При псевдогаллюцинациях в младшем школьном, подростковом и старческом возрасте больные часто отождествляли их с реальными предметами (при зрительных образах) и с реальными голосами (при слуховых образах). В других возрастных группах галлюцинаторный образ больные оценивали как изображение, трансляцию. Для младших школьников появление псевдогаллюцинаций было непонятным, необъяснимым.

В старческом возрасте чаще всего галлюцинаторные образы квалифицировались как естественные, но насильственно вторгающиеся. В остальных возрастных группах преобладала интерпретация происходящего как передача изображений и звуков на расстоянии с помощью современной аппаратуры, телепатии, гипноза и являлось для больных чем-то необычным, но реально существующим.

У младших школьников и в старости преобладало обиденное содержание псевдогаллюцинаций, в других возрастах – разнообразное. Отношение галлюцинаторных образов к больным старческого возраста, как правило, было нейтральным, у остальных больных – неприятным, повелительным, угрожающим.

Галлюциноиды больными всех возрастных групп расценивались сходным образом. Больные считали мелькнувшие объекты реальностью, но не могли с убежденностью раскрыть их характеристики, отмечая, что, скорее всего,

промелькнуло что-то живое, но не имеющее к ним непосредственного отношения.

Феномен звучания мыслей не регистрировался среди обследованных больных дошкольного и младшего школьного возраста. Проявление звучания чужих мыслей у подростков и в старости встречался в виде единичных эпизодов, а у остальных больных многократно повторялся. По своему содержанию отношение к больным старческого возраста и подросткам эти мысли чаще носили нейтральный характер. У больных остальных возрастных групп преобладало неприятное и угрожающее содержание звучащих мыслей посторонних людей. Все больные были склонны понимать данное явление как телепатический или гипнотический эффект.

Феномен звучания собственных мыслей подростки квалифицировали как нечто противоестественное, остальные больные – как насильственное. В подростковом и старческом возрасте пациенты обычно утверждали, что их мысли отчетливо распространяются в пространстве и все люди их слышат. Больные остальных возрастных групп полагали, что окружающие люди слышат мысли неотчетливо, или слышат собственные мысли только сами больные. Содержание звучащих мыслей было нейтральным, эротическим или отражающим характер взаимоотношений с окружающими. У больных старческого возраста преобладало нейтральное содержание. У больных остальных возрастных групп содержание мыслей чаще всего было неприятным, враждебным по отношению к кому-либо. Появление данного феномена больными всех возрастов понималось как раскрытие у них необычных телепатических и гипнотических возможностей.

Эмоциональные реакции при галлюцинировании у больных всех возрастных групп носили преимущественно отрицательный характер. При появлении истинных галлюцинаций у больных старческого возраста появлялось чувство эмоциональной напряженности, беспокойства. В юношеском, зрелом и пожилом возрасте преобладало переживание в виде тревоги. У больных дошкольного, младшего школьного возраста, в период подросткового и инволюционного возрастного криза доминировало чувство страха. Характерно, что такие эмоциональные состояния возникали у больных независимо от содержания галлюцинаторных образов, даже, если оно было нейтральным. После исчезновения галлюцинаторного образа дошкольники успокаивались в течение от нескольких минут до 2-3 часов. Больные старческого возраста длительно сохраняли беспокойный фон настроения (от нескольких часов до нескольких дней). Больные в периоды подросткового и инволюционного возрастных кризов после исчезновения истинных галлюцинаций быстро утрачивали страх, но в течение нескольких часов продолжали находиться в состоянии эмоционального напряжения и крайне неохотно рассказывали о своих переживаниях. Больные остальных возрастов в течение нескольких часов сохраняли общую настороженность, но охотно рассказывали о пережитом галлюцинаторном эпизоде. Заметного изменения

фона настроения перед появлением истинных галлюцинаций обычно не происходило.

Эмоциональная напряженность у больных при возникновении галлюцинаций воображения была менее выражена, чем при появлении истинных галлюцинаций. Больные старческого возраста чаще всего проявляли при этом удивление, интерес без существенной отрицательной эмоциональной окраски. Больные юношеского, зрелого и пожилого возраста проявляли растерянность, недоумение, а у остальных пациентов преобладала настороженность. При исчезновении галлюцинаторного образа все больные быстро успокаивались. Перед появлением галлюцинаций воображения настроение у больных соответствовало актуальным на тот момент переживаниям.

Появлению псевдогаллюцинаций обычно предшествовало чувство нервного напряжения, настороженности, неопределенного беспокойства. При возникновении галлюцинаций у подростков и в период инволюционного криза наблюдалось чувство страха. У больных дошкольного, юношеского, зрелого и пожилого возраста появлялась тревога, тоскливость, чувство вины, гнева, изредка любопытства. Больные старческого возраста проявляли настороженность и эмоциональную напряженность. После исчезновения псевдогаллюцинаторного образа у всех обследованных больных от нескольких часов до нескольких дней сохранялось чувство нервного напряжения.

Появление галлюциноидов, как и галлюцинаций воображения, сопровождалось у больных значительно меньшей эмоциональной напряженностью. Больные младшего школьного возраста, пациенты в период подросткового и инволюционного кризов проявляли настороженность. В дошкольном и старческом возрасте больные держались спокойно. Больные юношеского, зрелого и пожилого возраста проявляли эмоциональную амбивалентность: любопытство, интерес и настороженность. После исчезновения галлюциноидов больные всех возрастных групп быстро успокаивались. Перед появлением этого феномена никаких заметных изменений настроения у больных заметно не было.

Перед возникновением феномена звучания чужих мыслей у больных, начиная с подросткового возраста, регистрировалась эмоциональная напряженность, связанная с наличием у них бредового настроения, бредовых идей отношения, особого значения, преследования и пр.

При регистрации больными в период инволюционного возрастного криза звучания чужих мыслей, у них возникало чувство тревоги с тоскливым оттенком, подростки реагировали тревожно-депрессивным состоянием, в старческом возрасте преобладала растерянность, у остальных больных наблюдалась настороженность, беспокойство и эмоциональная напряженность.

Феномен звучания собственных мыслей у больных в период инволюционного криза сопровождался тревогой с тоскливым компонентом. У подростков наблюдалось беспокойство. В старческом возрасте больные были

спокойны. Остальные пациенты проявляли растерянность, сочетающуюся с любопытством.

В целом, можно отметить, что при возникновении галлюцинаций интенсивность отрицательных эмоций была максимальной у подростков и в период инволюционного возрастного криза. В старческом возрасте интенсивность эмоционального реагирования была минимальной. У дошкольников наблюдалась эмоциональная лабильность, импульсивность эмоционального реагирования. У младших школьников отмечалась яркость, живость и непосредственность проявления чувств.

По уменьшению связи галлюцинаторных образов с некоторыми внешними условиями галлюцинации расположились следующим образом: галлюцинации воображения – звучание собственных мыслей – звучание чужих мыслей – псевдогаллюцинации – галлюциноиды – истинные галлюцинации.

Галлюцинации воображения оказались самыми чувствительными к внешним условиям. При этом, максимально значимыми внешние условия оказались для больных дошкольного, младшего школьного и старческого возраста. У них этот вариант галлюцинаций обычно возникал в помещении, в знакомой обстановке, в одиночестве, в тишине, при сумеречном освещении и без воздействия на больных в этот момент значимых для них внешних раздражителей. У больных подросткового возраста из перечисленных условий не имела значение освещенность. У больных остальных возрастных групп помимо этого не имело значение наличие или отсутствие рядом людей и значимость обстановки.

Псевдогаллюцинации у младших школьников и подростков возникали в помещении, в тишине и в знакомой обстановке. Остальные параметры для них не были значимы. В старческом возрасте псевдогаллюцинации появлялись в тишине и в помещении. Остальные параметры тоже не были значимы. У больных других возрастных групп внешние условия не играли роли при возникновении псевдогаллюцинаций.

Галлюциноиды возникали у больных всех возрастных групп при недостаточном освещении.

Феномен звучания чужих мыслей у подростков и в старческом возрасте возникал в помещении, при наличии в нем людей и в знакомой обстановке. У больных остальных возрастных групп звучание мыслей посторонних людей появлялось в помещении, а другие характеристики условий не были значимы.

Феномен звучания собственных мыслей у больных старческого возраста появлялся в помещении, при наличии в нем людей и в знакомой обстановке. Больные других возрастных групп отмечали помимо этого значимость тишины.

При истинных галлюцинациях у больных любого возраста никакие из учитываемых нами внешних условий не имели значения.

Таким образом, данное исследование галлюцинаций у больных шизофренией в разных возрастных группах показывает, что характеристики галлюцинаторных образов имеют некоторую специфику в зависимости от

возраста пациентов, что имеет определенное значение при дифференциальной диагностике заболеваний.

Демьянов Ю.Г.

***Перцептивные и апперцептивные характеристики
галлюцинаций у больных разных возрастных групп***

Санкт-Петербургский Государственный Университет

Галлюцинации представляют собой психопатологический феномен, встречающийся при многих психических заболеваниях. На протяжении уже двух столетий остается дискуссионным вопрос – галлюцинации представляют собой проявление нарушений восприятия у больных, или это гротескная интенсификация образов представлений, либо галлюцинации обусловлены убежденностью больных в реальном наличии объектов действительности на основе субъективных мнимых, ложных образов, не соответствующих реальности.

Задачами данной работы является исследование галлюцинаторных образов с точки зрения свойств, присущих образам восприятий и представлений, и прояснение вопроса о том, существуют ли какие-либо онтогенетические закономерности в их проявлениях, соответствующие особенностям образов восприятий и представлений у здоровых людей.

Для решения поставленных задач были обследованы 45 больных шизофренией разных возрастных групп (от дошкольной до старческой), в достаточной степени способных к самоанализу, анализу качеств галлюцинаторных образов и к анализу соответствующих им сюжетов. Всего изучено 1255 галлюцинаторных образов.

Регистрировались следующие перцептивные свойства галлюцинаций:

Предметность, объективированность: вне своего тела, внутри тела, собственные органы, неопределенная.

Целостность: комплексы объектов, отдельные объекты, части объектов на фоне целого, фрагменты объектов изолированно.

Константность: константный образ, аконстантный образ, независимый от передвижения больного, исчезающий при движении больного, перемещающийся вместе с больным, исчезающий при закрытии глаз (зрительные галлюцинации), или при затыкании ушей (слуховые галлюцинации).

Структурность: неструктурированный образ. Мало структурированный образ. Частично структурированный образ. Достаточно структурированный образ.

Местоположение образа относительно других объектов: Не нарушено. Нарушение локализации в стороны или по вертикали. Нарушение локализации по глубине. Неопределенная локализация.

Симультанность восприятия: Симультанное восприятие. Сукцессивное восприятие.

Местоположение галлюцинаторного образа относительно больного: В поле ясного зрения или слуха. На периферии поля восприятия. Внутри тела, внутри головы. Вне реального поля восприятия.

Дистанция до образа: До нескольких метров. В пределах остроты зрения или слуха. Несколько километров (в рамках возможной реальности). Несколько километров (не реалистично). Неопределенная дистанция.

Наличие галлюцинаторного пространства: Частичная перспектива. Полная перспектива. Отсутствие галлюцинаторного пространства.

Контуры образа: Четкие. Нечеткие. Отсутствуют.

Форма (для зрительных и тактильных): Естественная. Искажены детали. Искажен весь образ. Неопределенная.

Величина (для зрительных и тактильных): Адекватная. Увеличенная. Уменьшенная. Неопределенная.

Стереоскопичность: Объемные. С иллюзией объема. Плоские. Неопределенные.

Движение: Неподвижные. Движение отдельных деталей. Движение образа с фоном. Движение образа относительно фона.

Темп движения: Спокойный, умеренный. Медленный. Быстрый. Неравномерный. Стремительный.

Взаимодействие с реальными объектами: Полное взаимодействие. Связаны с плоскостью. Пассивные. Отсутствуют.

Изучение галлюцинаций у больных шизофренией в разном возрасте показало, что перцептивные свойства образов при истинных галлюцинациях содержали от 80% до 97% таких характеристик. Меньше, чем в других возрастах, перцептивные свойства истинных галлюцинаций были представлены у больных старческого возраста, а максимально – у больных от юношеского до пожилого возраста. У детей дошкольного и младшего школьного возраста, как и у подростков, статистически достоверного различия в наборе перцептивных свойств галлюцинаторных образов от таковых у больных остальных возрастных групп не было.

Галлюцинаторные образы при истинных галлюцинациях у всех больных были предметны, структурны и константны. Однако в дошкольном возрасте они преобладали в виде частей каких-либо объектов, реже в виде целых объектов с единичными деталями. Слуховые галлюцинации у дошкольников чаще всего наблюдались в виде шороха, скрипа, вздохов, восклицаний, окликов по имени, звуков шагов. У младших школьников зрительные образы были одиночными, целостными и детализированными, а слуховые – в виде звуков домашних животных, слов и коротких фраз. У подростков преобладали зрительные галлюцинаторные образы в виде одиночных, структурированных и детализированных, целостных и константных образов. Слуховые галлюцинации у них были в виде развернутых речевых высказываний по типу суждений и умозаключений в форме монолога. У остальных больных, кроме больных старческого возраста, зрительные галлюцинаторные образы были множественными, галлюцинаторная речь слышалась как принадлежащая

нескольким персонажам и проходила в монологичной или диалогичной форме. В старческом возрасте зрительные образы при истинных галлюцинациях были в виде одиночных, целостных фигур без детализации. Слуховые галлюцинации были в виде коротких фраз, окликов, звуков шагов и неразборчивого шепота.

Истинные галлюцинации у дошкольников обычно были неподвижными. Кроме того, зрительные образы были изменчивыми по величине, форме и цвету, а слуховые – по интенсивности и тембру. У остальных больных образы были константными. У младших школьников галлюцинации перемещались в пространстве независимо от того, что делали в это время больные. У больных всех возрастов истинные галлюцинации имели четкую пространственную локализацию и, располагаясь среди окружающих объектов, не вызывали у больных сомнений в их подлинности.

Таким образом, максимально приближены по перцептивным свойствам к образам реального восприятия истинные галлюцинации у больных от юношеского до пожилого возраста. У дошкольников и в старческом возрасте набор этих свойств несколько менее полон, что соответствует данным об особенностях формирования образов восприятия в онтогенезе, т.к. перцептивный опыт у детей еще относительно невелик, а в старости активность перцептивных действий ослабевает. У человека с полутора лет формируется восприятие единого пространства с постоянным расположением в нем объектов, поэтому, вероятно, уже дошкольники вполне способны сообщать о локализации истинных галлюцинаций в пространстве. Константность же цвета и формы растет у детей до 10 лет, а величины – до 10-12 лет. Очевидно, поэтому у дошкольников галлюцинаторные образы приобретают изменчивую форму, величину и цвет. Дети дошкольного возраста при восприятии объектов часто фиксируют внимание либо на части фигуры, либо на целой фигуре, но вне связи с другими объектами, вероятно, поэтому при истинных галлюцинациях дети видят отдельно руку, голову, глаза, морду животного, или видят единичный предмет с акцентом на той или иной детали.

Возрастной разброс перцептивных характеристик при галлюцинациях воображения оказался представленным от 78% до 88% от максимально возможного набора характеристик.

Галлюцинации воображения у больных формировались либо на основе предварительного образного представления чего-либо актуального для больных, либо при рассмотрении какого-либо объекта на фоне эмоционально насыщенных переживаний. У дошкольников и младших школьников наблюдался переход представлений в галлюцинаторные образы в виде персонажей сказок, героев кинофильмов, рассказов. Возникали у них галлюцинации воображения и в виде «оживления» персонажей картин и игрушек. Персонажи картин «оживали» преимущественно у больных от подросткового до пожилого возраста, а в старческом возрасте наблюдались все эти варианты галлюцинаций воображения. Темп движения образов у дошкольников, младших школьников был медленным, в старости – умеренным,

в остальных возрастах больные расценивали движение галлюцинаций как быстрое или стремительное.

Перцептивные характеристики псевдогаллюцинаций располагались между 65% и 78% от максимального набора характеристик. Среди обследованных больных дошкольного возраста псевдогаллюцинации не встречались. В целом, более насыщенными перцептивными свойствами оказались галлюцинации от подросткового до пожилого возраста. Менее насыщенными – у больных младшего школьного и старческого возраста. Локализация псевдогаллюцинаций была у больных всех возрастов либо внутри тела, либо в представляемом внешнем пространстве. Образы были детализированными, но в меньшей степени, чем при истинных галлюцинациях. Взаимоотношения с реальными объектами отсутствовали. Оказалось, что проекция слуховых галлюцинаций у младших школьников и в старости чаще была неопределенной, а у остальных больных – главным образом внутри своей головы. Зрительные галлюцинаторные образы у младших школьников и в старческом возрасте были плоскими, у подростков объемными, остальные больные оценивали их скорее как имеющими иллюзию объема (как на картине). Слуховые галлюцинаторные образы у младших школьников и в старости обладали обертонами как при обычном восприятии речи. Остальные больные обычно воспринимали галлюцинаторные голоса как бы слегка искаженными – по типу голосов по телефону или радио. Величина, цвет и форма зрительных галлюцинаторных образов, как и тембр, и громкость слуховых образов не были константными у младших школьников и в старости, а у остальных больных преобладали константные галлюцинаторные образы. Зрительные образы у младших школьников и в старости были единичными, нередко фрагментарными, неопределенной величины, у больных других возрастных групп – множественными, целостными и уменьшенными. У младших школьников движение образов было быстрым, в старости медленным, у остальных больных – умеренным.

При галлюциноидах перцептивные характеристики составляли 62% от максимально возможного набора, и возрастных различий при них зафиксировано не было, кроме их отсутствия у больных дошкольного возраста. У всех больных образы были мало структурированными, аконстантными, воспринимались сукцессивно на периферии поля зрения, на дистанции в несколько метров. Это были отдельные, объемные или неопределенные, с нечеткими контурами и отсутствием деталей, стремительно перемещающиеся в пространстве зрительные галлюцинаторные образы, которые не находились в какой-либо связи с окружающими предметами.

Самым малым набором перцептивных характеристик обладал феномен звучания мыслей. Среди обследованных больных дошкольного и младшего школьного возраста его зарегистрировано не было. Перцептивные характеристики при феномене звучания чужих мыслей составлял 47%, а собственных мыслей от 48% до 51% от максимально возможного набора характеристик. Образы при звучании чужих мыслей у всех больных

проецировались в окружающее пространство и воспринимались сукцессивно, на периферии остроты слуха, с неопределенной дистанции. Темп их течения оценивался как быстрый. Это были отдельные, аконстантные, малоструктурированные образы с нечетким контуром слов. При феномене звучания собственных мыслей образы тоже были аконстантными, малоструктурированными, с нечетким контуром слов. Проекция их была внутрь головы больных и оценивалась больными как звучащие стремительно и симультанно.

Возможно, что отсутствие возрастных различий перцептивных характеристик и небольшой их набор при феномене звучания мыслей связано с тем, что на каждом более высоком уровне восприятия речи один и тот же участок речевого сообщения описывается более сжато, с все меньшим количеством параметров и с все большим акцентом внимания на смысле высказывания, а не на предложении. Поэтому, вероятно, такой высокий уровень восприятия и переработки речевой информации в меньшей степени доступен детям младшего возраста, что и отражается в отсутствии феномена звучащих мыслей среди обследованных больных дошкольного и младшего школьного возраста.

При изучении свойств образов представлений при галлюцинациях нами учитывался ряд следующих характеристик: Панорамность образа. Взаимобособленность фигуры и фона. Выпадение абсолютных величин. Схематизация образа. Симультанность представления. Сдвиги в оценке длительности существования образа. Прочность в отображении последовательности возникновения образов. Отсутствие в образах представлений многих конкретных оттенков (модальных свойств). Меньшая интенсивность, яркость образов. Неустойчивость, колеблемость образов представлений. Дефицит целостности образов. Избирательность. Высокая обобщенность (часто характеристика не единичного предмета, а целого класса предметов).

По степени убывания количества апперцептивных характеристик в галлюцинаторных образах разного вида обнаружилась последовательность, обратная последовательности уменьшения перцептивных характеристик: звучание мыслей – галлюциноиды – псевдогаллюцинации – галлюцинации воображения – истинные галлюцинации.

При феномене звучания мыслей посторонних людей апперцептивных свойств оказалось 87% и без возрастных различий. Галлюцинаторные образы были панорамны. Наблюдалась обособленность фигуры и фона. В памяти больных не оставалось абсолютное число галлюцинаторных образов и их интенсивность. Образы носили схематичный характер. Наблюдались трудности оценки больными длительности существования образов при сохранности последовательности их возникновения. Галлюцинации не обладали оттенками, отличались неустойчивостью, обобщенностью и избирательностью содержания, малой интенсивностью.

При феномене звучания собственных мыслей набор апперцептивных свойств образов составлял 82% от максимально возможного, и тоже был без возрастных различий. У больных отмечалась симультанность восприятия, а не сукцессивность, как при звучании чужих мыслей, и отсутствовала избирательность содержания. Остальные характеристики образов были такими же, как при феномене звучании чужих мыслей.

Свойства образов представлений при галлюциноидах составляли 35% от максимума и тоже не имели возрастных различий. Им свойственны симультанность, отсутствие оттенков, малая интенсивность, неустойчивость образов и обобщенность.

При псевдогаллюцинациях апперцептивных свойств образов оказалось от 21% до 35% от максимально возможного набора. Больше других свойства представлений при псевдогаллюцинациях были представлены у больных старческого возраста, минимально – у больных от подросткового до пожилого возраста. У всех больных псевдогаллюцинации обладают качеством панорамности, обособленности фигуры и фона, малой интенсивностью. У младших школьников есть еще свойство фрагментарности, а в старческом возрасте регистрируется отсутствие оттенков и неустойчивость галлюцинаторных образов.

При галлюцинациях воображения свойства представлений и представленности у больных расположились между 14% и 28% от максимально возможного набора. Меньше эти свойства регистрировались у больных дошкольного и старческого возраста. У дошкольников галлюцинации воображения обладали свойством избирательности и обособленности фигуры и фона. В старческом возрасте регистрировалась обособленность фигуры и фона и фрагментарность образов. В младшем школьном возрасте образы отличались неустойчивостью, избирательностью и обособленностью фигуры и фона. У остальных больных помимо перечисленных характеристик наблюдалась еще фрагментарность образов.

При истинных галлюцинациях свойств, присущих образам представлений, не выявлено (естественно за исключением отсутствия объекта восприятия при наличии галлюцинаторного образа).

Таким образом, максимально насыщены конкретными перцептивными характеристиками (с определенными возрастными различиями) образы при истинных галлюцинациях. Минимальная представленность этих свойств была при феномене звучания мыслей. Наоборот, апперцептивные свойства максимально регистрируются у больных с феноменом звучания мыслей, а при истинных галлюцинациях эти свойства отсутствуют. Срединное положение как по выраженности перцептивных, так и апперцептивных характеристик занимают образы при псевдогаллюцинациях (с наличием определенных возрастных различий).

Варианты дезадаптации детей в социальном окружении

Санкт-Петербургский Государственный Университет

В данной работе речь идет о психологических барьерах, создающих стойкое препятствие для социально-психологической адаптации человека к жизни в обществе. Ребенок или подросток является носителем признаков дезадаптации, и он же может быть источником проблем, которые обусловлены особенностями его общих и частных интеллектуальных и эмоциональных возможностей, его характера, способности к саморегуляции в поведении, в его отношении к людям и к себе. Дезадаптация может быть связана с неравномерным психическим развитием или недоразвитием ребенка, с психопатическим или невротическим развитием его личности, с посттравматическим расстройством личности и др. В образовательной среде причиной дезадаптации может являться низкая обучаемость ребенка, слабая мотивация к обучению, грубый дефицит внимания, неразвитость волевых качеств личности в плане преодоления трудностей и пр.

Источником проблем с адаптацией может являться семья ребенка с ее деформирующим стилем воспитания, с искаженным и неадаптивным семейным укладом в ареале проживания.

Источником проблем с адаптацией ребенка к жизни в социальной среде может быть недостаточно развитая и дифференцированная система учреждений для абилитации и реабилитации, особенно для многочисленных и разнообразных пограничных вариантов и смешанных форм отклонений в психическом развитии детей. Проблемой для адаптации ребенка может являться попадание его в другую культурную среду или субкультуру.

Причинно-следственные отношения возникновения барьеров в адаптации, наблюдаемые, прежде всего, в самом ребенке, нередко проявляются, например, у детей с тяжелыми нарушениями речи (особенно с сенсорной алалией) при пограничном развитии невербальной стороны интеллекта; у детей с расстройством развития потребности во взаимодействии с окружающими людьми (дети с признаками расстройств аутистического спектра); у детей с резко выраженной неравномерностью развития вербального и невербального компонентов интеллекта; у детей с синдромом гиперактивности и дефицитом внимания; у детей с формирующейся психопатией и психопатоподобным поведением (эмоционально тупые, жестокие, анэтичные, диффузно агрессивные, сексуально расторможенные) или невротическими и неврозоподобными obsессивно-фобическими проявлениями с высокой тревожностью, боязливостью, страхами в широком диапазоне ситуаций. Подобного рода детям нередко оказывается длительная помощь в учреждениях лечебного профиля или в домашних условиях, однако попытки включения их в жизнь дошкольных и школьных учреждений общеобразовательного и коррекционного характера часто бывают в течение ряда лет малорезультативными.

В качестве примера трудностей в адаптации, обусловленных, прежде всего, особенностями самого ребенка, кратко приведем следующие наблюдения:

Мальчик С.Т. 5л.6 мес. Поступил в Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина (ЦВЛ) для уточнения диагноза.

В анамнестических данных сведений о наследственной отягощенности психическими заболеваниями не содержится. Беременность матери протекала с токсикозом и урогенитальной инфекцией. Роды Кесаревым сечением вследствие гипоксии плода. На первом году жизни моторные функции развивались своевременно, но на речь матери почти не реагировал. В связи с отсутствием экспрессивной речи, плаксивостью, капризностью был в 4 года направлен психиатром с диагнозом «задержка психического и речевого развития» в коррекционный детский сад седьмого вида, где совершенно не вписывался в режимные моменты, не понимал речь взрослых и детей, бегал кругами по игровой комнате, с детьми не общался, в коллективные игры не вовлекался, бессодержательно перекалывал с места на место игровой материал. Проявлял кратковременный интерес к мультипликационным фильмам, лепил из пластилина фигурки, рисовал. Давал протестные реакции на ограничительные режимные моменты. Себя обслуживал полностью. Словесные инструкции логопеда и педагогов не выполнял.

В ЦВЛ при поступлении рисунок поведения соответствовал описанному выше. Почти не понимал обращенной к нему речи. Не общался с детьми. Был криклив, плаксив, негативистичен. Хорошо рисовал, лепил из пластилина фигурки животных. При обследовании психологом выявлена на невербальном материале неплохая способность мальчика к конструктивным операциям, к обобщениям, группированиям, к пониманию последовательности событий и действий. По тесту Векслера невербальный показатель интеллекта соответствует невысокой норме (92). Логопед диагностировал у мальчика сенсорную алалию.

Таким образом, из приведенных данных видно, что в основе стойкой дезадаптации мальчика лежит поздно диагностированная сенсорная алалия, которая вследствие непонимания ребенком речи окружающих не позволяла ему адекватно воспринимать инструкции, требования и правила поведения, что приводило к тяжелым расстройствам взаимоотношений с окружающими, к постоянным нарушениям поведения дома и в дошкольных детских учреждениях.

Мальчик Н.Н. 8 лет, находился на обследовании в ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина в связи с тяжелыми нарушениями поведения дома и в школе.

В анамнезе: Родители имеют высшее техническое образование. Мальчик родился от 2й беременности (1я прервана мед. аборт), протекавшей с уроплазмозом, преэклампсией. В родах длительный безводный период, гипоксия плода. В раннем возрасте невролог диагностировал минимальную мозговую дисфункцию. Отмечался гипердинамический синдром. Ребенок был криклив, капризен, упрям, непослушен, чрезмерно подвижен. С трех лет были попытки посещения детского сада, где проявлял агрессию к детям и воспитателям, не выполнял режимных требований, устраивал бурные протестные реакции в ответ на любые запреты и ограничения. Смена трех детских садов к желаемому результату не привела. Дома трудности поведения носили такой же характер, что привело к последовательной смене трех нянь. Мать занималась с ребенком у психолога, но безуспешно.

В общеобразовательной школе учится с семи лет. В школе конфликтен, бестормозен, аффективен, драчлив, грубо бранится с детьми и педагогами. Преимущественно находится на домашнем обучении. Справляется с программой второго класса.

При поступлении в ЦВЛ стиль поведения соответствовал описанному выше. Не учитывает особенности отношений между людьми и различных ситуаций. Эгоцентричен.

Многоречив. Ни к взрослым, ни к детям не проявляет добрых чувств, симпатий, интереса. При беседе с ним мрачно заявляет: «Меня никто не любит».

Психолог при обследовании мальчика по тесту Векслера регистрирует ВИП=103, НИП=106, ОИП=104.

Логопед выявил стертую дизартрию.

Невролог диагностирует энцефалопатию резидуально-органического характера.

Из приведенных наблюдений видно, что, несмотря на усилия родителей, специалистов разных дошкольных и школьных учреждений, у мальчика отмечается стойкая дезадаптация в форме тяжелых нарушений формирования личности и поведения в силу врожденной органической недостаточности головного мозга.

Источником психологического барьера для адаптации ребенка с проблемами в развитии могут быть дисфункциональные взаимоотношения в его семье. Это и постоянные скандалы между мужем и женой, когда им «не до ребенка», и патологизирующие стили воспитания, и неадекватные оценки, ожидания и требования родителей к ребенку, и негативное отношение родителей к специалистам и лечебно-коррекционным учреждениям, к необходимым ребенку лекарственным препаратам. Либо родители проводят бесконечные разнообразные консультации и обследования у специалистов, но не выполняют никаких рекомендаций и не прилагают необходимых для ребенка собственных усилий и действий воспитательного, развивающего и коррекционного характера.

Примером дезадаптации ребенка вследствие негативной роли семейного воспитания служит следующее наблюдение:

Мальчик М.Е. 10 лет, поступил в ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С.Мнухина для уточнения диагноза и лечебно-коррекционных мероприятий по поводу стойких нарушений поведения и трудностей в школьном обучении.

Мальчик родился от внебрачной связи у матери, страдающей алкоголизмом. Подробных сведений о родителях не имеется. На первом году жизни из-за асоциального поведения матери и отсутствия заботы о ребенке был помещен в детский дом, где жил до 2 лет. Был усыновлен, но в приемной семье проявлял непослушание, упрямство, двигательную расторможенность, в связи с чем мальчика постоянно жестоко физически наказывали и через год вернули в детский дом. В возрасте 4 лет был взят под опеку семьей полицейских. В новой семье и в дошкольных детских учреждениях был драчлив, проявлял агрессивность к детям и взрослым. С 6 лет наблюдался психиатром и с диагнозом «задержка психического развития» обучался в коррекционной школе 7 вида, где проявлял аналогичные нарушения поведения, манкировал занятиями, постоянно срывал уроки, хамил и дерзил учителям, дрался с одноклассниками. В 4 классе отказывается учиться, ежедневно подолгу занимается просмотром телевизионных передач и компьютерными играми. Дома в ответ на предъявляемые к нему требования воспитательного характера проявляет непослушание, вербальную и физическую агрессию.

В ЦВЛ раздражителен, криклив, плаксив, эмоционально напряжен, постоянно нарушает режимные моменты, конфликтует с детьми и персоналом, на школьных занятиях не выполняет требований педагогов.

Психологом по тесту Векслера получены показатели: ВИП=85, НИП=90, ОИП= 86

Логопедическое обследование выявило дизартрию, дислексию и дисграфию.

Неврологическое обследование выявило признаки резидуального органического поражения головного мозга.

Таким образом, из приведенных данных о мальчике видно, что носителем признаков социальной дезадаптации безусловно является ребенок, но источником этой дезадаптации является преимущественно отсутствие любви, заботы, гармоничного, адекватного семейного воспитания его с раннего возраста.

Особые трудности с социально-психологической адаптацией возникают у детей, имеющих комплекс расстройств, касающийся состояния их мышления, речи, эмоций, поведения, а в семьях их при этом происходят деструктивные взаимоотношения. Необходимый для оказания этим детям длительной лечебно-коррекционной помощи бригадно работающий психолого-медико-педагогически-социальный комплекс в существующих разнопрофильных учреждениях встречается далеко не часто.

Приводим краткие сведения о мальчике О.А. 6 лет.

Поступил в ЦВЛ для уточнения диагноза в связи с речевым недоразвитием, нарушениями общения и расстройствами поведения.

Отец мальчика в школьные годы страдал дислексией и дисграфией. По характеру замкнутый, молчаливый, без друзей. Окончил ПТУ.

Мать мальчика актриса, старше мужа на 10 лет. Лживая, претенциозная, демонстративная.

Мальчик родился от 2й беременности (1я была прервана мед. аборт), протекавшей с тяжелым токсикозом, вирусной инфекцией, пиелонефритом, миомой матки. Роды Кесаревым сечением. На первом году диагностирована ПЭП ишемически-гипоксического характера. Мальчик не лечился, так как мать была категорически против медицинского вмешательства. К концу первого года жизни младенец был криклив, мало и беспокойно спал, бился головой о стены и мебель. На обращенную к нему речь не реагировал. Первые слова у него появились с 2 лет, первые фразы – с 4 лет. Отличался моторной неловкостью. Манипулировал неигровым материалом. Был привязан к маршрутам следования. Проявлял избирательность в одежде и еде. Соблюдал жесткий стереотипный порядок действий дома. При посещении детского сада в 3 года не адаптировался к режиму, не общался с детьми и персоналом, бегал по кругу, стереотипно тряс кистями рук, подпрыгивал. От обследования и лечения мать отказывалась, считая, что у ребенка все наладится само по себе. Применяет попустительский стиль воспитания сына. Решением ПМПК был рекомендован коррекционный детский сад 8 вида, а в 5 лет – детский сад 7 вида, где не отмечено положительной динамики в психическом и речевом развитии.

В ЦВЛ к контакту с детьми и персоналом не стремится. Избегает тактильного контакта, но зрительный контакт возможен. Избирателен в еде и одежде. Наблюдаются двигательные и речевые стереотипии, эхолалии. На индивидуальных занятиях с психологом и логопедом проявляется высокой степени истощаемость внимания и пресыщаемость деятельностью. На невербальном материале справляется с операциями группировок, классификаций, обобщений, определения последовательности событий и причинно-следственных отношений. Фон настроения с оттенком дурашливости.

По тесту Векслера психолог получил следующие результаты: ВИП=79, НИП=111, ОИП=93.

Логопед оценивает состояние речи мальчика как дизартрию и общее недоразвитие речи 2го уровня речевого развития.

Неврологическая симптоматика свидетельствует о признаках энцефалопатии резидуального характера.

Таким образом, у мальчика наблюдается резидуально-органическое поражение головного мозга с аутистическим синдромом, задержкой

психического развития по неравномерному типу. Дизартрия. Общее недоразвитие речи 2 уровня развития. Следовательно, мальчик нуждается в медикаментозном лечении, в психологических и педагогических коррекционных и развивающих занятиях. Кроме того, необходимо проведение семейной психокоррекционной и психотерапевтической работы.

Выполнение такого объема работы комплексом специалистов, взаимодействующих друг с другом и планомерно реализующих интегративную цель по социально-психологической реабилитации мальчика, является необходимой, но в практическом отношении непростой задачей.

Добряков И.В.

Влечения детей и подростков, склонных к рискованному поведению

ФГБУ «Санкт-Петербургский научный-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Последние годы в нашей стране сохраняется тревожная тенденция роста проявлений рискованного поведения у детей и подростков. Выявление причин этого, а также и особенностей психических функций лиц с рискованным поведением необходимо как для принятия профилактических мер, так и для проведения психокоррекции.

В клинической психологии сложилась традиция при проведении многих исследований выделять группы эмоциональных, когнитивных и поведенческих проявлений у испытуемых. Подобное группирование представляется некорректным, так как при этом в один ряд ставятся особенности психических функций, которые во многом определяют поведенческие реакции, и «поведение», являющиеся следствием функционирования аффективной и когнитивной сфер, а также других (например, произвольной деятельности, влечений). Чтобы понять причины особенностей нарушений поведения, в том числе и рискованного, важно понять, особенности какой психической функции являются первопричиной поведенческих реакций, а какие являются вторичными. Возможно, что первично возникшее состояние дисфории (или эйфории) приведет и к изменению когнитивных процессов, и произвольной деятельности. Но возможны и первичные изменения мышления в виде патологических идей (навязчивых, насильственных, бредоподобных фантазий и пр.), в результате которых произойдет изменение эмоциональной сферы, поведения.

При оценке рискованного поведения детей и подростков, как правило, недостаточно обращают внимание на сферу влечений, а именно их изменения часто лежат в основе поведенческих реакций. Под влечением, как правило, понимают возникающее независимо от сознания субъективное переживание потребности, стимулирующее деятельность человека и придающее ей направленность. Е. Кгаерелін придавал большое значение изучению влечений,

ввел специальный термин «жизнь влечений», включающий представления о динамике влечений и их структуре (1910). К. Jaspers называл влечения «переживаемыми инстинктами». Он считал, что влечения и инстинктивные побуждения формируют находящиеся в непрерывной борьбе мотивы деятельности и определяют поведение человека (1913). Именно влечения мотивируют действия, выстраивающиеся в сложную цепь целесообразных поступков, направленных на его удовлетворение. Цель стремления, как правило, не осознается, но порожденные ею функции осуществляются вполне сознательно, что в итоге приводит к должному результату. Внимание психологов и врачей чаще всего уделяется особенностям полового и пищевого влечения, однако не менее важно учитывать специфику влечения самосохранения и влечения к получению впечатлений (так называемую, сенсорную жажду). Стремление к удовлетворению именно этих влечений во многом определяет появление рискованного поведения.

Выделяют два типа рискованного поведения: положительный и отрицательный. *Положительный риск* связан с освоением нового, проявлением самостоятельности, способности конструктивно решать жизненные задачи и достигать желаемых целей. Этот тип риска социально приемлем, способствует развитию личности и адаптации в социуме. *Отрицательный риск* обуславливает поведение опасное для себя и окружающих, способное принести вред здоровью, угрожающее жизни. Такое поведение позволяет неконструктивно, часто социально осуждаемым способом на короткое время снять напряжение, почувствовать себя сильным удачливым, справиться со страхом смерти, удовлетворить сексуальную потребность, поднять самооценку.

Понимание этих механизмов позволит разрабатывать эффективные программы психопрофилактики и психокоррекции рискованного поведения, включающие предоставление возможностей реализовать положительное рискованное поведение.

Добряков И.В.

Инфантильная анорексия как психосоматическое расстройство

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

У детей в возрасте до 3-х лет дифференциация между телом и психикой не завершена (Spitz R.A., 1946). В связи с этим преобладающий уровень нервно-психического реагирования у них получил название соматовегетативного (Ковалев В.В., 1995) и проявляется дисфункциями системы пищеварения. Их следует расценивать как следствие не столько соматической, сколько нервно-психической патологии, в основе которой лежат психологические проблемы (Добряков И.В., 2015; Исаев Д.Н., 2000). Диадными отношениями, в которых маленький ребенок состоит со своей матерью, объясняется то, что он индуцирует все ее переживания. Грубое нарушение диады, возникающее при наличии у женщины постнатальной депрессии, посттравматического стрессового расстройства или при прерывании диадных отношений нередко приводит к появлению аналитической депрессии у ребенка. Основным симптомом этого тяжелого заболевания является инфантильная анорексия. Наши исследования показали, что у женщин, дети которых имели признаки анорексии, зачатие, как правило, не было желанным. Наступление беременности их не радовало, у многих беременных возникали мысли об аборте. В процессе гестации у них формировался тревожный, тревожно-депрессивный или гипогестогнозический варианты психологического компонента гестационной доминанты. После родов были выражены повышенная утомляемость, сниженное настроение, мрачные мысли о будущем, плаксивость, эмоциональная лабильность, повышенный уровень тревоги, страхи, диссомнии. Женщины были не способны дифференцировать подаваемые ребенком сигналы, неадекватно на них отвечали. Таким образом, оказание эффективной медико-психологической помощи при младенческой анорексии требует обязательной работы с диадой, то есть не только с ребенком, но и с его матерью. Лучше всего это достигается при сотрудничестве неонатолога и перинатального психолога (психотерапевта).

Заневская Е.Ю., Зуева Н.А., Обидейко Ю.В.

Комплексный подход к реабилитации детей дошкольного возраста в условиях психоневрологического дневного стационара

Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»

Психоневрологический Дневной стационар (в последующем – ПНДДС) - уникальное учреждение в нашем городе. Он существует с 1974 года. На

сегодняшний день Дневной стационар входит в структуру Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина (далее – ЦВЛ), является лечебно-диагностическим и реабилитационным подразделением для детей дошкольного возраста, страдающих различной психической патологией.

В стационар поступают дети в возрасте от 3 до 7 лет, по направлению амбулаторных психиатров города, из консультативных отделений ЦВЛ, а также по переводу из стационара ЦВЛ.

Дневной стационар рассчитан на 60 коек, в нем 3 группы детей, наполняемость до 18 человек и одна группа (подготовительная к школе) рассчитана на 12 детей. Группы в стационаре разделены по возрастному принципу. ПНДДС работает по режиму детского дошкольного учреждения (ДДУ), что позволяет ребенку легче и быстрее адаптироваться при поступлении в стационар и при возвращении его обратно в ДДУ, а также позволяет проводить весь комплекс лечебно-диагностической и реабилитационной работы без отрыва ребенка от семьи, что, несомненно, является неоспоримым плюсом. Члены семьи меньше боятся госпитализации, остаются более спокойными и уравновешенными, что положительно влияет на маленьких пациентов и весь процесс реабилитации в целом. В каждой группе работает воспитатель, логопед-дефектолог, палатная медицинская сестра, палатная санитарка.

В ПНДДС поступают дети, страдающие сочетанной патологией, например, тяжелым нарушением развития речи (по типу непонимания речи или нарушения экспрессивной речи) и поведенческими нарушениями. Гиперактивные и темпераментные дети, как правило, имеют нарушения по типу истероподобных реакций, тяжелых протестных реакций с разрушительными действиями и агрессией. Дети более спокойные по темпераменту имеют коммуникативные проблемы, у них появляются и усиливаются стереотипии, они замыкаются и утрачивают желание общаться с помощью речи, напоминая детей-аутистов. Нередко сочетание данных нарушений с различной соматической патологией (например, аллергией, глютеновой, казеиновой, лактозной непереносимостью, требующих соблюдения диеты), что мешает их адаптации в массовых и коррекционных детских садах. Зачастую эти дети полностью «выпадают» из системы бесплатной реабилитации, имеющейся в городе. Логопедические сады отказывают родителям детей с неравномерным психическим развитием, детям агрессивным и аутичным. В них нет возможности готовить индивидуальное диетическое питание, а приносить такое питание из дома родителям не разрешается.

Для того, чтобы диагностировать психическое расстройство у ребенка, разобраться в комплексе его проблем и понять, что же первично – тяжелое недоразвитие речи, которое влечет за собой неконтактность, либо тяжелая неконтактность при наличии речи, когда ребенок не понимает зачем она ему нужна и не пользуется ею, необходимо, помимо комплекса диагностических процедур, доверие семьи и время. Дети дошкольного возраста часто и

длительно соматически болеют, это связано и со сменой коллектива, и с длительной дорогой в общественном транспорте, а, нередко, и с психосоматическими нарушениями, являющимися ответом на увеличение плотности занятий. Поэтому сроки диагностики и лечения в нашем стационаре достаточно длительные: не менее 3-4 месяцев. Нередко необходимы повторные курсы лечения, вплоть до поступления ребенка в школу.

В ПНДДС работает слаженная команда специалистов, сотрудничающая совместно уже много лет. Используется только индивидуальный подход, а также принцип открытости и доступности информации для законных представителей ребенка. Также используются все возможности современной психофармакотерапии, применяемой с консультативным участием клинического фармаколога ЦВЛ. Все дети осматриваются неврологом, при необходимости – эпилептологом, педиатром и окулистом. Дети регулярно занимаются с высококвалифицированными логопедами, имеющими большой практический опыт. Логопеды также ведут просветительскую работу с родителями, видясь с ними еженедельно на открытых занятиях, во время проведения которых они учат родителей, как ребенку помочь дома и закрепить полученные навыки. Психокоррекционную работу с детьми проводит психолог.

Не менее важна в успешной реабилитации и роль семейного психотерапевта, решающего следующие вопросы: принятие ребенка родителями, налаживание взаимоотношений внутри семьи, поиск новых способов реагирования и решения имеющихся проблем. Психотерапевт и психолог используют в своей работе с детьми все возможные методы: арт-терапию, музыкотерапию, песочную терапию, работу с куклами, что является для детей понятным и интересным, и воспринимается как увлекательная игра. Дети ежедневно посещают групповые музыкальные занятия, где получают положительные эмоции, слушая музыку. На этих занятиях также используются методики, способствующие улучшению слуха, моторики, эмоционального состояния, способности детей взаимодействовать друг с другом и взрослыми. Педагоги во время занятий учитывают возраст детей и их индивидуальные возможности. Ими же проводятся праздники «День рождения», «Новый год», «8 Марта», на которые всегда приглашаются родители.

Слаженная и дружная работа нашего коллектива довольно высоко оценивается родителями наших пациентов. Зачастую после выписки они поддерживают с нами отношения, делятся своими проблемами и успехами: среди наших выпускников есть отличники, спортсмены, воспитанники творческих коллективов и учащиеся музыкальных школ.

Зверева Н.В., Гурова О.А., Казакова М.В., Балакирева Е.Е.

Подход к изучению мотивации когнитивной деятельности младших подростков при эндогенной психической патологии

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение

Научный центр психического здоровья, Москва,

Федеральное бюджетное государственное образовательное учреждение «Московский государственный психолого-педагогический университет»

Ключевые слова: патопсихологическая диагностика, мотивация, шизофрения, дети и подростки.

Введение. Патопсихологический синдром при шизофрении включает в себя две основные характеристики: нарушения мотивационно-волевой сферы и когнитивные нарушения (Зейгарник, 1986, Критская, Мелешко, 1991 и др.) [9, 11]. Это в полной мере относится и к детско-подростковому возрасту. Показана специфика когнитивного развития (когнитивного дизонтогенеза) при разных вариантах эндогенной психической патологии у детей и подростков (Т.К. Мелешко, С.М. Алейникова, Н.В. Захарова, А.А. Коваль-Зайцев, Н.В. Зверева, А.И. Хромов, С.Е. Строговаи др.) [6, 7, 8, 12]. Аналогичные оценки когнитивной и мотивационной сфер в общем виде содержатся и в работах детских психиатров [1, 2, 5, 6, 8, 10, 11, 12].

Мотивационная специфика крайне редко становится предметом научного исследования в детско-подростковом возрасте, особенно если речь идет о нарушенном развитии. Много разработок (теоретических и практических) определяют специфику развития мотивационной сферы в норме. По мнению Л.И. Божович, средний школьный возраст – младшие подростки, с точки зрения проявлений социальных мотивов характеризуется стремлением занять свое место в классном коллективе, иметь авторитет в среде сверстников. Мотивы, напрямую входящие в структуру учебной деятельности, становятся более прочными, ориентированными на конкретные области знаний, познавательные интересы становятся устойчивыми и имеют вне ситуативный характер интересов в переходном возрасте [2]. Так ли это для случаев психической патологии? Л.С. Выготский выделял «две волны» в развитии мотивации подростков. Первая (нестабильная) - формирование новых влечений, определяющих направление развития для новой системы интересов. Вторая (относительно стабильная) - связана с созреванием самой системы интересов, формирующихся как надстройка над вновь появившимися влечениями. Именно первый этап характеризуется нестабильностью, разрушением существовавших идеалов, что обуславливает низкий уровень проявлений интересов в жизни подростка, доходящий порой до полного исчезновения интересов, в продолжение этого может возникнуть снижение познавательной активности, и даже полная потеря интереса к учебной деятельности. В этом периоде подросток переживает значительные изменения существовавших до этого отношений в социальном окружении, меняет свои

предпочтения в выборе партнеров по общению, проявляет склонность к одиночеству [3]. Все это может быть утрировано при психической патологии [1, 5, 6, 10]. В исследовании мотивации при психической патологии приоритет принадлежит качественному анализу [7].

В настоящей работе предпринята попытка осветить своеобразие мотивационной сферы подростков с эндогенной психической патологией средствами клинико-психологической диагностики. Если в работе 2016 года мы опирались только на интегрированную оценку (психологический профиль), то в данном исследовании на первый план выступают традиционные психодиагностические и экспериментально-психологические процедуры для изучения отдельных аспектов мотивационной сферы [7].

Как указывалось раньше, в патопсихологической синдромологии Ю.Ф. Поляков и коллеги рассматривали факторы мотивационно-личностного снижения и нарушения избирательности познавательной деятельности (специфики когнитивной сферы). Представляемая работа продолжает эту традицию [6, 9, 11].

Цель – изучение мотивационных аспектов когнитивной деятельности младших подростков в норме и при эндогенной психической патологии.

Выборки. В исследование включены три выборки испытуемых (мальчиков и девочек) в возрасте от 10 до 12 лет. Две выборки – клинические и одна – контрольная группа. Клиническая группа 1 (КГ1) - 23 подростка (15 мальчиков и 8 девочек), с эндогенной психической патологией, клиническая группа 2 (КГ2) – 30 больных (23 мальчика, 7 девочек) – все являлись пациентами 7-го детского клинического отделения ФГБНУ НЦПЗ, диагнозы по МКБ-10 в обеих группах – F20, F23, F21, F84.11. Разница КГ1 и КГ2 обусловлена применявшимся методическим комплексом. Первая группа получала только мотивирующую инструкцию к выполнению заданий на когнитивную деятельность, а во второй выборке испытуемым предлагались обе части комплекса. Контрольная группа (КоГ) представлена 28 подростками (18 мальчиков и 10 девочек), учениками общеобразовательной школы, у которых не было клинических психиатрических диагнозов (практическая норма). Средний возраст испытуемых в КГ1 и КГ2, а также в контрольной группе составил 11,6 лет.

Методы: клинико-психопатологический, психодиагностический, методы математической обработки данных. Методический комплекс состоял из двух частей. В первую входили методики на оценку когнитивных функций – память, внимания (10 слов, таблицы Шульце, «Память+счет»), с активизирующе-мотивирующей инструкцией на последнем этапе работы над каждым заданием [7]. Вторая часть комплекса – методики на оценку мотивационной сферы²⁸: методика диагностики мотивации учения и эмоционального отношения к учению (на основе STPI – State Trait Personality Inventory); методика оценки потребности в достижении; незаконченные предложения – модифицированный

²⁸Методический комплекс подробно описан в магистерской диссертации О.А. Гуровой (2017)

вариант для выявления маркеров «внутренней» и «внешней» мотивации учения младших подростков (прототип – методика изучения мотивации обучения учащихся 5 класса) [4].

Результаты

По когнитивной серии с мотивирующей инструкцией

Собственно оценка успешности-неуспешности когнитивной деятельности по параметрам памяти и внимания в применявшихся методиках представлена в общем виде. Подростки, страдающие психическими заболеваниями, показали в большинстве случаев сниженный уровень выполнения заданий на познавательную деятельность, хотя были обнаружены и варианты нормативного выполнения заданий. Полученные здесь результаты не отличаются от результатов, описанных в наших предшествующих работах [4, 6, 7, 10, 11]. Рассмотрим подробнее влияние мотивирующей инструкции, отдельно для трех видов диагнозов: детская шизофрения (F20.8), шизотипическое расстройство (F21), другие диагнозы эндогенной патологии. В таблице 1 представлено сравнение диагностических групп по улучшению показателей выполнения при мотивирующей инструкции – улучшение относительно среднего показателя времени поиска по 4-м таблицам Шульце (см. табл.1).

Таблица 1

Положительное влияние мотивирующей инструкции в методике Таблицы Шульце в сравниваемых группах больных и здоровых (в % частоты и количество испытуемых)

Диагнозы	F20	F21	Другие диагнозы	Норма
Таблицы Шульце	25% (1)	44% (8)	28% (2)	32% (9)

Статистический анализ показывает, что есть различия между нормой и пациентами с детским типом шизофрении.

Рассмотрим влияние мотивирующей инструкции на примере методики «Память+счет». Здесь возможны три варианта улучшения – по времени подсчета букв (Время), по количеству запомненных слов (Объем) и по точности подсчета. Показано, что по точности подсчета во всех группах больных не отмечалось высокого уровня точности ни в одной из проб, в том числе и при мотивирующей инструкции. В таблице 2 представлены результаты выполнения методики «Память+счет» по показателям времени и объема при мотивирующей инструкции.

Таблица 2

Улучшение показателей времени подсчета и объема запоминания при мотивирующей инструкции в сопоставляемых диагностических группах

Диагнозы	F20		F21		Другие диагнозы		Норма	
	время	объем	время	объем	время	объем	время	объем
улучшение	75% (3)	50% (2)	82% (14)	23 (6)%	42% (3)	25% (2)	70% (33)	25% (9)

Диагностические группы невелики по объему, однако очевидно, что в норме и других клинических группах уменьшается время, и увеличивается объем примерно в равных пропорциях. Значимые различия касаются точности выполнения счета – в норме это 70% тогда как у больных это – 33% ($\phi^*_{эм\text{п}} = 3.144$, $p \leq 0,01$).

Оценка позитивного изменения по всем трем параметрам методики «Память+счет» показала, что такие испытуемые в КГ1 оказались только в группе шизотипического расстройства (всего 1 пациент), тогда как в норме улучшение по всем параметрам деятельности встречалось в большем количестве случаев (на уровне тенденции).

По мотивационному блоку

Напомним, что в этой части представлены результаты КГ2 и КоГ. Полученные результаты представлены ниже в таблицах и рисунках. В мотивационной серии оценивались мотивация достижения (выраженность) (см. табл. 3), мотивация учебной деятельности (уровни) (см. рис.1), а также характер мотивирующей деятельности – внешняя или внутренняя мотивация (рис.2).

Таблица 3

Средние значения и значимость различий в методике оценки потребности в достижении (мотивации достижения, не связанная непосредственно с учением)

Группы	КГ2	КоГ	t-критерий
Мотивация достижения (МДО)	11,33	13,2	3.5**$p \leq 0.01$

Как видим, в КГ2 выраженность мотивации достижения значимо ниже, чем в КоГ.

На рисунке 1 представлено распределение сопоставляемых групп испытуемых по уровню учебной мотивации.

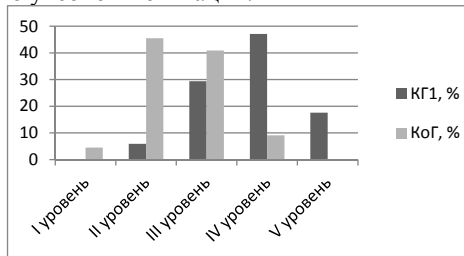


Рисунок 1. Распределение испытуемых КГ2 и КоГ по уровням мотивации учения. По оси абсцисс – уровни мотивации, по оси ординат – частота встречаемости

По результатам применения методики диагностики мотивации учения и эмоционального отношения к учению обнаружено, что в КГ1 нет детей, имеющих наиболее высокий уровень мотивации учения (первый – максимально позитивное отношение к учебе), при этом достаточно значительная часть испытуемых (17,6%) обнаружила V уровень (последний – крайне негативное отношение к учебе). В КоГ на V уровне не оказалось ни одного подростка. Большинство подростков КГ1 находятся на IV уровне мотивации учения, что соответствует сниженной мотивации, переживанию «школьной скуки», отрицательному эмоциональному отношению к учению. Большинство испытуемых КоГ находятся на II уровне мотивации, т.е. имеют продуктивную мотивацию, позитивное отношение к учебной деятельности. Оценка «внутренней» и «внешней» мотивации в сопоставляемых группах показала следующее (см. рис.2).

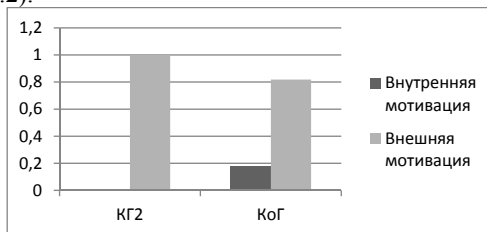


Рисунок 2. Представленность маркеров «внутренней» и «внешней» мотивации по результатам анализа данных методики «Незаконченные предложения» (в процентах по группе). По оси абсцисс – группы испытуемых, по оси ординат – показатель мотивации.

Очевидно преобладание «внешней» мотивации учебной деятельности в обеих выборках, однако анализ содержания высказываний подростков об учебной деятельности в методике «Незаконченные предложения» указывает на различия в распределении слов-маркеров по уровням регуляции в рамках «внешней» мотивации у подростков клинической и контрольной групп. В КоГ была обнаружена не только «внешняя», но и «внутренняя» мотивация.

Выводы

Сравнительное исследование мотивационной сферы в условиях когнитивной деятельности подростков, страдающих эндогенной психической патологией, и в норме развития позволило сделать ряд обобщений.

1. Младшие подростки КГ1 и КГ2, страдающие психическими заболеваниями, показали сниженный уровень выполнения заданий на познавательную деятельность, и в стандартных экспериментальных условиях, и с дополнительной мотивацией по сравнению с младшими подростками КоГ.
2. Есть специфика влияния мотивирующей инструкции в методике Память +счет: у подростков КГ1 преимущественно улучшается время работы, тогда как в КоГ улучшается и время, и объем удержанного материала.
3. Подростки КГ1 и КГ2 показали меньшую способность улучшить результативность познавательной деятельности под воздействием мотивирующей инструкции, чем испытуемые КоГ.
4. У подростков КГ2 снижен уровень мотивации достижений и познавательной активности в ситуациях, связанных с познавательной деятельностью относительно КоГ.
5. У подростков КГ2 в большей степени отмечаются признаки «внешней» мотивации познавательной деятельности, чем у здоровых сверстников.

Заключение

В нашем исследовании были собраны и проанализированы данные о взаимосвязи мотивационной сферы и познавательной деятельности младших подростков с психической патологией. Изменения, которые вносит болезнь в детском и подростковом возрасте, переплетаются с процессом развития и разрушительно воздействуют на различные аспекты жизни подростка, в том числе на мотивационную и познавательную сферы. Это определяет важность изучения мотивационной составляющей познавательного развития детей и подростков при различных видах психической патологии.

В ходе исследования были выявлены особенности развития обеих сфер (познавательной и мотивационной) у подростков, страдающих психическими заболеваниями, и в норме. Было показано, что есть определенные качественные и количественные отличия показателей мотивационной сферы, связанной с познавательной деятельностью, у подростков с психической патологией по сравнению с нормой. Результаты указывают на снижение уровня побудительной функции мотива в ситуации мотивирующей инструкции при осуществлении познавательной деятельности в группе больных подростков.

Увеличение клинической выборки и расширение диагностических методик анализируемых половозрастных и клинических показателей обеспечит уточнение своеобразия функционирования мотивационной системы в контексте познавательной деятельности у больных эндогенной психической патологией подростков. В частности, это позволит проанализировать влияние фактора возраста, времени течения заболевания на побудительную функцию мотива.

Литература:

1. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения. М.: Медицина, 1989.
2. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. СПб: Питер, 2008.
3. Выготский Л.С. Избранные психологические исследования. М., 1956, 379 с.
4. Гурова О.А. Мотивационно-стратегии и когнитивной деятельности подростков с психической патологией / Магистерская диссертация. М, МГППУ, 2017.
5. Детская и подростковая психиатрия / под ред. Ю. С. Шевченко. М., 2011.
6. Зверева Н.В., Горячева Т.Г. Клиническая психология детей и подростков. 2-е изд. М: Изд. Центр Академия, 2015.
7. Зверева Н.В., Строгова С.Е., Балакирева Е.Е. Оценка психологического профиля у больных шизофренией детей и подростков с формирующимся психическим дефектом / XIV Мнухинские чтения Роль психических расстройств в структуре школьной дезадаптации. Сб. статей / Под ред. Ю.А.Фесенко, Д.Ю.Шигапова, СПб: Альта Астра, 2016, с. 87-92.
8. Зверева Н.В., Хромов А.И., Сергиенко А.А., Коваль-Зайцев А.А. Клинико-психологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (внимание и память). Методические рекомендации. М., 2017. 48 с.
9. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: МГУ, 1986.
10. Исаев Д. Н. Психопатология детского возраста: Учебник для вузов. СПб.: СпецЛит, 2001.
11. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация познание общение. М.: МГУ, 1991.
12. Мелешко Т.К., Алейникова С.М., Захарова Н.В. Особенности формирования познавательной деятельности у детей, больных шизофренией. // Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста / под ред. М.Ш.Вроно. М. 1986. С.147-160

Зверева Н.В., Хромов А.И., Балакирева Е.Е.

Об оценке когнитивного дефицита детей и подростков с эндогенной психической патологией (синдромальный подход)

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»,
ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»,
Москва

Когнитивный дефицит характерен для психической патологии эндогенного круга. Его происхождение обычно связывают с рядом клинических факторов (возраст начала заболевания, его длительность, ведущий синдром и др.). Традиционно эта проблема изучается на взрослых больных, однако когнитивному дефициту заболевших в детстве уделено значительно меньше внимания. Существуют различные подходы к оценке проявлений когнитивного дефицита (оценка по школьной успеваемости, психометрическим показателям, отклонению от возрастных нормативов и пр.).

Цель: поиск эффективных способов оценки проявлений когнитивного дефицита у детей и подростков с эндогенной психической патологией.

Испытуемые: 72 пациента ФГБНУ НЦПЗ (из них 50 мальчиков) в возрасте от 6 до 16 лет (средний возраст $10,9 \pm 2,5$ года). В клинической картине заболевания всех больных встречались один или несколько из следующих ведущих синдромов: аффективный (АС), психопатоподобный (ПС) или кататонический (КС). Из историй болезни была взята информация по диагнозу, ведущему синдрому, возрасту начала заболевания (ВНЗ) и учебной траектории пациентов (тип школы и вид обучения).

Методы: клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, методы математической обработки данных.

Оценка когнитивного дефицита проводилась методиками патопсихологической диагностики памяти, внимания и мышления с последующим преобразованием в z-шкалы. Такой подход позволил оценить выраженность когнитивного дефицита больных относительно их возрастного норматива.

Результаты. При сопоставлении синдромов и типов обучения оказалось, что есть различия между синдромами по типу школьного обучения (программы) пациентов. Оценка дефицитов познавательных процессов при разных вариантах обучения показала, что тип детского сада оказывается связанным с различиями дефицита времени поиска чисел; в зависимости от типа школы – определяются значимые различия по всем показателям памяти, и по коэффициенту комбинаторности. Сравнение дефицитов исследуемых психических процессов по синдромам показало наличие значимых различий между всеми синдромами только по показателям памяти. Представим результаты анализа ВНЗ и дефицитов в когнитивной сфере по синдромам. При ведущем АС: есть сильная положительная связь ВНЗ с дефицитом времени поиска чисел ($R^2 = 0,99$); с дефицитом эффективности запоминания ($R^2 = 0,97$). При ПС в сочетании с КС на уровне тенденции выявлена прямая связь ВНЗ и дефицита непосредственной памяти; значимая прямая связь ВНЗ и коэффициента целостности ($R^2 = 0,88$). При ведущем КС – высокая прямая связь ВНЗ и коэффициента целостности ($R^2 = 0,996$).

Предварительные выводы:

- введение клинического показателя «ведущий синдром» оказывается эффективным в оценке его связи с когнитивными дефицитами и типом обучения для детей и подростков с эндогенной психической патологией.

- можно предполагать снижение когнитивных дефицитов при более раннем ВНЗ, т.е. при большей длительности заболевания (без учета прогрессивности заболевания!), однако это требует дальнейшего дифференцированного клинико-психологического исследования.

Кожушко Н.Ю., Беникова Е.В., Матвеев Ю.К., Кудашева Л.А., Пономарева Е.А., Шилоносова Г.А.

Мультидисциплинарный подход в оптимизации диагностических и коррекционных мероприятий у детей с разными формами нарушений психоречевого развития

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки

Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой РАН;

Научно-практический центр психофизиологии аномального развития

ИМЧ РАН, Санкт-Петербург

Успехи современного здравоохранения в РФ в настоящее время делают доступными уже в раннем возрасте методы обследования мозга при обнаружении у ребенка отставания в психическом развитии (речевых расстройств, нарушений эмоционально-волевой и коммуникативных сфер и др.). В тех случаях, когда речь не идет о структурных изменениях (образовании опухолей, кист мозг и т.п.), мы чаще имеем дело с функциональными нарушениями в деятельности мозга ребенка. Так, нами ранее было установлено, что у детей с нарушениями психического развития перинатального генеза в 70% случаев патологические изменения структур головного мозга на МРТ либо отсутствуют, либо выявляются минимальные резидуальные изменения. В то же время метод функциональной диагностики (ЭЭГ) выявляет недостаточную сформированность теменно-затылочного фокуса основного (альфа) ритма в у 77% отстающих детей («незрелый» тип). При данном типе корковой ритмики нами выявлена тенденция к уменьшению эффективности традиционных подходов к коррекции отстающих психических функций (фармакотерапии, остеопатии, логотерапии) на более поздних этапах развития. В таких случаях в схему комплексного лечения в ИМЧ РАН включаются транскраниальные микрополяризации (ТКМП).

Как показывают данные логопедов-дефектологов и нейропсихологов, при проведении курсов ТКМП ускорение/замещение отстающих функций идет высокими темпами вблизи сенситивных периодов развития, за пределами которых позитивные изменения менее выражены, и курсы лечения занимают больше времени. Использование данных психолого-логопедического тестирования перед началом курса позволяет сделать адекватный выбор мишеней воздействия в соответствии с ведущим дефектом.

Нашими нейрофизиологами при использовании современного метода анализа независимых компонент ЭЭГ у отстающих детей выделены гипотетические источники медленной активности в лобно-височных отделах коры, показано повышение мощности медленных компонент в соответствии со степенью тяжести отставания в психическом развитии. Совмещение локализации воздействия ТКМП с «генераторами замедления» усиливало положительное влияние на отстающие психические функции.

Значительное влияние на развитие отстающих функций оказывает также неполноценность церебральной гемодинамики, нередко скрытая до периода регулярных учебных нагрузок. По нашим данным (обследовано более 300

человек) при ротационных пробах у учащихся коррекционных и вспомогательных школ возрастной дефицит интенсивности пульсового кровенаполнения в ВББ остается таким же выраженным, как и у отстающих детей в дошкольный период времени – более, чем в 80% случаев. УЗДГ сосудов головы и шеи (или РЭГ) уже в дошкольном возрасте позволяет выявить риски повышенной утомляемости детей при умственной и физической нагрузках, и тогда своевременное вмешательство может снизить вероятность появления нарушений поведения на более поздних ступенях онтогенеза.

Учитывая негативную динамику уровня здоровья детей (особенно отставание в психическом развитии на резидуально-органическом фоне), необходимо координировать усилия специалистов различного профиля, как на диагностическом этапе, так и в лечебном процессе, а также в период обучения детей с целью минимизации отдаленных последствий перинатальной патологии ЦНС, оптимизации образовательного маршрута с учетом индивидуальных возможностей ребенка.

Кокоренко В.Л.

Арт-терапевтические средства в реализации психологической поддержки семей с особым ребенком

ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург

Клиническая психология семьи – актуальное и перспективное научное направление, которое разрабатывается кафедрой детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии СЗГМУ имени И.И. Мечникова. Сотрудник кафедры – И.М. Никольская, внесшая большой вклад в разработку основных теоретических положений клинической психологии семьи, отмечала, что семья с ребенком с особенностями развития нуждается в оказании разноплановой помощи и психологической поддержке [1], поскольку для ребенка с нарушенным развитием семья выступает в качестве первичного микросоциума в гораздо большей степени, чем для здорового ребенка. Семья с особым ребенком (вне зависимости от специфики нарушения), становится особой группой с присущей только ей атмосферой межличностных отношений. Психологический микроклимат такой семьи, с одной стороны, отражает ее адаптацию к ситуации хронического заболевания ребенка, а, с другой, – к окружающему «здоровому» миру [2].

В дополнительных профессиональных программах повышения квалификации специалистов, семинарах на базе различных учреждений и центров, занимающихся работой с особыми детьми и их семьями, нами предлагаются арт-терапевтические техники, которые могут эффективно и разнообразно использоваться в системе реализации психологической поддержки родителей и семей, имеющих ребенка с особыми потребностями.

Наш опыт работы позволяет рекомендовать специалистам арт-терапевтические средства, которые выявляют потребности, цели и жизненные ценности родителей; дают возможность не только познавать и критично оценивать имеющиеся ресурсы семейного совладания и адаптации, но и

наращивать свой ресурсный потенциал за счет осмысления нового опыта в самораскрытии и открытии внутреннего мира другого человека, повышения самооценки и чувства собственной значимости, включенности в обогащающее общение, активизации фантазии и воображения.

1. Синквейн. Это короткая нерифмованная стихотворная форма, которая сочиняется по заданному алгоритму на любую тему (буквально – может складываться как конструктор из различных частей речи и предложений). Синквейн можно использовать в контексте решения конкретных задач на различных этапах консультирования и психотерапии при работе с родителями особых детей. Представляем примеры синквейнов на тему «Быть родителем особого ребенка», которые были написаны на семинаре для специалистов, работающих с особыми детьми и их семьями [3; имена авторов синквейнов представлены на сайте].

«Испытание.

Трудное, долгое.

Бояться, преодолевать, найти.

Зачем это дано?

Осознание». (Е.Ч.)

«Труд.

Необходимый, вынужденный.

Добиваться, бороться, не сдаваться.

Уметь выдержать все.

Победить». (О.К.)

«Удар...

Темно, одиноко.

Бежать, драться, плакать!

Теперь – это моя жизнь.

Жестоко». (А.М.)

«Страх.

Предательский, не проходящий.

Уйти, закрыться, спрятаться.

Как этим жить?

Отчаяние.

Ангел.

Беззащитный, безгрешный.

Обнять, уберечь, защитить.

Никому не отдам.

Мое.

Чудо.

*Необычное, долгожданное.
Появилось, исполнилось, удивило.
Прекрасней нет на свете.
Свершилось». (И.Б.)
«Проблема.
Не решаемая, вечная.
Примиряет, двигает, возвышает.
Меняет все приоритеты.
Жизнь...». (Ю.Г.)*

Как видно из приведенных примеров, синквейн отражает эмоционально-насыщенное восприятие проблемной жизненной ситуации, субъективно-значимые ценностные ориентиры личности, а также стратегии совладания. За небольшое время написания и совместного обсуждения синквейна, специалист не только получает ценный диагностический материал, но и имеет возможность наметить направления оказания психологической поддержки и доступными средствами поддержать семью (родителя) «здесь и сейчас».

2. На основных или завершающих этапах работы, при оказании поддержки проживания кризисных периодов жизни родителями и семейной системой мощным психотерапевтическим потенциалом обладает творческая работа с фольгой. Фольга – очень благодарный материал. Он легко податлив любому движению, в зависимости от актуального эмоционального состояния и исследовательской активности его можно скручивать и мять, соединять отдельные части в единое целое (что не всегда удастся сделать, например, с глиной) и без ущерба для результата отделять лишнее. Это доступно даже для детей с ограниченными возможностями. Из фольги можно делать объемные и плоскостные работы, скульптура из фольги легко и уверенно стоит на поверхности стола. Воплощенная в фольге идея принимает любую форму, может трансформироваться неоднократно, то есть фольга дает возможность автору продолжать мыслить, следуя руками за полетом воображения. За счет глянцевой и матовой поверхности можно реализовывать идеи взаимодополняемости, единства противоположностей, дифференциации фигуры и фона. Свет, отражаясь во множестве граней скульптуры, удивительным образом передает эмоциональное состояние персонажей, созданных автором, придает форме движение. При этом фольга абсолютно скрадывает любые несовершенства выполнения, полностью избавляя авторов от необходимости оправдываться «хотелось сделать не так... не совсем получилось...». При использовании фольги традиционного серебристого цвета, (монохром) можно создавать условия для развития дифференцированности восприятия, где идея автора реализуется, главным образом, за счет величины, формы и пропорций.

Поскольку фольга легкодоступный и недорогой материал, ее много, здоровые дети, дети с проблемами в развитии и их родители с удовольствием

осваивают «крупные» и мелкие формы, экспериментируют с различными способами реализации предложенных для творческого размышления тем.

При выборе темы, воплощаемой в фольге, специалисту следует понимать, какие задачи могут быть решены с ее использованием, на какие мысли и чувства эта тема выведет авторов.

Мы предлагаем родителям создать скульптуру, арт-объект на тему «Я памятник себе воздвиг». Уже сама эта тема вызывает у большинства родителей яркую эмоциональную (иногда весьма неоднозначную) реакцию. Мы поясняем, что памятники при жизни ставят наиболее выдающимся и достойным людям, и мы абсолютно уверены, что каждый человек в своей жизни делает много хорошего, проявляет прекрасные человеческие качества, совершает поступки, равные подвигу в масштабе собственной жизни и своей семьи. Быть родителем особого ребенка – тяжело (крест, судьба, труд, испытание, подвижничество...). Эта творческая работа дает родителям время и возможность остановиться и задуматься о самом главном: о себе, своем ребенке и своих близких, вместе с которыми они проживают жизнь.

Для того чтобы каждая работа засверкала во всем блеске, мы используем ткань черного или глубокого темно-синего цвета. На таком фоне любая скульптура из фольги выглядит впечатляюще торжественно, блеск серебра делает любую работу дорогой и достойной всеобщего внимания, которую хочется рассматривать со всех сторон и говорить о ней с автором. И автору хочется говорить – о себе; о том, как заиграла в его воображении и руках конкретная тема; о тех чувствах, которыми наполнился; о дорогих ему людях. «Памятники» родителей особых детей – за волю к жизни и терпение, за веру в своего ребенка, за неустанный каждодневный труд, за умение радоваться вопреки всему, за любовь и поддержку, за стойкость и мужество в жизненных испытаниях...

Сила воздействия и эмоциональная насыщенность этой работы огромная. Символически – размышляя о своих «подвигах» и создавая «памятник» из фольги человек своими руками формирует (подбирает образ, идею) и укрепляет (воплощает в материале, придает форму) собственное достоинство («мне есть, за что себя уважать и есть, чем гордиться»).

3. В настоящее время комплексность и мультидисциплинарный подход в системе оказания психологической поддержки семьям с особым ребенком наиболее полно и эффективно могут быть реализованы в рамках проектной деятельности. В разнообразных проектах единую задачу совместно решают врачи, клинические психологи, логопеды, социальные работники, волонтеры, родители, фонды, государственные учреждения и общественные организации. Проект создает благоприятные условия для *конструктивных отношений*, возникающих на основе общности целей, ценностей, интересов; совместной деятельности, в результатах которой заинтересованы все участники.

Совместно с Социальной школой Каритас был реализован благотворительный проект [4, 5], в котором семьям с особым ребенком была предоставлена возможность принять участие в фотосессии.

В данном случае фотопроект является вариантом арт-терапии (фототерапии) для работы с образом «идеального Я» личности членов семьи и семьи с особым ребенком – как коллективного субъекта, решая психологические и психотерапевтические задачи.

В интервьюерах профессиональной студии вместе с фотографом Н. Маловой семьи создавали невероятную атмосферу новогоднего праздника, красоты и добра, стремились передать пожелания всем семьям – радости, любви и семейного тепла. Часть фотографий была передана участникам в течение нескольких дней после фотосъемки, а через 6 недель была организована тематическая встреча, посвященная обсуждению этого события – участия семей в фотопроекте, с совместным просмотром фотографий и вручением дисков с полным фотокомплектom каждой семьи.

На встрече участники говорили о том, что фотосессия стала для них очень важным *событием*: вопрос участия обсуждался со всеми членами семьи, принималось совместное решение; к фотосъемке готовились (члены семьи корректировали свои текущие планы, намечали, как будут добираться, что взять с собой, как будут выглядеть, что наденут и т.д.); отмечали, что были некоторая тревога и волнение (как будут реагировать их дети, что и как будет происходить в студии); вспоминали, что сам процесс (встреча в студии, взаимодействие с визажистом, фотографом, с близкими в процессе съемки) был несколько хаотичным, но интересным, легким и приятным, и только по завершении и уходу домой чувствовалось, как все устали; говорили о приятном удивлении от того, как свободно и творчески вели себя «особые» дети, как легко они отзывались на то, что просил и предлагал фотограф, как дети были адекватны и терпеливы; отмечали свои яркие впечатления от красоты в студии, которой очень хотелось соответствовать; делились тем, с каким нетерпением и предвкушением они ждали первых готовых фотографий и как были потрясены увиденным, как звонили своим родственникам, друзьям и знакомым – рассказывали об этом и показывали фотографии, как слушали – что говорят и как воспринимают эти фото окружающие...

Событие – это значимое для субъекта изменение в окружающей действительности, в его поведении и внутреннем мире. Можно утверждать, что эта фотосессия для семей с особым ребенком стала тем явлением, которое естественным образом объединяет разных людей (детей и взрослых), задает общее содержание для восприятия, переживания и осмысления, будит желание поделиться впечатлениями, всмотреться и вслушаться в себя и своих близких, сделать шаг от собственного мнения к позиции другого, довериться, открыть себя и мир своей семьи для других людей.

В парадигме стресса и копинга (Р. Лазарус, А. Каннер, С. Фолкман) – *позитивные эмоции* выступают «движущей силой», мотивирующей копинг, «глотком свежего воздуха», дающим передышку в состоянии отчаяния, и «строительным материалом» для восстановления затраченных ресурсов [цит. по 6]. Серия созданных семейных фотографий может способствовать поиску, созданию и осмыслению «согласованного образа «Мы», присущего функциональным семьям, выполняющего компенсаторную интегрирующую и

защитную функции. Е.В. Куфтяк к числу регенеративных внесемейных факторов в ситуациях стресса семей с особыми детьми относит поддержку семьи и чувство самоуважения («...получение поддержки от общества и друзей, а также развитие чувства собственного достоинства и уверенности важны в улучшении психоэмоционального состояния ребенка с отклонениями в развитии») [6, стр. 339]. Семейные фотографии, на которых «все мы» - красивые, дружные, любящие, веселые, счастливые, «мы» - семья, в которой хорошо и тепло каждому – на долгое время становятся ценным и мощным позитивным ресурсом для каждого члена семьи как на личностно-индивидуальном уровне, так и на групповом (внутреннем – общесемейном и внешнем – социальном) [7]. Событие, насыщенное значимыми позитивными переживаниями, запечатление и отражение их на семейных фотографиях могут являться стимулами *преобразующей активности* человека, направленной на мир, семью и самого себя.

Литература:

1. Никольская И.М. Клиническая психология семьи: основные положения. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. N 4. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 19.09.2017).
2. Кокоренко В.Л. Психологические характеристики семей, воспитывающих детей с двигательными и сенсорными нарушениями (лекция). Вопросы психического здоровья детей и подростков (научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин). Москва, 2012 (12) № 2. С. 114-123
3. <http://caritas-edu.ru/mediateka/materialy-proshedshikh-meropriyatij/seminary/1179-2016-10-20-21-art-terapiya-kak-sredstvo-psikhologicheskoy-podderzhki-roditelej-imeyushchikh-detej-s-tmnr-priglasenie-k-razgovoru> (дата обращения: 19.09.2017)
4. <http://caritas-edu.ru/mediateka/materialy-proshedshikh-meropriyatij/inye-meropriyatija/fotoproekt/1153-novogodnie-otkrytki> (дата обращения: 19.09.2017)
5. <http://caritas-edu.ru/mediateka/materialy-proshedshikh-meropriyatij/inye-meropriyatija/fotoproekt/1191-novogodnie-otkrytki-2> (дата обращения: 19.09.2017)
6. Куфтяк Е.В. Психология семьи: регуляция и защита. Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2011. 384 с.
7. Кокоренко В.Л. Семейные фотографии как средство расширения совладающего ресурса личности и семейного копинга <http://www.oppl.ru/up/files/vypuski-antologii/2017-vip1.PDF> (дата обращения: 19.09.2017)

Колесников И.А.

Нейробиологические аспекты регуляции эмоций в раннем возрасте

Институт нейрокоммуникаций и психотерапии, Вильнюс (Литва)

Нейробиология – это наука о клетках нервной системы и организации этих клеток в функциональные сети, которые обрабатывают информацию и регулируют поведение.

Эмоциональные реакции возникают благодаря активности таких структур мозга как амигдала и гиппокамп, входящих в лимбическую систему. Известно, что данные подкорковые образования активно функционируют с момента рождения. Например, гиппокамп к моменту рождения уже сформирован, имеет связи с другими подкорковыми структурами и значительно увеличивается в

размерах в первый год жизни. За этот же период миндалина или миндалевидное тело увеличивается в размере на 100% [1]. В то время как префронтальная кора головного мозга все еще находится на начальном этапе развития.

Ранняя функциональная активность лимбической системы указывает на раннюю реализацию таких психических функций как эмоции и память. В первые годы жизни память ребенка хранит опыт удовлетворения базовых потребностей (потребности в пище, в заботе, в безопасности и пр.) и сопутствующие эмоциональные переживания. Это имплицитная память – бессознательная память эмоциональных переживаний. Память играет ключевую роль в эмоциональном реагировании. Для реакций на новую ситуацию или чужие эмоции нам требуется опыт эмоциональных реакций, испытанных ранее в других ситуациях. Например, ребенок ушибся и обращается за помощью к родителю. Родитель успокаивает и поддерживает, не вызывая чувство вины и стыда («сам виноват», «что ты ноешь»). В 5-6 лет ребенок начнет использовать те же приемы успокоения и поддержки к себе самому и к другим. То есть в стрессовой ситуации он бессознательно обращается к своему раннему опыту и находит там опору, обретает уверенность и силу.

Это свидетельствует о формировании «нейронного механизма самоуспокоения» – нисходящего пути регуляции эмоций. Между медиальной префронтальной корой (МПК) и миндалой существует функциональная нейронная сеть (или «мост»), развивающаяся с рождения и до подросткового возраста [2]. Ее задача – подавление активности миндалы. У детей на фМРТ наблюдается одновременная активность данных областей, а у взрослых – активность МПК подавляет активность миндалы. Такой же эксперимент показал, что у детей из детского дома не наблюдается паттерна эффективного взаимодействия двух областей [3].

Это означает, что отношения с родителями с раннего возраста влияют на организацию и функциональные характеристики нейронных сетей мозга ребенка. Эффективная работа «механизма самоуспокоения» возможна только при наличии надежной привязанности. Способность адекватно ситуации регулировать свое эмоциональное состояние основывается на благоприятном опыте раннего развития.

Литература:

1. Gilmore J.H., et.al. Longitudinal Development of Cortical and Subcortical Gray Matter from Birth to 2 Years // *Cerebral Cortex* November, 2012. N.22. P. 2478-2485.
2. Gabard-Durnam L.J. et.al. The Development of Human Amygdala Functional Connectivity at Rest from 4 to 23 Years: a cross-sectional study // *Neuroimage*, 2014. N.95. P. 193-207.
3. Gunnar M.R. et.al. Parental buffering of fear and stress neurobiology: Reviewing parallels across rodent, monkey, and human models // *SocNeurosci*, 2015. N.10 (5). P. 474-478.

Нервная анорексия (НА) встречается чаще у женщин и чаще в период фертильного возраста. Несмотря на нарушение менструального цикла, женщина с НА может зачать ребенка. Наблюдение 140 женщин с анорексией показало, что 10 из них забеременели в активный период анорексии, 40 – в период ремиссии [1].

Женщины с НА могут достаточно долго не замечать признаков беременности. В таких случаях женщины расстраиваются из-за изменения формы тела и еще больше ограничивают себя в пище, в жидкости, могут начать принимать слабительные, мочегонные, делать клизмы, больше тренироваться и пр. [2].

Осознание своей беременности вызывает у женщин как положительные, так и отрицательные переживания. В первом случае беременность оказывает положительный, можно сказать «лечебный» эффект на женщин. Беременность и ожидание ребенка становятся более значимыми переживаниями, чем болезненные идеи. Женщины меняют свое отношение к пище, к своему весу, к режиму, но они меняют пищевое поведение не ради себя, а ради ребенка. Поэтому в постнатальном периоде возможно вновь обострение идей о чрезмерной полноте и возвращение к патологическому стилю пищевого поведения. Актуализация сверхценных идей может происходить уже через месяц после родов, иногда заболевание протекает даже в более тяжелой форме.

Во-втором случае беременность может ухудшать течение НА. Изменение формы тела, увеличение живота, повышение аппетита вызывает выраженное эмоциональное напряжение – тревогу, снижение настроения, страх, отчаяние, раздражительность. У женщин появляются булимические реакции (много едят «здоровой» пищи, с последующей, механически вызываемой, рвотой). Многократная рвота приводит к гипокалиемии, гипонатриемии, гипохлоремии, возникает метаболический алкалоз. Как следствие дефицит микроэлементов испытывает организм ребенка.

Часто данные нарушения выявляются при сдаче анализов в женской консультации и являются причиной госпитализации. В таких случаях очень важен первичный контакт беременной и врача-акушера. Больные НА, как правило, скрывают свою болезнь и не жалуются на недомогание, тошноту и рвоту. На приеме они спокойны, доброжелательны, во время беседы улыбаются, внимательно слушают, создавая у врача впечатление ответственных и заинтересованных пациентов. Но даже при доверительных отношениях с врачом, они не раскрывают своей «тайны». В доверительных отношениях женщина может не побояться спросить о том, каким должно быть питание, какой вес она должна набрать, как питание может отразиться на развитии ребенка, какие витамины принимать и пр. Установление доверительных отношений обеспечит соблюдение медицинских назначений врача.

Следует отметить, что такие женщины эмоционально и физически не готовы к беременности, родам и материнству, поэтому нуждаются в психологической и психотерапевтической помощи.

Литература:

1. Wolfe B.E. Reproductive health in women with eating disorders // JOGNN, 2005. N 34. P. 255-263.
2. Mitchell-Gielegheem A., et.al. Eating disorders and childbearing: concealment and consequences // BIRTH, 2002. N29 (3). P. 182-191.

Коренский Н.В.¹, Игумнов С.А.^{1,2}, Шуплякова А.В.¹
Социально-психологический тренинг «Удовольствие в моей жизни», направленный на выработку защитных барьеров к употреблению психоактивных веществ

¹Национальный научный центр наркологии, филиал ФГБУ ФМИЦПН им. В.П. Сербского, Москва

²Институт психологии Белорусского государственного педагогического университета, Минск

Цель исследования: разработка и апробация социально-психологического тренинга «Удовольствие в моей жизни», как способа более эффективной подачи информации о способах получения удовольствия и его последствиях, в молодежной среде.

Задачи: 1. Сформировать мотивацию к сохранению здоровья, выработке активной жизненной позиции, ориентации на здоровый образ жизни, развитие навыков межличностного и социального общения, навыков резистентности к давлению окружающей среды; 2. Отследить коморбидность тревоги и депрессии в динамике, до и после проведения программы, у участников тренинга.

В тренинге участвовали лица подросткового и юношеского возраста из детских домов, школ, университетов (студенты первых курсов) Республики Беларусь, г. Минска с девиантным/деликвентным поведением, общим количеством 387 человек: из них девушек – 231, юношей - 156. Возрастной диапазон у девушек варьировал от 12 до 20 лет, у юношей – от 13 до 21 года.

Критериями включения явились наличие форм девиантного/деликвентного поведения, употребление психоактивных веществ, подростковый и юношеский возрастной период.

Методы исследования: шкала депрессии Зунга, опросник Спилберга-Ханина для выявления тревожности. Психодиагностика проводилась два раза: в начале тренинга и по его завершении.

Тренинговая программа включает в себя 5 занятий. В среднем одно занятие рассчитано на 1,5 – 2 часа, один раз в неделю. Общий цикл составляет 5 недель. Тренинг включает в себя знакомство с группой, постановку тем для обсуждения, связанных с формированием отклоняющегося поведения и употреблением психоактивных веществ; интерактивные игры, снимающие напряжение в общении – «Icebreakers»; психодиагностические тесты, резюмирование или обратную связь от участников с формированием полезных

коллективных выводов и домашние задания на закрепление полученных навыков.

Результаты. В ходе проведенного тренинга у 267 (87,8%) из 304 участников с высоким уровнем личностной тревожности отмечалось снижение уровня тревоги, из 365 участников с высоким уровнем ситуационной тревожности – у 342 (98,0%). Высокий уровень депрессивной симптоматики (по шкале депрессии Зунга) был выявлен изначально у 276 участников тренинга, но по завершении программы наблюдалось снижение данной симптоматики у 235 человек (85,5%) ($P=0,001$). В ходе опроса было выявлено улучшение общего физического и психического состояния у всех постоянных участников тренинга. Также через 6 месяцев после проведения тренинговой программы, по результатам опроса социальных работников и педагогов, у большинства участников был сформирован отказ от употребления психоактивных веществ и выработана более активная жизненная позиция.

Данный тренинг может быть использован в качестве программы по первичной профилактике девиантного/деликвентного поведения среди лиц подросткового и юношеского возраста, совместно с другими видами социально-психологических мероприятий. Данный проект разрабатывался при содействии и участии стран Европейского союза и при поддержке Уэльского молодежного антитабачного проекта «The Filter Europe» (Великобритания), на основе международного европейского опыта работы с молодежью.

Кузнецова Е.А.

Психологическая помощь в структуре комплексной терапии подростков с соматоформными расстройствами

Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»

Под соматоформной вегетативной дисфункцией понимается расстройство невротического уровня, обусловленное психогенными причинами и проявляющееся соматическими жалобами и функциональными сдвигами. Соматоформная вегетативная дисфункция имеет высокий процент коморбидности с другими расстройствами аффективного спектра. Частота встречаемости данных расстройств, особенно в детском возрасте, велика, и при своевременной помощи расстройство проходит бесследно. Однако при ее отсутствии возможна дальнейшая соматизация и возникновение тяжелых психосоматических расстройств. Таким образом, становится очевидной важность своевременной комплексной помощи больным этой категории в детском и подростковом возрасте, оказываемой как врачами, так и психологами.

На основе проведенных нами ранее исследований [1, 2, 3] были сформулированы основные задачи психологической помощи подросткам с соматоформными расстройствами в структуре комплексного междисциплинарного подхода:

- Повышение уровня эмоционально-волевой устойчивости, снижение уровня тревоги и тревожности, обучение навыкам рефлексии и выражения чувств.
- Формирование гармоничного отношения к болезни и здоровью, развитие представлений о своем болезненном состоянии и его особенностях.
- Профилактика стрессовых состояний и выработка подходящих механизмов сопротивления стрессу и стрессовым факторам (копинг-стратегий).
- Развитие коммуникативного потенциала, социальной уверенности подростка.

В психологическом сопровождении подростков с соматоформными расстройствами необходимо учитывать следующие принципы работы:

- Работа должна быть направлена не только на коррекцию симптома, но и на коррекцию всей ситуации в целом. При этом необходимо исследовать не только состояние подростка, но и сохранные стороны его психики с целью поиска ресурсов для проведения психокоррекционной работы.

- В построении психокоррекционной работы необходимо учитывать искажения в отношении к болезни и соответствующие им когнитивные искажения.

- Для повышения диагностической эффективности наблюдения за состоянием подростка и его коррекции представляется полезным использование различных самоотчетных техник, в том числе – «дневника симптомов», включающим в себя регулярный мониторинг проявлений тревожащих симптомов и их связь с жизненными событиями.

- Как с подростком, так и с его семьей необходимо проводить психопрофилактическую работу, направленную на разъяснение причин и механизмов возникновения расстройства у подростка, и путей их коррекции.

Таким образом, необходим системный мультидисциплинарный подход, работа лечащего врача должна вестись в союзе с психологом, школьными педагогами и педагогом-психологом.

Литература:

1. Кузнецова Е.А. Эмоциональные особенности подростков с различными соматоформными вегетативными дисфункциями // Вестник ЮУрГУ, серия «Психология». Челябинск, 2014. Том 7, вып. №2. С. 100-108.
2. Кузнецова Е.А. Личностные особенности подростков с соматоформной вегетативной дисфункцией // Вестник СПбГУ, 2014. Сер.12., вып. №3. С.98-104.
3. Кузнецова Е.А. Особенности когнитивных функций подростков с соматоформной вегетативной дисфункцией. // Вестник ЮУрГУ, серия «Психология». Челябинск, 2016. Том 7, вып. №2 С. 84-92.

Лиознова Е.В.

Неоптимальные стратегии поведения семьей с особым ребенком

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет, Санкт-Петербург

Особый ребенок является частью целостной семейной системы, и то, в какой степени и как быстро ребенок совладевает с болезнью, зависит не только от квалификации врачей, но и от личностной зрелости окружающих его

взрослых. Не все болезни начинаются остро или имеют ярко выраженные, определяемые на диспансерном приеме формы. Нередко первыми особенности ребенка замечают не медики, а воспитатели детского сада, родители. И от их поведения зависит, как скоро в такой ситуации ребенок окажется в руках специалистов и каких именно.

Опыт психолого-педагогической помощи семьям дошкольников с уже диагностированными или только предполагаемыми отклонениями в развитии показывает, что члены семьи, и прежде всего родители, ведут себя по-разному при попытках сотрудников ДОО донести до них настораживающую информацию.

Конечно, бывают родители, которые спокойно и внимательно выслушивают описание особенного поведения своего ребенка, спешат обратиться к соответствующему специалисту и ответственно выполняют все его рекомендации. Так поступают лично зрелые люди, но их единицы.

Как правило, первое, что делает родитель в такой ситуации – старается защититься, закрыться от неприятной информации, особенно, когда диагноз ребенку еще не поставлен. Возникающий в этой ситуации страх нередко проявляется в агрессии на педагога, приносящего неприятную информацию или на ребенка, как виновника негативных переживаний. Воспитанный человек агрессию к воспитателю сдерживает в себе, а позже говорит, что «воспитатель придирается к его ребенку», «и другие дети так делают», «второй воспитатель ничего не говорит», «нам никто ничего подобного не говорил раньше» и т.п. Таким образом, педагогические работники делятся на «плохих», которые озвучили неприятную информацию, и «хороших», которые, по разным причинам, не стали этого делать. Подобное отношение и к воспитателям, и к себе легко улавливает ребенок, и к имеющимся медицинским проблемам добавляются педагогические.

Другой вариант поведения, чаще проявляющийся у мам, погружение в чувство вины. Они так прямо и говорят: «я устала быть матерью плохого ребенка, я не могу больше чувствовать себя виноватой». Защита от этого чувства бывает разной. Например, защита по средствам избегания: родитель перестает ходить на родительские собрания, не подходит к воспитателю, не интересуется делами ребенка, сторонится других родителей группы, чтобы не слышать укоров в адрес своего чада. Другой способ защиты – рационализация: родители аутичного ребенка, например, говорят, что его поведение связано с излишней активностью окружающих, и ребенок его перерастет. Еще один вариант – перекладывание ответственности на партнеров по общению. Родитель ребенка с СДВГ или ЗППР обвиняет воспитателя, что тот просто не умеет (или ленится) заниматься с такими детьми. Родитель ребенка с повышенной агрессивностью обвиняет других детей в том, что они провоцируют их чадо, а оно лишь защищается.

Подобные стратегии не ведут ни к скорейшему выявлению причин осложненности развития ребенка, поскольку родители сопротивляются предложениям обратиться к врачам, ни к социально-психологической

адаптации ребенка в группе сверстников. Напротив, на медицинские сложности накладываются психолого-педагогические проблемы.

В преодолении описанных неоптимальных стратегий поведения членов семьи особых детей может помочь повышение личностной зрелости, развитие у самих родителей свойств субъекта общения [1].

Литература:

1. Лиознова Е.В. Коммуникативный компонент личностной зрелости // Горизонты зрелости / Ред.-состав. Обухова Л.Ф., Шаповаленко И.В., Одинцова М.А. М: ГБОУ ВПО МГППУ, 2015. С.219-224.

Макаров И.В.

Патогенетические механизмы деперсонализации у детей и взрослых

Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева;
Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Деперсонализация как у взрослых, так и у детей остается достаточно спорным феноменом: одни авторы относят ее к позитивным психопатологическим расстройствам, другие – к негативным. В одних случаях ее расценивают как патологию восприятия, в иных – как расстройства эмоций, мышления, самосознания. Патогенез деперсонализационных нарушений также до конца не изучен.

Еще в XIX веке высказывалась гипотеза, что явления отчуждения - это защитный процесс, при котором происходит “нейтрализация” эмоций из-за тяжелого переживания тоски. Предполагалось также, что в основе деперсонализации лежит апатия, предпринимались попытки объяснить это явление как фазовый процесс в развитии гипноидного состояния сознания, указывалось на близость деперсонализации шизофренической гипотонии сознания, предлагалось считать деперсонализацию особым вариантом агнозий.

По некоторым данным, у большинства больных основная особенность аффективной сферы – это наличие витального протопатического аффекта тревоги, напряженности и страха. Указывается на то, что деперсонализация “запускается” аффектом тревоги (возможно, и витальной тоски), но в дальнейшем может приобрести автономное существование, не завися от аффективного фона. Высказывалось мнение, что в основе психической анестезии лежит повышенная секреция эндорфинов (эндогенных опиатов) или же измененная чувствительность опиатных рецепторов. Интересно, что

повышение активности эндогенной антиноцицептивной системы наблюдается как при деперсонализации, так и при стрессе; в последнем случае у экспериментальных животных это приводит к гипоалгезии, сходной с психической анестезией у человека. Видимо, интересным могло бы явиться исследование системы возбуждающей аминокислотергической передачи, контролирующей развитие как налоксончувствительной, так и налоксоннечувствительной анальгезии, а также роль серотонина и гистаминергических структур. Иногда появление деперсонализационных переживаний с гиперактивацией медиальных височных структур, увеличением дофамина в стриатной области, серотониновым ингибированием клеток гиппокампа и уменьшением числа ГАМК-ергических связывающих рецепторов. Имеются также исследования, в которых показана важная роль рефлексивных структур и речевого поведения больных с деперсонализационными расстройствами, при этом отмечается, что клинические проявления деперсонализации отражают патологические нейрофизиологические процессы в опосредованной форме – через субъективные структуры рефлексии и речевых актов; рефлексивные структуры и речевое поведение рассматриваются в качестве ведущих субъективных факторов патогенеза и в то же время основных семиологических признаков деперсонализации.

На сегодняшний день иных данных, касающихся патогенеза и развития деперсонализационной симптоматики, пока не опубликовано.

Мамайчук И.И.*, Гусева О.В.**

Психологический статус здоровых сиблингов и особенности родительских отношений к ним в семьях, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра (РАС)

Санкт-Петербургский Государственный Университет, Санкт-Петербург*;
ФГБУ ФСНКЦ ФМБА, г. Красноярск**

В последнее время возросло число публикаций, посвященных семьям, имеющим детей с РАС. Однако в отечественной психологии остается слабо разработанной проблема адаптационного потенциала сиблингов с нормативным развитием, что важно для профилактики нарушения их психосоматического комфорта в связи с проблемной семейной атмосферой, обусловленной пребыванием ребенка с РАС в семье. Целью нашего исследования явилось изучение психологического статуса здоровых сиблингов в семьях, воспитывающих детей с РАС.

Проводилось комплексное клинико-психологическое исследование 31 семьи, воспитывающей детей с РАС и контрольной группы из 30 семей, воспитывающих здоровых детей. В экспериментальной группе (ЭГ) объектом исследования являлся здоровый сиблинг и его родители, в контрольной группе

(КГ) – сиблинг соответствующего возраста и пола и его мать и отец. Группы сравнения были сбалансированы по полу и возрасту обследуемого сиблинга, полу родителей, возрасту родителей, составу семьи. 81% группы составили сиблинги с тяжелой степенью аутизма, соответственно 19% - со средней степенью тяжести.

Используемые методы: методика Кеттелла (12PF) и (14PF), тест Розенцвейга, тест Варга-Столина (ОРО), тест «Рисунок семьи», шкала CARS (Childhood Autism Rating Scale), разработанная E. Schopler, (1986), а также направленные беседы с членами семьи.

Установлено, что в структуре личности здоровых сиблингов ЭГ в сравнении с сиблингами КГ преобладают высокий уровень тревожности ($p \leq 0,05$); неуверенность в себе ($p \leq 0,05$); высокая фрустрированность ($p \leq 0,01$); осторожность ($p \leq 0,01$), замкнутость ($p \leq 0,01$). Достоверно низкий уровень фрустрационной толерантности здоровых сиблингов, имеющего сибса с РАС, проявляется в доминировании препятственно-доминантных реакций. Выявлен достоверно высокий показатель психической дезадаптации у сиблингов, имеющих сибса с РАС, в отличие от контрольной группы.

У здоровых сиблингов выявлены существенные проблемы в сфере межличностного общения в семьях, имеющих детей с РАС, что проявляется у сиблингов ЭГ в наличии конфликтов, склонности к изолированию от окружающих, тревожности в процессе межличностных контактов.

Сравнительный анализ материнского отношения к здоровому и особому сиблингу внутри семьи показал, что матери воспринимают ребенка с РАС как «маленького неудачника», в отличие от здорового ребенка, также отмечаются достоверно высокие показатели симбиотических связей с больным ребенком в отличие от здоровых детей. В группе семей со здоровыми детьми показатели материнского отношения к детям достоверно не отличаются.

Полученные данные подчеркивают необходимость разработки дифференцированных подходов к психологической помощи семьям с детьми с РАС, не только в системе родительно-детских отношений, а также в системе здоровый сиблинг и сибс с РАС. Психокоррекционная работа должна быть направлена на формирование у здоровых сиблингов адекватных и гибких способов реагирования на конфликт, эмоциональной устойчивости и развития коммуникативных функций. В процессе психологической помощи необходимо учитывать индивидуально-психологические особенности членов семьи, родительские установки и стили семейного воспитания.

Особенности общения у подростков с риском интернет-зависимости

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

В современном информационно-техническом обществе в последнее время активизировалась проблема ухода подростков в мир виртуальной реальности, где одной из кибер-угроз является риск интернет-зависимости. Интернет-зависимые подростки, испытывая сложности общения в реальной жизни, в последующем чувствуют свою несостоятельность в реальном мире и неспособность добиваться успеха, что сильно снижает самооценку. Они ограничиваются инфантильными задачами, не ставя для себя масштабных целей, что в последующем оказывает разрушительное действие на развитии в жизни подростка. Актуальность сказанного выше определила цель исследования: изучить особенности общения у подростков с риском интернет-зависимости. Задачи: 1. Охарактеризовать и сравнить специфику показателей общения у подростков с риском и без риска интернет-зависимости; 2. Выявить взаимосвязи риска интернет-зависимости с показателями общения у подростков; 3. Выявить проблемные аспекты показателей общения у подростков с риском интернет-зависимости.

Предмет исследования: риск интернет-зависимости и показатели общения.

Объект исследования: В ходе пилотного тестирования при помощи методики «Шкала интернет-зависимости Чена» было отобрано 36 человек подростков (с риском интернет зависимости и без него). Подростки были разделены на две группы по критерию «риск интернет зависимости». 1. Группа – подростки с риском интернет-зависимости в количестве 18 человек, средний возраст 15 лет. 2. Группа – подростки без риска интернет-зависимости в количестве 18 человек. Средний возраст 15 лет. В исследовании были использованы следующие методики: 1. Шкала интернет-зависимости Чена, в адаптации В. Малыгина и К. Феклисова; 2. Опросник межличностных отношений В.С. Шутца в адаптации А. Рукавишникова. 3. Методика «Направленности личности в общении» С.Л. Братченко; 4. Методика «Диагностика эмоциональных барьеров в межличностном общении» В.В. Бойко; 5. Методика «Определение уровня конфликтоустойчивости» Ф.П. Фетискина. Также были использованы методы описательной статистики: анализ средних величин, сравнительный анализ (критерий Ману-Уитни), критерий ранговой корреляции Спирмена. Данные были обработаны при помощи компьютерной программы Statistica SPSS17.0. Исследование проводилось на базе ГБУ ДО «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи Выборгского района» г. Санкт-Петербурга.

Основные выводы по результатам исследования:

Проблемными аспектами общения у подростков с риском интернет-зависимости стали:

- тенденция обесценивать общение и саму потребность в нем;
- низкая мотивация прилагать усилия для коммуникации с окружающими;
- закрытость и неискренность в сочетании с неадекватным эмоциональным реагированием в ситуации общения;
- общение с окружающими ради получения от них выгоды (манипуляция);
- отсутствие эмоциональной привязанности к собеседнику чтобы избежать конфликтов.

Обидин И.Ю.

Роль клинического психолога в структуре территориально-психолого-медико-педагогической комиссии (ТПМПК)

ГБУ ДО ЦППМСП Выборгского района Санкт-Петербурга

ТПМПК является зачастую первым звеном, с которым сталкиваются родители детей-инвалидов (с ограниченными возможностями здоровья – дети с ОВЗ), когда встает вопрос об образовании их ребенка (будь то дошкольные учреждения или школьные).

Деятельность ТПМПК регулируется многими законными актами, законом об образовании, рекомендациями Министерства образования, но нигде не прописана роль клинического (медицинского) психолога. Есть ссылка лишь на то, что в комиссию должны и могут включаться врачи (медицинские работники).

Клинический психолог медицинским работником не является, а поэтому его в работе ТПМПК, следуя логике имеющихся регламентирующих документов, быть не должно.

Однако определение роли интеллектуального развития ребенка, другие вопросы психологического характера, логично возникающие у врача-психиатра и других членов комиссии, находятся в компетенции именно клинического психолога, который выступает в качестве переводчика между всеми членами комиссии, благодаря своему образованию и опыту. Кроме того, клинический психолог и определяет роль ближайшего, а нередко – и возможного развития ребенка с особыми образовательными потребностями.

До того момента, пока вопрос о месте и роли психолога, педагога-психолога, клинического психолога не будет решен на законодательном уровне, дефектологи будут брать на себя функции психологов, психологи – функции психиатров, а логопеды – и тех и других.

Диагностика ребенка со сложным дефектом развития: мультидисциплинарный подход

Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»

В последние годы значительно возросло количество детей, имеющих сложные нарушения развития. На первый план выступает вопрос о точной дифференциальной диагностике детей с ограниченными возможностями здоровья, чтобы в дальнейшем подобрать наиболее оптимальную реабилитационную программу лечения, обучения и воспитания данной категории детей.

Сложные нарушения (комплексные нарушения, комбинированные нарушения, сложный дефект) развития – это любое сочетание психических и физических недостатков (двух или более) у одного ребенка, в той или иной степени определяющих нетипичное развитие, а, следовательно, и трудности реализации образовательных практик по отношению к нему.

На 3 стационарное отделение ЦВЛ «Детская психиатрия имени С.С. Мнухина» поступила девочка с жалобами родителей на выраженное отставание в психоречевом развитии и нарушение поведения с целью уточнения диагноза, лечения и определение образовательного маршрута перед школой.

На момент обследования ребенку было 7 лет 11 месяцев. Девочка посещала специализированный детский сад компенсирующего вида, группу «Особый ребенок» и подготовительный класс в ГБОУ (специальной коррекционной школы 8 вида, 2 вариант).

Перинатальный период был отягощен, на первом году наблюдалась неврологом, активное лечение не назначалось.

Речевой анамнез: с 2,4 лет в медицинской документации указывалось на отсутствие экспрессивной речи, но при этом понимание речи было относительно сохранно.

Невролог и логопед в промежутке между 4 и 6 годами неоднократно ставили диагноз алалия и ОНР1. Психиатром девочка расценивалась как ребенок с выраженной умственной отсталостью.

В результате психологического обследования в августе 2017 года в интеллектуальном профиле наблюдались большие «ножницы» между вербальным и невербальным интеллектом (значительное западение со стороны речевой функции): ОПИ – 72, ВПИ -50, НПИ - 103.

На обследование ребенок шел с неохотой. Настроение было неустойчивым. Девочка была негативистична, капризна, упряма, раздражительна, своевольна. Визуальный контакт поддерживала кратковременно.

Волевой контроль поведения был грубо снижен. Внимание привлекалось с усилием. Пациентка часто игнорировала вопросы взрослого. На лице постоянно недовольные гримасы. Имело место своеобразие эмоционально-волевой сферы, выражающееся в непредсказуемых эмоциональных реакциях (неожиданные демонстративные крики, неадекватные аффективные вспышки, истерики, сопровождающиеся падением на пол). Дополнительно можно отметить проблемы воспитательного плана – девочка привыкла делать только то, что хочет сама. При тяжелом недоразвитии экспрессивной речи наблюдался и речевой негативизм.

Нарушение речи носит системный характер. Несколько лучше сохранен понятийный компонент, но при этом более сложные логико-грамматические конструкции не осмысливаются. Нарушение проявляется во всех подсистемах языка: синтаксической, морфологической, лексической, фонематической. Мелодика, звукоподражания и другие средства невербальной звуковой коммуникации сохранены (крик, смех, писк), мимика и жесты.

Импрессивная речь – в ограниченном объеме. В основном простые (бытовые) вербальные инструкции усваивает верно. Экспрессивная речь представлена звукоподражаниями, словом, словами-абрисами, аморфным предложением и редко предложением из 2-3 слов (в основном предложения носят характер приказов, удовлетворяющие нужды: «я хочу игрушку», «дай мне», «не буду»).

Самостоятельной активной речи нет. Спонтанно выдает только фразы-требования. Диалогическая и монологическая речь не развита.

Девочка может отраженно повторять слова и простые фразы за логопедом, но делает это с неохотой: «Вот кошка». «Это слон». «Мама стирает».

Фонетический строй грубо нарушен. Употребляется ограниченное число фонем. Имеют место пропуски, замены, искажения звуков. Замены носят нестойкий характер. Одно и то же слово в разных условиях произносится по-разному. Фонематические процессы не развиты. Отмечается грубое нарушение семантического оформления высказывания.

Письменная речь не сформирована. Знает отдельные буквы. Может написать печатными буквами отдельные слова («мама», «папа», свое имя) – возможно, это результат механического запоминания. Многие задания, требующие от ребенка словесных реакций, игнорируются и отвергаются. Темп выполнения заданий снижен. Умственное напряжение держит плохо.

Пациентка выполнила следующие задания:

- Конструктивный праксис: все задания выполняет быстро и с определенным желанием: собирает пирамидку, разрезные картинки, кубики и пазлы.
- Математика:

Сенсорные эталоны пассивно сформированы: показывает и отраженно повторяет. Счет до 10 механический. Соотносит число с количеством до 7.

Считать не любит.

- Графо-моторные навыки развиты недостаточно. Штриховки и прописи выполняет без удовольствия, с капризами, часто выдает аффективные вспышки.

По результатам неврологического обследования отчетливой очаговой симптоматики не выявлено. В неврологическом статусе зрачки D=S, фотореакции живые. Страбизма, нистагма нет. Носогубные складки симметричны. Язык по средней линии. Глотание, фонация не нарушены.

Движения конечностей в полном объеме, сила достаточная. Мышечный тонус снижен. Моторно неловка. Сухожильные рефлексы равномерно оживлены, патологические не вызываются. В позе Ромберга устойчива, координационные пробы выполняет нечетко. Дистальный гипергидроз.

Таким образом, у ребенка имеет место сложный дефект со стороны всех высших психических функций, с преимущественным грубым недоразвитием речевой функции (1-я степень нарушения языковой системы), а также выраженным недоразвитием эмоционально-волевой сферы и внимания. При этом каждое нарушение оказывает многообразное воздействие на другие дефекты и приводит к взаимному их усилению. В итоге отрицательные последствия данных комбинированных нарушений оказываются качественно и количественно сложнее и грубее, чем суммарно отдельно взятый дефект.

К сожалению, прогноз для данной пациентки неутешительный: учитывая, что все сенситивные периоды для полноценного овладения речью пройдены (возраст ребенка на момент обследования практически 8 лет), а психическая задержка без речи с каждым днем только усугубляется. Активной речи у ребенка нет (в зачаточном состоянии), а также имеют место серьезные проблемы со стороны внимания и эмоционально-волевой сферы, соответственно ребенок с таким сочетанным дефектом сможет обучаться только по программе 8 вида 2 вариант индивидуально, даже при формально сохранном невербальном интеллекте (цифры указывают на низкую возрастную норму).

Хотелось бы отметить тот факт, что установление верного диагноза для детей с комбинированными нарушениями возможно лишь при мультидисциплинарном подходе. Сколько разные клинические проявления таких пациентов обуславливают сложность в ранней и правильной диагностике. Важно не только получить заключения невролога, психиатра, психолога и логопеда по отдельности (что чаще всего, к сожалению, и бывает), а в первую очередь разработать план комплексного обследования, лечения и реабилитации детей со сложными сочетанными патологиями. Лишь командная организация работы дает возможность коллегиально обсудить имеющиеся нарушения и принять верное решение о диагнозе, а, следовательно, и разработать оптимальный реабилитационный маршрут в сфере лечения и обучения.

Оценка диагностической пригодности опросника эмоциональной дисрегуляции в клинической выборке подростков

Московский государственный психолого-педагогический университет, Московский институт психоанализа, Москва

Нарушения эмоциональной регуляции – часто встречающаяся проблема как у нормативно развивающихся подростков, так и у подростков с расстройствами настроения, эмоциональными и поведенческими расстройствами. Понимание психологической специфики нарушений эмоциональной регуляции позволяет глубже понять как феноменологию, так и патогенез психических расстройств. Механизмы эмоциональной дисрегуляции относятся к основным механизмам формирования склонности к самоповреждениям несуицидальной и суицидальной направленности в клинической и неклинической популяциях [3; 4].

Под эмоциональной регуляцией подразумевается использование индивидуумом определенных стратегий управления собственными эмоциональными состояниями. Стратегии эмоциональной регуляции связаны с рядом психологических факторов: эмоциональным интеллектом, способностью к ментализации и рефлексии, копинг-поведением, а также с общим эмоциональным фоном (настроением). Их нарушения сказываются на качестве эмоциональной регуляции. К характеристикам эмоциональной дисрегуляции могут быть отнесены: чрезмерная ригидность или лабильность эмоций; неспособность управлять ими; неспособность понимать собственные эмоции и эмоциональные состояния других людей; неумение использовать знания об эмоциях в повседневной жизни; высокая интенсивность негативных эмоций.

Предполагается, что многие формы психопатологии у детей и подростков связаны с плохими навыками эмоциональной регуляции. При этом нарушения эмоциональной регуляции, формирующиеся под влиянием внутренних (например, темперамента) и внешних факторов (семья, школа, отношения со сверстниками), делают подростка уязвимым перед стрессом, а обусловленные стрессом сильные негативные эмоции ведут к использованию неадаптивных копинг-стратегий [16].

Исходя из индивидуальных различий в способах, которые используют подростки, приобретая необходимые навыки эмоциональной регуляции, можно говорить о различных механизмах развития психопатологии. Так, предполагаются разные механизмы, стоящие за интернализирующими и экстернализирующими расстройствами. Подростки с экстернализирующими расстройствами (например, агрессия, импульсивность) испытывают более сильный эффект «заражения» эмоциями других, плохо контролируют выражение гнева, но при этом подавляют печаль. Подростки с интернализирующими расстройствами (например, эмоциональные расстройства, расстройства пищевого поведения, самоповреждение) плохо

понимают эмоции, не могут их назвать, испытывают сложности с выражением гнева и печали [16].

Для изучения нарушений эмоциональной регуляции в клинике используются опросники и шкалы, направленные на измерение интенсивности, продолжительности и модальности эмоций [13], эмоциональной реактивности [15], эмоциональных схем [9; 14], эмоциональных свойств и состояний [6].

Описание опросника эмоциональной дисрегуляции. Опросник эмоциональной дисрегуляции включает 23 пункта, степень согласия с которыми оценивается респондентом по шкале от «1 – совершенно не согласен», до «4 – совершенно согласен» [5].

Опросник позволяет определить три формы эмоциональной дисрегуляции: руминацию, избегание, трудности ментализации. *Руминация* характеризуется эмоциональной ригидностью, стереотипностью негативных переживаний, застреванием на болезненных эмоциональных состояниях. Для *избегания* характерна повышенная возбудимость, импульсивность и непереносимость эмоций. *Трудности ментализации* характеризуются незрелостью или регрессом эмоций, преобладанием менее дифференцированных, синкретичных эмоций, слабо поддающихся объективизации, недостаточной эмоциональной компетентностью, отражающейся как на качестве распознавания эмоций, так и на качестве их контроля и регуляции.

Опросник прошел основные процедуры статистической проверки в общей популяции подростков, юношей и взрослых [5]. Полученная структурная модель подтвердила факторную структуру опросника, а выявленные корреляции шкал опросника со шкалами близких методик подтвердили хорошую конструктивную валидность.

Цель и выборка. Для оценки диагностической пригодности опросника в клинике было проведено исследование с участием подростков, проходящих лечение в НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой (г. Москва). Всего в исследовании приняли участие 31 пациент в возрасте 14–17 лет ($M_{\text{возр}}=15,48$; $SD=1,06$); 27 девушек и 4 юношей. У подростков были диагностированы эмоциональные и поведенческие расстройства, а также расстройства настроения. Группа сравнения – 31 подросток из общей популяции – была выравнена по полу и возрасту.

Методики. *Опросник эмоциональной дисрегуляции.* Опросник представляет собой шкалу самоочета и нацелен на изучение факторов эмоциональной дисрегуляции: руминации, избегания и трудностей ментализации [5]. *Опросник на эмоциональный интеллект «ЭИИ»* позволяет дать оценку эмоциональному интеллекту по шкалам межличностного, внутриличностного эмоционального интеллекта (МЭИ и ВЭИ), понимания эмоций (ПЭ) и управления эмоциями (УЭ) [2]. *Опросник когнитивной регуляции эмоций* позволяет выделить эффективные и деструктивные когнитивные стратегии регуляции эмоций. К эффективным стратегиям относятся: принятие, позитивная перефокусировка, фокусирование на

планировании, позитивная переоценка, рассмотрение в перспективе. Деструктивные стратегии объединяют шкалы самообвинения, руминации, катастрофизации и обвинения других [7]. *Шкала эмоциональных схем Р. Лихи* направлена на выявление дезадаптивных эмоциональных схем [8]. Статистическая обработка данных была проведена с помощью SPSS-22.

Результаты. Средние значения по шкалам опросника эмоциональной дисрегуляции оказались выше в клинической выборке (табл. 1).

Таблица 1

Описательные статистики по шкалам эмоциональной дисрегуляции в клинической и популяционной выборках

Шкалы опросника	Клиническая выборка (N=31)		Популяционная выборка (N=31)	
	Среднее	SD	Среднее	SD
Руминация	17,52	4,5	14,9	5,28
Трудности ментализации	20,16	5,59	16,34	6,15
Избегание	13,35	3,94	9,59	4,13

При оценке различий между выборками с использованием критерия Манна-Уитни были выявлены значимые различия по шкалам опросника эмоциональной дисрегуляции: трудности ментализации ($p=0,028$), руминация ($p=0,004$) и избегание ($p=0,000$) с более высокими показателями в клинической выборке (табл. 2).

Таблица 2

Различия между клинической и популяционной выборками: средние ранги и статистики по U критерию Манна-Уитни

Средние ранги и статистики U критерия Манна-Уитни	Руминация	Трудности ментализации	Избегание
Средний ранг (клиническая выборка)	33,57	32,19	35,80
Средний ранг (популяционная выборка)	21,43	22,81	19,20
Статистика U Манна-Уитни	528,500	491,000	588,500
Асимптотическая значимость	0,004	0,028	0,000

Также значимые различия между выборками были выявлены по шкалам: внутриличностный эмоциональный интеллект ($p=0,03$), управление эмоциями ($p=0,01$), общий показатель по шкале Лихи ($p=0,03$). Показатели по шкалам эмоционального интеллекта оказались выше в популяционной выборке, а по шкале Лихи – в клинической выборке.

При оценке взаимосвязи между шкалами опросника эмоциональной дисрегуляции и шкалами ОКРЭ и ЭмИн в клинической выборке были выявлены следующие значимые взаимосвязи: отрицательные связи – со шкалами эмоционального интеллекта и эффективными стратегиями регуляции эмоций и положительные связи – с деструктивными стратегиями: руминацией и катастрофизацией. По шкале Лихи были выявлены высокоразнозначимые связи со всеми шкалами опросника эмоциональной дисрегуляции (табл. 3).

Таблица 3

Значимые взаимосвязи между шкалами опросника эмоциональной дисрегуляции и опросников ЭИИ, ОКРЭ в клинической выборке

Название методики	Шкалы	Опросник эмоциональной дисрегуляции		
		Руминация	Избегание	Трудности ментализации
Шкала Лихи		0,81***	0,58**	0,76***
Опросник ЭИИ	Внутриличностный ЭИ	-0,7***	-0,43*	-0,76***
	Межличностный ЭИ	-0,62**	-	-0,71**
	Понимание эмоций	-0,57**	-0,53**	-0,71**
	Управление эмоциями	-0,63**	-	-0,68**
Опросник когнитивной регуляции эмоций (ОКРЭ)	Руминация	0,78**	-	0,4*
	Позитивная перефокусировка	-0,44*	-	-0,4*
	Планирование	-0,46*	-	-
	Переоценка	-0,46*	-	-0,45*
	Рассмотрение в перспективе	-	-0,57**	-0,51**
	Катастрофизация	0,61***	-	0,51*

Примечание: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

Обсуждение. Разработка диагностических методик для оценки психологических параметров эмоциональных нарушений является актуальной задачей современной клинико-психологической диагностики [1; 6]. Поиск новых, более дифференцированных моделей диагностики эмоциональной дисрегуляции во многом инициирован развитием клинико-психологических средств анализа, помогающих понять не только психологические структуры, стоящие за психопатологическим симптомом, но и сделать более эффективными и более точными скрининговые методы диагностики, направленные на выявление групп риска. Учитывая общую уязвимость подросткового возраста к эмоциональному дисбалансу, немаловажно понимать как его причины, так и те психологические формы, через которые он проявляется.

Более высокие показатели, полученные нами в клинической выборке, по всем трем шкалам опросника эмоциональной дисрегуляции – руминации, избегания и трудностей ментализации, согласуются как с клиническими наблюдениями за подростками с расстройствами настроения, эмоциональными и поведенческими расстройствами, так и с современными исследованиями психологических факторов эмоциональных расстройств. Так, различные авторы подтверждают связь депрессии у подростков и нарушений эмоциональной регуляции в различных формах: отсутствие эффективных навыков переработки отрицательных эмоций, плохое понимание и недостаточное осознание эмоций, подавление выражения эмоций и сложности в управлении ими [12; 16].

Особая роль в исследованиях депрессии и тревожного расстройства уделяется руминации, катастрофизации и подавлению (мыслей или выражения эмоций) как неадаптивным стратегиям эмоциональной регуляции, при этом даже излечившиеся от депрессии участники исследования используют руминацию больше, чем в контрольной группе [11]. Руминация выдвигается как один из ключевых диагностических факторов при расстройствах

настроения и тревожном расстройстве, позволяя различать не только контрольную и клинический выборки, но и выделять группы подростков с коморбидными эмоциональным и тревожным расстройствами [12].

Наряду с руминацией, избегание нежелательных эмоций и проблемы ментализации также характеризуют эмоциональную дисрегуляцию у подростков с депрессией [9; 10]. Результаты нашего исследования не только подтверждают это, но и уточняют структурные особенности эмоциональной дисрегуляции: руминация, избегание и трудности ментализации выступают не как разрозненные факторы, но как структурные компоненты модели эмоциональной дисрегуляции.

Выводы. Проверка диагностической пригодности опросника эмоциональной дисрегуляции показала, что он может использоваться для решения исследовательских клинико-психологических задач при изучении эмоциональной сферы подростков с расстройствами настроения, эмоций и поведения.

Предлагаемый инструмент позволяет уточнить индивидуальную специфику эмоциональной дисрегуляции, ее выраженность и возможный приоритет какой-то определенной формы дисрегуляции: руминации, избегания или трудностей ментализации. Данная методика может использоваться и в рамках проверки эффективности психотерапии, как метод оценки психологических изменений с подростками.

В настоящее время ведется работа по увеличению объема выборки, планируется ввести новые измерительные процедуры для уточнения клинической специфики форм эмоциональной дисрегуляции у подростков с расстройствами настроения, эмоций и поведения. *Исследование поддержано РФФИ, проект №16-06-01098.*

Литература:

1. Зотов М.В. Методологические основы ранней диагностики пограничных нервно-психических расстройств // Вестник СПбГУ. 2009. Сер. 12. Вып. 4. С. 250-257.
2. Люсин Д.В. Опросник на эмоциональный интеллект ЭИИ: новые психометрические данные // Социальный и эмоциональный интеллект: от моделей к измерениям / Под ред. Д.В. Люсина, Д.В. Ушакова. М.: Институт психологии РАН, 2009. С. 264-278.
3. Польская Н.А. Психология самоповреждающего поведения. М.: Ленанд, 2017. 320 с.
4. Польская Н.А., Власова Н.В. Аутодеструктивное поведение в подростковом и юношеском возрасте // Консультативная психология и психотерапия. 2015. №4. С. 176-190.
5. Польская Н.А., Развалеева А.Ю. Разработка опросника эмоциональной дисрегуляции // Экспериментальная психология. 2017. Т. 10. № 3 (в печати).
6. Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности / под ред. Л.И. Вассермана, О.Ю. Щелковой. СПб.: Скифия-Принт, 2014. 408 с.
7. Рассказова Е.И., Леонова А.Б., Плужников И.В. Разработка русскоязычной версии опросника когнитивной регуляции эмоций // Вестн. Моск. Ун-та. Сер. 14. Психология. 2011. № 4. С. 161-179.
8. Сирота Н.А., Московченко Д.В., Ялтонский В.М., Кочетков Я.А., Ялтонская А.В. Психодиагностика эмоциональных схем: результаты апробации русскоязычной краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2016. № 1. С. 76-83.
9. Belverdi Murri M., Ferrigno G., Penati S. et al. Mentalization and depressive symptoms in a clinical sample of adolescents and young adults // Child and Adolescent Mental Health. 2017. Vol. 22 (2). P. 69-76.
10. Biglan A., Gau J. M., Jones L. B., Hinds E., Rusby J. C., Cody C., Sprague J. The role of experiential avoidance in the relationship between family conflict and depression among early adolescents // Journal of contextual behavioral science. 2015. Vol. 4 (1). P. 30-36.

11. Joormann J., Gotlib I.H. Emotion regulation in depression: relation to cognitive inhibition // *Cognition and Emotion*. 2010. Vol. 24 (2). P. 281-298.
12. Klemanski D.H., Curtiss J., McLaughlin K.A., Nolen-Hoeksema S. Emotion Regulation and the Transdiagnostic Role of Repetitive Negative Thinking in Adolescents with Social Anxiety and Depression // *Cognitive Therapy And Research*. 2017. Vol. 41 (2). P. 206-219.
13. Larsen R.J. Theory and measurement of affect intensity as an individual difference characteristic // *Dissertation Abstracts International*, 85, 2297B, 1984. (University Microfilms No. 84-22112).
14. Leahy R.L. A model of emotional schemas // *Cognitive and behavioral practice*. 2002. Vol. 9 (3). P. 177-190.
15. Nock M.K., Wedig M.M., Holmberg E.B. et al. The emotion reactivity scale: development, evaluation, and relation to self-injurious thoughts and behaviors // *Behavior therapy*. 2008. Vol. 39 (2). P. 107-116.
16. Zeman J., Cassano M., Perry-Parrish C., Stegall S. Emotion regulation in children and adolescents // *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2006. Vol. 27 (2). P. 155-168.

Постникова О.В.

**Специфика речевого развития детей дошкольного
возраста с нарушением интеллекта и методы
коррекционно-педагогической помощи этим детям**

Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»

По мнению С.Я. Рубинштейн, основными причинами недоразвития речи у умственно отсталых детей является «слабость замыкательной функции коры, медленная выработка новых дифференцировочных связей во всех анализаторах». В связи с медленно развивающимися дифференцировочными условными связями в области речеслухового анализатора умственно отсталый ребенок долго не различает звуки речи, не различает слова, произносимые окружающими, недостаточно точно и четко воспринимает их речь.

Раннее органическое поражение ЦНС приводит к грубому недоразвитию речи и всех ее функций у детей с интеллектуальной недостаточностью. Это проявляется уже в доречевом периоде – в невыраженности гуления, позднем появлении активного лепета. Первые слова появляются с большим опозданием, замедленно; затруднено протекает процесс овладения фразовой речью. Нарушение речи носит системный характер и распространяется на все функции речи – коммуникативную, познавательную, регулируемую.

Ограниченность представлений об окружающем мире, слабость речевых контактов, незрелость интересов, снижение потребности в речевом общении представляют собой значимые факторы, обуславливающие замедленное и аномальное развитие речи у умственно отсталых детей.

В связи с особенностями развития умственно отсталые дети в еще большей мере, чем нормально развивающиеся, нуждаются в целенаправленном обучающем воздействии взрослого. Спонтанное усвоение общественного опыта, особенно в раннем возрасте, у них практически не происходит. Ученые, исследующие особенности развития детей с нарушением интеллекта, в первую очередь отмечают у них патологическую инертность, отсутствие интереса к окружающему, снижение речевой активности. Следовательно, у этих детей наблюдается глубокое недоразвитие как экспрессивной, так и импрессивной

речи. Поэтому для ребенка с нарушением интеллекта обучение общению представляет большую значимость.

Необходимо помочь ребенку адаптироваться в окружающем мире, уметь выражать свои желания, просьбы. Перед логопедом психоневрологического диспансера стоит задача максимально приблизить психическое и речевое развитие к нормальному состоянию.

Обучение вербальному общению (речи) умеренно и тяжело умственно отсталых детей складывается на начальном этапе из следующих задач:

- развитие слухового внимания и фонематического слуха;
- развитие понимания обращенной речи;
- развитие активной речи.

Рассмотрим эти задачи подробнее.

1). Работе по развитию у умственно отсталых детей фонематического слуха предшествует формирование у них умения слушать, различать звуки окружающей действительности, например, звуки в различных комнатах (телефонный звонок, шум пылесоса, стук ножа, звук льющейся воды и т.д.), голоса домашних животных и птиц.

На этом этапе очень эффективна компьютерная программа по развитию речи «Учимся говорить правильно», разработанная при участии Интернет-лаборатории «Ксан» и студии Мультиков «Анимуба» ООО «Новый диск», 2008.

Развитию внимания к звукам окружающей действительности способствует чтение логопедом простых потешек, в которых передаются голоса животных, например, потешки Е. Тутневой, К. Чуковского.

Постепенно звуковой, шумовой ряд усложняется и разнообразится, в него включаются новые звуки, сначала далекие и непохожие, затем все более близкие, требующие тонкой акустической работы. По мере успешности этой работы в шумовой ряд вводятся сильные речевые звуки: «А», «У» «Р» и т.д.

Каждый речевой звук, который ребенок начинает воспринимать, выделять, дифференцировать от неречевых, а затем и от других речевых звуков, связывается с предметом, картинкой, действием, с конкретной ситуацией, становится их обозначением. На начальных этапах работы для выработки условной связи звучания и предмета выбираются слова-эквиваленты, звуковые комплексы (У – паровоз; Р – машина, рычащая собака; МУ – корова и т.д.)

Развитие фонематического слуха должно проводиться в единстве с выработкой правильного произношения.

2). Понимание речи не возникает у умеренно и тяжело умственно отсталых детей само собой, а развивается при активном участии взрослых. В разговоре с детьми нужно употреблять простые, понятные им слова, обучать умению отвечать на вопросы «кто это?», «что это?», «что делает?». Необходимо учить детей понимать и выполнять несложные инструкции: «сядь», «встань», «подойди» и т.д. Для того, чтобы ребенок усвоил инструкции, их нужно повторять многократно. Работу следует начинать со строгой организации звукового и речевого режима ребенка, т.к. излишняя беспорядочная слуховая нагрузка задерживает развитие понимания речи.

Постепенно уточняется состояние восприятия, понимания, после чего ведется целенаправленная работа по их развитию, расширению и углублению. Для привлечения внимания ребенка нужно пытаться попасть в поле его зрения, повернуть его к себе, взять за руки.

3). На этом этапе основной акцент делается на создании речевой среды, на побуждении у ребенка речевой активности как важнейшего условия дальнейшего овладения речью, интереса к предметному миру и человеку (прежде всего к сверстнику), развитие предметных и предметно-игровых действий, понимания соотносящих и указательных жестов и т.д.

Необходимо выработать «воздушную струю» – дуть в дудочку, на ватку; учить движениям губ: па-па-па; ба-ба-ба; да-да-да; ма-ма-ма; ля-ля-ля; использовать игру: «Вот он язычок – нет язычка»; учить произносить отдельные лепетные слова: «ам-ам», «би-би», «бах», «ку-ку»; произносить слова: «мама», «папа», «тётя», «дай», «на», «пить» и элементарные фразы: «дай пить»; «дай ам-ам», «дай лялю». Даже в тех случаях, когда ребенок не говорит, необходимо создавать ситуации, стимулирующие речь, поощрять даже лепетную речь. Нужно всячески стараться, чтобы ребенок мог голосом оформить свои желания и действия. С этой целью вводятся простейшие фразы-просьбы, фразы-приказы. В совместной деятельности необходимо научить ребенка называть самые необходимые для его жизни предметы и простейшие действия с ними (количество слов зависит от состояния его умственного развития).

Основное, чего должен добиваться педагог от детей, - это не только умения произносить слова, но и осмысления их, чтобы речь не превращалась в набор заученных и непонятных слов.

В процессе развития связной речи большое внимание уделяется формированию внутреннего (смыслового) программирования связных высказываний с постепенным их углублением и расширением. Необходимо проводить работу над грамматическим оформлением связной речи. Развитие связной речи у детей с нарушением интеллекта должно быть теснейшим образом связано с развитием анализа, синтеза, сравнения, обобщения, особенно при отработке операций внутреннего программирования.

В дошкольный период личность ребенка должна приобрести должное нравственное развитие, т.к. тенденции развития ребенка с нарушениями интеллекта те же, что и у нормально развивающегося. Некоторые нарушения – отставание в овладении предметными действиями, отставание и отклонение в развитии речи и познавательных процессов – в значительной мере носят вторичный характер. При своевременной правильной организации воспитания, возможно более раннем начале коррекционно-педагогического воздействия, многие отклонения развития у детей могут быть скорректированы и даже предупреждены.

Литература:

1. Граборов А. Н. Воспитание детей с глубокими формами умственной отсталости. Олигофренопедагогика. М., 1941.
2. Маллер А. Р. Ребёнок с ограниченными возможностями. М., 1996.

3. Пвзнер М.С., Лубовский В.И. Динамика развития детей-олигофренов. М., 1963.
4. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталых школьников. М., 1979
5. Шпицына Л.М. Развитие навыков общения лиц с нарушением интеллекта. СПб., 2002.
6. Школьников Н.Н. Система развития коммуникативного поведения у дошкольников с интеллектуальной недостаточностью. М., 1993.

Радина М.Б., Романов А.М.

Психологическая помощь родителям детей с психическими расстройствами в работе службы «Детский телефон доверия»

Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»

Кризисно-профилактическое отделение ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина является уникальным отделением, в рамках которого осуществляется полная и всесторонняя помощь несовершеннолетним и их родителям. В рамках отделения функционирует круглосуточная многоканальная служба «Детский телефон доверия» (ДТД). В отделении осуществляются очные приемы клинических психологов, психотерапевтов, коррекционных педагогов, логопедов. Помимо индивидуальных занятий проводятся групповая психотерапия и психокоррекция. Таким образом, на отделении оказывается комплексная помощь детям и их родителям, первым звеном которой является ДТД. Оказание экстренной психологической помощи сотрудниками службы осуществляется по многоканальному телефонному номеру, что позволяет медицинским психологам ДТД одновременно принимать несколько вызовов. Наиболее частыми встречающимися проблемами для обращения являются школьная и семейная дезадаптация. Наряду с этим, часто звонят родители (37%), имеющие детей, страдающих психическими расстройствами или подозревающие такие расстройства у своих детей.

Развитие психического расстройства у ребенка является стрессовой ситуацией для семьи. Нередко родители не признают болезненных изменений в поведении ребенка, пытаются найти им рациональное (по их мнению) объяснение, не понимают необходимости обращения к специалисту.

Особенности понимания родителями специфики состояния ребенка, страдающего психическим расстройством, характер изменения системы их отношений в связи с его болезнью, переживания, связанные с госпитализацией в психиатрический стационар, их установки в отношении лечения, как правило, остаются вне поля зрения специалистов стационара или диспансера. Однако они выступают в качестве факторов, оказывающих существенное влияние на эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий.

Основными особенностями отношения родителей к психическому расстройству у ребенка, госпитализированного в психиатрический стационар, являются чувства растерянности и недоверия к врачебным рекомендациям, неадекватное представление об особенностях, тяжести и причинах состояния ребенка, эмоциональное напряжение и стремление снять с себя ответственность за состояние ребенка.

Содержанием мероприятий психологической помощи родителям детей с психическими расстройствами, осуществляемых специалистами ДТД, является:

коррекция дезадаптивных эмоционально-личностных реакций родителей; подробное информирование родителей о характере психического расстройства у ребенка: клинической тяжести состояния, течения, причинах, возможных последствиях, характере лечения; повышение активности родителей в лечебно-реабилитационном процессе; коррекция привычных, неконструктивных воспитательных стратегий в отношении больного ребенка.

Можно выделить следующие категории родителей, обращающихся на ДТД в связи с психиатрическими расстройствами у ребенка:

- Родители, впервые столкнувшиеся со «странным поведением» ребенка и не знающие куда обратиться (42%).
- Родители, принимающие подростковые особенности ребенка за психиатрическое расстройство (28%).
- Родители с больными детьми, нуждающиеся в поддержке и консультации при изменении социальных условий (развод, профориентация, смена учебного учреждения, переезд и пр.) (19%).
- Родители, узнавшие о диагнозе ребенка и отказывающиеся его признать (11%).

Медицинский психолог ДТД при обращении родителей из описанных выше категорий в первую очередь работает с чувствами абонента, оказывая поддержку и помогая преодолеть сильные негативные переживания. Далее специалист помогает разобраться звонящему в том, куда ему стоит обращаться дальше: идти к психологу/психотерапевту или обращаться к психиатру. Психолог ДТД помогает преодолеть опасения родителей о негативных последствиях постановки на психиатрический учет, поскольку сегодня эти страхи часто очень преувеличены и совершенно оторваны от существующей практики. Также медицинский психолог ДТД помогает родителям принять факт психического нездоровья ребенка, обсудить дальнейшие шаги, помогает найти ресурсы для продолжения совместной с заболевшим жизни.

Иногда приходится, наоборот, объяснять родителям, что кажущееся нездоровым поведение ребенка, прежде всего – подростка (хамство, ссоры, нежелание слушаться, желание носить одежду, которая нравится им, а не родителям и т.д.), связано с особенностями протекания соответствующего возрастного кризиса. При этом таким родителям рекомендуется очная консультация с ребенком у психолога или психотерапевта кризисно-профилактического отделения для более глубокой дифференциальной диагностики.

Таким образом, ДТД является важным, а зачастую и первым звеном в оказании комплексной помощи детям, страдающим психическими расстройствами, помогающим родителям таких детей спокойно обсудить их сложности, а также более полно и всесторонне – их страхи и тревоги, чему способствует обстановка анонимности и доверия, созданная в службе. Важно

отметить, что медицинский психолог ДТД не так ограничен во времени общения с обращающимся за помощью, как психолог или психиатр диспансера, и этот фактор способствует повышению доверия детей и их родителей к специалисту.

Резаков А.А., Сазонова Н.П., Суругина Н.В., Ковригин А.М.

Изменение параметров реабилитационного потенциала пациентов дневного стационара при проведении комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий

Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»

Реабилитационная работа в условиях психоневрологического дневного реабилитационного стационара всегда отличалась от работы в круглосуточных отделениях стационара и от работы в диспансерных отделениях. Несмотря на ряд общих правил, в тоже время необходимо учитывать дневное пребывание пациентов в отделении, целесообразность создания коммуникативно-познавательной среды для их социализации в дальнейшем и необходимость планировать достаточное количество выездных реабилитационных мероприятий. Кроме того, ранее при необходимости уточнения динамики в ходе проведения реабилитационных мероприятий применялся некоторый описательный характер без количественной составляющей. В связи с этими особенностями, определение понятия реабилитационного потенциала и его параметров, а так же изучение их динамики в ходе реабилитационного процесса имеет научную новизну.

Целью данного исследования было исследование реабилитационного потенциала пациентов психоневрологического дневного реабилитационного стационара ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С.Мнухина и его динамики на фоне проведения комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий в условиях отделения.

Исходя из цели, ставились следующие задачи:

- 1.Определение реабилитационного потенциала пациентов с учетом индивидуально-психологических черт, нозологической принадлежности, синдромальной составляющей, когнитивных особенностей и мотивационной структуры познавательной и учебной деятельности.
- 2.Исследование особенностей эмоциональной сферы, ситуативной личностной тревожности, депрессивных и агрессивных проявлений у пациентов отделения.
- 3.Исследование особенностей когнитивных процессов и работоспособности у пациентов отделения.
- 4.Исследование личностного профиля и копинг-стратегий, а так же типа отношения к болезни.
- 5.Исследование динамики изучаемых параметров в ходе реабилитации.

6. Исследование взаимосвязи изучаемых параметров с проведением корреляционного анализа.

7. Исследование изучаемых характеристик в зависимости от возраста и диагноза пациентов.

8. Оценка родителями пациентов изменения детско-родительских отношений в семье на фоне проведения семейной психотерапии.

Материалом исследования являлись 85 пациентов в возрасте от 12 до 17 лет, находившиеся в психоневрологическом дневном реабилитационном стационаре в период с сентября 2016 года по июнь 2017 года, и с начала сентября 2017 года по конец сентября 2017 года. Из них 35 пациентов поступили в дневной стационар впервые за указанный период, 50 пациентов поступили повторно (вторая и последующие госпитализации).

Диагнозы пациентов в соответствии с диагностическими рубриками МКБ-10 соответствовали: в двадцати пяти случаях легкому когнитивному расстройству смешанного генеза F 06.78; в пятнадцати случаях органическому эмоционально-лабильному расстройству смешанного генеза F 06.68; в тринадцати случаях непсихотическому расстройству в связи с травмой головного мозга F 06.82; в двенадцати случаях органическому расстройству личности смешанного генеза F 07.88. У шестнадцати пациентов отмечалось смешанное расстройство эмоций и поведения F 43.25; у четырех пациентов непсихотическое расстройство в связи с другими заболеваниями F 06.827.

По полу пациенты распределились следующим образом: 65 мальчиков и 20 девочек. В возрастной группе 12-14 лет было 55 пациентов, с 15 до 17 лет – 30 пациентов.

Методы исследования.

В исследовании применялся клинико-психологический метод с тестированием всех пациентов психологом с применением шкалы самооценки ситуативной и личностной тревожности Спилберга-Ханина, восьмидесятицветовой тест М.Люшера. Клиническое исследование пациентов дополнялось использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS для оценки количественного уровня тревожных и депрессивных реакций и опросника Басса-Дарки для определения агрессивных проявлений в количественном отношении. Исследование личностного профиля осуществлялось с применением опросника Кеттела. Исследование копинг-стратегий проводилось при применении опросника Р. Лазаруса и С. Фолкмана, исследование типа отношений к болезни ТОБОЛ Л.И. Вассермана с соавторами. В качестве оценки реабилитационного потенциала в отделении была разработана шкала анализа реабилитационного потенциала (ШАРП). Для оценки работоспособности и оценки функций памяти проводилась методика А.Р. Лурии «Запоминание 10 слов» и невербальный субтест теста Векслера – определение концентрации внимания. Для оценки семейного воспитания и изменений на фоне семейной психотерапии родителям пациентов был предложен опросник Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкиса. Кроме этого, применялись и статистические методы: для исследования

динамики изучаемых параметров в процессе реабилитационных мероприятий использовался Т-критерий Вилконсона, исследование взаимосвязи изучаемых параметров с помощью корреляционного анализа по методу Спирмена, исследование изучаемых параметров в зависимости от возраста и диагноза пациентов с помощью U-критерия Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение.

Пациенты тестировались по указанным методикам в 2 этапа: 1 этап в период предыдущей госпитализации в дневном стационаре с октября 2016 года по июнь 2017 года, 2 этап при повторной госпитализации с конца августа 2017 года по конец сентября 2017 года. При этом все пациенты получали фармакологическую терапию – препараты ноотропного ряда – все 85 пациентов (100%), нейролептического ряда – 24 пациента (28%), транквилизаторы небензодиазепиновой структуры – 49 пациентов (57%), антидепрессанты 3 пациента (3,5%) и нормотимики – 8 пациентов (9%).

Проводилась индивидуальная поведенческая психотерапия – у 27 пациентов (31%), методика саморегуляции Шульца у 18 пациентов (21%), групповая психотерапия у 85 пациентов – (100%), арт-терапия у 15 пациентов (17%), семейная психотерапия у 18 пациентов (21%). Формат групп был представлен когнитивно-поведенческой психотерапией, группой личностного роста и самооборны, телесно-ориентированной психотерапией, психодрамой и релаксационными техниками, арт-терапией. В структуре арт-терапевтических занятий пациенты посещали занятия в Русском Музее с продолжением занятий в условиях отделения, занятия по театральной деятельности, занятия в гончарной мастерской, для коррекции нарушений эмоциональной сферы и поведения посещали занятия в цирке Упсала.

При анализе реабилитационного потенциала и изучаемых параметров у пациентов психоневрологического дневного реабилитационного стационара выделялись **3 основные группы пациентов.**

В первой группе пациентов, состоящей из 45 человек, отмечался повышенный уровень эмоциональной напряженности, умеренный или высокий уровень ситуативной и личностной тревожности (от 42 до 57 баллов) на фоне неудовлетворённой потребности в межличностных отношениях, потребности в понимании, безопасности при избегании ответственности. В ряде случаев неуверенность в себе частично компенсировалась фантазированием о себе, как о человеке с хорошими физическими или психологическими данными, имеющим авторитет у сверстников. В эту группу вошли пациенты с невротическим уровнем реагирования, с низкой или неустойчивой самооценкой, с имеющимися предшествующими трудностями в общении со сверстниками и эмоциональным отвержением с их стороны. У пациентов отмечался субдепрессивный уровень настроения, в ряде случаев, с дистимическим радикалом. При тестировании по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS отмечался уровень депрессивных реакций в интервале от 8 до 12 баллов, тревожных реакций в интервале от 7 до 12 баллов, что оценивалось как клинически значимый уровень. У шести пациентов отмечались ипохондрические жалобы с

несоответствием между предъявляемыми симптомами и объективным обследованием у врача-педиатра в отделении, вторичная выгода от данных жалоб и взаимосвязь с необходимостью нахождения в общем коллективе, обучением в школе при отделении, участием в психотерапевтической группе или экскурсионными поездками. Преобладали копинг-механизмы, связанные с дистанцированием (27%), бегством-избеганием (20-25%), конфронтацией (38-40%). Тип отношения к болезни характеризовался как неврастенический (25%), ипохондрический (21%), тревожный (13%). Реабилитационный потенциал в начале проведения реабилитационных мероприятий оценивался как крайне низкий и составил по карте реабилитационного потенциала от 6 до 10 баллов.

При проведении реабилитационной работы в данной группе применялась когнитивно-поведенческая психотерапия для коррекции тревожных и ипохондрических переживаний невротического или сверхценного уровня в сочетании с методикой саморегуляции Шульца, элементами телесно-ориентированной терапии, психодрамой и занятиями пациентов в группе ЛФК. Проведение методики саморегуляции Шульца в сочетании с телесно-ориентированной терапией позволило добиться уменьшения выраженности вегетативных проявлений – сердцебиения, частоты дыхания, колебаний артериального давления с тенденцией к его повышению, снижения болевого синдрома (головных болей, болей в животе). Методика саморегуляции, сеансы когнитивно-поведенческой терапии и телесно-ориентированная терапия проводились с частотой 1 раз в неделю в течение года, занятия в группе ЛФК 2 раза в неделю. В группу личностного роста и самообороны вошли 8 пациентов с низкой самооценкой, тревожностью и неумением постоять за себя во время конфликтной ситуации. Пациенты регулярно осматривались психиатром и психологом в отделении, на этапе завершения психотерапии повторно тестировались по госпитальной шкале тревоги и депрессии, где уровень тревожных реакций составил 4 балла, депрессивных проявлений 5 баллов, что оценивалось как клинически незначимый уровень.

Кроме психотерапевтических мероприятий, пациенты получали длительное время адипол (1000 мг/сутки), фенибут (500 мг/сутки) и в ряде случаев – эглонил (50 мг/сутки). На 2 этапе тестирования при повторной госпитализации преобладали эргопатический тип отношения к болезни (40%), тревожный (25%), гармоничный (15%). В копинг-механизмах преобладали поиск социальной поддержки, планирование решения проблемы и принятие ответственности (от 15 до 25%). Реабилитационный потенциал отмечался в пределах от 15 до 20 баллов на 2 этапе тестирования, что оценивалось как эффективность проводимых реабилитационных мероприятий.

Во второй группе пациентов, состоящей из 25 человек, отмечалось напряжённое эмоциональное состояние с высоким уровнем тревоги, демонстративностью, импульсивностью, повышенной конфликтностью, непостоянством привязанностей, выраженной оппозицией и преобладанием протестно-негативистических форм поведения к требованиям окружающей

среды. Актуальным для данной группы пациентов являлось стремление к доминированию в группе сверстников, отстаивание интересов и собственной лидерской позиции. Характерным рисунком в поведении были конфликты со сверстниками, медицинским персоналом и педагогами, нарушение режима отделения и невыполнение элементарных правил от регулярных опозданий и отсутствия сменной обуви до эпизодов самовольных уходов с отделения, нецензурных выражений в речи и курения. Стоит отметить, что 12 пациентов из второй группы при поступлении в дневной стационар расценивались как пациенты с невротическими проявлениями, однако по мере адаптации в группе сверстников стали проявлять себя как пациенты с нарушением поведения. При тестировании по госпитальной шкале тревоги и депрессии уровень депрессивных реакций был в интервале от 3 до 5 баллов, что оценивалось как отсутствие данных реакций, уровень тревожных реакций в интервале от 8 до 12 баллов, что оценивалось как клинически значимый уровень. Hand-test выявил значительный уровень агрессивных реакций, что отражалось и в особенностях поведения пациентов на отделении и дома. По тесту Басса-Дарки отмечались высокие показатели физической агрессии, косвенной агрессии, раздражения и обиды. Преобладали копинг-механизмы по типу конфронтации (25%), дистанцирования (35%), тип отношения к болезни оценивался как дисфорический, эгоцентрический или паранойяльный (от 25 до 32,5%). Реабилитационный потенциал оценивался от 6 до 8 баллов, то есть как достаточно низкий.

С пациентами второй группы проводилась индивидуальная когнитивно-поведенческая психотерапия, в течение первых трёх месяцев их пребывания на отделении в сочетании с групповой психотерапией на протяжении года, семейная психотерапия (в работу были включены 11 семей). В терапии пациенты данной группы получали труксал (12,5 – 50 мг/сутки), тиоприд (100 – 200 мг/сутки), тералиджен (10 мг/сутки), финлепсин (200 мг/сутки) в сочетании с приемом препаратов ноотропного ряда: пантогама, пикамиллона, фенотропила, кортексина и фезама. На 2 этапе исследования при повторной госпитализации отмечалось увеличение реабилитационного потенциала до 18 баллов; снижение показателей агрессивных реакций с 8-12 баллов до 4-8 баллов по показателям физической агрессии, косвенной агрессии, раздражения; изменение внутрисемейных отношений с субъективной оценкой родителей пациентов, появление копинг-механизмов у пациентов в форме планирования решения проблемы, поиска социальной поддержки. На фоне ноотропной терапии отмечалось увеличение количества слов через временной промежуток в 1 и 2 выборе с 6 до 10, через час до 10, при этом невербальные тесты выполнялись в цифровом значении от 49-52 до значения 62-65.

В третьей группе пациентов, состоящей из 15 человек, эмоциональное состояние оценивалось как ровное, с низким уровнем ситуативной и личностной тревожности (от 14 до 20 баллов), связанное с защитными механизмами. Ведущей потребностью была потребность в покое, защита от внешних воздействий, что способствовало снижению эмоционального напряжения и раздражения. В поведении пациенты были спокойными,

упорядоченными, отсутствовали конфликты со сверстниками, медицинским персоналом и педагогами при некоторой зависимости от мнения окружающих, стремлением не выделяться в группе сверстников, трудностями межличностного общения, достаточно низкой самооценкой. При тестировании по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS уровень депрессивных и тревожных реакций оценивался как клинически невыраженный и составил 5 баллов. Все пациенты повторно поступали на отделение и ранее прошли период адаптации с компенсацией невротических проявлений, редукцией тревожных переживаний, некоторым улучшением в межличностных отношениях.

Пациенты данной группы проходили длительную индивидуальную поведенческую и групповую психотерапию (период работы около 1 года), выезжали на занятия в зоокружок или судомодельный кружок, занятия по иппотерапии, а так же на выездные мероприятия по арт-терапии в Эрмитаж, Русский Музей, галерею Эрарта. Так же все пациенты приняли участие в озвучивании мультипликационного фильма на базе Института Кино и Телевидения при участии сотрудников отделения и представителей Русского Музея. В ПНДРС проводились предметно-практические занятия с воспитателями по квиллингу, в гончарной мастерской для продолжения арт-терапевтической работы. В ходе арт-терапии пациенты учились работать с цветом и формой, с предметами в окружающем пространстве, а так же взаимодействовать друг с другом, что позволило улучшить эмоциональное состояние, значительно изменить межличностное общение и расширить коммуникативные навыки.

Из пациентов этой группы 10 человек участвовали в Городском фестивале рисунка в музеях Карла Фаберже и в Русском Музее, получили призовые места и подарки за лучшую художественную работу, что значительно повлияло на самооценку и изменило отношение к себе. Из данной группы 6 пациентов были взяты на занятия в театральную студию, созданную в ПНДРС с постановкой мини-спектакля с действием в вымышленном мире на базе Молодежного театра на Фонтанке в июне 2017 года, занятия проводились с частотой 1 раз в неделю в течение 6 месяцев). Наряду с вышеперечисленными мероприятиями реабилитационного характера, у пациентов данной группы проводилась терапия препаратами ноотропного ряда с активизирующим действием, использовались такие препараты, как пирацетам, пикамилон, энцефабол, кортекин, глиатилин (церетон), что снижало проявление астено-невротического и церебрастенического синдромов.

После проведения занятий значительно улучшилось общение не только в данной группе, но и с другими пациентами, отмечалось принятие себя и своих проблем. Изменились копинг-механизмы от дистанцирования (54%) и избегания (46%) к самоконтролю (76%) и планированию решения проблемы (24%). Однако тип отношения к болезни в этой группе не изменился на 1 и 2 этапе исследования – анозогнозический (65%), апатический (45%).

Реабилитационный потенциал так же изменился в небольшой степени с 6-8 баллов до 10-11 баллов в среднем значении $r=1$.

В зависимости от возрастной группы отмечалось формирование новых копинг-механизмов – в возрастной группе 15-17 лет статистически было значимо появление смены копинг-механизмов, что может косвенно свидетельствовать о более быстрой социализации пациентов в целом и адаптации их в обществе, тогда как в возрастной группе 12-14 лет формирование новых копинг-механизмов было более медленным при значении $r=1$. Так же отмечается корреляция между уровнем ситуативной и личностной тревожности и копинг-механизмами – при увеличении данных показателей в количественном отношении отмечается появление новых форм копинг-механизмов при значении $r=1$. Кроме того, отмечается положительная корреляция между личностными особенностями пациентов и типом отношения к болезни: эпилептоидные черты давали корреляцию с дисфорическим и паранойальным типом отношения к болезни, психастенические и астенические черты с ипохондрическим и неврастеническим типом, истероидные с эгоцентрическим и тревожным отношением к болезни, шизоидные с анозогнозическим и апатическим типом отношения при значении $r=1$. Достоверных данных о положительной корреляции между диагнозом пациентов и увеличением реабилитационного потенциала в ходе исследования получено не было.

На основании проведённого исследования можно сделать следующие **выводы:**

1. Изучение показателя реабилитационного потенциала пациентов психоневрологического дневного реабилитационного стационара и изменение его параметров может служить в дальнейшем критерием оценки эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий в отделении.
2. Отмечается положительная корреляция между формированием новых копинг-механизмов и возрастными особенностями пациентов, корреляция между повышенным уровнем копинг-механизмов и личностной тревожности и формированием новых копинг-механизмов, а также положительная корреляция между преморбидными особенностями пациентов и типом отношения к болезни при значении $r=1$.
3. Знание данных корреляционных особенностей позволяет сделать акцент на особенности реабилитационного процесса в условиях дневного стационара и более структурированной работы с пациентами, и, следовательно, улучшению качества оказания специализированной психиатрической помощи детям и подросткам с учётом комплексного междисциплинарного взаимодействия.
4. Влияние нозологической принадлежности на изменение реабилитационного потенциала пациента в исследовании не было выявлено.

¹Ретюнская И.А., ²Шахтырева О.А., ³Ретюнский К.Ю.

Оценка данных ультразвуковой доплерографии детей с неорганическим энкопрезом для обоснования эффективной терапии

¹Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн, Екатеринбург

²ГБУЗ Пермского края «Пермская краевая клиническая психиатрическая больница», Пермь;

³ФГБОУ ВО «Уральский Государственный Медицинский Университет», Екатеринбург

Введение

Ультразвуковая доплерография головного мозга (УЗДГ) - надежный скрининговый метод функциональной диагностики, позволяющий получить информацию не только об общем состоянии мозгового кровотока, размере, структуре, форме сосудов, их состоятельности и тоне, направлении потока крови в Вилизиевом круге, изменении диаметра сосудов и внутричерепном давлении, но, в ряде случаев, дает возможность диагностировать размер очагового поражения и признаки гидроцефалии при проведении прямой визуализации желудочковой системы и структур головного мозга.

Кроме того, высокой информативности УЗДГ отличается доступностью и безвредностью, существенно упрощает постановку терапевтических задач (Шахнович А.Р., Шахнович В.А., 1996; Никитин Ю.М., Труханов А.И., 2004; Росин Ю.А., 2006; Aaslid R., 1986; Wiebers D.O., et al., 1999).

Метод УЗДГ может быть эффективно использован у детей с неорганическим энкопрезом для обоснования оптимизации комплекса терапевтических методов лечения.

Цель: провести оценку показателей ультразвуковой картины при неорганическом энкопрезе у детей в ходе лечения.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 96 детей и подростков женского и мужского пола страдающих неорганическим энкопрезом. Возраст испытуемых составил от 5 до 13 лет. Общий интеллектуальный потенциал (по Векслеру) был средним (не менее 90 баллов).

Сравнение проводилось с показателями детей контрольной группы (n=50) со схожими показателями по возрасту, половой принадлежности, интеллектуальному развитию без клинических признаков энкопреза

УЗДГ проводилось с помощью аппарата «Apogee 800 Plus» с применением В-режима, дуплексного сканирования, режимов цветного и энергетического сканирования сосудов головного мозга и магистральных артерий головы. Диагностика возможностей ауторегуляторного аппарата церебральных сосудов проводилась с помощью комплекса тестов: гипокпапнической и гиперкапнической проб, пробы овершута, каротидного компрессионного теста, пробы де Клейна. Показатели кровотока регистрировались до проб, в момент их выполнения и после пробы по истечению 10 минут с момента прохождения.

Результаты

Наличие признаков церебральной ангиодистонии у 90,6% детей, отличительной особенностью которой являлась гиперконстрикторная реакция на функциональные нагрузки (гипокапния при гипервентиляционной проба). Признаки увеличения линейной скорости кровотока в артериях вертебробазиллярного бассейна с нарушением венозного оттока легкой и умеренной степени, говорящие о наличии синдрома внутричерепной гипертензии были диагностированы у 87,5% детей.

У 70,8% детей наблюдалось затруднение венозного оттока по вертебральным венам. Спазм артерий при условии дилатации принимающего венозного русла обуславливает состояние внутричерепной гипертензии.

Наиболее распространенной реакцией по результатам функциональных нагрузочных проб является ангиоспазм и падение кровотока в базиллярной артерии в ответ на ирритацию в течение 1-2 минут после окончания пробы. Также по результатам исследования у 81,3% детей определялась экстравазальная компрессия сосудов на уровне сегментов С1-С2, что косвенно указывало на наличие перинатальной травмы шейного отдела позвоночника с дислокацией шейных позвонков ($P \leq 0,05$).

Выводы

Сравнение клинико-функциональных показателей свидетельствует о том, что одним из вероятных патогенетических механизмов энкопреза является интрацентральная дисрегуляция вследствие воздействий патогенных факторов на ранних этапах онтогенеза (конституциональных и пре-, пери-, ранних постнатальных факторов). Терапевтическое воздействие при энкопрезе у детей должно включать средства, нормализующие сосудистый кровоток и нейрометаболизм. Квалифицированную мануальную терапию, направленную на восстановление функций позвоночника, улучшение мозгового кровоснабжения, при энкопрезе следует считать целесообразной.

Диагностическая дифференциация и комплексная коррекция шизофрении и аутизма у детей

Ассоциация детских психиатров и психологов, Москва

В последнее десятилетие все мы являемся свидетелями диагностического «аутистического бума», проявившегося огромным ростом статистических данных распространенности диагноза РДА по всему миру. Если в 40-е годы прошлого века РДА выявлялся в 4-5 случаях на 10000 детей, то теперь эти показатели увеличились в 10 и более раз. Такой рост диагностики детского аутизма пытаются объяснить разными причинами: повышением доступности детской психиатрической помощи, улучшением диагностики, изменением аутоиммунных процессов, возможно, связанным с массивной вакцинацией детей первых лет жизни. С нашей точки зрения, основную роль в росте числа детей с диагнозом РДА играет его гипердиагностика: диагноз РДА часто ошибочно устанавливают детям с задержками развития и аутистически подобным поведением при ранних резидуально-органических поражениях ЦНС, при затяжных невротических, циклотимных и циклотимоподобных депрессиях, возникших в младенческом и младшем дошкольном возрасте, и, конечно, при ранней манифестации шизофрении. Диагноз РДА в последнем случае является или так называемым «реабилитационным», или ошибочным, или результатом подверженности врача «диагностической моде». Этому способствует и некритичное обращение к МКБ-10, где кардинальными признаками детского аутизма (F84.0) называются нарушения социального взаимодействия и качественные нарушения общения, что по сути применимо и к так называемому «органическому аутизму», и к постпроцессуальным личностным расстройствам после перенесенного раннего эндогенного приступа, и к клиническим проявлениям шизотипического диатеза [1, 8], и к другим состояниям. Еще большие понятийные и диагностические проблемы в вопросе об аутизме у детей внесло введение понятий «расстройств аутистического спектра», «процессуального аутизма», «атипичного аутизма», под которые подпадает практически вся не явно органическая и не явно невротическая психическая патология в детском возрасте, проявляющаяся в том числе нарушениями взаимодействия ребенка с окружающими.

Прежде чем перейти к частным аспектам проблемы дифференциации детского аутизма и детской шизофрении, мы вновь считаем необходимым уточнить сущность понятия «аутизм» как одной из форм личностной патологии. С нашей точки зрения, аутизм как феномен не имеет прямого отношения к функции общения, а характеризует особый склад личности, основной характеристикой которого является интроверсия, т. е. преобладание внутреннего мира, погруженность в свой внутренний мир в ущерб отражению явлений окружающей жизни. Именно об этом в свое время писал, как бы предвидя возможные искажения в понимании понятия аутизма, его автор Е. Bleuler: «В довольно большой части аутизм покрывается понятием Юнга «интроверсия» ...» [3]. Такого рода личностная структура предполагает,

естественно, и ограничение вплоть до полного избегания общения с окружающими, но последнее свойство не является абсолютно обязательным для аутиста, более того, он может быть внешне даже излишне контактным без учета ситуации и содержания общения («аутизм наизнанку», «регрессивная синтонность», в понимании А.В. Снежневского).

Очевидно, в повседневной клинической практике происходит смешение и совмещение различных по сути понятий аутизма, а именно: аутизма как феномена, описанного Е. Bleuler, в основе которого лежит интроверсия, по С.Г. Jung [13]: аутизма как врожденного личностного расстройства с очерченным симптомокомплексом в рамках перверзного развития личности, по Каннеру и Аспергеру; аутизма как симптомокомплекса в рамках различных психопатологических процессов, имеющих самостоятельное нозологическое обозначение. В частности, в последнее время очень часто приходится слышать в докладах и на защитах диссертаций и видеть на страницах научных книг упоминание об аутизме как о болезни. Если с этим согласиться, то сразу придется закрыть вопрос о разграничении двух нозологических единиц и объединить их в одну нозологию – либо шизофрению, либо «расстройство аутистического спектра».



Чтобы избежать подобного, как нам представляется, необходимо принять как непреложное утверждение, что невозможна диагностика проявлений аутизма ни как самостоятельной нозологии, ни как симптомокомплекса в рамках какой бы то ни было нозологической единицы без верифицированных проявлений интроверсии, по С.Г. Jung.

Несмотря на значительные успехи психофармакологии, до настоящего времени остается недостаточно разработанной проблемой терапия детей с ранним детским аутизмом (РДА). Мнения специалистов в отношении такой терапии крайне противоречивы, а зачастую имеют взаимоисключающий характер. Так, врачи стационара предпочитают лечить детей с РДА достаточно большими дозами нейролептиков, а в амбулаторной практике врачи часто совсем не применяют психотропных средств, ограничиваясь скромными дозами ноотропов, гомеопатическими препаратами и седативными травами.

Со стороны специалистов немедицинского профиля, осуществляющих коррекционную работу с ребенком, также отмечаются большие разногласия в отношении медикаментозного лечения больных с РДА. Многие дефектологи, психологи, логопеды и др. крайне негативно относятся к психотропному лечению детей с РДА, полагая, что всякое психофармакологическое вмешательство вредит коррекционной работе, делая ребенка пассивным,

невосприимчивым к новому, снижая память, внимание, убивая те зерна одаренности, которые присущи многим таким детям. Часто приходится слышать, что в коррекционных учреждениях одним из условий работы с ребенком является отмена психотропного лечения.

Одной из серьезных трудностей, встречающихся на пути назначения адекватной терапии для больного с РДА, является отрицательное отношение к ней родителей этих детей, что обусловлено порой их собственным неблагоприятным опытом психотропного лечения; преобладающим мнением обывателей о вреде психотропных средств для соматического здоровья ребенка и его интеллекта, а также нередко непониманием патологичности психического состояния ребенка. Кроме того, нередко отказ родителей от применения психотропных средств ребенку связан с опережающим проявлением побочных эффектов до собственно коррекционного действия препарата. Одной из важнейших причин отрицательного отношения родителей к лечению ребенка определенно является отсутствие комплексного подхода в лечебно-коррекционной работе, а также назначение «тяжелых» препаратов при отсутствии учета возраста ребенка, особенностей его болезненного состояния и возможностей осложнений, в частности в связи с практически всегда имеющейся резидуально-органической недостаточностью ЦНС.

Одной из основных причин, затрудняющих лечение, является неправильная диагностика РДА. Действительно, и при РДА, и в постприступном периоде при ранней детской шизофрении или в процессе ее вялого безремиссионного течения отмечаются одни и те же расстройства: личностные, малообратимые или необратимые (негативные), – интровертированность, эмоциональная дефицитарность по типу психестетической пропорции, чужаковатость, признаки психического инфантилизма, ригидность, формальность, симбиотическая зависимость с проявлениями амбивалентности, задержанное или искаженное психическое развитие; продуктивные – кататонические или микрокататонические симптомы, стереотипии, патологическое фантазирование, патологические влечения, сверхценные увлечения при отсутствии свойственных возрасту интересов, страхи, идеаторные и двигательные навязчивости.

Главным в дифференцировании РДА от ранней детской шизофрении является выявление манифестного приступа – раннего (с 1,5–летнего возраста) или, реже, «сверхраннего» (в младенческом возрасте). Эти психотические состояния возникают после периода нормального развития ребенка. Ранние шизофренические приступы протекают с различной клинической картиной, в которой практически всегда присутствуют регрессивные расстройства – от временной приостановки в развитии до грубого регресса с полной утратой речи, навыков опрятности, самообслуживания, появлением архаичных симптомов – обнюхивания, ощупывания, облизывания и пр. Если ранний психотический приступ, как правило, достаточно очевиден (хотя порой и «пропускается»), то сверхранние шубы (до 1,5 лет) преимущественно выявляются лишь ретроспективно. Клиническая картина таких состояний характеризуется очерченным периодом аффективных, двигательных (с

кататоническим радикалом) и псевдорегрессивных нарушений, маскируемых массивными соматовегетативными расстройствами (прежде всего нарушениями в инстинктивно-физиологической сфере).

В отличие от РДА, при рано манифестировавшей шизофрении отмечается более или менее выраженная прогрессивность болезненного процесса, т. е. на протяжении определенного периода происходит видоизменение симптоматики в сторону ее утяжеления: все более яркими становятся аффективные (депрессивные или маниакальные расстройства, тревога, страх), увеличивается охваченность стереотипиями, все более разнообразными становятся навязчивости и ритуалы защиты, превращающиеся в выхоленную, лишенную смысла стереотипию. Охваченность патологическим фантазированием нередко полностью лишает ребенка возможности обучения и общения, появляются галлюцинаторные расстройства, а при тщательном психолого-психиатрическом обследовании часто удается выявить псевдогаллюцинаторные расстройства, преимущественно слуховые (вербальные и по типу акаозмов), реже зрительные. С течением времени обострение сменяется периодом регрессивного течения, так что к середине пубертата при манифестации болезни в дошкольном возрасте наступает ремиссия, характеризующаяся редуцированными и застывшими остаточными психопатологическими расстройствами и очевидным личностным дефектом специфического шизофренического типа.

При РДА, в отличие от ранней детской шизофрении, клиническая картина оказывается гораздо более однообразной и стабильной, ограничиваясь многие годы одними и теми же расстройствами и не усложняясь за счет присоединения симптомов другого регистра. Однако, и в этих случаях психопатологическая симптоматика не стоит на месте, медленно меняясь со временем за счет возрастных изменений и обостряясь при неблагоприятной для ребенка ситуации или соматической болезни.

Дополнительными дифференциально-диагностическими критериями могут условно являться также некоторые следующие признаки.

Дети с РДА выглядят более гармоничными, внешне привлекательными, по сравнению с детьми, заболевшими шизофренией в раннем детском возрасте, - пожухлыми, с темными подглазьями, нездоровым цветом лица, морщинками у рта и глаз, часто старообразными. У ребенка-аутиста есть совершенно особенный симптом – плавающий или скользящий взгляд, который становится особенно заметным при консультации в присутствии большого количества взрослых. Дети, больные шизофренией, практически не демонстрируют этого симптома. Дети с РДА Каннера не только отрешены, но и эмоционально глухи, безразличны к окружающим, не реагируют на присутствие постороннего человека, в то время как дети, больные шизофренией, избирательно контактны и обнаруживают более яркие эмоциональные реакции – как позитивные, так и негативные.

У детей с РДА менее выражены остаточные признаки раннего органического поражения ЦНС, в то время как у больных шизофренией нередко отмечаются даже внешние признаки раннего поражения ЦНС:

диспластичность, сосудистый рисунок на висках и шее, гидроцефальная форма черепа и др. В клинической картине не исключены признаки церебрastenического синдрома, в том числе головные боли, метеозависимость, непереносимость езды в некоторых видах транспорта. На ЭЭГ обнаруживаются органические стигмы или эпилептическая активность, при компьютерной томографии – признаки внутричерепной гипертензии, мелкие кисты или уплотнения как следствие мелкоочечных кровоизлияний и др.

Установление диагноза, то есть разграничение в данном случае РДА и ранней детской шизофрении, имеет не столько академический интерес, сколько играет принципиальную роль в отношении терапевтической позиции психиатра.

Шизофрения как прогрессирующее заболевание, неизбежно приводящее к специфическому личностному дефекту и нарушению развития при его раннем начале, нуждается в адекватной психотропной терапии во время периода активного течения процесса, что позволяет не только снизить выраженность продуктивной симптоматики, но уменьшить выраженность шизофренического дефекта в будущем. К сожалению, перечисленные выше причины (отношение к болезненным проявлениям родителей, врачей и других специалистов, а также крайняя безграмотность населения в отношении психической патологии, порождающая в том числе и страх перед психиатрами) приводят к тому, что мы встречаемся с больным шизофренией ребенком через несколько лет после начала болезни, когда время для эффективной терапии уже упущено. К этому моменту нередко активный период болезни уже закончен, что выражается в редукции продуктивной симптоматики, которую необходимо купировать, а резидуальные психические расстройства во многом напоминают РДА.

В отличие от этого при РДА психотропное лечение необходимо только в тех случаях, когда психопатологическая симптоматика мешает коррекционной междисциплинарной работе с ребенком и его социализации. В этих случаях терапия всецело направлена на снижение уровня маниакального или кататонического возбуждения, прежде всего отвлекаемости, агрессии, импульсивности, стереотипий и т. д., и на стимуляцию психического развития ребенка.

Объективными причинами сложности медикаментозного лечения детей и с РДА, и с ранней детской шизофренией являются следующие их особенности:

- Органический фон, обуславливающий плохую переносимость психотропных средств.
- Олигофреноподобный дефект, при котором применение нейролептиков создает картину ухудшения умственного развития.
- Часто невозможность применять таблетированные препараты и инъекции.
- Необходимость, с одной стороны, стимулировать развитие ребенка, а с другой, способствовать уменьшению его возбуждения.

При этом практически исключаются все психотропные препараты, закономерно приводящие к нейролептическим осложнениям. Нельзя не подчеркнуть, что в большинстве случаев положительного эффекта удается добиться при лечении небольшими дозами современных нейролептиков. Как

показывает опыт, транквилизаторы в дошкольном возрасте нередко вызывают парадоксальный эффект, так что их применение до 8-9-летнего возраста также нецелесообразно.

Не останавливаясь на хорошо изученных эффектах традиционных нейролептиков, подчеркнем лишь, что одним из наиболее применяемых при терапии ранней детской шизофрении и РДА препаратом является «легкий» нейролептик широкого спектра действия – сонапакс, эффективный в лечении любых типов возбуждения – маниакального, кататонического, тревожно-боязливом, психопатоподобного. Сонапакс, вызывая нормотимический эффект, благоприятно действует и при лабильности аффекта, и при кратковременных депрессивных включениях в общий гипоманиакальный фон.

Во многих детских клиниках успешно применяется рисполепт начиная с младшего дошкольного возраста. Легкость применения, особенно капельной формы, отсутствие выраженного седативного эффекта, необходимости введения корректоров и серьезных побочных явлений делает этот препарат мало заменимым при лечении ранней детской шизофрении и РДА. Рисполепт оказывает положительный эффект медленно, при длительном употреблении, постепенно нивелируя продуктивную симптоматику и делая ребенка более контактными, живым, способным к игре, посильным занятиям. Чрезмерного повышения аппетита и нарастания массы тела, отмеченных при лечении рисполептом подростков и лиц зрелого возраста, при лечении мини-дозами детей практически не наблюдается. Еще один из нейролептиков нового поколения заслуживает особого внимания при лечении детей с ранней детской шизофренией – сероквель, оказывающий мягкое антимааниакальное действие.

Особо нужно остановиться на не разрешенном для детской клиники, но уникальном по своему действию препарате – арипипразоле (абилифазе, арипризоле). Применение его минимально возможных дозировок у детей начиная со старшего дошкольного возраста и при РДА, и при дефицитарных проявлениях шизофренического процесса позволяет порой получить поразительный эффект редуцирования (смягчения) всего спектра аутистических расстройств, кататонической симптоматики с одновременным стимулированием целесообразной деятельности, ускорения усвоения навыков, появления речи у «безречевых» до этого аутистов при отсутствии заметных побочных действий. Наш собственный опыт еще количественно недостаточен для обобщений и рекомендаций, но мы считаем все же необходимым поделиться им.

Большие сложности вызывает лечение депрессивных состояний, нередко возникающих у детей, больных шизофренией, при приближении к 9–10-летнему возрасту. Дело в том, что депрессии в этих случаях являются атипичными с высокой долей смешанного аффекта, и применение обычных антидепрессантов, даже седативного действия, вызывает нарастание психомоторного возбуждения, связанного с тревогой, страхом, патологическими влечениями, или ведет к возврату маниакальной симптоматики, наблюдавшейся до начала депрессии. Пожалуй, единственным препаратом, который оказывает легкий антидепрессивный эффект, не вызывая

указанных выше расстройств, является азафен. Очевидно, целесообразно применение антидепрессантов группы СИОЗС с преимущественно седативным эффектом.

Естественно, дети с задержкой развития и признаками резидуально-органической церебральной недостаточности нуждаются во включении в терапевтический комплекс препаратов нейрометаболического спектра (ноотропов, церебропротекторов). Здесь лишь необходимо предостеречь от назначения таковых с выраженным стимулирующим действием, вызывающим обострение возбуждения, кататонической симптоматики и нарушений поведения. Это касается прежде всего церебролизина и в определенной мере ноотропила, а к введению пантогама, энцефабола, когитума, кортексина и др. дети обнаруживают индивидуальную чувствительность.

Таким образом, и при ранней детской шизофрении, и при РДА по существу применяются одни и те же препараты. В большинстве случаев при высокофункциональном аутизме (Аспергера) дети в лечении не нуждаются или требуют курсовой терапии ноотропами и, реже, назначения психотропных препаратов при различного рода декомпенсациях, обусловленных психотравмирующей ситуацией, соматическими заболеваниями или возрастными кризисами.

Все, о чем здесь говорилось, во всех случаях при РДА и ранней детской шизофрении, приводящей к сходным с РДА личностным особенностям, дает существенный положительный эффект лишь при мультидисциплинарном подходе, лишь в постоянном, длительном взаимодействии детского психиатра, коррекционного педагога, детского игрового психотерапевта, кинезитерапевта, социального педагога, поскольку от изолированного психотропного лечения в отсутствие междисциплинарной коррекционной работы и интегративного воспитания и обучения трудно ожидать значительных позитивных результатов. Подчеркнем здесь лишь два момента.

Закономерно в мультидисциплинарный коллектив, работающий с ребенком с РАД или ранней детской шизофренией, включение семейного терапевта, поскольку от нормализации нередко нарушенного внутрисемейного эмоционального взаимодействия, от достижения родителями адекватного понимания особенностей состояния ребенка, адекватного реагирования на его поведенческие девиации и на применяемые специалистами коррекционные воздействия, включения родителей в коррекционную работу может кардинально зависеть общий итог этой работы.

И, наконец, важный методологический аспект. Как наладить целесообразное взаимодействие внутри мультидисциплинарного коллектива, какова иерархия соподчиненности в этом коллективе, кто из специалистов в конечном итоге отвечает в первую очередь за итог коррекционной работы и т.д. Эти проблемы решаются организацией междисциплинарного консилиума, который должен рассматриваться не как разовое мероприятие, а как постоянно действующая система взаимодействия участников мультидисциплинарного коллектива.

**Софронов А.Г., Абриталин Е.Ю., Добровольская А.Е., Пашковский В.Э.,
Медведева П.М., Ефимова Е.Ю.**

**Влияние деструктивного интернет-контента на проявления
аутоагрессии у подростков (по материалам психиатрического
стационара)**

СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3
им. И.И. Скворцова-Степанова»,

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

В последнее время в средствах массовой информации уделяется большое внимание влиянию на проявления аутоагрессии у подростков со стороны деструктивных интернет-контентов, в частности, закрытой социальной группы «Синий кит». Целью данной работы явился анализ влияния данного интернет-контента на проявления аутоагрессии у подростков, госпитализированных в психиатрический стационар.

С начала 2017 г. на подростковые отделения Городской психиатрической больницы № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова было госпитализировано 54 пациента с аутоагрессивными действиями на догоспитальном этапе (28 пациентов мужского пола и 26 – женского). У 12 подростков с аутоагрессивным поведением (22,2 %) в анамнезе фигурировало упоминание о закрытой социальной группе «Синий кит». Госпитализации этих пациентов пришлось на период с января по май текущего года, причем в 7 случаях (58,3 % – здесь и далее от 12 подростков, у которых отмечена связь с деструктивным интернет-контентом) на март – начало апреля, что по времени совпало с появлением нескольких репортажей о «Синем ките» по телевидению и активным обсуждением темы «групп смерти» в интернете.

Среди подростков мужского пола упоминание в анамнезе о социальной группе «Синий кит» было у 2 человек (16,7 %), причем в обоих случаях вступление в данную интернет-группу было обусловлено желанием подростков «привлечь внимание» своих девушек, которые уже состояли в данной группе (подростки отрицали выполнение заданий «куратора»). Оба подростка (возраст – 17 лет) часто конфликтовали с родителями и сверстниками, к моменту госпитализации нигде не работали и не учились. В стационаре проходили лечение с диагнозом «социализированное расстройство поведения» (F 91.2).

Среди подростков женского пола влияние деструктивного интернет-контента на проявления аутоагрессии отмечалось у 10 человек (83,3 %). Все 10 пациенток (средний возраст – $15,5 \pm 0,5$ лет) характеризовали свои отношения с родителями как «напряженные», в 4 случаях девушки воспитывались в неполных семьях. У 8 пациенток были «проблемы» в школе (сложности в отношениях с одноклассниками, снижение успеваемости), ранее уже обращались за помощью психиатра по поводу суицидальных действий 2 девушки. Нозологически у половины пациенток определялись признаки расстройства поведения, начинающиеся в детском и подростковом возрасте (F 91), у 2 пациенток психические нарушения диагностировались в рамках органических поражений головного мозга (F 06 и F 07), еще у 2 – в рамках

шизофренического спектра (F20 и F 21) и у 1 – в рамках расстройства адаптации (F 43).

5 пациенток (41,6 %) откровенно признавались и рассказывали о своем участии в «игре» «Синий кит», в других случаях девушки отрицали свою принадлежность к данной социальной группе, однако косвенные признаки (рисунки синего кита и стихи о нем в личных блокнотах, выцарапанные изображения и татуировки синего кита на теле, переписка в соцсетях) свидетельствовали о возможной причастности к данной интернет-группе. Все девушки, не скрывавшие своего участия в «игре», сообщили, что вступили в эту группу «ради интереса», возникшего после ознакомления с публикациями о «Синем ките» в средствах массовой информации. Как отмечали пациентки, вступая в «игру», они хотели узнать о данном контенте поподробнее, дойти до определенного уровня, при этом все с уверенностью заявляли, что «вовремя» смогли бы остановиться. Девушки признались, что получали угрозы расправы над близкими при попытке выйти из «игры», однако считали эти угрозы «несерьезными» и были уверены в том, что они не будут реализованы.

Таким образом, среди всех случаев аутоагрессии у подростков, госпитализированных в психиатрический стационар, влияние деструктивного интернет-контента («Синий кит») отмечено в 22,2% случаев. Подавляющее большинство этой группы (83,3%) – подростки женского пола. Отчетливую связь причиняемых себе самоповреждений с влиянием интернет-контента «Синий кит» удалось определить в 41,6%. Обращает на себя внимание то, что все подростки к моменту вступления в интернет-группу «Синий кит» имели сложности социального взаимодействия с ближайшим окружением (родителями и сверстниками), а также то, что интерес к данной интернет-группе у значительной части подростков (как минимум, у 41,6%) отчетливо проявился после активного освещения темы о деструктивных интернет-контентах в средствах массовой информации.

Фесенко Ю.А.*, Фесенко Е.В.**

Нервная анорексия: заболевание нашего времени?

Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»; ЛГУ имени А.С. Пушкина; Государственный педиатрический медицинский университет;*
Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская детская поликлиника №19»,**
Санкт-Петербург

В подготовленном к печати сборнике по результатам городской научно-практической конференции «Нервная анорексия в детском и подростковом возрасте: основные аспекты диагностики, лечения, междисциплинарного взаимодействия» были запланированы научные статьи современных исследователей различных научных направлений, посвященные одной из наиболее острых медико-психологических и, на сегодняшнем этапе – уже и социальных проблем общества. Проблема эта мультидисциплинарная, поскольку и рассматриваемое расстройство полиэтиологично (в развитии расстройства играют роль генетические, биологические, семейные, личностные, культуральные, возрастные, антропологические факторы). Изучением, лечением и реабилитацией пациентов с нервной анорексией сегодня занимаются и психиатры, и психотерапевты, и психологи, и терапевты (педиатры), и врачи-специалисты (эндокринологи, гинекологи, кардиологи, гастроэнтерологи), и работники социальных служб, причем наибольших положительных результатов они достигают, работая в одной команде, руководствуясь принципом преемственности.

Для формирования синдрома нервной анорексии необходим ряд условий, как социальных, так и биологических. Важная роль в развитии нервной анорексии принадлежит наследственности, экзогенным вредностям в первые годы жизни, особенностям личности, микросоциальным (роль семьи) и макросоциальным факторам, особенно – моде («фэшн», «глянец»). Хотя самые ранние медицинские описания нервной анорексии принадлежат одному из самых выдающихся врачей семнадцатого века Ричарду Мортону (1637-1698), к концу двадцатого века произошло значительное увеличение числа пациентов с этим расстройством. За последние 20 лет в экономически развитых странах количество больных нервной анорексией увеличилось заметно: по некоторым данным частота встречаемости нервной анорексии среди девочек в возрасте 16 лет и старше составляет 1 из 90 случаев (или – у лиц женского пола в возрасте 15-20 лет примерно 16 случаев на 100 тыс. девушек и женщин данной возрастной группы). По данным М.В. Коркиной, одного из ведущих специалистов в данной области, представленных ею в 1986 году (монография «Нервная анорексия») это заболевание поражало 1% девушек в возрасте 16-18 лет (а в целом, по данным М. Maloney и соавт. (1983), разные формы нервной анорексии встречались в тот период времени у 4-х девушек и женщин в возрасте до 20 лет на 100 тыс. девушек и женщин данной возрастной группы), т.е. за 30 последних лет количество пациентов с нервной анорексией выросло как минимум в 4 раза (!), при том, что многие больные с «легкой» формой

нервной анорексии остаются вне поля зрения врачей. Кроме того, стали появляться случаи заболевания и у лиц мужского пола.

Итак, сегодня общая распространенность нервной анорексии составляет 1,2 % среди женщин и 0,29 % среди мужчин. Около 80% больных анорексией – девушки в возрасте 12-24 лет. В остальные 20% входят мужчины и женщины более зрелого возраста (женщины – вплоть до наступления менопаузы). В 2013 году нервная анорексия привела примерно к 600-м смертям по сравнению с 400-ми в 1990 году. Таким образом, это заболевание, ведущее к серьезному нарушению здоровья, с высоким процентом сопутствующих заболеваний и уровнем смертности, сравнимым с таковой при тяжелых психических расстройствах.

Встречается это расстройство преимущественно у девочек-подростков и девушек. До 3-х лет оно может наблюдаться при невропатии, в 3-6 лет – при аутизме. Выделяют нервную анорексию пубертатного периода, при истерическом неврозе, при шизофрении. Она нередко сочетается с воимтоманией – непреодолимым желанием вызвать рвоту после приема пищи, также относящейся к патологии влечений – неосознаваемым или недостаточно осознаваемым побуждениям, приобретающих характер действий и поступков (в части нарушения пищевого поведения).

Суммируя многочисленные данные литературы, все многообразие нозологических трактовок нервной анорексии можно несколько схематично свести к следующим основным точкам зрения: 1) нервная анорексия – проявление того или иного известного невроза или психопатии; 2) нервная анорексия – совершенно особый невроз пубертатного возраста; 3) нервная анорексия – затяжное состояние, возникающее на фоне тяжело протекающего пубертатного периода; 4) нервная анорексия – патологическое развитие личности; 5) нервная анорексия – проявление шизофренического процесса; 6) нервная анорексия – самостоятельное заболевание, относящееся к так называемой неспецифической патологии пубертатного и юношеского возраста.

С середины прошлого столетия большинство авторов стали относить ее к области психиатрии, хотя на разных этапах заболевания эти больные, как правило, становятся пациентами врачей самых разных специальностей (педиатров, терапевтов, эндокринологов и т.д.). Причина этого – в чрезвычайной сложности нервной анорексии, так как нет, вероятно, другого заболевания, где бы психические расстройства так тесно переплетались с соматическими, влияя друг на друга.

Нервная анорексия проявляется навязчивым необоснованным страхом перед избыточным весом, заставляющим резко ограничить питание, а также нарушением адекватного восприятия своего тела. Адекватность такого восприятия значительно уменьшилась именно в последние десятилетия, когда средства масс-медиа бурным потоком обрушили на зрителя, читателя,

слушателя (и юного, в том числе!) репортажи и статьи о различных конкурсах красоты, модных дефиле, «гламурной» жизни успешных и богатых и т.п., навязывая те стандарты, которые не являются физиологически обоснованными. Результат: нервная анорексия, становясь все более частой патологией, в последние годы сделалась одной из важнейших проблем современной подростковой психиатрии.

Во всем цивилизованном мире, где стали понимать опасность еще большего распространения «моды на худобу», принимаются различные социальные меры, препятствующие такому распространению. Так, в 2005 году израильский фотограф А. Баркан, занявшийся вместе с учеными-медиками проблемой анорексии, стал инициатором запрета на съемку моделей, страдающих этим расстройством. С этого года 16 ноября проходят мероприятия, посвященные международному дню борьбы с анорексией. В том же Израиле в 2012 году был принят законопроект, запрещающий задействовать в рекламных кампаниях манекенщиц и фотомоделей с «нездоровой худобой». Ведущий итальянский журналист Фабио Скуто в статье, опубликованной в газете «La Repubblica», писал: «Существует надежда, что новый закон, принятый кнессетом, станет примером для других стран, которые столкнулись с распространением анорексии и булимии, прежде всего, среди самых молодых».

И эта надежда уже воплощается в жизнь. Депутаты нижней палаты французского парламента – Национального собрания приняли закон о запрете пропаганды похудения. Отныне за подобную рекламу во Франции можно получить два года тюрьмы и заплатить 45 тысяч евро штрафа. Парламент Швейцарии также принял законопроект, согласно которому пропаганду анорексии будут наказывать штрафом в 50 тысяч франков и тюремным заключением. В Италии по инициативе правительства ведущие модельеры приняли своеобразный кодекс, обязывающий их как можно более широко использовать в своих разработках образ здорового тела. В Испании правительство приняло решение стандартизировать размеры одежды, приведя их в соответствие с реальными показателями среднестатистического жителя. В Германии правительством совместно с модельерами запущен федеральный проект «Жизнь имеет вес», основной целью которого является борьба с анорексией. Правительство Британии обратилось к модным кутюрье, редакторам дамских журналов, а также рекламодателям с призывом прекратить тотальную пропаганду разрушительной худобы в интересах здоровья подрастающего поколения («Российская газета», Федер. выпуск № 4640).

Нам представляется, что и в Российской Федерации наступило то время, когда не только различные общественные движения, социальные институты, медицинские работники и ученые объединяют усилия в борьбе с нервной анорексией, которую многие уже ставят в один ряд со СПИДом («Эпидемия анорексии страшнее, поскольку люди поклоняются смертельной

болезни!»), но и представители законодательной и исполнительной власти должны принять решительные действия по узакониванию и внедрению в жизнь мер по запрету любой пропаганды, ведущей к увеличению случаев нервной анорексии – «заболевания нашего времени».

¹Шахтырева О.А., ²Ретюнский К.Ю.

Клинические закономерности динамики психических нарушений при неорганическом энкопрезе у детей

¹ГБУЗ Пермского края «Пермская краевая клиническая психиатрическая больница», Пермь;

²ФГБОУ ВО «Уральский Государственный Медицинский Университет», Екатеринбург

Введение

Эволюционный (сравнительно-возрастной) подход с оценкой нервно-психического реагирования (Ковалев В.В., 1969, 1979, 1985; Буторина Н.Е., 2005) позволяет установить закономерности синдромогенеза психических расстройств. Так, для возрастного периода от рождения до 3-х лет (соматовегетативный, сенсомоторный) характерен высокий уровень уязвимости нервной системы к патогенным влияниям со специфичным для возраста. В результате воздействия неспецифических патогенных факторов формируется невропатический симптомокомплекс. В возрасте 3-х лет у ребенка соматовегетативный уровень реагирования сменяется психомоторным, когда происходит быстрое развитие психических и физических функций ребенка. Как следствие, возникают психомоторные нарушения. На психомоторный этап нервно-психического развития, длящийся с 3 до 10 лет, наслаивается аффективный этап развития психической деятельности, с 7 до 12 лет (Ковалев В.В., 1969, 1979, 1995). Смена этапов нервно-психического реагирования знаменует критические возрастные периоды, для которых характерны дисгармонично протекающие физиологические сдвиги. В случаях с ранними (пренатальными, натальными) повреждениями головного мозга в критические периоды наблюдается декомпенсация резидуально-органической церебральной недостаточности (Сухарева Г.Е., 1959).

Цель: установление клинических закономерностей динамики психических нарушений при неорганическом энкопрезе у детей.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 96 детей и подростков женского и мужского пола страдающих неорганическим энкопрезом. Возраст испытуемых составил от 5 до 13 лет. Общий интеллектуальный потенциал (по Векслеру) был средним (не менее 90 баллов). Все испытуемые посещали дошкольные и школьные учебные (начальные классы) учреждения. В контрольную группу вошли 50 детей со схожими показателями по возрасту, половой принадлежности и интеллектуальному развитию без клинических признаков энкопреза.

Главным методом исследования явился клинический метод, который включал в себя клинико-анамнестическое, клинико-психопатологическое,

клинико-динамическое и клинико-катамнестическое исследование детей основной и контрольной групп.

Результаты

В ходе исследования нами была установлена закономерности возрастной клинической динамики психических нарушений при энкопрезе. В возрасте до трех лет доминировала резидуально-органическая невропатия (диссомнии, повышенная возбудимость, вегетативные нарушения, склонность к расстройствам пищеварения, питания, сна, навыков аккуратности и др.) (по С.С. Мнухину). Так, в основной группе невропатические нарушения выявлялись у 100% детей, в контрольной группе – у 32,0% ($P \leq 0,01$). Несмотря на средний интеллектуальный показатель, у детей с энкопрезом значительно чаще выявлялись отклонения в моторном и речевом развитии в сравнении с условно здоровыми детьми, что было обусловлено повреждением структур мозга на ранних этапах онтогенеза.

В дошкольном возрасте преобладали гиперкинетические нарушения (более 90%) с расстройством внимания, двигательной активности и реж импульсивности. В младшем школьном возрасте основными становятся эмоциональные нарушения с явлениями острых аффективных реакций на фоне сохраняющегося гиперкинетического рисунка поведения и церебрастении (цефалгии в 72,9% случаев, плохая переносимость жары и духоты – в 38,5% случаях, раздражительная слабость – в 53,1% случаев, вестибулярные нарушения – в 43,8% случаях).

В 69,8% случаев (69,8%, $n=96$) среди детей основной группы были выявлены расстройства неврозоподобного типа. Среди наиболее частых коморбидных нарушений выявлялись тикоидные гиперкинезы у 16,7% детей основной группы. Также отмечались различные виды неврозоподобного заикания – 16,7% случаев. Коморбидное недержание мочи наблюдалось в 31,3% случаев в основной группе.

В основной группе доминировал возбудимый тип поведения – 81,3% с повышенной раздражительностью, возбудимостью, сверхподвижностью, непреодолимым интересом к окружающему миру.

С возраста 7 лет структурированную очерченность приобретают невротические переживания, связанные с наличием энкопреза, выявленные в 100%. Затяжное течение энкопреза вызывает часто провоцируемые ситуацией недержания кала в школе субдепрессивные реакции личности на специфическую несостоятельность, развитие фобического компонента, пассивно-оборонительные реакции астенического круга в виде избегающего поведения.

Выводы

Клиническая динамика неорганического энкопреза и сопутствующих ему психопатологических расстройств резидуально-органического круга у детей обусловлена декомпенсацией и неполной компенсацией нарушенных функций, процессами возрастного созревания систем мозга, обеспечивающих контроль над функцией выделения содержимого кишечника.

Терапевтические усилия, направленные на компенсацию расстройств психоорганического спектра, обуславливают перспективу выздоровления детей с указанной патологией.

Шахтырева О.А., ²Ретюнский К.Ю.

Данные ЭЭГ у детей с неорганическим энкопрезом

¹ГБУЗ Пермского края «Пермская краевая клиническая психиатрическая больница», Пермь;

²ФГБОУ ВО «Уральский Государственный Медицинский Университет», Екатеринбург

Введение

У детей с энкопрезом, более чем в половине случаев, выявляются нарушения биоэлектрической активности головного мозга, указывающие на наличие знаков резидуально-органического повреждения головного мозга (Фесенко Ю.А., 2010). Патологическая активность с эпилептиформными паттернами на ЭЭГ при энкопрезе у детей позволяет предположить наличие динамической структурно-функциональной патологической системы, при которой одним из ключевых механизмов является эпилептогенез. Указанная патологическая система, сформированная в результате нарушений корково-подкорковых связей, приводит к срыву физиологической деятельности кишечника с нарушением функций выделения.

Цель: дать оценку биоэлектрической активности головного мозга, выявленную в ходе электроэнцефалографического исследования, у детей с неорганическим энкопрезом.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 96 детей и подростков женского и мужского пола страдающих неорганическим энкопрезом. Возраст испытуемых составил от 5 до 13 лет. С целью исключения грубых органических поражений головного мозга в исследование включались дети с общим интеллектуальным потенциалом (по Векслеру) не менее 90 баллов. Все испытуемые посещали дошкольные и школьные учебные (начальные классы) учреждения.

При интерпретации полученных результатов была использована классификация с выделением трех вариантов ЭЭГ:

Нормальная ЭЭГ соответствует возрасту и функциональному состоянию обследуемого по таким характеристикам, как: частота, амплитуда, пространство и время.

Пограничная ЭЭГ выходит за очертание рамок, но при этом не носит патологически выраженную активность. Среди пограничных отклонений от нормы можно выделить: нарушение нормальной частоты доминирующего ритма, появление ритмов, выходящих за рамки нормы, аномальная частота биоэлектрической активности и группирование графоэлементов в ЭЭГ; нарушаются нормы работы ЭЭГ, которые можно проследить через асимметрию с непостоянным и нерегулярным характером; нарушении синфазности волн в симметричных отделах мозга не стойкие изменение реакции на функциональные пробы.

Патологическая ЭЭГ в зависимости от локализации отображает диффузное и локальное поражение головного мозга.

Результаты

Анализ электроэнцефалографической картины при энкопрезе показывает преобладание двух типов биоэлектрической активности: пограничного – 58,3% (n=96) и патологического – 35,4% (n=96). В подавляющем большинстве случаев патологическая активность локализовалась в задних отделах лобной коры, лобно-центральных и теменно-височных зонах коры, без акцента латерализации.

У большинства детей с энкопрезом с помощью ЭЭГ было выявлено снижение функционального состояния коры головного мозга легкой или умеренной степени.

Выводы

Наличие признаков резидуально-органической недостаточности и эпилептиформной активности на ЭЭГ у детей с энкопрезом сопоставимы с клиникой расстройств психоорганического круга. Значимость механизмов, схожих с эпилептогенезом, для указанного круга нарушений высока, что определяет выбор патогенетической терапии.

¹Шахтырева О.А., ²Ретюнский К.Ю.

Клинический подход к терапии и реабилитации детей с неорганическим энкопрезом

¹ГБУЗ Пермского края «Пермская краевая клиническая психиатрическая больница», Пермь;

²ФГБОУ ВО «Уральский Государственный Медицинский Университет», Екатеринбург

Введение

К сожалению, единой точки зрения на принципы лечения, профилактики и психолого-социальной коррекции энкопреза не существует. В последнее время доминирует биопсихосоциальная модель оказания психиатрической помощи, предусматривающая мультидисциплинарный подход к лечению с привлечением специалистов различного профиля (Мазур А.Г., 1998; Семке В.Я., 1999, 2004; Казаковцев Б.А., 2010). Наиболее оправдано участие психиатра, психолога и социального работника, при необходимости привлекаются к бригадной форме работы психотерапевт, логопед-дефектолог, педагог-психолог, специалист по терапии занятостью, медицинские сестры (Поташева А.П., 2001; Чеботарева А.А., Хмелевская И.Г., Дутлова Е.Д., 2016). Лечебно-коррекционная работа при энкопрезе у детей и подростков заключается в медикаментозном лечении, нейропсихологической коррекции, психотерапевтической работе с ребенком и семьей, лечебно-оздоровительных, социотерапевтических мероприятиях, логопедическом и педагогическом воздействии.

Цель: дать анализ эффективности лечения неорганического энкопреза у детей.

Материал и методы: В исследовании приняли участие 96 детей и подростков женского и мужского пола страдающих неорганическим энкопрезом. Возраст испытуемых составил от 5 до 13 лет. Общий интеллектуальный потенциал (по Векслеру) был средним (не менее 90 баллов).

Дети были разделены на 2 подгруппы с разными методами лечения. В первую подгруппу вошли 37 детей с энкопрезом (38,5%, n=96). Терапия детей заключалась в проведении курсовой противоорганической терапии (ноотропы, сосудистые и дегидратационные средства и биогенные нейропротекторы).

Во вторую подгруппу вошли 59 детей с энкопрезом (61,5%, n=96), получавшие комплексную психофармакотерапию аналогичную первой подгруппе, но с дополнительным назначением антиконвульсантов (карбамазепин).

Всем испытуемые вовлекались в групповые и индивидуальные психотерапевтические занятия. Оценка эффективности терапии проводилась на основании динамики клинических проявлений энкопреза и мониторинга ЭЭГ.

Результаты

В обеих подгруппах была выявлена редукция основной симптоматики (уменьшение частоты эпизодов недержания кала по сравнению с исходным количеством). Так, в первой группе была выявлена положительная динамика в виде улучшения функции внимания, повышения работоспособности, уменьшения церебрastenических симптомов в 48,7% случаях. Однако отмечалось также нарастание раздражительности, плаксивости, возбудимости, расторможенности в большинстве случаев (29 случаев), удлинение периода засыпания с учащением случаев разговора во сне, ночных страхов и психомоторных пароксизмов (у 19 детей), усиление степени выраженности, частоты и продолжительности речевых судорог (в 3 случаях), тенденция к генерализации тиков (при их наличии) с усилением их выраженности, учащение эпизодов ночного мочеиспускания. Указанные особенности связаны со стимулирующим эффектом нейрометаболических средств, что, вероятно, способствовало процессам эпилептизации мозга.

Динамическая оценка состояния детей 2 подгруппы на протяжении 2-х лет показывает высокую эффективность комбинированной терапии нейрометаболическими средствами и антиконвульсантами (карбамазепин в средних терапевтических дозах 15-20 мг/кг). Более чем у половины детей 2 подгруппы была зарегистрирована полная ремиссия в течение более 1 года, установлено улучшение показателей биоэлектрической активности мозга на основании показателей ЭЭГ – 52,5% случай.

Выводы

Таким образом, антиконвульсанты, способные обеспечить нормализацию биоэлектрической активности головного мозга у детей с энкопрезом, являются принципиально важным компонентом патогенетической терапии.

Шахтырева О.А., ²Ретюнский К.Ю.

Нейропсихологическая оценка детей с неорганическим энкопрезом

¹ГБУЗ Пермского края «Пермская краевая клиническая психиатрическая больница», Пермь;

²ФГБОУ ВО «Уральский Государственный Медицинский Университет», Екатеринбург

Введение

Нейропсихологическая диагностика служит не только установлению топического диагноза, но и степени повреждения высших психических функций при неорганическом энкопрезе: нарушений восприятия, внимания, памяти, мышления, фонематического слуха, пространственных представлений, основ саморегуляции (Ахутина Т.В., 1996, Цветкова Л.С., 2002). На основе обнаруженных нейропсихологических синдромов осуществляется выбор коррекционных техник, содействующих преодолению многофункциональной несформированности и компенсации дефицитарности нейропсихологических условий (Семенович А.В., 2002).

Кроме того, нейропсихологическое исследование обладает высокой эффективностью топической диагностики не только грубых органических поражений мозга, но и минимальной церебральной недостаточности. Уникальные компенсаторные возможности мозга при наличии структурного дефекта сглаживают клинические неврологические расстройства, затрудняя их диагностику (Выготский Л.С., 1982; Лурия А.Р., 1969, 2003; Микадзе Ю.В., 2008; Хомская Е.Д., 2007).

Цель: провести нейропсихологическую оценку детей с энкопрезом.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 96 детей и подростков женского и мужского пола страдающих неорганическим энкопрезом. Возраст испытуемых составил от 5 до 13 лет.

Психологическое исследование включало оценку интеллекта во всех возрастных группах с помощью теста Векслера (Wechsler D., 1955). Тест WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children) адаптирован А.Ю. Панасюком (1973), и предназначен для тестирования детей и подростков (от 6,5 до 16,5 лет). Тест WPPSI (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence) адаптирован М.Н. Ильиной (2006), и используется у детей в возрасте от 4 до 6,5 лет). В исследование включались дети с общим интеллектуальным потенциалом (по Векслеру) не менее 90 баллов, что было важным для нейропсихологического анализа детей с энкопрезом.

Нейропсихологические тесты с использованием топической диагностики поражений мозга и структур межполушарного взаимодействия позволили существенно дополнить данное исследование (Выготский Л.С., 1982; Лурия А.Р., 2003; Семенович А.В., 2002; Цветкова Л.С., 2002).

Результаты

У детей основной группы с диагнозом энкопрез были выявлены симптомы, свидетельствующие о разной степени поражения головного мозга. Так, у 84,4% детей были обнаружены проявления дисфункции блока программирования и контроля, характеризующиеся нарушениями серийной организации движений и действий, а также нарушениями программирования и контроля над произвольными действиями в форме динамической диспраксии; расстройства реципрокной координации у 67,7% и нарушения при выполнении графической пробы у 73,9%.

Дисфункция блока приема, переработки и хранения информации представлена нарушениями обработки кинестетической информации в форме диспраксии позы пальцев у 33,3%; нарушениями обработки слуховой информации в ритмических пробах у 54,2% и слухоречевой памяти у 69,8%; нарушениями обработки зрительной информации в пробе со схематичными и наложенными рисунками у 9,4%; нарушениями зрительной памяти у 76,0%, нарушениями обработки полимодальной информации в субтесте «рисунок» у 55,2%, нарушениями зрительно-пространственной памяти у 39,6% и нарушениями письма у 26,4%.

У 100% детей основной группы с диагнозом энкопрез установлена дисфункция блока регуляции тонуса, которая представлена истощаемостью умственной работоспособности, колебаниями внимания, микро- и макрографией.

Также была выявлена тенденция возрастной компенсации нейропсихологических нарушений у детей с энкопрезом, что характерно для нарушений психоорганического круга.

Выводы

В качестве основной причины установленных нарушений нейропсихологических функций у детей с диагнозом неорганический энкопрез является резидуально-органическая церебральная недостаточность врожденного генеза, обусловленная влиянием патогенных факторов на ранних этапах онтогенеза.

Очевидна целесообразность использования технологий нейропсихологической коррекции.

Шац И.К.

Возможности, границы и виды психотерапевтической помощи при психозах в детском и подростковом возрасте

Ленинградский государственный университет имени А.С. Пушкина

Традиционно психотерапевтическая помощь при психозах у детей адресуется, прежде всего и в основном, семье. Обычно подчеркивают, что детский психиатр должен обладать базисными навыками в установлении сотрудничества с семьей, подключении ее к диагностическому и лечебному процессам, уметь распознавать особенности семьи и относиться с уважением к ее традициям. Следствием установления терапевтического контакта с семьей становится более полное и правильное понимание ею, способствующих выздоровлению факторов, подключение к лечебной работе, помощи ребенку и его защите [6].

При всей безусловной важности этих базисных навыков врача, сведение психотерапевтической помощи только к ним не представляется нам достаточно обоснованным и эффективным, требуется полноценная психотерапевтическая работа с большим ребенком и его семьей.

Во-первых, при психиатрическом подходе пациент предстает как «носитель» болезни и ее симптомов, деперсонифицированный объект приложения усилий психиатра и семьи, сотрудничающей с ним в воздействии на ребенка. Необходимо использовать возможности взаимодействия с ребенком и развития этого взаимодействия до взаимосодействия в совладании с болезнью, что является задачей психотерапевтической работы.

Во-вторых, сама семья в психиатрической модели помощи рассматривается не как партнер, не как «семейный организм», а как ресурсный источник поддержки проводимой врачом работы, в результате чего уменьшается значение собственно личностных переживаний, установок ребенка и других членов семьи. Между тем, они представляют собой мощную мотивационную силу, которая может, как способствовать интенсивному творческому поиску семьи во взаимодействии с больным ребенком, так и блокировать или исказить реализацию даже, казалось бы, исчерпывающе разъясненных родителям и понятым ими способов и путей помощи.

В-третьих, ограничение психотерапевтической помощи лишь базовыми навыками общения детского психиатра может создавать у него иллюзию оказания ее в полном объеме и не способствовать его паритетному участию в «рабочей команде», включающей в себя наряду с ним, как минимум, семью, психологов (психотерапевтов) и социальных работников. Результатом этого становится работа по принципу «рядом», а не «вместе», или построение иерархических систем помощи с психиатром во главе и выполняющими его предписания другими специалистами и семьей, творческий потенциал которых при этом оказывается скованным.

Наконец, в-четвертых, такие жесткие рамки ограничивают и самого детского психиатра, возможности которого в оказании психотерапевтической помощи значительно шире, чем только использование семьи как инструмента в его медицинской работе с больным ребенком.

Принимая во внимание различающиеся методологии психиатрической и психотерапевтической помощи и их специфику, было бы необоснованным ожидать от детского психиатра, что он будет в состоянии регулярно и в полном объеме использовать арсенал психологической помощи так, как это делает психотерапевт. На наш взгляд, будь даже такой универсализм возможным, введение его в комплекс профессиональных требований к психиатру привело бы к размыванию границ между этими взаимодополняющими видами помощи, практической подмене психотерапевта психиатром и, в конечном итоге, к снижению эффективности работы. С другой стороны, абсолютизация их различий по существу превращала бы психиатрию в прикладную психопатологию или прикладную психофармакологию.

Эти, на наш взгляд, важные соображения, но далеко не единственные, являются основой для определения целей, задач, границ и методов психотерапии и послужили основой разработки и осуществления психотерапевтической работы с больными детьми и их семьями.

При работе с ребенком использовались следующие методы и приемы психотерапии: активное слушание [1], методы когнитивно-поведенческой психотерапии, в частности, оперантное обусловливание [19] и основанный на нем «поведенческий контракт» – при индивидуальном использовании с учетом возраста и особенностей состояния [20]. В работе с депрессивными подростками использовались элементы когнитивной [14] и рационально-эмотивной [15] терапии. Очень эффективны приемы арттерапии, прежде всего – рисования, в структуре психотерапевтической помощи детям, поэтому возможности арттерапии будут обсуждаться в отдельной публикации.

Применение приемов активного слушания. Представлялось необходимым ввести в работу с ребенком активное слушание – метод, начало которому положил З. Фрейд [1]. Мы не встретили специальных работ, посвященных использованию техник активного слушания в детской психиатрии, и поэтому опирались на опыт понимающего общения со здоровыми детьми [11]. Основные приемы активного слушания кратко суммированы А.Н. Моховиковым [9] – это поощрение, повторение, отражение и обобщение. Опыт практической помощи, положенный в основу нашего исследования, показал высокую эффективность активного слушания.

Применение поведенческой психотерапии. Психотические, тем более – хронические, расстройства выдвигают важную задачу коррекции изменяемого болезнью поведения. Следует подчеркнуть, что речь при этом должна идти не только о защите от опасного для других или себя поведения, но, прежде всего, о повышении качества жизни самого ребенка за счет овладения навыками совладающего (coping) поведения.

В решении этой задачи на первый план выходят когнитивно-поведенческие методы. Одна из самых частых жалоб родителей сводится к трудностям регуляции поведения ребенка. Они часто мечтают между потаканием и наказанием, что еще больше осложняет поведение. Родителей знакомили с моделью оперантного обусловливания, подробно разъясняя смысл слов «негативное» и «позитивное» (первое не означает «плохо», неприятно»,

«больно» и т.д., а второе – «хорошо», «приятно», «радостно» и т.д. «Позитивное» – это значит использование стимула, «негативное» – его удаление). Один из наиболее эффективных путей разъяснения – анализ конкретных ситуаций с поведением ребенка, обычных действий родителей и возможностей использования разных форм поощрения и наказания. Родителям приходилось готовить и к тому, что в ходе оперантного угасания нежелательного поведения могут быть периоды его временного усиления. Важно также обратить внимание на использование не только первичных (безусловных) поощрений – тех или иных вкусных вещей, но и вторичных (условных) – небольшие деньги, которые ребенок может потратить по своему усмотрению, «награждения» и др. Одно из мощнейших поощрений – родительское внимание. Просто побыть с ребенком, вместе погулять или почитать книжку, подурчиться – на фоне измененных психозом отношений становится праздником жизни, какой она была до заболевания. Приходилось прорабатывать и план поощрений, детально и на примерах показывая разницу осуществления и эффективности планов (фиксированный и меняющийся интервалы между поощрениями, фиксированный и меняющийся коэффициент поощрений). Итогом становился рефрейминг представлений о поощрении и наказании – от авторитарного манипулирования поведением ребенка к помощи ему в выработке продуктивных поведенческих навыков.

Из видов терапии, основанных на оперантном обусловливании, могут быть полезны – при индивидуальном использовании с учетом возраста и особенностей состояния – «поведенческий контракт» [20], и, особенно на этапе реабилитации, тренинг социальных навыков [17].

Применение когнитивной и рационально-эмотивной терапии. В работе с депрессивными подростками использовались элементы когнитивной [14] и рационально-эмотивной [15] терапии с фокусом на само-мониторинге. При депрессиях этот вид помощи считается обеспечивающим задачи третичной профилактики – уменьшения вероятности обострений [4].

Реакции семьи на осознание факта наличия у ребенка психотического заболевания в целом укладываются в представления о состояниях острого горя/утраты [8]. В их структуре могут наблюдаться душевное и психосоматическое страдание, изменение моделей поведения семьи в целом и отдельных ее членов, чувство вины, реакции гнева и агрессии.

При работе с семьей использовались семейное психологическое консультирование, методы и приемы коммуникативно-интеракционистской семейной психотерапии [2,3], системной терапии расширенной семьи [13], структурной семейной психотерапии С. Минухина [18].

Семейное психологическое консультирование. Консультирование ставит своей целью совместное с консультантом изучение запроса проблемы члена (членов) семьи или семьи в целом для изменения ролевого взаимодействия в семье и обеспечения возможностей личностного роста.

Консультирование сосредоточено не на болезни как таковой, а на анализе ситуации в связи с ней, ролевым взаимодействием в семье, поиске личностного

ресурса субъектов консультирования и обсуждении способов разрешения ситуации – «веера решений» [5].

Консультирование представляет собой самостоятельный вид психологической помощи, однако в силу своей роли по отношению к семье и лечению ребенка детский психиатр постоянно должен использовать консультативные подходы в своей работе.

Ни одна из теоретических ориентаций или школ психологического консультирования и психотерапии не отражает все возможные ситуации, с которыми приходится сталкиваться при оказании помощи психически больному ребенку и его семье. В связи с этим внашей работе использовалась как основа модель структуры консультирования называемой мультимодальной или эклектической психотерапией [7, 10, 16]. Эта модель отражает универсальные черты психологического консультирования или психотерапии любой ориентации.

С позиций коммуникативно-интеракционистской семейной психотерапии [2, 3, 12] для специалиста может быть важно выявление дисфункциональных коммуникативных паттернов – обвинения, критики, чтения мыслей другого, сверхгенерализации и использование парадоксальных предписаний, рефрейминга, изменения смыслов и значений через изменение названия проблемы.

Системная терапия расширенной семьи [13] видит увеличение степени дифференциации членов семьи в качестве целей терапии. Дифференциация имеет в виду разрушение «семейных треугольников», когда два члена семьи (муж-жена, родитель-ребенок), переживающие стресс и нестабильность, используют третьего для увеличения стабильности и уменьшения напряжения. Терапия проводится с двумя членами семьи так, что терапевт становится третьим членом треугольника – беспристрастным, непредвзятым, не занимающим чью-либо сторону и тем самым помогающим членам пары лучше понять себя и изменить поведение. Сессии строятся на когнитивном и образовательном подходах, предполагающих достаточный контроль и роль психотерапевта как эксперта или тренера, что достаточно близко к позициям детского психиатра. Достаточно интересным и продуктивным представляется использование генограммы, описывающей существующие проблемы в связи с историей отношений между членами семьи, значимые события в семье и т.д. Эти сведения, неоценимые для понимания семьи, легко получить в ходе сбора анамнеза.

Структурная семейная психотерапия S. Minuchin [18] разработана для работы с дезорганизованными семьями невысокого социально-экономического статуса и исходит из директивного, конкретного подхода, сфокусированного на «здесь-и-сейчас». Она учитывает такие характеристики как иерархия власти в семье, семейные подсистемы, коммуникативные границы. Когда последние очень ригидны, члены семьи изолированы, а когда расплывчаты и чересчур проницаемы, возникают избыточная близость и сверхзависимость. Дизадаптивность семьи понимается, прежде всего, как негибкость, ригидность семейной структуры. Цель терапии – реструктурирование семьи, для чего могут

использоваться техники из самых разных терапевтических систем. Процесс терапии включает три стадии – присоединение врача к семье, оценка семейной структуры, реструктурирование семьи.

Эти и другие подходы к семейной терапии использовались для оптимизации изменяемых болезнью ребенка отношений в семье и помощи родителям в принятии ими ответственности за благополучие ребенка и семьи. Когда это происходит, даже выраженные расстройства могут успешнее контролироваться семьей благодаря возникающему паритетному партнерству с психотерапевтом и, что очень важно, с ребенком, как обладающим правом принятия ответственности за себя даже при существовании у него сложных проблем.

Если членам семьи ясны проблемы ребенка, цели и ход лечения, если они обсуждают эти проблемы в паритетном общении с врачом, а не просто следуют его предписаниям, они могут в значительной мере способствовать повышению эффективности лечения. Помощь, прежде всего, была направлена на совладание с вызванным болезнью ребенка стрессом и изменившейся семейной ситуацией.

Результаты использования психотерапевтических и консультационных подходов трудно поддаются формализованной количественной оценке. В данном исследовании оценка эффективности психотерапевтической помощи, строилась на анализе изменений конкретных ситуаций. Анализ показал, что психотерапевтическая помощь существенно улучшает связанные с наличием больного ребенка семейные отношения и взаимодействие. Еще более значимо психотерапия улучшала социальное поведение детей.

В процессе постановки диагноза, осознания ситуации семья часто является дестабилизирующим, деструктивным фактором в отношении лечения ребенка. В то же время семья должна рассматриваться как терапевтический, стабилизирующий фактор, помогающий ребенку справиться с болезненными переживаниями, корригирующий его поведение, помогающий реадaptации.

Для вовлечения семьи в процесс помощи ребенку обязательным условием является установление доверительных и паритетных отношений, информирование семьи о сути заболевания, его течении, прогнозе, значении и особенностях медикаментозного лечения. Необходима координация усилий семьи, направленных на помощь ребенку на всех этапах лечения и реабилитации.

Психотерапевтическая помощь осуществлялась в виде семейного консультирования и использовании различных психотерапевтических техник семейной терапии, целью которых являлась работа с негативными реакциями семьи, восстановление адекватных внутрисемейных отношений и т.д.

Психотерапевтическая помощь больному ребенку и его семье может осуществляться непосредственно лечащим врачом-психиатром или, предпочтительно, «командой» специалистов, состоящей из психиатра, психотерапевта и/или клинического психолога.

Осуществление психотерапевтической помощи ребенку и его семье является самостоятельным и очень важным разделом лечения детей и

подростков с психотическими состояниями. Без включения этой помощи в комплекс лечебных мероприятий невозможно достижение основной цели лечения – сохранения и улучшения качества жизни хронически психически больного и его семьи, существенно влияющих на прогноз заболевания и социальную адаптацию больных детей.

Литература:

1. Беркли-Ален М. Забытое умение слушать. СПб.: Питер, 1997. 256 с.
2. Бэндлер Р., Гриндер Дж., Сатир В. Семейная терапия. Воронеж: НПО МОДЭК, 1993. 128 с.
3. Витакер К. Полночные размышления семейного терапевта. М., 1998. 208 с.
4. Каган В.Е. Психотерапия депрессий (реферат монографии Hollon S., Thase M., Markovitz J. Treatment and Prevention of Depression. J. of Amer. Psychological Soc., November, 2002: V.3, №2. 77 pp.) // Независимый психиатр. журн. 2003. №4. С.71-75.
5. Карабанова О.А. Психология семейных отношений и основы семейного консультирования. М., 2004. 319 с.
6. Комбринк-Грэхам Л. Работа с семьей // Руководство по клинической детской и подростковой психиатрии. М.: Медицина, 1999. С.155-173.
7. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. М.: Академический проект, 1999. 240 с.
8. Линдеманн Э. Клиника острого горя // Психология эмоций: тексты / Под ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. М.: МГУ, 1984. С.212-220.
9. Моховиков А.Н. Телефонное консультирование. М.: Смысл, 1999. 410 с.
10. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования. СПб.: Питер, 2002. 464 с.
11. Снайдер М., Снайдер Р., Снайдер Р. (мл.). Ребенок как личность. М.- СПб.: Смысл – Гармония, 1995. 237 с.
12. Хейли Дж. Что такое психотерапия? СПб.: Питер, 2002. 224 с.
13. Bowen M. Family Therapy in Clinical Practice. NY, 1978. 584 p.
14. Beck A. Cognitive therapy. A 30-year retrospective // American Psychologist. 1991. Vol.46. P.368-375.
15. Ellis A. Using RET effectively: Reflections and interview // Using Rational-emotive Therapy Effectively. New York: Plenum, 1991. P.1-33.
16. Lazarus A. Multimodal therapy: Technical eclecticism with minimal integration // Handbook of Psychotherapy Integration. New York: Basic Books, 1992. P. 231-263.
17. Liberman R., Mueser K., Wallace C. Social Skills Training for Schizophrenics at Risk for Relapse // American. J. of Psychiatry. 1986. Vol.143. P.523-526.
18. Minuchin S. Family and Family Therapy. NY, 1974. 125 p.
19. Skinner B. Can psychology be a science of the mind? // American Psychologist. 1990. Vol.45. P.1206-1210.
20. Stuart R., Lott L. Behavioral Contracts with Delinquents: A Cautionary Note. J. of Behav // Therapy Experimental Psychiatry. 1972. Vol.3. P.151-169.

Шац И.К.

Особенности психофармакотерапии соматогенных психотических состояний в детском и подростковом возрасте

Ленинградский государственный университет имени А.С. Пушкина

В последние годы значительно улучшилось лечение, а, следовательно, и прогноз у детей с тяжелыми соматическими заболеваниями. Успехи в лечении позволили добиваться порой полного выздоровления или значительно увеличить продолжительность и качество жизни больных. Однако угрожающие жизни заболевания, интенсивное лечение, стрессовая ситуация, в которую вовлекается больной, а главное сумма истощающих факторов, вызывающая общую и церебральную слабость [1] формируют различные психические расстройства, в том числе и психозы у больных детей и подростков.

Этиология и патогенез соматогенных психотических расстройств весьма сложен и включает непосредственное воздействие патогенных факторов на мозг, интоксикацию, гипоксию, сосудистые нарушения и другие. Учитывая мультифакторность этиологии и патогенеза, лечение соматогенных психотических состояний состоит из комплекса мероприятий: терапии собственно соматического заболевания, дезинтоксикации, использования препаратов, улучшающих метаболизм мозговых клеток (церебропротекторов и ноотропов) и использование психотропных препаратов.

Лечение психозов при соматических заболеваниях всегда вызывало определенные трудности, так как основой этого лечения является психофармакотерапия. Многие психотропные препараты имеют разнообразные соматические и неврологические побочные эффекты, а порой отрицательно взаимодействуют с основной терапией соматического страдания. Вероятно поэтому, работы, посвященные специально психофармакотерапии соматогенных психозов, немногочисленны.

Данное сообщение является результатом наблюдения 81 больного в возрасте от 4 до 15 лет в различных педиатрических клиниках и в детской психиатрической больнице г. Санкт-Петербурга.

Для успешного применения психотропных препаратов требуется оценить следующие параметры: психическое состояние больного, соматическое состояние с учетом лабораторных данных, собственно психотропное, соматотропное и нейротропное свойство оцениваемого препарата с позиции не только побочного, но и возможного терапевтического действия. Кроме того необходимо учитывать взаимодействие психотропного средства с препаратами, используемыми в лечении основного соматического заболевания, которое также может быть полезным или нежелательным. На наш взгляд, должен учитываться еще один параметр: эти препараты должны использоваться в клинической практике достаточно длительное время, чтобы врачи могли учитывать возможность отдаленных или вновь выявленных нежелательных эффектов препарата.

Исходя из этих положений, из широкого спектра лекарственных средств был выбран небольшой круг препаратов, соответствующих выше перечисленным требованиям. При лечении бредовых расстройств и синдромов

с помрачением сознания необходимо назначение нейролептиков, обладающих достаточно выраженным общим и избирательным антипсихотическим эффектом. Препаратами с такими характеристиками, которые широко используются в психиатрической практике, являются трифтазин и галоперидол [3]. Первый из них противопоказан при многих соматических заболеваниях, в том числе и при заболеваниях крови [5, 14]. Соматические противопоказания для назначения галоперидола немногочисленны и не столь серьезны, что выгодно отличает его от других нейролептиков [3, 15].

Уже на первом этапе внедрения эглонила (сульпирида) в практику многие авторы отмечали весьма своеобразный спектр его психотропной активности. Эта активность сочетала в себе свойства нейролептических и тимоаналептических средств при отсутствии экстрапирамидных побочных явлений [2]. В то же время, клинически описывался широкий диапазон его антипсихотического действия, адресующегося к синдромам с галлюцинаторно-бредовыми и аффективными (в основном депрессивными) расстройствами. У эглонила была обнаружена способность оказывать стимулирующее действие, обуславливающее его преимущественное применение при состояниях с вялостью, заторможенностью, апатией. В отличие от других нейролептиков, даже при применении высоких доз сульпирида можно не опасаться развития адренергических, холинергических, гистаминергических побочных явлений [12].

Тизерцин эффективен при тревожных состояниях, маниакальном и онейроидно-кататоническом возбуждении, т.е. выявляется тенденция более глубокого действия препарата на синдромы, имеющие более выраженный аффективный характер. Весьма эффективно воздействие тизерцина на галлюцинаторно-бредовые и бредовые синдромы. Чем в большей мере структура этих синдромов носит аффективный характер и сопровождается двигательным возбуждением, тем больше оснований рассчитывать на воздействие тизерцина. Этот препарат, в отличие от многих нейролептиков, менее токсичен, что расширяет возможности его применения при психических расстройствах у соматически больных и ослабленных пациентов, а также у больных с неврологической симптоматикой.

Для лечения депрессивных синдромов необходимо было отобрать препараты с различным спектром действия, так как структура депрессивных синдромов была неоднородной. Специфика возрастного реагирования, выраженная тем больше, чем младше ребенок, предопределяет необходимость резкого сужения арсенала используемых детским психиатром антидепрессантов. Практически невозможно назначение ингибиторов МАО из-за высокого риска нарушения диеты и развития интоксикации. Кроме того, ограничена возможность применения наиболее многочисленной группы – трициклических антидепрессантов со стимулирующим действием. При применении этих препаратов существует опасность провокации и/или обострения галлюцинаторно-бредовых расстройств, психомоторного возбуждения, бредовых страхов [8, 9, 11]. Отсутствие клинических испытаний психотропных препаратов на пациентах детского возраста делает юридически

невозможным использовать у больных до 15 лет многие современные группы антидепрессантов [10]. В связи с этими соображениями, в данном исследовании использовался анафранил. Анафранил обладает мягким активирующим и легким седативным эффектом, достаточно безопасен, не имеет выраженных побочных и токсических эффектов (в малых и средних дозах) [13]. Важен также тот факт, что анафранил достаточно известен и официально разрешен к применению у детей, в связи с этим широко применяется в детской и подростковой практике [10].

Феназепам обладает мощным анксиолитическим свойством и по силе противотревожного действия может конкурировать с некоторыми нейролептиками [4, 6]. Кроме того, при назначении феназепама учитывалось его воздействие на сенестопатию и вегетативные проявления (что часто наблюдается при соматических заболеваниях). При использовании феназепама у больных онкологическими заболеваниями оценивался и тот факт, что он обладает некоторой противоопухолевой активностью [7].

Соматогенные психотические состояния проявлялись в виде различных психопатологических синдромах, что потребовало назначения препаратов с разным спектром действия (таб. 1).

Таблица № 1

Базисные препараты при лечении психотических синдромов

Психотические синдромы	Психотропные препараты					Всего
	Галоперидол	Эглонил	Тизерлин	Анафранил	Феназепам	
Бредовые	7	1	2	-	-	10
Тревоги	-	1	6	-	16	23
Депрессивные	-	9	-	14	-	23
Делириозные	5	1	3	-	-	9
Онейроидные	-	2	4	-	-	6
Астенической спутанности	9	-	1	-	-	10
Итого:	21	8	16	9	16	81

Галоперидол назначался больным с бредовыми идеями отношения или преследования. Эмоциональный фон у таких больных был, как правило, с оттенком подозрительности и раздражительности. Назначался 0,2% раствор галоперидола в каплях. Наличие лекарственной формы в виде раствора для приема внутрь давало возможность назначать лекарство в достаточно малых дозах, что удобно для лечения тяжелых соматических больных и уменьшало вероятность развития экстрапирамидных расстройств. Препарат назначался в суточной дозе от 1 до 3,5 мг. Постепенное наращивание доз и возможность

гибко дозировать препарат позволили у всех пациентов избежать экстрапирамидных нарушений. Психотическая симптоматика редуцировалась к 20-23 дню лечения. Поддерживающая терапия в суточной дозе до 1 мг в течение еще 7-10 дней позволила полностью восстановить адекватное психическое состояние, включая эмоциональную сферу.

В случаях сочетания бредовых идей с подавленностью и заторможенностью назначался эглонил, что привело к купированию психотического состояния к 18-20 дню лечения. Одновременно с редукцией бредовых идей физического ущерба выравнился эмоциональный фон, восстановилась активность, больные строили оптимистические планы на будущее.

Тизерцин назначался больным с бредовым синдромом, в структуре которого значимое место занимало эмоциональное возбуждение и беспокойство. Улучшение состояния наблюдалось на 5-6 день, редукция психоза наступала к 14-17 дню. Быстрое улучшение можно объяснить высоким удельным весом эмоциональных расстройств в структуре синдрома.

Для купирования синдрома психотической тревоги преимущественно применялся феназепам. Большая часть больных с синдромом психотической тревоги получала феназепам: дети в возрасте 4-8 лет в дозе до 1 мг в сутки и с 9 лет 1-2 мг в сутки. Купирование синдрома тревоги отмечалось на 9-11 день лечения: заметно выравнивался эмоциональный фон, уменьшалось беспокойство, улучшался контакт с окружающими. При применении феназепама у 5 больных отмечалась вялость и сонливость, не потребовавшие отмены и постепенно исчезнувшие.

У 7 больных терапия феназепамом оказалась малоэффективной. 6-ти из них был назначен тизерцин в дозе от 12,5 мг до 50 мг в сутки (в зависимости от возраста и состояния). Редукция тревоги отмечалась на 10-12 день терапии. Одной больной с синдромом тревоги в тяжелом состоянии был назначен эглонил, давший хороший терапевтический эффект к концу второй недели лечения.

Анафранил применялся у детей с меланхолическим вариантом депрессии. Дозы препарата колебались от 50 до 100 мг в сутки. В первые дни отмечалась небольшая сонливость, других побочных явлений не было. К 5-7 дню лечения уменьшалась тревога, дети становились спокойными, охотно шли на контакт, не препятствовали лечению и диагностическим процедурам. Настроение заметно улучшалось на 10-12 день лечения. У всех больных психотическая депрессивная симптоматика полностью редуцировалась на 25-27 день.

Больные с астено-апатическим вариантом депрессией получали эглонил. Для получения стойкого терапевтического эффекта потребовалось 28-30 дней.

При делириозном синдроме больным назначался галоперидол, все они были небольшого возраста – от 3 до 8 лет. Для купирования состояния понадобились небольшие дозы препарата от 0,6 до 0,9 мг в сутки. Существенное улучшение наступало уже на 3-4 сутки, а к 8-10 дню происходила полная редукция психоза.

Трем больным с делириозным синдромом, в структуре которого были выраженный страх, двигательное возбуждение, был назначен тизерцин в дозе 50 мг в сутки. Явное улучшение отмечалось на 5-6 день, полностью состояние нормализовалось к 11-12 дню лечения.

Больному с делирием без выраженного возбуждения, но с постоянной слезливостью и астеническими проявлениями был назначен эглонил, который принес существенное облегчение состояния уже на 7 день. К 11 дню лечения психотическое состояние полностью купировалось, остались лишь явления астении.

Больным с онейроидным синдромом, протекавшим с периодическими, но выраженными приступами возбуждения, назначался тизерцин. Для нормализации психического состояния потребовались дозы до 75 мг в сутки, длительность лечения составила 30-35 дней. Двое больных с онейроидным синдромом в тяжелом соматическом состоянии получали эглонил до 200 мг в сутки, улучшение отмечалось к 20 дню, полностью состояние купировалось на 30-32 день лечения.

Больные с астенической спутанностью получали галоперидол в суточной дозе 3 мг. На 9-11-й день психотическая симптоматика редуцировалась, значимых побочных явлений в период терапии не отмечалось. Синдром астенической спутанности у одного 11-летнего пациента с нейробластомой, не купировался ни галоперидолом (первые 10 дней лечения), ни тизерцином в дальнейшем. Психотическое состояние усугублялось параллельно утяжелению физическому, и перешло в тяжелую форму аменции.

Для улучшения метаболических процессов в головном мозге, снижения токсических эффектов соматического страдания, для профилактики и коррекции экстрапирамидных расстройств и для борьбы с астеническими явлениями всем больным назначался пирacetам или фенибут.

Тщательный подбор препаратов и доз позволил избежать серьезных побочных эффектов и осложнений психотерапии.

У 80 пациентов (98,8%) с соматогенными психозами удалось добиться полной редукции психотического состояния.

В заключение следует сказать, что современная клиническая фармакология располагает необходимым спектром психотропных препаратов, которые можно безопасно и эффективно применять в соматической медицине даже в детском возрасте. Накопление психиатром теоретических знаний и практического опыта в психотерапии может существенно повысить эффективность лечения различных соматических заболеваний. Совместные усилия педиатра и психиатра могут решить многие сложные проблемы первичной и вторичной профилактики соматических страданий в детском возрасте, а во многих случаях это сотрудничество может оказаться решающим в выздоровлении или существенной положительной динамике течения болезни, улучшении «качества» жизни пациентов.

Литература:

1. Авербух Е.С. Депрессивные состояния. Л., 1962. 194 с.

2. Авруцкий Г.Я., Гурович И.Я., Нисс А.И., Соболев В.С. Особенности действия эглонила при психических заболеваниях // Результаты клинического изучения лекарственного препарата эглонил. М., 1975. С.53-58.
3. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1981. 496 с.
4. Барнштейн Е.И., Жарницкая Д.З., Нуллер Ю.Л. Сравнительная оценка терапевтического действия нозепам и феназепам // Новые лекарственные препараты: Экспресс-информация. 1984. № 2. С.12-14.
5. Бурамян Г. А. Психофармакология. Ереван, 1985. 344 с.
6. Вальдман А.В., Александровский Ю.А. Психофармакология невротических расстройств. М., 1987. 288 с.
7. Векслер И.Г. Психотропные средства и их роль в комбинированной лекарственной терапии злокачественных новообразований // Эксперим. онкология. 1983. Т.5. №5. С.14-20.
8. Данилова Л.Ю. Функциональные психосоматические расстройства и эндогенные депрессии у детей // Вопр. терапии и социальной реабилитации при психич. заболеваниях у детей и подростков. М., 1994. С.31-37.
9. Данилова Л.Ю. Методические подходы к фармакотерапии депрессивных состояний у детей // XII Съезд психиатров России. М., 1995. С.371-372.
10. Данилова Л.Ю. Особенности клинического действия кломипрамина (анафранила) в детской подростковой практике // Журн. Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2001. №1. С.52-57.
11. Иовчук Н.М., Данилова Л.Ю. Особенности терапии одного из вариантов функциональных психосоматозов детского возраста // Всерос. конф. «Новые методы терапии псих. заболеваний». М.-Свердловск, 1988. С.109-110.
12. Костокова Е.Г. Сульпирид (Эглонил) в лечении острых и хронических психозов // Социал. и клинич. психиатрия. 2001. №2. С.97-101.
13. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. СПб.: Медицинское информационное агентство, 1995. 568 с.
14. Райский В.А. Психотропные средства в клинике внутренних болезней. М.: Медицина, 1982. 192 с.
15. Settle E., Ayd F. Haloperidol a quarter century of experience // J. Clin. Psychiat. 1984. Vol.44. N12. P.440-448.

Шац И.К.

Роль и возможности арт-терапии в комплексном лечении психических расстройств в детском возрасте

Ленинградский Государственный университет им. А.С. Пушкина

Трудно переоценить роль и значение приемов арт-терапии [4, 6], в рамках работы детского психиатра, психотерапевта и психолога. Арт-терапия является особой формой работы с клиентом. Она представляет собой одну из форм терапии искусством (креативной психотерапии) и в ряде стран считается парамедицинской профессией, наряду с такими родственными профессиями, как музыкотерапия, танцевально-двигательная терапия и драматерапия [5].

Наиболее популярными и часто используемыми видами арт-терапии являются: изотерапия, сказкотерапия, игровая терапия, песочная терапия, музыкальная терапия, фототерапия. Очень часто перечисленные виды терапии переплетаются в одной терапевтической сессии.

Зарубежные и отечественные специалисты [4] считают, что арт-терапия, благодаря созданию положительного эмоционального настроения, облегчает первичный контакт с ребенком, позволяет обратиться к тем реальным проблемам или фантазиям, которые по каким-либо причинам детям тяжело обсуждать вербально. Приемы арт-терапии дают возможность на символическом уровне экспериментировать с самыми разными чувствами, исследовать и выражать их в социально приемлемой форме, позволяют проработать мысли и эмоции, которые ребенок привык подавлять.

Арт-терапия повышает адаптационные способности ребенка к повседневной жизни и школе. Снижает утомление, негативные эмоциональные состояния и их проявления, связанные с обучением. Также важным позитивным феноменом арт-терапии является повышение адаптационных способностей ребенка к повседневной жизни, школе и снижение утомления.

Арт-терапия опирается на здоровый потенциал личности, внутренние механизмы саморегуляции и исцеления и особенно эффективна при коррекции различных отклонений и нарушений личностного развития [4].

Данное сообщение посвящено применению техник рисования в работе с детьми, страдающими различными психическими заболеваниями. Рисование, как разновидность арт-терапии, может многое рассказать о состоянии ребенка, по нему можно судить не только об интеллектуальном развитии ребенка, но и его психическом состоянии [1].

Рисование может быть самостоятельным видом психологической помощи, используемым во время контактов с ребенком и в виде домашних заданий. Невербальное выражение чувств дается детям легче. Последующее совместное обсуждение переживаний и динамики состояния во многом облегчает страдания больных посредством выражения чувств безопасным и более привычным образом, что в конечном итоге ускоряет лечение и реабилитацию.

Нецелесообразно останавливаться здесь на диагностическом использовании рисуночных тестов и спонтанных рисунков, получившем широкое освещение в отечественной и зарубежной литературе. Наряду с этим аспектом рисования, бесспорным его достоинством является то, что оно: поддерживает и стимулирует у ребенка чувство собственной ценности, помогает разрядке напряжения за счет возможности выражения негативных (в частности, гнева и агрессии) чувств безопасным для себя, не встречающим осуждения способом. Кроме того, рисование углубляет и укрепляет терапевтический контакт, создает возможности косвенной, метафорической работы с мыслями и чувствами, которые в прямой работе резистентны, и таким образом ускоряет процесс лечения и реабилитации [4, 5].

Рисование эффективно в диагностике и коррекции эмоциональных нарушений, в том числе страхов. Ребенку предлагается нарисовать то, чего он боится. Повторное переживание страха при отображении на рисунке приводит к ослаблению его травмирующего эффекта. Наблюдение за ребенком в процессе рисования позволяет сделать вывод, о том, что графическое изображение ночных или дневных страхов, требует от ребенка определенных волевых усилий, но снижает напряжение от тревожного ожидания их реализации. Наилучшие результаты от рисования страхов достигаются в возрасте 5-11 лет.

Нами использовались различные приемы и методики рисования с детьми с различными психологическими проблемами в структуре психических и соматических заболеваний [9].

Рисование страхов по А.И. Захарову. Рисование как любое творчество вызывает положительные эмоции, позволяет детям испытать радость, выражать

свободно свои чувства и переживания, мечты и надежды. Рисование, как и игра, – это не только отражение в сознании детей окружающей действительности, но и ее моделирование, выражение отношения к ней. Рисуя, ребенок дает выход своим чувствам и переживаниям, желаниям и мечтам, перестраивает свои отношения в различных ситуациях и безболезненно соприкасается с некоторыми пугающими, неприятными и травмирующими образами. Переживание страха при отображении на рисунке приводит к его ослаблению, а затем исчезновению [3]. Далеко не все дети сразу приступают к выполнению задания, так как рисование страха – это соприкосновение со страхом и взаимодействие с ним на протяжении всего времени рисования. Многие дети совершают неоднократные попытки рисовать, по многу раз откладывая или прерывая этот процесс, прежде чем закончат рисунок. В начале рисования происходит актуализация страха, это естественный процесс, позволяющий запустить процесс избавления от страха. Условность изобразительного образа страха, взаимодействие с ним, творческая и личностная переработка образа страха постепенно уменьшает, а затем сводит на нет переживание эмоции страха. Осознание ребенком победы над страхом, проявленные при этом воля и мужество вызывает естественное чувство гордости от выполненной работы, повышает самооценку. При следующей встрече специалист обязательно в начале беседы должен похвалить и оценить выполненную работу, прежде всего, как проявление мужества и ответственности. Далее следует процедура, подробно описанная А.И. Захаровым [3].

Упражнение «Безопасный мир». Это упражнение является так же, очень эффективным при работе со страхами у детей [8]. На первом этапе дается инструкция: «Нарисуй на листе бумаги свой безопасный мир и побудь в нем немного». На выполнение задания отводится 10-15 минут. Можно работать индивидуально или в группе. При обсуждении каждый ребенок рассказывает о своем мире, при этом задаются уточняющие вопросы, побуждающие ребенка к обсуждению. Затем ребенку необходимо найти самое опасное место в нарисованном мире и нарисовать то, что может быть там страшным или опасным. Как только ребенок пообщается со своим страхом, предложить ему вернуться в «безопасный мир» [8].

Упражнение «Коробка ужасов». Очень действенным средством при работе с детскими страхами является «коробка ужасов». Коробку необходимо обклеить изображениями героев различных сказок и мультфильмов: Змея Горыныча, Бабы-яги, Кошечки Бессмертного, привидений, пиратов и т.п. Можно хранить в такой коробке рисунки детей с характерными персонажами: злое и доброе привидения, глупый пират и пират обжора. А так же множество различных предметов: волшебную палочку, чудо-компас, «заколдованные» мыльные пузыри, распечатки забавных стихов и сказок. Подобная «коробка страхов», поможет ребенку посмеяться над собственными страхами, поиграть с ними [8].

Методика динамического метафорического рисунка по В. Кagan. Там, где это было уместно и возможно, нами использовалась методика

динамического метафорического рисунка [10]. Ребенку предлагается изобразить то, что его беспокоит, в виде дерева, после чего следует короткая процедура внушения, а затем ребенок вновь рисует «дерево проблемы» и сравнивает оба рисунка. Изменения могут быть часто столь демонстративными, что сами по себе обладают поддерживающим и внушающим действием, а ребенок охотно принимает домашнее задание. Оно заключается в том, что вечером перед сном ребенок представляет себе свою проблему в виде дерева, а затем либо уничтожает в воображении это дерево, либо, как подсказывает опыт проведения работы, ухаживает за ним так, что оно становится приятным. На очередной встрече он снова рисует «дерево проблемы» и сравнивает с рисунком, хранящимся у специалиста. Значительные изменения в позитивную сторону происходят уже в ходе первой недели использования методики. В ряде случаев удается, таким образом, существенно снизить напряженность переживаний ребенка.

Метод А. Вайсман (A. Wiseman). Очень часто болезненные переживания отражаются в ночных кошмарах. В таких случаях даже у маленьких детей с успехом используется метод А. Wiseman [2, 11]. После того, как ребенок рисует свой сон, психолог спрашивает, чувствует ли он в себе силы вернуться к сновидению и изменить его так, чтобы оно перестало быть кошмаром. Ребенок может позвать кого-то на помощь, договориться с теми, кто во сне представляет собой страх, обезопасить себя при помощи щита и т.п. Все это вносится в первоначальный рисунок и затем обсуждается.

В ряде случаев этот метод используется следующим образом: ребенку предлагается нарисовать его болезненные переживания (устрашающие фантазии, тоску и плохое настроение), и затем необходимо следовать последовательности метода, описанного выше.

Такая работа достаточно эффективна в терапевтическом плане, большинство детей выполняют ее охотно (после периода естественного сопротивления), не требует специального оборудования и условий, что особенно важно в условиях лечебного или образовательного учреждения.

Работа с агрессией и гневом. Достаточно успешно арт-терапия применялась и в работе с агрессивными детьми. У агрессивных детей слабо развит контроль над собственными эмоциями, поэтому использование приемов арт-терапии в терапевтической работе с такими детьми направлено на формирование навыков контроля и управления собственным гневом. Использовался такой прием как рисование собственного гнева. Методика рисования гнева во многом напоминает работу с детскими страхами, но, тем не менее, имеет собственные нюансы. Часто дети в ходе рисования своего гнева (ярости, агрессии) начинают высказывать все, что они думают по поводу своего обидчика или ситуации, вызывающей у них гнев и раздражение. Важно дать возможность ребенку изобразить и изучить свой гнев и агрессию, что способствует изменению образа в позитивную сторону, а, следовательно, изменению эмоционального состояния ребенка в целом [7].

Регулярные занятия рисованием совершенно естественная деятельность любого ребенка, как здорового, так и больного. Желание творить: рисовать, шить, лепить, делать игрушки или что-то строить является естественным для детей. Поэтому в арт-терапевтических занятиях заложен огромный эмоциональный, энергетический потенциал для развития, преодоления трудностей, саморегуляции и возможностей личностного роста ребенка.

Наш опыт применения приемов арт-терапии в работе с детьми с психическими расстройствами показал высокий терапевтический потенциал данного вида помощи, особенно в установлении контакта, выявлении переживаний ребенка, регуляции общего эмоционального состояния, преодолении страхов.

Безусловно, что арт-терапия при психических заболеваниях у детей является вспомогательным методом помощи, но ее возможности должны использовать все специалисты, работающие в сфере психического здоровья.

Литература:

1. Бахарева К.С. Психологическая реабилитация в детском возрасте. Ростов-на Дону: Феникс, 2009. 256 с
2. Вайсман А. Помощь при кошмарах. New Jersey: The Cross Cultural International Institute, 2001. 109 с.
3. Захаров А.И. Дневные и ночные страхи у детей. СПб., Речь, 2007 г. 320 с.
4. Копытин А.И. Системная арттерапия. СПб: Питер, 2001. 224 с.
5. Копытин А.И., Корт Б. Техники телесно-ориентированной арт-терапии: Учебное пособие. М.: Психотерапия, 2011. 128 с.
6. Медведева Е., Добровольская Т., Левченко И. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании. М.: Академия, 2001. 248 с.
7. Смирнова Т.П.. Психологическая коррекция агрессивного поведения детей. Ростов-на Дону: Феникс, 2004. 154 с.
8. Татаринцева А.Ю., Григорчук М.Ю. Детские страхи. СПб: Речь, 2007. 218 с.
9. Шац И.К. Психологическая поддержка тяжелобольного ребенка. М.- СПб: Речь, 2010. 192 с.
10. Kagan V. Dynamic Metaphoring Drawing in the Therapy of Fears in Children // Trauma and Recovery: Care of Children by 21st Century Clinicians. 14th Int. Congress of the IACAPAP, August 2-6, Stockholm, Sweden. 1998. 321 p.
11. Wiseman A. Dreams as Metaphor: The Power of the Image. Cambridge: Ansayre Press. 1993. 132 p.

Швечкова С.А.

Основные положения предупреждения дисграфии как специфического нарушения письма

Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»

Дисграфия и дислексия (F 81 – по МКБ-10) – неспособность (или затрудненность) овладения письмом и чтением при сохранном интеллекте и физическом слухе. Чаще всего дислексия и дисграфия наблюдаются у ребенка одновременно, но иногда они могут встречаться изолированно. Многие ведущие специалисты относят дисграфию к речевым нарушениям в рамках пограничных психических расстройств детского возраста, призывая комплексно подходить к профилактике, коррекции и лечению данного расстройства.

Решением проблемы дисграфии у детей, по нашему мнению, является ее профилактика. Уже в дошкольном возрасте по целому ряду признаков можно заранее предвидеть, у кого из детей проявится дисграфия. При этом, о профилактике таких видов дисграфии как акустическая, артикуляторно-акустическая на почве нарушения анализа и синтеза речевого потока и оптическая можно говорить только в дошкольном возрасте, тогда как профилактика аграмматической дисграфии возможна еще и в первые два года обучения ребенка в школе, до перехода к морфологическому принципу письма, когда вопрос стоит уже не о профилактике, а об устранении проявившейся дисграфии того или иного вида.

Учитывая индивидуальные особенности каждого ребенка с нарушениями речи, врачи-психотерапевты, психологи и логопеды намечают единый комплекс совместной коррекционно-педагогической работы, направленной на формирование и развитие двигательной, интеллектуальной, речевой и социально-эмоциональной сфер развития личности ребенка.

Современная письменная речь носит алфавитический характер. Знаки письменной речи – буквы, обозначающие звуки устной речи.

И устная, и письменная формы речи представляют собой вид временных связей второй сигнальной системы, но в отличие от устной, письменная речь формируется только в условиях целенаправленного обучения, т.е. ее механизмы складываются в период обучения грамоте, и совершенствуются в ходе всего дальнейшего обучения.

В результате рефлексорного повторения образуется стереотип слова в единстве акустических, оптических кинетических раздражений. Овладение письменной речью представляет собой установление новых связей между словом слышимым и произносимым, словом видимым и записываемым, так как процесс письма обеспечивается согласованной работой четырех анализаторов: речедвигательного, речеслухового, зрительного и двигательного.

С.Л. Рубинштейн считает существенным отличием письменной от устной речи еще и то, что «в письменной речи, обращенной к отсутствующему или вообще безличному, неизвестному читателю не приходится рассчитывать на то, что содержание речи будет дополнено подчеркнутым из непосредственного контакта общими переживаниями, порожденными той ситуацией, в которой находился пишущий. Поэтому в письменной речи требуется иное, чем в устной – более развернутое построение речи, иное раскрытие содержания мысли. В письменной речи все существенные связи мысли должны быть раскрыты и отражены. Письменная речь требует более систематического, логически связного изложения».

А.Р. Лурия, сравнивая устную и письменную формы речи, писал, что письменная речь не имеет никаких внеязыковых, дополнительных средств выражения. Она не предполагает ни знания ситуации адресатом, ни симпрактического контакта, она не располагает средствами жестов, мимики, интонации, пауз, которые играют роль семантических маркеров в монологической устной речи. Процесс понимания письменной речи резко отличается от процесса понимания устной речи тем, что написанное всегда можно перечитать [2]. Исходя из всего сказанного, можно заключить, что письменная речь, в частности письмо – это высшая форма речи, от устной и внутренней речи. Она функционирует в отсутствии собеседника, более полно реализует содержание сообщения, порождается иными мотивами и обладает большей произвольностью, чем устная и внутренняя речь.

В письменной речи все должно быть понятно исключительно из ее собственного смыслового содержания.

Сенсомоторной основой психического развития ребенка являются те координации, которые возникают между глазом и рукой, между слухом и голосом. Формирование речевой функции в онтогенезе происходит по определенным закономерностям, определяющим последовательное и взаимосвязанное развитие всех сторон речевой системы.

Изучению вопроса о функциональном взаимодействии речедвигательного и речеслухового анализаторов в процессе формирования устной речи посвящены труды А.Н. Гвоздева, Н.Х. Швачкина, В.И. Бельтюкова. Функция слухового анализатора формируется у ребенка значительно раньше, чем функция речедвигательного анализатора: прежде, чем звуки появятся в речи, они должны быть дифференцированы на слух. В первые месяцы жизни ребенка звук сопровождает произвольную артикуляцию, возникая вслед за движениями органов артикуляционного аппарата. В дальнейшем соотношение между звуком и артикуляцией в корне меняется: артикуляция становится произвольной, соответствуя звуковому выражению.

Механизм речи включает два основных звена: образование слов из звуков и составление сообщений из слов. Слово есть место связи двух звеньев механизма речи. На корковом уровне произвольного управления речью

образуется фонд тех элементов, из которых формируются слова. Во второй ступени отбора элементов образуется так называемая «решетка морфем». По теории Н.И. Жинкина, слова становятся полными только после операции составления сообщений. Весь смысл работы речедвигательного анализатора заключается в том, что он может продуцировать каждый раз новые комбинации полных слов, а не хранить их. Перестройки могут совершаться только материальными слоговыми средствами, т.к. слог – основная произносительная единица языка. Именно поэтому, как считает Н.И. Жинкин, то главное, с чего начинается речевой процесс и чем он заканчивается, есть код речедвижений (отбор требуемых речедвижений), и в этом основная роль на пути от звука к мысли [1].

Главные разделы работы по предупреждению и устранению предпосылок таковы:

- воспитание слуховой дифференциации звуков речи;
- устранение звуковых замен в устной речи;
- воспитание простейших видов фонематического анализа слов;
- развитие оптико-пространственных представлений и зрительного анализа и синтеза;
- формирование грамматических систем словоизменения и словообразования;
- обогащение словарного запаса.

Для овладения письменной речью имеет существенное значение степень сформированности всех сторон речи. Нарушения звукопроизношения, фонематического и лексико-грамматического развития находят отражение в письме и чтении. В процесс письма активно включаются еще глаз и рука, и тогда вопрос о взаимодействии слухового, зрительного, речедвигательного и двигательного компонентов письма приобретает особую важность. Письмо может быть рассмотрено как двигательный акт, в котором различают его двигательный состав и смысловую структуру.

Двигательный состав письма весьма сложен и отличается своеобразием на каждой ступени овладения навыком. Так ребенок, приступающий к обучению грамоте, начинает с освоения смысловой стороны письма. В отличие от неграмотного ребенка, который «срисовывает» буквы со всеми особенностями шрифта, как геометрический узор, начинающий школьник воспринимает буквы как смысловые схемы, ассоциированные и с их звуковыми образами, и с начертательными образами слов.

Каждый ребенок, независимо от применяемого к нему метода обучения, неизбежно проходит через несколько фаз. На первом этапе обучения школьник пишет крупно, и это связано не только с грубостью его пространственных координат. Причина в том, что, чем крупнее письмо, тем меньше относительная разница между движениями кончика пера и движениями самой руки, т.е. тем проще и доступнее перешифровка.

Процесс письма, будет ли это свободное письменное изложение или списывание текста или письмо под диктовку является далеко непростым психологическим актом. Каждый процесс письма включает в свой состав много общих элементов. Письмо всегда начинается с известной задачи. Если учащийся должен написать диктуемое слово или фразу, этот замысел сводится к тому, чтобы, заслушав текст, написать его со всей точностью и правильностью. Если учащийся должен написать изложение или письмо, замысел сначала ограничивается определенной мыслью, которая позднее формируется во фразу, из фразы выделяются уже те слова, которые должны быть написаны первыми.

Замысел, подлежащий превращению в развернутую фразу, необходимо не только удерживать, но с помощью внутренней речи в дальнейшем превращать в развернутую структуру фразы, части которой должны сохранить свой порядок.

А.Р. Лурия выделил следующие специальные операции письма: «анализ звукового состава того слова, которое подлежит написанию... Выделение последовательности звуков в слове является первым условием для расчленения речевого потока».

Условием письма является уточнение звуков, превращение слышимых в данный момент звуковых вариантов в четкие обобщенные речевые звукофонемы. Поначалу оба эти процесса протекают полностью осознанно, в дальнейшем они автоматизируются.

Второй этап процесса письма: «выделение фонемы или их комплексы должны быть переведены в зрительную графическую схему. Каждая фонема переводится в соответствующую букву, которая и должна быть написана...» .

«Третьим и последним моментом в процессе письма является превращение подлежащих написанию оптических знаков-букв в нужные графические начертания».

Если на первых этапах развития навыка движения, нужное для написания каждой буквы, является предметом специального осознанного действия, то в последующем эти отдельные элементы объединяются и человек, хорошо владеющий письмом, начинает записывать «... объединенные знаком целые комплексы привычных звучаний» [3].

Все изложенное утверждает, что процесс письма меньше всего является «идеомоторным» актом, каким его нередко пытались представить, и что в его состав входят очень многие психологические процессы, лежащие как вне зрительной сферы, так и вне двигательной сферы, играющей в непосредственном осуществлении процесса письма. Это и подтверждает необходимость комплексного подхода к профилактике, коррекции и лечению детей с дисграфией (совместная работа психиатра, невролога, психолога и логопеда).

Литература:

1. Жинкин Н.И. Психологические основы развития речи. Язык. Речь. Творчество. М., 1998.

2. Лурия А.Р. Психологическое содержание процесса письма. Методическое наследие. Логопедия. Книга IV. М.: Изд-во Московского университета, 1979.
3. Лурия А.Р. Язык и сознание. М.: Изд-во Московского университета, 1979.

Шевченко Ю.С.

Концептуальное наследие Г.Е. Сухаревой в контексте современной психиатрии

Российская медицинская академия последиplomного образования, Москва

Когда состояние науки и опирающейся на нее практики претерпевает кризис (естественно-динамический или/и социально-экономический), самым разумным является обращение к ее историческому прошлому и тем базисным идеям, положениям и принципам, которые были заложены ее основателями, корифеями и лидерами.

Естественнонаучный подход, представленный «биологической психиатрией», основывается по определению академика М.Е. Вартаняна (1983) на достижениях генетики, биохимии, иммунологии, эндокринологии, нейроморфологии, нейрофизиологии, и психофармакологии. Однако, в нашей стране он почему-то до сих пор игнорирует социобиологию и ее составную часть – этологию, основоположники которой – К. Лоренц, Н. Тинберген и К. фонФриш в 1973 году получили Нобелевскую премию «за открытия, связанные с созданием и установлением моделей индивидуального и группового поведения животных» (к коим относится и *homo sapiens*). В ныне декларируемую био-психо-социальную модель почему-то не входит социально-биологическая составляющая. Такие биологические категории, как индивидуальные, репродуктивные и социальные инстинкты отсутствуют и в обиходном психиатрическом лексиконе, и в Международной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10).

Детская психиатрия, в силу своей онтогенетической сущности, в лице Г.Е. Сухаревой (1955), предлагает естественнонаучную (эволюционно-биологическую) концепцию для построения интегративной теории всей психиатрии. Целью данного сообщения явился анализ основных положений научного наследия Г.Е. Сухаревой в контексте настоящего состояния и перспектив нашей специальности.

В своих знаменитых «Лекциях...» Г.Е. Сухарева пишет: «Приспособительные и защитные механизмы **вырабатываются животными и человеком в процессе эволюционного развития во взаимодействии организма с внешней средой**». Этология человека еще в 80-х годах прошлого века продолжала официально декларироваться в нашей стране в качестве «реакционного, антимарксистского направления» антропоморфизма (Краткий психологический словарь, 1985) и фактически находилась под запретом. Готовя свои лекции к публикации еще при жизни Сталина, Г.Е. Сухарева вынуждена была ограничить иллюстрацию ключевого тезиса эволюционно-биологической концепции лишь физиологическими примерами, а врожденные механизмы поведения оставить за скобками. Сейчас же преодоление антропоцентризма и

обращение к этологической и, в более широком смысле, к социобиологической парадигме психиатрии является и актуальным, и вполне возможным на пути к созданию «понимающей психопатологии».

Развитие же психиатрии раннего возраста вообще не мыслимо без этологического подхода, поскольку ребенок уже рождается с широким репертуаром филогенетически закрепленного поведения, наследственными программами и моделями его онтогенетического «очеловеченья» (Клинок В.Н., 1995; Микиртурмов Б.Е., Кошавцев А.Г., Гречаный С.В., 2001; Самохвалов В.П., Гильбурд О.А., Егоров В.И., 2011; Шевченко Ю.С., 2011; Хайретдинов О.З., 2015). Знание основного постулата этологии, гласящего, что любое поведение изначально, в эволюционном (фило-онтогенетическом смысле) имеет защитный и/или приспособительный характер (Eibl-Eibesfeldt, 1985), позволяет более широко оценить следующее положение Г.Е.Сухаревой, касающееся природы психических и поведенческих расстройств.

Ссылаясь на работы И.П. Павлова автор эволюционно-биологической концепции указывает на необходимость **дифференциации симптомов ущерба и компенсации** и учета возможной динамики последних из компенсаторных феноменов в гиперкомпенсаторные, а далее – в условно патологические и собственно психопатологические. Это важно при рассмотрении таких клинических форм как «синдром дефицита внимания с гиперактивностью», «расстройства аутистического спектра», «обсессивно-компульсивные расстройства», системные, психосоматические расстройства, расстройства привычек и влечений, при анализе взаимоотношений в структурно-динамических диадах «фобии-мании», развития бреда («преследуемый-преследователь») и проч. Отсутствие такой дифференциации направляет усилия практического врача на борьбу с бросающимися в глаза симптомами компенсации, а не ущерба (например, на подавление двигательной расторможенности детей с СДВГ, вместо повышения тонуса их церебральной коры), а организаторов здравоохранения провоцирует концентрироваться на помощи детям с гиперкинетическими расстройствами поведения, забывая о том, что детей с дефицитом внимания без гиперактивности (т.е. лишенных собственных компенсаторных ресурсов) в три раза больше (Сухотина Н.К., 2017).

Говоря о **симптомах «мало специфичных для данной болезни, отображающих характер приспособительных, защитных реакций организма»** и ссылаясь на работы И.В. Давыдовского, Г.Е. Сухарева по сути говорит об адаптационном синдроме, как нозологически неспецифической реакции на стресс. Данное положение сегодня крайне ценно для разработки концепции психопатологического диатеза, в подходе к которой у отечественных исследователей обнаруживается масса «базальных» противоречий (Шевченко Ю.С., Баздырев Е.И., 2013). Представляется, что шизотипическое расстройство, вегетососудистая дистония, циклотимия, неэпилептические пароксизмы и «доброкачественная эпилепсия» - это **болезни адаптации** как результат неблагоприятной динамики адаптационного синдрома у носителей

соответствующего диатеза (шизотипического, невропатического, тимопатического, эпилептического) и представляют собой конституциональную альтернативу прогрессивных эндогенных нозологий (Шевченко Ю.С., Баздырев Е.И., 2013).

Подчеркивая, что **«процесс приспособления организма к окружающей среде имеет место не только в нормальных, но и в патологических условиях существования организма»** и, называя его «приспособлением в патологии», Г.Е.Сухарева предвосхитила концепцию Н.П. Бехтеревой об **«устойчивом патологическом состоянии»** (УПС), как ущербном, но адаптирующем гомеостазе, сменяющим стрессовую нестабильность, длительное нахождение в которой угрожает всей системной организации больного. Наличие УПС объясняет затруднения в лечении хронических расстройств, нестойкость чисто симптоматического лечения и обуславливает необходимость включения в терапевтическую стратегию, во-первых – холистического многоуровневого (биологического, психологического, социально-личностного) подхода к структуре «больной-болезнь», во-вторых – усилий, направленных на саногенные изменения в более общих системах, в которые данная структура входит в качестве подсистемы (семья, школа, референтная группа), в-третьих – реализацию на всех этих уровнях лечебно-стрессовых форм воздействия, способных разорвать инертные связи, поддерживающие УПС, дабы в результате эустресса (по Г. Селье) новая стабилизация оказалась качественно более нормативной.

К сожалению, в этом смысле современное состояние нашей психиатрии представляется регрессивным. Отказавшись от таких активных терапевтических технологий, как инсулиновые шоки, ЭСТ, «ударные дозы», одномоментные отмены препаратов, лечебное голодание, холдинг-терапия, эмоционально-стрессовая психотерапия и проч., призванных резко изменить реактивность, мобилизовать защитные силы, современные протоколы не предлагают ничего взамен. Современные технологии интенсивной психофармакотерапии не получили пока достаточного признания и распространения (Боев И.В., 2017), в том числе в силу противоречия между провозглашаемым прогрессивным тезисом о персонифицированной медицине и насаждаемой на местах практикой унификации синдромально ориентированных стандартов лечения.

Привитие медицине статуса «сферы обслуживания» в комплексе с псевдодемократическими антипсихиатрическими установками также не способствует радикальности лечебно-реабилитационных мероприятий. Даже госпитализировать ребенка без матери, дабы разорвать их инертно-патологический симбиоз, сегодня стало проблематично.

«Основой эволюционно-биологической концепции о болезни является положение о диалектическом **единстве организма с внешней средой**». Это единство наглядно проявляется в сезонных депрессиях-маниях, суточных и метеопатических обострениях состояния, а также в том, что как все живое наши пациенты тянутся к свету и чистому воздуху. Отсюда обоснованность более

активного внедрения физиотерапии, курортологии (вместо закрытия санаторно-лесных школ и «нерентабельных» психоневрологических санаториев), гипербарической оксигенации (пришедшей из педиатрии в общую психиатрию, но так и не освоенной детскими психиатрами), светолечения, фитотерапии в психиатрическую науку и практику.

Это же можно сказать о социальной среде. Закрытие специализированных и коррекционных школ при необеспеченности полноценной инклюзивной модели воспитания (кстати, не безукоризненной с позиций социальной биологии, не говоря уже о неготовности к этой модели самого общества) лишило детей с проблемами в развитии перспектив как инклюзии (принятия), так и социальной интеграции.

«При изучении причины (этиологии) психического заболевания клиницисту всегда приходится учитывать **два факта**, имеющих противоположное значение для происхождения и предотвращения болезни: 1) **повышенную реактивность** высших отделов нервной системы в отношении различных воздействий и 2) **высокую пластичность**, функциональную подвижность нервных процессов в коре полушарий». Данный тезис подтверждается высокой эффективностью современного отечественного метода **нейропсихологической коррекции** (Семенович А.В., 2002; Корнеева В.А., Шевченко Ю.С., 2010) в отношении детей с дизнейроонтогенетической (по И.А. Скворцову) почвой психических расстройств и нарушений развития (большинство пациентов детско-подросткового психиатра, как известно, имеют резидуально-органическую церебральную недостаточность).

Это же касается технологий, основанных на концепции **онтогенетически-ориентированной психотерапии** (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В., 1999; Шевченко Ю.С., 2012), включая перинатальную психологию и психотерапию (Добряков И.В., 2005), а также **коррекционной воспитательно-педагогической помощи** (Купер Дж.О. и соавт., 2017). Необходима их дальнейшая разработка и широкое внедрение в службу детского психического здоровья.

Общая же теория психиатрии должна строиться из понимания того, что она является не только естественно-научной, но и гуманитарной дисциплиной (Самохвалов В.П., Кузнецов В.Е., 2015; Зислин И., 2016). Следующий тезис Г.Е. Сухаревой полностью предвосхищает это положение: «Детерминированность физиологических функций **социальными факторами** в клинике психических заболеваний выступает еще более отчетливо, чем в соматической. Изменение социальной среды, общественных взаимоотношений, **трудовой установки** человека, его социальной направленности является одним из важных факторов для профилактики и лечения психических заболеваний». Это делает профессию психиатра наиболее социально активной как в плане реабилитации пациентов, так и в плане первичной профилактики химических и нехимических зависимостей, суицидального и девиантного поведения (включая стихийные формы подростковой инициации и социального иждивенчества), школьной дизадаптации и проч. Отсюда следует, что и функционирование

службы детского психического здоровья и подготовка для нее квалифицированных кадров предполагает как межпрофессиональный подход на уровне конкретного пациента (психиатр, социальный работник, психолог, психотерапевт, логопед, дефектолог, специалист по трудотерапии), так и межведомственное (не декларируемое, а истинное) взаимодействие органов здравоохранения, социальной, психологической службы и образования (Северный А.А., Шевченко Ю.С., 2013).

К сожалению, такое взаимодействие активно тормозится, а то и разрушается «сверху» как на организационном, так и на концептуальном уровне. К примеру, клиническая (медицинская) психология никак не может войти в регистр медицинских специальностей, количество специализированных учреждений для детей с проблемами развития стремительно сокращается, принципиально не решен вопрос о подготовке психотерапевтов из клинических психологов. Детские же психотерапевты и медицинские психологи представляют собой своего рода поручиков Кижэ (или «несуществующих животных») поскольку отсутствуют как в официальном списке специальностей, так и в списке должностей.

Далее Г.Е. Сухарева пишет: «Исходя из эволюционного принципа, можно сказать, что всякое патогенное воздействие на ранних стадиях развития нервной системы нарушает ее дальнейший онтогенез, меняет тип реакции на раздражители. Если эта перестройка типа реагирования нервной системы идет в патологическом направлении и снижает ее приспособительные функции, то создается так называемое «приобретенное предрасположение» к заболеванию».

Иными словами, **любая ранняя, тяжелая или длительная вредность**, даже не вызвавшая заболевания, **обуславливает** дизейроонтогенетическое **изменение реактивности**, создающее собственный или искажающее конституциональный диатез и формирующее патологически измененную (неполноценную) почву. Это делает атипичным конституциональный ответ на специфический или неспецифический стресс. Существующие же и создаваемые «стандарты» **не учитывают ни диатез, ни измененную «почву»**. Вызывает большие сомнения целесообразность разработки стандартов лечения, основанных не на нозологической, а на статистической классификации. Тем более, что последнюю точку в этих документах ставит не клиницист, а экономист.

По этому поводу Г.Е. Сухарева пишет: «Первые два положения, устанавливающие специфичность действия патогенного агента и диалектическое единство этиологии и патогенеза болезни, могут служить **теоретической основой для создания нозологической классификации**». Согласно этио-патогенетическому подходу специфические этиологические факторы обуславливают следующие нозологические группы: 1) психогенные, 2) соматогенные, 3) энцефалопатические (а - внешние или б - внутренние повреждения мозга), 4) социогенные, 5) наследственные (эндогенно-процессуальные заболевания и «семейные» синдромы-болезни). Они проявляются соответствующими приспособительными филогенетически детерминированными и конституционально оформленными

психопатологическими ответами (психотического или пограничного уровня) на экзогенную или эндогенную вредность и соответствующей ей динамикой (*прогредиентной, регредиентной, ситуационно-возрастной*). Неспецифические стрессогенные факторы вызывают преимущественно конституциональные ответы – б) реактивно-диатетические (эндо-реактивные) – «конституциональные типы реакций» (по П.Б. Ганнушкину). Крайние носители диатетической (аномальной) конституции (сами провоцирующие психогенные стрессы и легко декомпенсирующиеся в ответ на любую вредность) нозологически представлены – 7) психопатиями. Этиологически неспецифические вредности, нарушающие эволютивные или инволютивные механизмы онтогенеза формируют соответствующие продуктивно - и негативно-дизонтогенетические «возрастные» нозологии – 8) дизонтогенетические расстройства: а - специфические для детского возраста; б - специфические для возраста обратного развития (Шевченко Ю.С., 2011).

Прозорливо предвидя сегодняшний редукционизм в нашей специальности, Г.Е. Сухарева подчеркивала: «Последовательное **проведение нозологического принципа** при группировке психических заболеваний следует рассматривать **как прогресс психиатрической науки** и практики. В синдромологической концепции отображены реакционные идеи метафизического представления о болезни, выдвигающие на первый план статику отдельных синдромов и не учитывающие **тип течения** болезни (острота начала и темп ее дальнейшего течения)».

Более полувека назад корифей отечественной психиатрии предостерегала коллег относительно «Троянского коня» международных классификаций, губящих клиническое мышление. Подобострастное следование им оторвало психиатров от традиционного этио-патогенетического принципа и сделало многие научные, в том числе диссертационные исследования «мелкотемными» и безконцептуальными, напоминающими статистически подкрашенный «Отчет о проделанной работе».

Последовательно отстаивая динамический подход, основоположник отечественной детской психиатрии указывала: «Каждый болезненный процесс имеет свою **функциональную стадию развития**, когда преобладают защитные механизмы, только на последующих этапах болезни деструктивные явления становятся преобладающими и могут приобрести более стойкий, необратимый характер в виде морфологических, структурных нарушений. Поэтому так важно **раннее распознавание болезни и своевременное ее лечение**».

Раннее распознавание предполагает **приближенность психиатрической службы к населению** и активную диспансеризацию, начиная с раннего возраста, что невозможно без развития **микropsихиатрии**, как в организационном, так и в образовательном и научном плане, включая диагностический и терапевтический аспекты (с перспективой появления **онтогенетически ориентированной психофармакотерапии**).

Уместно напомнить, что любая врачебная специальность, не имеющая своей «детской» параллели или субспециальности априори работает с «нуля», т.е. с рождения потенциального пациента. Те, кто исключил детскую психиатрию (равно как детскую неврологию и ряд других педиатрических

специальностей) из списка врачебных специальностей в 1995 году, видимо думали о чем угодно, кроме будущего страны – о подрастающем поколении. У тех, от кого это будущее зависит сейчас, есть два варианта: либо восстановить специальность, назвав ее как, например, в Германии – «детская психиатрия-психотерапия»; либо официально обязать всех общих психиатров работать «с нуля».

Нельзя не остановиться на следующем положении эволюционно-биологической концепции: «При распознавании формы заболевания и его патогенеза врач всегда строит предположение о характере патологического процесса, лежащего в основе болезни, его морфологических особенностях, его распространении в тех или других органах... явствует необходимость разрешения еще более сложной задачи, а именно: распознать на основе клинических и экспериментальных данных **функциональное состояние** данного больного органа или, вернее, данной физиологической системы».

Иными словами, чтобы лечить конкретную болезнь у конкретного больного нужен функциональный диагноз (который структурирован в неиспользуемом многоосевом подходе, предлагаемом МКБ-10 – пожалуй, единственным бесспорном позитиве действующей номенклатуры). «Стандарты», ориентированные на синдромы, не предлагают лечить больного и не обязуют врача быть исследователем, к чему призывала Г.Е. Сухарева. Отсутствие же общей теории психиатрии не направляет мышление даже думающего профессионала на раскрытие патогенеза. А если практика не ставит вопросов, то и наука не слишком озабочивается, чтобы на них ответить. Так формируется *circulus vitiosus* нашей науки и практики.

Закljučая представление своей концепции, Г.Е. Сухарева пишет: «Не ограничиваясь только изложением клиники и терапии психических заболеваний у детей, мы уделяем большое внимание рассмотрению принципиальных **вопросов общей психиатрии** - проблеме сущности психических болезней, принципов их группировки и диагностики».

К сожалению, организаторами здравоохранения забыт следующий тезис великого мэтра: «Каждый психиатр, независимо от того, работает ли он в области детской или общей психиатрии, должен твердо помнить, что **правильная постановка детской психиатрии есть один из важных путей профилактики психической заболеваемости взрослого населения**».

Сегодня детская психиатрия уже сама обогащает свою *alma mater* **эволюционно-динамическим подходом**, а это – безусловный критерий самостоятельной специальности.

В то же время, вместо восстановления клинической специальности «детская психиатрия» происходит ее тихая деградация как в научном, так и в профессиональном и организационном плане. К сожалению, это соответствует принципу упомянутого выше печально известного исторического лидера: «Нет человека – нет проблемы».

Как видим, приведенные положения эволюционно-биологического подхода к пониманию природы психических расстройств, звучат вполне современно и имеют самые широкие перспективы. Общепризнано, что **нет ничего более практичного, чем хорошая теория**. В этом смысле творческое

обращение к концепции Г.Е. Сухаревой – прекрасная альтернатива атеоретическому и застою состоянию сегодняшней психиатрии.

Литература:

1. Боев И.В. Современные аспекты психофрамкоадаптивных технологий. Доклад на XV Межрегиональная научно-практическая конференция «Общество и психическое здоровье» 25-27 мая 2017 года, г. Ставрополь.
2. Варганян М.Е. Биологические основы психических заболеваний. В кн.: Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. Т.1. М.: Медицина, 1983. С. 97-158.
3. Добряков И.В. Перинатальная психотерапия. В кн.: Детская психиатрия: Учебник / Под ред. Э.Г. Эйдемиллера. СПб: Питер, 2005. С. 795-806.
4. Зислин И. Опыт разработки филологических аналогий для психиатрии // Независимый психиатрический журнал. № 2, М., 2016. С. 58-69.
5. Клинков В.Н. Обряды инициации и эволюция подростковой психопатологии. Acta Psychiatria, Psychother., et Ethologica Taurica. № 3, 1995. P. 131-137.
6. Корнеева В.А., Шевченко Ю.С. Нейропсихологическая коррекция пограничных состояний у детей и подростков (теория и практика). М., ИД «ТАКТ». 2010. 154 с.
7. Купер Дж. О., Херон Т.Э., Хьюард У.Л. Прикладной анализ поведения. Пер с англ. М.: Практика, 2016. 864 с.
8. Микиртумов Б.Е., Кошачев А.Г., Гречаный С.В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста. СПб: Питер, 2001. 256 с.
9. Самохвалов В.П., Гильбурд О.А., Егоров В.И. Социобиология в психиатрии. М.: Изд-й дом Видар-М, 2011. 336 с.
10. Самохвалов В.П., Кузнецов В.Е. /ред./ Психиатрия и искусство. М.: Изд. дом Вида-М, 2015. 376 с.
11. Северный А.А., Шевченко Ю.С. Организационные проблемы системы охраны детского психического здоровья. Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2013 (13), №2, М., 2013. С. 5-11.
12. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: Учеб. Пособие для высш. учеб. заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2002. 232с.
13. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М., 1955. Т.1. 458 с.
14. Сухотина Н.К. Гиперкинетические расстройства у детей и подростков // Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов / Под ред. Ю.С. Шевченко. 2-е изд. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2017. С. 532- 552.
15. Хайретдинов О.З. Клинико-этологическая дифференциация аутистических расстройств в детском возрасте. Автореф. дисс.канд мед наук. СПб., 2015. 24 с.
16. Шевченко Ю.С. Систематизация психических расстройств // Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов / Под ред. Ю.С. Шевченко. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. С. 72-95.
17. Шевченко Ю.С. Этологические механизмы психопатологических расстройств // Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов / Под ред. Ю.С. Шевченко. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. С. 579-622.
18. Шевченко Ю.С. Онтогенетически ориентированная (реконструктивно-кондуктивная) психотерапия — пространственно-временная модель интеграции // Психотерапия. №10 (118), М., 2012. С. 55-62.
19. Шевченко Ю.С., Баздырев Е.И. Эволюционно-биологическая природа психопатологического диатеза. Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология. Вып. 11, М., 2013. С. 181-193.
20. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. СПб.: ЗАО «Издательство «Питер», 1999. 656 с.
21. Eibl-Eibesfeldt I. *Human ethologie*. Berlin, N.-Y. Plenuv Press, 1985. 875 p.

Шигашов Д.Ю.

**Оказание помощи пострадавшим от сексуального насилия:
организационный аспект**

Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»

Современное общество даже за последние десять-пятнадцать лет переживает существенные структурные изменения. Гораздо актуальнее стала угроза военного противостояния отдельных государств, цивилизаций и культур. Более напряженными стали попытки коммерческого и финансового манипулирования, адресованные как к отдельной личности, так и к множеству целых народов. Более активным стало влияние идеологий и вероучений на личность и целые государства. Под влияние финансовых интересов попало здоровье и биологическая целостность человека. Возникло великое множество условий и продуктов профессиональной деятельности специалистов разных специальностей, начиная от производства пищевой продукции и заканчивая генерацией продукции духовно-нравственного содержания. В коммерческий эксплуатационный прицел попадают не только рафинированные интересы людей, такие, как интерес к редким произведениям искусства, вычурным, предметам быта, изощренным состязаниям, популярным культуре аристократии. Под прицелом находятся и обыкновенные жизненные потребности людей.

Стремление великого множества производителей любого свойства насытить сферу потребления своей продукцией и занять в этой сфере доминирующее положение, оставляет все меньше места для свободы и индивидуального существования независимой личности. Каждая человеческая потребность и яркая черта становится объектом подражания, манипулирования и эксплуатации. Очевидно, что наиболее значимые человеческие проявления оцениваются и взвешиваются с целью поиска закономерности их существования. Из этих закономерностей и состоит конечная цель превращения уникальности в продукт, а точнее – в востребованный товар.

Возвращаясь к проблеме статьи, отметим, что как красота и привлекательность, так и человеческая уникальность становятся объектом манипуляции и торговли. Признаки привлекательности тиражируются, их воспроизведение ставится на поток и выгодно продается. Объектами торговли и манипулирования в современном мире становятся не только привлекательность и красота, но сам способ взаимодействия с ними. Интимная близость, удовольствие и удовлетворение в современном мире превращается в товар. Товаром становится секс. И если в здоровом обществе этот товар является объектом купли-продажи, в обществе психопатов и преступников, он становится объектом преступного вождления. Само вождление является продуктом извращенной воли, продуцируемой психопатезированной личностью, индивидуумом с большим мышлением, и намерениями.

В организационном, медицинском и социально-правовом аспекте реабилитации целесообразно рассматривать две наиболее общие формы оказания помощи пострадавшим от насилия: общественно-социальную и

медицинскую.

Основной источник поступления материальных средств в центры социально-реабилитационной направленности – внебюджетное финансирование. Центры, осуществляющие работу с пострадавшими так же, как и другие негосударственные центры строят свою деятельность, исходя из источников и объемов финансирования. Львиная доля внебюджетных источников (это, как правило, гранты, выделяемые на конкретные исследования, и пожертвования на выполнение отдельных видов реабилитационной деятельности) расходуются на оплату коммунальных услуг, оплату аренды помещения, закупку аппаратуры, накладные расходы, зарплату сотрудников, получение нормативной и разрешительной документации. Непосредственно на реабилитацию и профилактические мероприятия данными центрами тратится не более 10-15% поступающих средств. Причем работа с пострадавшими в этом объеме занимает еще меньшую долю. Часть средств идет на печатание профилактической литературы, подготовку семинаров, обучение волонтеров.

Финансово обеспеченные центры занимают достаточно приспособленные помещения, имеют возможность привлечения квалифицированных специалистов, врачей различных специальностей, и активно занимаются профилактикой насилия посредством проведения конференций, симпозиумов, печатания и распространения соответствующей литературы.

Работа с пострадавшими преимущественно заключается в непосредственном консультировании, как правило, психологом или волонтером из числа студентов или лиц, ранее переживших подобный опыт и прошедших реабилитацию. Существует и телефонная форма консультирования, когда пострадавшие могут получить какие-либо предварительные рекомендации по преодолению психических последствий насилия, обращению в правоохранительные органы, поведению в ситуации насилия и пр.

При возникновении семейных конфликтов, связанных с домашним насилием или другой конфликтной ситуацией в семье пострадавших, они по возможности удаляются из семьи. В данной ситуации негосударственные центры, как правило, активно сотрудничают с приютами для пострадавших от сексуального насилия, где они укрываются на время разрешения конфликтной ситуации. В ряде центров основная работа строится на базе такого приюта, однако при этом в силу финансовых условий (чаще внебюджетное финансирование распространяется на какую-нибудь одну сферу оказания помощи пострадавшим и не позволяет создать условия для комплексной помощи) и структурных особенностей (часто приюты не содержат медицинского блока) работа таких центров затрагивает лишь одну сторону конфликта, возникающего у пострадавших.

Пожалуй, самым важным преимуществом является общественно-правовая и просветительская работа. Она складывается, прежде всего, в попытке влияния как на законодательные и исполнительные органы, так и на общественное сознание. Используя опыт работы с пострадавшими от

насилия, социальный потенциал пострадавших или их родственников, отдельные статистические показатели, представители центров выходят с обращениями и материалами в органы законодательной и исполнительной власти регионов и федерального центра. При этом активно задействуются СМИ, используются выступления в ток-шоу. Целью таких обращений является как улучшение в сфере прав пострадавших от насилия, так и получение разнообразных льгот для собственной организации.

Откровенно слабым местом работы подобных организаций является то, что они, как правило, являются носителями отдельной идеологии или выполняют негосударственный социальный заказ. Это простирает из особенностей финансирования.

Работу государственных центров, осуществляющих специализированную помощь пострадавшим от насилия можно проиллюстрировать следующей схемой:



Работа медицинских организаций, прежде всего, направлена на преодоление явных психических последствий и физических повреждений у пострадавших. Преимуществом государственных медицинских организаций является доступность комплексных медицинских услуг и скоординированность служб различных медицинских специальностей. Среди медицинских центров, широко оказывающих помощь пострадавшим от насилия, в Санкт-Петербурге активно действуют два городских центра: СПб ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина» и городской подростковый КДЦ «Ювента».

В Центре восстановительного лечения «Детская психиатрия» (ЦВЛ) работа с пострадавшими строится преимущественно на базе кризисного психотерапевтического отделения. Имеется «Детский телефон доверия» с общероссийским номером, по которому можно обратиться в кризисной

ситуации. Структурно кризисный центр связан с отделениями для больных с острой психической патологией и консультативно-диагностическим отделением, в котором консультируют не только врачи-психиатры, но и психологи, психотерапевты, специалисты по социальной работе. Данная структура позволяет охватить весь возможный спектр психических нарушений пострадавших: от вероятных аддиктивных действий и суицидальных намерений до ранних психотических и невротических расстройств. Особым преимуществом подобной организации является тесная связь с правоохранительными органами и органами соцобеспечения. Это создает возможность помогать детям при крайних формах насилия в семье, детям из асоциальных семей и детям в закрытых детских учреждениях. При этом решаются социальные и юридические задачи, связанные с выводом ребенка из виктимологической ситуации.

В подростковом центре «Ювента» тесная связь гинекологического и психотерапевтического звена позволяет обследовать и оказывать помощь значительному количеству пострадавших. Первично пострадавшие обращаются как в психотерапевтическую, так и в гинекологическую службу. Больше количество (около 90%) пострадавших первично обращаются к гинекологу. И далее, в качестве рекомендации, получают направление к психологу и психотерапевту. В центре «Ювента» есть также специалисты урологи-андрологи, оказывающие бесплатную квалифицированную помощь детско-подростковому населению, однако количество мальчиков, обратившихся с проблемой последствий насилия невелико.

В зависимости от характера нарушений и предшествующих заболеваний пострадавшая может направляться к другим специалистам (терапевт, эндокринолог, кардиолог и пр.). Психотерапевтическая помощь оказывается в виде телефонного психологического консультирования, индивидуальной и групповой психотерапии. Центр не располагает койками для пребывания пострадавших с тяжелыми психическими и физическими последствиями насилия, однако, на добровольной основе, амбулаторно обслуживает до тысячи пострадавших в год.

При явных преимуществах оказания виктимологической помощи государственными учреждениями здравоохранения ряд современных организационных особенностей создает затруднения в оказании такой работы. Во-первых, структура государственного учреждения, принимая достаточно большое количество пациентов с различными видами соматической патологии, не позволяет развернуть широкий круг виктимологических мероприятий. Пациенты – жертвы насилия теряются в общем потоке больных с психическими и соматическими нарушениями и в большинстве случаев получают помощь по купированию лишь острых симптомов. Во-вторых, неорганизованность потоков поступления больных в государственные и негосударственные учреждения, оказывающие медико-социальную помощь, делает практически невозможным статистический учет пострадавших и отчетность по проблемам насилия, масштабы которых по всем предварительным подсчетам и

литературным данным весьма и весьма внушительны. В-третьих, разрозненность виктимологических пациентов с различными формами патологии, нуждающихся как в оказании специализированной психиатрической, психотерапевтической, соматической помощи, так и в проведении социально, реабилитационных мероприятий, юридической защите и решении экспертных вопросов, не позволяет качественно оценивать масштабы и структуру последствий насилия и проводить своевременные и полномасштабные меры профилактики.

Таким образом, общественно-правовая, медицинская и социально психологическая значимость проблемы насилия, заключающаяся в необходимости развития мер профилактики социальных, острых психогенных и отдаленных психологических последствий. Возникает потребность в специализированной медицинской помощи, сопряженной с вопросами экспертизы и социально-юридической поддержки, своевременной и полномасштабной профилактики пострадавшим от насилия.

Как показано выше, отсутствие возможности и полномочий в отдельных направлениях работы с пострадавшими, сужает спектр деятельности учреждений любых форм финансового обеспечения. Ограничиваются возможности и по единому учету, выработке общих подходов в работе с пострадавшими, как в области медицинских последствий, так и в сфере законодательных инициатив.

Такие обязанности могут передаваться отдельному компетентному межведомственному органу, способному объединить работу по всем актуальным направлениям деятельности в сфере здравоохранения и социальной политики.

В организационном, медицинском и социально-правовом аспекте реабилитации целесообразно рассматривать две наиболее общие формы оказания помощи пострадавшим от насилия: общественно-социальную и медицинскую.

Эйдемиллер Э.Г.

Эволюция базисных концептов современной психоневрологии от биопсихосоциальной модели здоровья и болезни к акторно-сетевой теории

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Западный государственный медицинский Университет им. И.И. Мечникова»
Министерства здравоохранения России;

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный университет»,
Санкт-Петербург

Настоящий ученый должен быть художником в науке
и аналитиком в искусстве
Леонардо да Винчи

Нет ничего практичнее хорошей теории
Эммануил Кант
Думаешь, только ты действуешь
на диван, сидя на нем?
Нет, он тоже действует на тебя.
*Ученик 9 класса в 1960 г.,
ныне доктор богословия,
протоиерей РПЦ Владимир Иванов*

Мое кредо:

Если стараться быть честными, говоря о лжи, то мы вынуждены будем признать, что находимся в плену ложных представлений о мире, откуда бы мы их ни почерпнули: из Библии, из «Капитала», Аристотеля, Дарвина или самого Альберта Эйнштейна. То, что мы считали истиной вчера, сегодня обращается в свою противоположность. Правда и ложь оказались пластичны и взаимопроницаемы. Эта тесно переплетенная своими корнями пара – ложный антоним, поскольку противоположностью лжи не является правда, тем более ее высшая форма, истина. Антиподом лживости скорее является честность, которая не исключает ни заблуждений, ни ошибок.

Людмила Улицкая «Священный мусор», Астрель, 2012г.

В 1977 году американский врач-психиатр Джордж Эйнджел (Georg Engel) опубликовал статью, в которой изложил принципы «биопсихосоциальной модели» психического здоровья и болезни. Оно пришло на смену сугубо биологической трактовки болезней.

В эту модель /систему входят 3 компонента:

1 – биологический, 2 – психологический, 3 – социальный.

Использование этой модели заложило теоретические и методологические обоснования избегания биологического и психологического редукционизма в понимании этиопатогенеза психических расстройств.

Но прежде, чем раскрыть смысл редукционистского подхода, необходимо восстановить историческую справедливость: «Кто первым сказал «А»?».

Одним из первых был В.М. Бехтерев, который использовал термин «Психоневрология» для названия своего института. Он понимал болезнь как комплекс нарушений на биологическом (биология, физиология и неврология), психологическом (психология, психиатрия и психотерапия) и социальном уровнях.

Далее, А.Ф. Лазурский, В.Я. Басов и В.Н. Мясищев сделали следующий шаг, разработав концепцию личности как системы психологических отношений к миру других, к миру предметов и к себе.

По мнению известного семейного психотерапевта Сальвадора Минухина (MinuchinS., 1974), в 40-50е годы XX века в США в психотерапии произошла смена парадигм: на смену парадигме «Человек – Герой» пришла парадигма «Человек в обстоятельствах».

В первом случае это была дань психоанализу З. Фрейда, который считал, что нервно-психические расстройства являются следствием неразрешенных (неразрешаемых) интрапсихических конфликтов. «Человек в обстоятельствах» - это иносказание марксистского тезиса о взаимодействии личности/организма и среды.

Теперь рассмотрим три позитивных момента в использовании биопсихосоциальной модели в медицине и науках о человеке:

1. Преодоление биологического редукционизма.

У человека, болеющего, к примеру, туберкулезом, страдают не только ткани или органы в результате интоксикации палочкой Коха. Во-первых, по данным многих исследований, большинство больных функционируют в неблагоприятных социальных условиях. Во-вторых, многие заболевшие имеют склонность к депрессивным реакциям, пониженную самооценку, переживания хронической фрустрированности.

2. Преодоление психологического редукционизма.

В конце 40-ых - начале 50-ых годов в США психиатры и психотерапевты стали изучать роль семейной дисфункции в этиопатогенезе шизофрении. Были описаны «шизофреногенная мать», «шизофреногенный отец», «шизофреногенная семья». Изначальная гипотеза гласила, что этиологической причиной шизофрении являются «семейное расщепление» и «семейный перекос».

Результаты исследования американских специалистов оказались созвучными мыслям известного советского психиатра П.Б. Ганнушкина, которые он высказывал на клинических разборах еще в 30-ых годах XX века: «Часто в семьях больных шизофренией родители представляют собой сочетание стеник + астеник».

Более поздние исследователи (MinuchinS., 1974; Воловик В.М., 1973; Эйдемиллер Э.Г., 1973, 1976) доказали, что **этиологической причиной шизофрении** является генная отягощенность, а этиологическим условием – семейная дисфункция, которая получила название **«ригидная псевдосолидарная семья»** (Эйдемиллер Э.Г., 1976).

3. Интегративные процессы в психотерапии.

Далее, уместно задать вопрос: «Что такое интеграция?».

Интеграция – это соединение частей в целое. Методами интегративной психотерапии нужно считать те, которые объединяются на сходстве теорий, терапевтических механизмов и факторов.

Несмотря на дискуссию, каким методам психотерапии отдавать предпочтение – монометодам или интегративным, чисто умозрительно можно доказать, что интегративным. Дело в том, что личности, группы, семьи являются живыми открытыми системами, в которых элементы взаимосвязаны. Существуют семьи, например, «амазонок», в которых несколько поколений женщин остаются без мужчин.

Пример:

На прием в отделение подростковой психиатрии Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева обратились мать и сын, которому на основании жалоб, клинического и психологического исследования в ПНД был предположительно выставлен диагноз шизофрения.

Известно, что мать подростка, забеременев, рассталась со своим мужем. На протяжении всей жизни у нее не было мужчин.

Подросток в свои 18 лет захотел жениться и уйти из дома, в котором он жил с матерью. Мать болезненно переживала эту ситуацию. Потом, в процессе семейной психотерапии, удалось выяснить, что у нее был страх одиночества, и она воспринимала поведение сына как предательство.

Две бабушки подростка – близнецы, которые жили врозь, но в 42 года стали вдовами. Их мужья умерли от разных причин. Больше в их жизни мужчин не было. В американской литературе такие семьи, как я ранее упоминал, называются семьями «Амазонок».

После проведения психотерапии и лечения психотропными препаратами подростка в семье восстановились партнерские отношения. Мать дала согласие на женитьбу сына. Психологическое и социальное функционирование подростка восстановились. Диагноз был сформулирован менее стигматизирующим.

В данной семье произошла интеграция нарушений на трех уровнях: биологическом (смерть мужчин), психологическом (одиночество женщин, неосознаваемое неприятие мужского начала), социальном (одиночество).

Разработанные мною в соавторстве с Н.В. Александровой методы **краткосрочной аналитической психодрамы и аналитико-системной семейной психотерапии** являются интегративными и имеют общие терапевтические механизмы:

- 1. Конфронтация.**
- 2. Корректирующий эмоциональный опыт.**
- 3. Научение.**

Конфронтация

– создание психологических условий для того, чтобы пациент/пациенты смог/смогли сосредоточиться на самораскрытии и осознании тех проблем, которые ранее вытеснялись психологическими защитами, и их было невозможно осознать.

Корректирующий эмоциональный опыт

– создание атмосферы безопасности, поддержки, сочувствия.

Научение

– обмен жизненным опытом между психотерапевтом и пациентом.

Теоретическим базисом этих методов психотерапии были идеи психоанализа, психологии отношений, общей теории систем Людвиг фон Берталанфи, синергетики и нарративного подхода.

В настоящее время ведущим трендом в психоневрологии являются нейронауки и, в том числе, акторно-сетевая парадигма (теория).

Акторно-сетевая парадигма или "социально-включенный разум" (social embedded mind) и психопатология (social disordered mind) в современных нейронауках.

В современных условиях синергитическое взаимодействие психотерапии и психофармакотерапии являются преобладающими в терапии психических расстройств, поэтому анализ должен строиться на принципиально новых теоретических и методологических основаниях.

В качестве такой парадигмы я рассматриваю акторно-сетевую теорию Бруно Латура и Мишеля Каллона, возникшую в рамках социологии науки, но приобретающую все большую популярность среди самых разных областей социального и естественно-научного знания.

Акторно-сетевая теория (actor - лат., деятель. Актор – одушевленный и неодушевленный субъект действия) рассматривает реальность современного социума как "гибридную" - социально-технологизированную реальность, которая подразумевает совокупность социально-технических коллективов ("ассамбляжей"). Люди и технические артефакты понимаются как существующие в одной плоскости – сетевом пространстве. Это сетевое пространство не иерархично, в него включены акторы, которые взаимодействуют подобно "нейронным сетям" и также имеют специфические трансмиттеры.

Нечто сходное ранее описывали в семейной психотерапии как «циркулярная причинность» и «принцип ризомы» (Марио Андолини, Умберто Матурано, Эйдемиллер Э.Г.). Акторы "транслируют" или "переводят" некоторое содержание (энергию, информацию) другим участникам сети – гетерогенным акторам, как социальным, так и технологическим объектам/субъектам.

Неклассические нейронауки также исходят из принципов сетевого взаимодействия любого интерперсонального процесса (Луи Козолино) как участников психотерапевтического процесса, группового процесса, взаимодействия участников семейной группы, детско-родительских отношений и т.п.

Межличностное сетевое взаимодействие, начиная с формирования отношений детско-родительской привязанности и заканчивая отношениями трансфера и контртрансфера психотерапевта и пациента, имеет в своей основе нейронно-сетевое взаимодействие. Еще раз вспомним, что эта концепция определяется как концепция "социально-включенного разума" ("social embedded mind). В этом смысле психическая патология интерпретируется

представителями этих направлений нейронауки как нарушение этой "включенности". Причем эта "включенность" может определяться различной этиологией. Как нарушения "включенности" могут пониматься и резидуально-органические нарушения, и аутизм, и шизофрения, и социальные фобии и др. Соответственно психотерапия понимается как процесс восстановления этой "включенности" и оптимального функционирования нейронно-социальных сетей.

Акторно-сетевая теория в науках о психическом здоровье: дегуманизация или реализм?

Акторно-сетевая теория, рассматриваемая как методология наук о психическом здоровье, отнюдь не вызывает особого оптимизма у сторонников гуманистического направления в психотерапии и психиатрии. Человеческая личность, включенная в единое гибридное социально-техническое сетевое пространство, вызывает у некоторых исследователей опасения за значимость автономности и целостности личности.

Однако, не случайно, сторонники акторно- сетевого подхода определяли его как "социальный реализм". Мы живем в условиях социально-гибридной реальности, основными трендами которой являются глобализация и социальный схизис. Это находит свое отражение в характеристиках психического нездоровья. Новые версии DSM отражают это. Интернет-аддикции и другие нехимические аддикции, патологическое собирательство (hoarding), битва многих разведенных родителей за монопольное право воспитания своих детей и другие новые виды технолого-ориентированных патологий, которые нуждаются в принципиально новых видах психотерапевтического лечения. И психофармакотерапия должна занять здесь принципиально новое место. Ранее психоанализ принципиально сторонился психофармакотерапии.

Акторно-сетевая методология позволяет снять противоречие между неодушевленными фармацевтическими объектами и субъектами терапевтического взаимодействия, включив их в единую сеть и обозначить дальнейшие способы их синергетического взаимодействия.

После появления первых психотропных препаратов существенно изменилось положение психотерапии и психоанализа на рынке медицинских услуг. Гегемония психоанализа З. Фрейда потерпела крах, поскольку эффективность психотерапии и психофармакотерапии стали сопоставимыми, причем часто не в пользу психоанализа.

Судьбу психоанализа можно сравнить с судьбой алхимии. Целью и задачей алхимических исследований стало преобразование низменного в возвышенное. Были осуществлены попытки создания драгметаллов из более простых металлов и сплавов. Нечто подобное происходит и в психотерапии, когда духовный материал, состоящий из красивых предметов, перемешанных с грязью, осколками, обрывками чего-то, оказавшись в волшебном тигле психотерапии превращается в красивое, духовно-насыщенное существо и вещество человеческой жизни.

Астрология и алхимия были великими науками или духовными практиками в эпоху средневековья и Ренессанса.

Знаменитая фраза «алхимика» З. Фрейда: «Я переплавил медь гипноза в золото психоанализа» может констатировать победу и одновременно поражение теории и практики психоанализа. Но это не так.

Акторно-сетевой подход расширяет возможности синергетической интеграции живых и неживых акторов – «меди», «свинца», «воды», «золота», «солнечной энергии», «Духа», «Души».

Упрощенная схема сказанного размещена в конце статьи.

В XX веке М.М. Кабанов, В.Д. Вид, М.М. Решетников – представители Ленинградской-Петербургской школы психиатрии, сделали многое для возрождения психоанализа в России. Это несомненно важное достижение, но моноувлеченность психоанализом в нашей стране вступило в противоречие с основными трендами современной психиатрии и психотерапии – нейронауками: нейропсихиатрией, нейропсихоанализом, нейрогештальт-терапией, нейропсихологией и др.

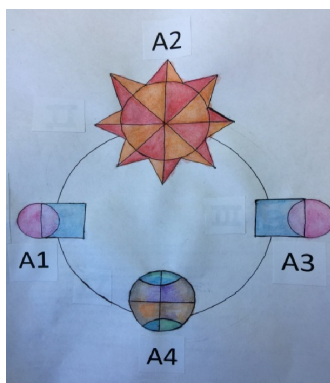
Но главный тренд – это синергизм психотерапии и психофармакотерапии на основе акторно-сетевой теории.

Я пришел к пониманию основ этой теории, прочитав роман Нобелевского лауреата Томаса Манна «Волшебная гора», описывающий облагораживание душ больных туберкулезом в санатории в горах Альп. Красота природы, чистый воздух, изоляция от агрессивных настроений в странах Европы накануне Первой Мировой войны способствовали этому. Волшебный язык литературы соединил значимость психоанализа, который выступает в качестве одушевленного актора (главный врач – это прообраз З. Фрейда) и одушевленно-неодушевленных акторов Природы.

Акторно-сетевая теория позволяет расширить и углубить познания психического и телесного.

Привожу упрощенную схему взаимодействия акторов.

- А 1 Психиатр-психотерапевт-медицинский психолог мужского и женского полов
- А 2 Солнце – дух, душа, психика, психотерапия
- А 3 Пациент – клиент мужского и женского полов
- А 4 Земля – медицинский препарат, лекарство



Яковлев В.А.

Метафора жизненного пути в предупреждении нервной анорексии у подростков

Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение средняя общеобразовательная школа № 367 Фрунзенского района Санкт-Петербурга

Большое влияние на формирование представлений о себе в подростковом возрасте имеет мнение сверстников. Образы Я, формирующиеся в подростковой среде, отличаются ценностью собственной значимости, повышенной чувствительностью подростков к оценке сверстниками, как социальному эталону. Тенденцией к выбору в подростковом возрасте ограничений в приеме пищи является недовольство собой, страх осуждения и насмешек сверстников, появление сверхценной идеи достижения телесного совершенства и снижения «избыточного» веса. В многочисленных исследованиях семей больных нервной анорексией большое внимание уделяется особенностям «семейных сценариев», в которых отмечается деспотизм одного из родителей, акцентированные требования к приему пищи и внешнему виду, вызывающие у детей различные формы пренебрежения и протестного отказа. Большое значение авторы уделяют стационарному лечению больных нервной анорексией с отрывом от семейного круга, взаимоотношения в котором оказывают патологизирующее влияние [2].

Проведенное нами ранее исследование по использованию метафоры жизненного пути в психотерапии тревожности и копинг-стратегий у детей 7-10 лет показало возможность конструктивных изменений образа Я у детей в ходе специально смоделированного взаимодействия в группе сверстников [4]. Детям предлагалось самостоятельное преодоление трудностей через проигрывание проекции собственного рождения в игре в образе игрового персонажа, его эмоциональное принятие окружающими, наделение социальной значимостью с последующей совместной победой над метафорическими образами деструктивного поведения взрослых и сверстников. Такой подход делал ценным и социально значимым конструктивное поведение в группе и давал детям возможность изменить образ собственного поведения и снизить тревогу по отношению к значимым взрослым и сверстникам. Полученные результаты стали основанием для использования метафоры жизненного пути в предупреждении развития нервной анорексии. В настоящий момент в работе с учащимися основной школы используется специально разработанная и апробированная модель командных ролевых игр (далее – Модель) [5]. Основная цель использования Модели – воспитание культуры взаимоотношений и самореализации учащихся в образовательной среде. Расширяя спектр воспитательных (терапевтических) целей, предполагается данный метод направить на воспитание пищевого поведения школьников, которое включено в программу «Правильного питания». Большое значение в работе уделяется психологическому воздействию на волевые качества [3] и ценностные предпочтения [1] учащихся. Данные психические образования задействуются

при формировании пищевого поведения, и целенаправленное воздействие на них важно использовать в предупреждении и лечении нервной анорексии.

Литература:

1. Карандашев В.Н. Методика Шварца для изучения ценностей личности. Концепция и методическое руководство. СПб: Речь, 2004. 70 с.
2. Коркина М. В., Цивилько М. А., Марилов В. В. Нервная анорексия. М.: Медицина, 1986. 176 с.
3. Чумаков М.В. Развитие эмоционально-волевой сферы личности. Учебное пособие. Курганский государственный университет, 2012. 126 с.
4. Яковлев В.А. Модель психологической коррекции тревожности и копинг-стратегий у детей 7-10 лет с использованием метафоры жизненного пути. Автореферат диссертации на соискание ученой степени к.п.с.н. по специальности 19.00.04 – медицинская психология. СПб, РГПУ им. А.И. Герцена, 2015. 22 с.
5. Яковлев В.А. Фундаментальные основы формирования «образа Я» обучающихся в контексте реализации ФГОС. «Воспитание и здоровая личность. Системообразующие компоненты развития личности обучающихся в русле образовательной реформы». Материалы городской научно-практической конференции / Под научной редакцией С.М. Шингаева. СПб: СПб АППО, 2016. С. 32-42.

Ярлыков В.Н.

К вопросу о роли темных областей головного мозга в организации поведения детей с социальной дезадаптацией

Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»

Исследование проведено на базе психоневрологического дневного реабилитационного стационара (ПНДРС) «Центр восстановительного лечения» «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина». Пациентами стационара являются дети с нормальным интеллектом, имеющие некоторые отклонения в развитии, сравнительно небольшие, но, однако, приводящие к школьной, социальной, личностной дезадаптации. Дети находятся в дневном стационаре в течении учебного года, получают медицинскую помощь (преимущественно препаратами ноотропного ряда, психотерапию, коррегирующие и развивающие занятия) и обучаются в классах с малой наполняемостью (10-14 человек) по базовым программам с 5-го по 9-ый классы. Среди пациентов ПНДРС весьма значительную долю составляют дети с резидуальными органическими поражениями ЦНС, и для реабилитационного процесса важно учитывать свойства личности и поведения, как сформированные средой и воспитанием в предшествующий перед поступлением в стационар период, так и «биологический компонент» поведения, т.е. особенности работы головного мозга, явившиеся следствием резидуальных органических поражений. Исследованию предшествовало описание нами [2] нескольких клинических случаев выраженных нарушений поведения, возникающих при серьезной патологии (травма при ДТП, опухоль) правой теменной области, имеющих своеобразие, не полностью укладывающееся в общепринятую типологию и синдромологию.

Дети с указанной выше патологией отличались тем, что не могли ужиться ни в одном коллективе. Постоянно происходили конфликты с группой, причем наши пациенты упорно отстаивали свое мнение, «сражаясь за правду», без страха участвуя в частых, практически ежедневных, массовых

«стычках» как с группой, так и с отдельными ее членами. Друзей у них не было, но имелись увлечения и хобби. Со стороны поведение наших пациентов зачастую воспринималось как провоцирующее. Примечательно, что эти пациенты, не смотря на ежедневные конфликты, упорно посещали школу, что несколько напоминало своеобразные стереотипии. Они стремились получать хорошие оценки, всячески сторонились деликвентности и диссоциальности. Такие поведенческие особенности можно объяснить тем, что у детей ввиду грубого подавления правой теменной доли имелось снижение инстинкта самосохранения, снижение способности к адекватной оценке сиюминутной социальной ситуации и, соответственно, к снижению адекватности выбора сиюминутной поведенческой реакции по форме и интенсивности. С сохранностью и активацией левой теменной доли можно связать сохранение у детей способности усваивать социальные нормы поведения, сохранение и даже утривание стремления, несмотря ни на что следовать этим нормам, отстаивать их в повседневной жизни. Сочетание этих явлений и создает соответствующий этологический шаблон в виде усвоения социальных норм, с одной стороны, и оторванностью этих знаний от реальной сиюминутной ситуации, с другой, что воспринимается окружающими как провокация, как упрямство, как нарочитое поведение, выбивающееся из этих самых социальных норм.

В данном исследовании мы задались целью вычлнить вклад, вносимый правой и левой теменными долями головного мозга в организацию повседневного поведения пациентов, поступающих в реабилитационный стационар. В этом плане известную трудность представляет формализация, представление в численном виде особенностей повседневного поведения. Чтобы решить эту проблему, был составлен опросник с учетом особенностей, описанных при поражении правой теменной доли. Опросник представлял собой набор из кратких описаний поведенческих черт по нескольким темам, сформулированных в оппозиционном ключе, например: «учится с интересом», «учится «из-под палки», «отвергаем группой», «нецензурные слова употребляет редко», «шалит не скрываясь» и др. Опросник предлагалось заполнить экспертам, в качестве которых выступали классные руководители, преподаватели школы, психологи, воспитатели, т.е. те люди, которые длительное время наблюдали детей и хорошо знали их поведенческие проявления. Каждый эксперт должен был выбрать в классе одного-двух детей, наиболее близко подходящих под все определения, т.е. выбрать в каждом классе самого шаловливого, самого отвергаемого и т.д. Для каждого ученика определялся его рейтинг: подсчитывалось количество выборов, полученных им от всех экспертов по всем пунктам опросника. Таким образом, рейтинг служил показателем отличия поведения школьника от некоего группового стандарта, некоторой «среднеклассной» нормы, причем показателем, не учитывающим степень социальной приемлемости того или иного отклонения. Каждый класс оценивали по 5 экспертов.

Таблица 1

Текст опросника для заполнения экспертами

		А	Б
1	<i>Учеба, интересы:</i>	Учится настойчиво, с интересом.	Учится без интереса, "из-под палки".
2	<i>Жизненные планы, стремления:</i>	Связаны с достижениями, рекордами, похвалой, ради которых готов трудиться.	Связаны с достижением личного благополучия без труда и затрат.
3	<i>Взаимоотношения в группе:</i>	Отвергаем группой, возможны конфликты.	Хорошо ладит с группой, имеет друзей.
4	<i>Нецензурные выражения:</i>	"Проскакивают" редко, только в случае сильного возбуждения.	Использует часто, находясь в своем обычном состоянии.
5	<i>Инстинкт самосохранения:</i>	Снижен, "лезет на рожон", иногда даже получая из-за этого порицания.	Хорошо развит, любыми способами, часто хитростью, избегает реального наказания.
6	<i>Шалости:</i>	Шалит не скрываясь, иногда в присутствии значимых взрослых.	Шалит скрытно, "изподтишка".
7	<i>Впечатление от общения:</i>	Всегда легко и приятно контактировать.	При контактировании всегда приходится общаться "через силу".

Особенности работы головного мозга пациентов определялись по результатам ЭЭГ-обследования. Прежде всего проводился визуальный анализ ЭЭГ (визуальный анализ проводился электрофизиологом высшей категории к.б.н. Шамовой Н.С.), по данным которого были выделены две группы детей: дети с пароксизмальными (медленноволновыми) изменениями преимущественно в левом и в правом полушариях (без учета локализации изменений в пределах полушария). Далее проводился математический анализ фоновой ЭЭГ, включающий определение спектральной мощности дельта, тета, альфа и бета1 диапазонов. Из участка безартефактной фоновой ЭЭГ в обработку бралось по 5 эпох анализа, каждый длительностью 5,25 сек. Учитывались данные, полученные от электродов, расположенных над третичными структурами головного мозга – над теменными и лобными, т.е. учитывалась активность структур, вносящих, пожалуй, самый существенный вклад в организацию повседневного поведения. Правомочность подобного подхода обосновывалась в более ранней работе [3]. Вычислялись индексы – отношения мощности спектра альфа к мощности спектра дельта диапазонов, а также суммарное отношение мощности высокочастотной части спектра к низкочастотной: (бета + альфа)/(тета + дельта). Это не новые показатели, но они уже давно стали рутинными, входящими в математический аппарат любого современного энцефалографа [1].

Учитывались показатели уровня развития интеллекта (по методике Векслера) и средний балл по текущей успеваемости по трем учебным дисциплинам, изучаемым детьми с 5-го по 9-ый класс: русский язык, математика, литература. При этом брались текущие оценки за период второй и третьей четверти, когда учебная деятельность предположительно стабильна и не

определяется периодами адаптации ребенка к школе после летних каникул, а также возможным изменением поведения детей в предчувствии окончания учебного года.

Всего было обследовано 93 пациента.

При визуальном анализе ЭЭГ было выделено 33 пациента с региональными изменениями. У 23 пациентов изменения были в правом полушарии (23%) и у 10 пациентов – в левом (10%). Обращает на себя внимание, то, что доля пациентов с правополушарным неблагополучием значительно (вдвое) превышает долю пациентов с левополушарными изменениями ЭЭГ. Существенная разница позволила предположить, что при нарушении работы правого полушария головного мозга вероятность учебной и поведенческой дезадаптации выше, чем при нарушениях работы левого, вследствие чего дети с левополушарным неблагополучием могут адаптироваться в социальной среде, и в поле зрения психиатров попадают существенно реже.

По результатам опросника были вычислены рейтинги пациентов – суммарное количество баллов (упоминаний в ответах экспертов) данного ребенка в качестве «выдающегося», отличающегося от среднеклассной нормы, вне зависимости от социальной приемлемости той или иной характеристики поведения (пункта опросника). Оказалось, что рейтинг детей с правополушарными нарушениями (равен 10,7 балла) достоверно, в 2 раза выше, чем рейтинг детей с левополушарной патологией (5,8 баллов при уровне значимости <1%). Соответственно, дети с нарушениями в левом полушарии не выделяются из среды, из групповой («среднеклассной») нормы. Они существенно менее заметны экспертам в качестве как самых примерных детей, так и как самых шаловливых. Другими словами, патология левого полушария приводит к заметно менее выраженным психическим и поведенческим нарушениям, чем патология правого полушария, т.е. верно первое из приведенных выше предположений.

Далее были вычислены отличия в рейтингах по отдельным пунктам опросника между пациентами с нарушениями в правом и левом полушариях. Отличия, достигающие статистически значимых величин, сведены в таблицу 2.

Таблица 2

Значимые отличия показателей поведения (рейтинга из «Таблицы 1») у детей с патологией левого (S) и правого (D) полушарий

Пункты опросника	1А	2А	3А	4Б	5А	6А	Средний балл
Патология S полушария	0,2	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2	3,15
Патология D полушария	1,22	1,1	0,83	0,7	1,04	0,83	3,56
Значимость отличий	p<1%	p<1%	p<1%	p<5%	p<5%	p<5%	p<1%

Показатели общего, вербального и невербального интеллекта у пациентов с патологией в правом и левом полушарии не имели статистически значимых

отличий, поэтому существенные отличия в успеваемости у указанных групп пациентов следует отнести на счет отличий поведенческих, мотивационных.

При анализе полученных результатов бросается в глаза их сходство с описанными выше клиническими наблюдениями пациентов с патологией правой теменной области. Исходя из данных, показанных в таблице, детям с локальными нарушениями в правом полушарии существенно больше, чем с нарушениями в левом, свойственны интерес к учебе, стремления к достижениям и похвале, более высокая успеваемость, но они шалят открыто, не взирая на порицания, часто используют ненормативную лексику, в группе чаще занимают положение отвергаемых, всегда находятся на виду, выделяются из общей массы коллектива.

Выше речь шла только о трети наших пациентов, при этом область поражения в пределах полушарий не учитывалась. Особенности пациентов, связанные с ролью теменных областей, анализировались на следующем этапе исследования. В результате математической обработки ЭЭГ было получено значительное количество числовых показателей как о спектральной мощности частотных диапазонов в третичных структурах, так и о получаемых на их основе индексов – индексы альфа/дельта и (бета + альфа)/(тета + дельта). Выделялись группы детей с большей активностью левой и правой лобными и теменными областями отдельно на основании индекса альфа/дельта, а также на основании индекса (бета + альфа)/(тета + дельта). Для каждой группы детей вычислялся рейтинг по всем пунктам опросника. Характеризуя в целом полученные результаты, следует отметить, что из всего массива данных выявлялось меньшее количество статистически значимых отличий в рейтингах по каждому из пунктов опросника при том или ином уровне активности третичных структур головного мозга, чем при локальных поражениях. Выявлялись отдельные значимые соответствия ЭЭГ-показателей и отдельных пунктов опросника, хотя и, в целом, эти значимые показатели не противоречили описанным выше результатам. Наибольшее количество статистически значимых результатов было получено для пациентов с хорошо функционирующей правой лобной областью. В этой группе пациентов на основании ЭЭГ-индексов были выделены две подгруппы – с более активной правой и левой теменной областями. Результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3

Значимые отличия показателей поведения (рейтинга из «Таблицы 1») у детей с большей активностью левой (S) и правой (D) теменных долей

Пункты опросника	1А	2А	4Б	5А	6А	средний балл
Активность S теменной области	1,16	1,2	1	0,96	0,92	3,54
Активность D теменной области	0,4	0,5	0,3	0,3	0,21	3,26
Значимость отличий	p<5%	p<5%	p<5%	p<5%	p<5%	p<1%
Вычисляемый индекс ЭЭГ	α/Δ	α/Δ	$(\alpha+\beta)/(\theta+\Delta)$	$(\alpha+\beta)/(\theta+\Delta)$	$(\alpha+\beta)/(\theta+\Delta)$	α/Δ

По показателям интеллекта отличия всех групп пациентов не превышали уровень статистической значимости. Поэтому, как и при анализе детей с очаговыми нарушениями в полушариях, отличия в успеваемости также следует отнести за счет мотивационных и поведенческих особенностей.

В целом, данные, приведенные в данной таблице, соответствуют всем приведенным выше результатам.

В заключение попытаемся создать некий обобщенный психологический портрет детей с более активно работающей левой или правой теменной областями. Если более активно левая теменная область, то ребенок всегда находится на виду, он выделяется из коллектива. Он неплохо учится, проявляет хорошую мотивацию, стремится к достижениям и рекордам, чувствителен к поощрению и равнодушен к наказаниям. Это шаловливый ребенок, со снижением чувства самосохранения, возможно, и чувства такта, часто использующий ненормативную лексику, ребенок, которого не особенно любят в коллективе. Характеризуя эти особенности в традиционных терминах, можно говорить о наличии некоторых черт истероидного и гипертимного радикалов, хотя и традиционно эти радикалы считаются плохо сочетаемыми.

При более активно работающей правой теменной доле ребенок стремится не выделяться, быть в середине общей массы детей, не стремится к каким-либо рекордам и достижениям. Он плоховато учится, но обладает хорошим чувством самосохранения, опасается наказаний и способен удерживаться на среднем для группы уровне успешности. Он способен хорошо ладить с коллективом, нецензурная лексика для него несвойственна. В данном описании просматриваются черты шизидного, сенситивного и некоторых черт неустойчивого радикалов.

Литература:

1. Зенков Л.Р. Клиническая электроэнцефалография (с элементами эпилептологии). М.: МЕДпресс-Информ. 2001. 368 с.

2. Ярлыков В.Н. Клинико-этологический подход в изучении нарушений поведения у подростков с правосторонними поражениями головного мозга // XIV Царскосельские чтения / под ред. В. Н. Скворцова. СПб, 2010. С. 215-221.

3. Ярлыков В.Н., Худик В.А. Влияние функциональной асимметрии головного мозга на адаптивное поведение в детском возрасте. Вестник Ленинградского государственного университета имени А. С. Пушкина. №3. Т. 5. Психология. СПб, 2010 г. С. 37-43.

Список авторов

1. **Абриталин Е.Ю.**, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова», Санкт-Петербург
2. **Агранович З.Е.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
3. **Александрова Н.В.**, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург
4. **Александрова О.В.**, ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва
5. **Алексеева А.М.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
6. **Антропов Ю.Ф.**, ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва
7. **Балакирева Е.Е.**, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва
8. **Беникова Е.В.**, ФГБУН Институт мозга человека им. Н.П. Бехтерева РАН, Научно-практический Центр психофизиологии аномального развития, Санкт-Петербург
9. **Воронков Б.В.**, ГБОУ ВПО СПб «Государственный педиатрический медицинский университет»
10. **Городнова М.Ю.**, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург
11. **Грачев В.В.**, ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва
12. **Гречаный С.В.**, ГБОУ ВПО СПб Государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург
13. **Грошева Е.В.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
14. **Гурова О.А.**, ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва
15. **Гусева О.В.**, ФГБУ ФСНКЦ ФМБА, г. Красноярск
16. **Демьянов Ю.Г.**, Санкт-Петербургский Государственный Университет, Санкт-Петербург
17. **Добровольская А.Е.**, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова», Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург
18. **Добряков И.В.**, ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург
19. **Ефимова Е.Ю.**, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 имени И.И. Скворцова-Степанова», Санкт-Петербург
20. **Заневская Е.Ю.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
21. **Зуева Н.А.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
22. **Зверева Н.В.**, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва
23. **Игумнов С.А.**, ФГБУ «Национальный научный центр наркологии» Минздрава России (филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России), Москва; Институт психологии Белорусского государственного педагогического университета, Минск (Беларусь)
24. **Иовчук Н.М.**, Ассоциация детских психиатров и психологов, Москва
25. **Казакова М.В.**, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва
26. **Кожушко Н.Ю.**, ФГБУН Институт мозга человека им. Н.П. Бехтерева РАН, Научно-практический Центр психофизиологии аномального развития, Санкт-Петербург
27. **Ковригин А.М.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург

28. **Кокоренко В.Л.**, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург
29. **Колесин А.Н.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
30. **Колесников И.А.**, Институт нейрокоммуникаций и психотерапии, Вильнюс (Литва)
31. **Коренский Н.В.**, ФГБУ «Национальный научный центр наркологии» Минздрава России (филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России), Москва
32. **Крылова И.В.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
33. **Кудашева Л.А.**, ФГБУН Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой РАН, Научно-практический Центр психофизиологии аномального развития, Санкт-Петербург
34. **Кузнецова Е.А.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
35. **Кутехова С.Ю.**, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской консультативно-диагностический Центр для детей «Ювента» (репродуктивное здоровье), Санкт-Петербург
36. **Лиознова Е.В.**, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет, Санкт-Петербург
37. **Макаров И.В.**, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева; Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург
38. **Макушкин Е.В.**, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, главный детский специалист-психиатр МЗ РФ, Москва
39. **Мамайчук И.И.**, Санкт-Петербургский Государственный Университет, Санкт-Петербург
40. **Маргошина И.Ю.**, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург
41. **Матвеев Ю.К.**, ФГБУН Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой РАН, Научно-практический Центр психофизиологии аномального развития, Санкт-Петербург
42. **Медведева П.М.**, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 имени И.И. Скворцова-Степанова», Санкт-Петербург
43. **Обидейко Ю.В.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
44. **Обидин И.Ю.**, ГБУ ДО ЦППМСП Выборгского района Санкт-Петербурга
45. **Палкин Ю.Р.**, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская психиатрическая больница №7 им. Академика И.П. Павлова» /Клиника неврозов/
46. **Панова В.И.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
47. **Пашковский В.Э.**, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 имени И.И. Скворцова-Степанова», Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург
48. **Польская Н.А.**, Московский государственный психолого-педагогический университет, Московский институт психоанализа, Москва
49. **Пономарева Е.А.**, ФГБУН Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой РАН, Научно-практический Центр психофизиологии аномального развития, Санкт-Петербург
50. **Постникова О.В.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
51. **Радина М.Б.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
52. **Резаков А.А.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
53. **Ретюнская И.А.**, Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн, Екатеринбург
54. **Ретюнский К.Ю.**, ФГБОУ ВО «Уральский Государственный Медицинский Университет», Екатеринбург

55. **Романов А.М.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
56. **Рубина Л.П.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
57. **Сазонова Н.П.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
58. **Северный А.А.**, Ассоциация детских психиатров и психологов, Москва
59. **Софронов А.Г.**, СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 имени И.И. Скворцова-Степанова», Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург
60. **Сурогина Н.В.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
61. **Фаддеев Д.В.**, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская психиатрическая больница №7 им. Академика И.П. Павлова» /Клиника неврозов/
62. **Фесенко Е.В.**, СПб ГБУЗ «Городская детская поликлиника №19», Санкт-Петербург
63. **Фесенко Ю.А.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», ГБОУ ВПО СПб Государственный педиатрический медицинский университет, АОУ ВПО «ЛГУ имени А.С. Пушкина», Санкт-Петербург
64. **Хромов А.И.**, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва
65. **Шахтырева О.А.**, ГБУЗ Пермского края «Пермская краевая клиническая психиатрическая больница», Пермь
66. **Шац И.К.**, АОУ ВПО «ЛГУ имени А.С. Пушкина», психотерапевтическая клиника «Семейный круг», Санкт-Петербург
67. **Швечкова С.А.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
68. **Шевченко Ю.С.**, Российская медицинская академия последипломного образования, Москва
69. **Шигашов Д.Ю.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
70. **Шилоносова Г.А.**, ФГБУН Институт мозга человека им. Н.П. Бехтерева РАН, Научно-практический Центр психофизиологии аномального развития, Санкт-Петербург
71. **Шуплякова А.В.**, ФГБУ «Национальный научный центр наркологии» Минздрава России (филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России), Москва
72. **Эйдемиллер Э.Г.**, ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова; ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург
73. **Яковлев В.А.**, Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение средняя общеобразовательная школа № 367 Фрунзенского района Санкт-Петербурга
74. **Ярлыков В.Н.**, ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург

**XV МНУХИНСКИЕ ЧТЕНИЯ
«КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ»**

Научная конференция с международным участием
ПОСВЯЩАЕТСЯ
памяти профессора Самуила Семеновича Мнухина и 60-летию открытия
детской психиатрической больницы (СПб, Песочная набережная, д. 4)

СБОРНИК СТАТЕЙ
Под общей редакцией Ю.А. Фесенко, Д.Ю. Шигашова

Сделано в набор 24.10.2017
Подписано в печать 08.11.2017
Формат 60X84 1/16. Бумага офсетная
Печать офсетная. Усл. печ. л. 11,86
Тираж 200 экз.
Гарнитура «Таймс»

Оригинал-макет подготовлен
издательским отделом
ООО «ОфсетПринт»,
197183, Санкт-Петербург
ул. Полевая Сабиrowsкая,
д. 46, литер Т, 3 этаж
тел./факс: (812) 431-01-19

Отпечатано в типографии
ООО «ОфсетПринт»,
197183, Санкт-Петербург
ул. Полевая Сабиrowsкая,
д. 46, литер Т, 3 этаж
тел./факс: (812) 431-01-19
Зак. № 297

Дизайн, верстка: Фомин И.В.

ISBN 978-5-9904408-9-0

© ЦВЛ Детская психиатрия, 2017
© Коллектив авторов, 2017
© ОфсетПринт, оформление, 2017



**Детская городская психиатрическая больница №9
до 2013 года
(Песочная набережная, д.4)**



**Амбулаторно-стационарный комплекс
СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина
летом 2017 года
(ул. Чапыгина, д.13)**