

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФГУ «ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОЙ И СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ  
ИМ. В.П. СЕРЬСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА  
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ»  
ГОУ «ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ АДМИНИСТРАЦИИ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ  
ГУЗ «ВОЛГОГРАДСКАЯ ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»  
(«ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ»)

# СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

*НАУЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ВСЕРОССИЙСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ:*

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ, ТЕРАПИИ И  
ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В  
ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ

ВОЛГОГРАД

24-26 апреля 2007 г.

**УДК** 616.89 - 008.454 - 053.2 - 081.23 (085.851.9)

**ББК** 56.14.

**М** 15

Современные проблемы охраны психического здоровья детей. Научные материалы Всероссийской конференции: «Проблемы диагностики, терапии и инструментальных исследований в детской психиатрии». – Волгоград, 24-26 апреля 2007 г. – Волгоград: ВолГМУ, 2007. –184 с.

**Под общей редакцией:** Е.В. Макушкина

**Отвественный за выпуск,** макет и компьютерная верстка: Д.С. Ошевский

**Редакционная коллегия:** Л.Г. Раевская, А.Б. Завражнова, С.П. Ивашев

**ISBN** 5–86002–097–X

© ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2007

© ГУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница» (Центр психического здоровья детей и подростков), 2007

©Коллектив авторов, 2007

### **Уважаемые коллеги!**

*Знаменательно и ответственно в 2007 году организовывать и проводить Всероссийскую научно-практическую конференцию, посвященную актуальным вопросам детской психиатрии, поскольку текущий год назван Годом ребенка. Для нас, детских специалистов название года глубоко символично, оно полностью соответствует нашей повседневной профессиональной деятельности.*

*Весь прошедший год отличался динамизмом, насыщенностью разнообразными научными, общественными форумами, конференциями и съездами специалистов. Под эгидой Минздравсоцразвития России, а также РАМН и РАН России проведен целый ряд актуальных конференций, конгрессов, научных сессий, посвященных вопросам защиты и образования детей, проблемам охраны их здоровья, демографии. Ведущие детские психиатры, ученые и практики, проявляя профессиональную ответственность, стремясь представить наиболее важные и значимые для общества стороны своей деятельности, непосредственно затрагивающие многочисленные клинические и социальные проблемы детства, активно работали на всех мероприятиях. Менее года прошло после научно-практической конференции детских психиатров, состоявшейся в г. Саратове. Поэтому хочется полагать, 2006 год – это год, в котором был предан новый импульс в развитие службы охраны психического здоровья детей, а намеченные приоритетные направления, вопросы совершенствования, модернизации видов помощи детскому населению, будут активно развиваться и найдут свое практическое воплощение в регионах страны.*

*Всего семь месяцев спустя детские психиатры вновь встречаются на гостеприимной земле Поволжья, в Волгограде. Здесь работает, пожалуй, один из самых молодых, больших и дружных коллективов детских специалистов, компетентно и высокоэффективно оказывающих*

*многочисленные виды помощи в области детской психиатрии. Коллективом специалистов Волгоградской областной детской клинической психиатрической больницы на практике применяются и постоянно совершенствуются передовые организационные, лечебные, диагностические, коррекционные технологии здравоохранения.*

*Оргкомитет к открытию Конференции 2007 года стремился приурочить издание данного сборника. По разделам сборник структурирован так, чтобы читатель-практик сумел найти своевременный и современный ответ на интересующие его вопросы из разных направлений деятельности в секторах детской психиатрии, смежных медико-социальных дисциплин. Наряду с этим, можно отметить, что все детские специалисты, представившие материалы для публикаций, стремились поделиться своим опытом работы по организационным, лечебно-диагностическим, коррекционным, правовым, реабилитационным и многим другим вопросам.*

*Участвуя в работе данной Конференции, мы должны осознавать, что сегодня, на фоне демографических проблем, пока еще неблагоприятных показателей заболеваемости и болезненности психическими расстройствами в детско-подростковой популяции, в нашей деятельности, направленной в интересах защиты душевного здоровья самого дорогого, что у нас есть – детей России, должен преобладать дух партнерства, взаимного сотрудничества, помощи, как между специалистами, так и нашими маленькими, несовершеннолетними пациентами – детьми, подростками и их родителями. В духе профессиональной ответственности, врачебного консилиума, более активного внутриведомственного и межведомственного взаимодействия, предлагаю объединить усилия и направить их на дальнейшее совершенствование и развитие службы охраны психического здоровья детей.*

*Полагаю, что настоящая Конференция, организованная под эгидой Минздравсооразвития России и Волгоградской области, ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», ГОУ «Волгоградский Государственный Медицинский Университет» и ГУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница» Комитета по здравоохранению администрации Волгоградской области будет наиболее продуктивной, а представленные на ней передовой клинический отечественный опыт, организационные, инновационные технологии найдут свое воплощение в дальнейшем развитии детской психиатрической службы России, обеспечивающей ежедневную заботу о здоровье национального богатства страны - наших детях.*

*Главный детский специалист-эксперт психиатр  
Министерства здравоохранения и социального развития  
Российской Федерации  
доктор медицинских наук, профессор Е.В. Макушкин*



# **РАЗДЕЛ I**

***СЕКТОР ОРГАНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ  
ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ  
ДЕТЕЙ***

## СТРАТЕГИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ: МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ, ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПОМОЩИ

**Макушкин Е.В., Вострокнутов Н.В., Раевская Л.Г.**

*ФГУ «ГНЦССП Росздрава», г. Москва*

*ГВЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница», г. Волгоград  
Комитета по здравоохранению администрации Волгоградской области*

В январе 2005 г., в Хельсинки члены Европейского региона ВОЗ, включая Российскую Федерацию, в целях усиления борьбы с «эпидемией психосоциальных и психических расстройств, представляющих одну из важнейших угроз для здоровья и благополучия жителей Европы», подписали Декларацию. Большое место в Декларации отведено бремени психических и поведенческих расстройств в детском и подростковом возрасте, поскольку около 2 млн. молодых людей в одном только Европейском регионе страдают психическими расстройствами – от депрессии до шизофрении. Многие не получают необходимой психосоциальной помощи. Однако состояние психического здоровья детей и подростков имеет важнейшее значение для обеспечения и поддержки устойчивого развития любого общества. До 20% детей во всем мире имеют проблемы психического здоровья (ВОЗ, 2006).

По данным академика РАМН Т.Б. Дмитриевой (2006), исследования, проведенные в стране показывают, более 30% всего населения России нуждается в консультативной или лечебной помощи психиатра, нарколога или психотерапевта. Ежегодно в психиатрические учреждения страны обращаются около 8 млн. человек, что составляет более 5% населения. В 2005 г. из 4180082 чел., постоянно наблюдавшихся в психиатрических учреждениях страны – 722542 составили дети и 296559 – подростки. Показатели болезненности и первичной заболеваемости психическими расстройствами в детско-подростковой популяции (на 100 тыс. чел.) на протяжении 10 лет превышали по темпам роста аналогичные показатели у взрослых практически в 2 раза. Доля лиц уволенных с военной службы в связи с психическими расстройствами составляет 45,9%. При этом большинство расстройств формируются именно в детско-подростковом возрасте.

Современные международные правовые документы определяют базовые параметры психического здоровья населения. Они содержат также ключевые понятия, определяющие развитие клинической и социальной психиатрии на ближайшее время:

- понятие «психосоциально обусловленное психическое расстройство»;
- социальные последствия нарушений психического здоровья у населения и подрастающего поколения, в частности;
- эмоциональный дистресс и ПТСР как наиболее распространенная форма психических расстройств, обуславливающие серьезные личностные нарушения и стойкие девиации (Восточная Европа, страны Балканского региона);
- многокомпонентная и разветвленная структура социально-психиатрической помощи детям и подросткам, включая организацию психиатрической помощи вне специализированных детских лечебно-профилактических учреждений, а именно, школы компенсирующего типа, социальные приюты, дома ребенка.

Детская социальная психиатрия как научно-практическое направление клинической и социальной психиатрии самым активным образом формируется в наши дни и изучает 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);
- 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);
- 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 социализации ребенка. В последнее десятилетие XX века социализация детей в России проходила под знаком существенного дефицита позитивных воздействий, что обусловило формирование в состоянии здоровья детей устойчивых негативных тенденций – высокий показатель детской инвалидности, в которой первое место занимают психические расстройства; увеличение числа детей с девиантными формами поведения (бродяжничество, ранняя алкоголизация и наркотизация), ограничения в получении полноценного образования из-за низкого уровня психического здоровья, что в целом ведет к снижению интеллектуального потенциала нации.

Таким образом, мы можем говорить о социальных последствиях психического здоровья/нездоровья детей для общества, что определяет формулирование важной социальной проблемы – необходимость поддержания в обществе оптимального уровня психического здоровья подрастающего поколения с максимально позитивным развивающим влиянием социальной среды на формирование детской психики.

Следовательно, анализ психического здоровья/нездоровья через понятие «социализация ребенка и определяющие ее факторы» выделяет специфику социальной психиатрии детства по отношению к другим направлениям клинической психиатрии и позволяет анализировать большинство социальных воздействий на психическое здоровье и развитие детей.

На настоящем этапе становления детской социальной психиатрии можно выделить следующие ведущие факторы социализации детей и подростков:

1) **Отношение к детству и к ребенку как важный макросоциальный фактор.**

Сегодня в системе социальных отношений ребенок должен рассматриваться не как объект воздействия (родительского, воспитательного, терапевтического, исправительного), а как полноправный субъект взаимодействия с родителями, опекунами, воспитателями и другими, эмоционально значимыми для него лицами, отвечающими за уход, обучение, профессионализацию, социальную поддержку и защиту несовершеннолетнего. Это определяет prerogative не нозологически-синдромологического, а личностно - и проблемно ориентированного подхода к диагностике, терапии, реабилитации и ресоциализации детей и подростков с нарушениями развития и психического здоровья. Ведущие международные документы, например, Конвенция о правах ребенка (1989) в качестве основной концепции проводит именно идею взаимодействия, полного и защищенного осуществления самим несовершеннолетним субъектных прав в процессе социализации.

2) **Семья как социальный фактор.** В настоящее время семья рассматривается и как основная ячейка общества, и как естественная среда оптимального развития и благополучия детей, т.е. их социализации. Проблемы семьи, условия семейного окружения и воспитания являются ведущими среди основных макро - микросоциальных факторов, которые исследует социальная психиатрия детей и подростков.

3) **Особо трудные условия социализации и жизнедеятельности ребенка как социальный патологизирующий фактор.** Дети и подростки, социализация которых протекает в неблагоприятных условиях, деструктивно влияющих на психосоциальное развитие и психическое здоровье ребенка (сиротство, насилие, вовлечение в криминальную среду, инвалидизация в связи с физическим или психическим дефектом), на современном этапе развития социальной помощи рассматриваются как группы повышенного «социального риска» дезадаптации. Это дети с особыми нуждами и потребностями, обусловленными особо трудными условиями их социализации, поэтому по отношению к ним разрабатываются и применяются подходы и средства специальной поддержки, коррекции и защиты, что определяет специфику некоторых правовых документов (например, «Пекинские правила» о правах детей-правонарушителей). Это также определяет специфику консультативно-диагностических, коррекционных подходов и организации социально-реабилитационных учреждений для детей с особыми нуждами.

В связи со специфичностью предмета изучения ведущими методами исследования в социальной психиатрии детства являются:

- клинико-психопатологический метод (метод, который является общим для всех направлений клинической и социальной психиатрии, исследующих различные патологические аспекты отклонений развития и психического здоровья);
- социально-психопатологический метод (данный методический подход в исследованиях и коррекционной практике направлен на изучение психопатологических феноменов, формирующихся в условиях неблагоприятной социальной ситуации развития ребенка, а также на анализ причинной связи между действием социальных факторов и динамикой социально обусловленных психических расстройств, нарушений психологического и личностного развития у детей и подростков);
- социально-генетический метод (содержанием данного методического подхода является изучение связей между факторами социализации и конституционально-наследственными признаками, а также изучение особенностей проявляемости конституционально-наследственных феноменов в условиях неблагоприятной социальной ситуации развития ребенка (например, дети в семьях психически больных родителей, в семьях лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией, особенности трансгенерационной передачи психопатологических феноменов и патологических стереотипов поведения – «цикл насилия» и т.д.);
- социально-психологический метод (метод, имеющий отношение к анализу воздействия социальной ситуации развития на формирование и динамику психологических «новообразований» личности на отдельных этапах возрастного психического развития (например, депривационное развитие личности с «рентными установками» у детей, воспитывающихся в интернатных учреждениях; социально-психологическая личностная деформация по асоциальному типу у детей и подростков-правонарушителей).

Кроме понятия социализации следует выделить еще ряд ключевых понятий, которые определяют понятийный аппарат социальной психиатрии детства, отличающий это направление от детской клинической психиатрии.

В связи с тем, что социально-психиатрический подход направлен на исследование роли социальной ситуации развития в расстройствах психического здоровья, дополнительными положениями социальной психиатрии детства являются такие понятия как «средовая психическая дезадаптация», «социальный конфликт и дистресс», группы детей «социального риска дезадаптации».

Понятие «средовой психической дезадаптации» является социально-психологическим понятием и применительно к возрастному психосоциальному развитию дифференцируется в понятия семейной, школьной и социальной дезадаптации.

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.

Это сочетание зависимости и эмоциональности, несомненно, определяет необходимость для ребенка длительного периода ухода, заботы и защиты. Ребенок, развивающийся в благоприятных, защищенных условиях, как правило, при переживании стресса демонстрирует формирующуюся способность к «овладевающему поведению» и степень этого овладения отражает его личностный рост, его контроль над своим состоянием и над ситуацией, расширение арсенала жизненных навыков. В социально-психиатрическом аспекте, значимым с точки зрения неблагоприятных социальных, психологических, соматических последствий, является не стресс, а дистресс - состояние эмоционального напряжения, которое возникает при конфликтных, кризисных, жизненных ситуациях и превышает по своей интенсивности или длительности индивидуальные психофизические и личностные адаптивные возможности ребенка.

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

Полной классификации негативных психосоциальных воздействий (стрессоров), очевидно, создать не возможно, потому что их многообразие выражает разнообразие жизненных обстоятельств, обуславливающих кризисные ситуации, и специфичность индивидуальных психологических особенностей, определяющих личностную значимость тех или иных «патогенных» обстоятельств.

Однако при оценке любого дистресса у детей и подростков необходимо оценивать следующие параметры:

- нарушения психической деятельности (собственно психические расстройства);
- изменения соматического состояния, включая дисфункциональные и соматоформные расстройства;
- отклонения в возрастном психофизическом и психическом развитии;
- нарушения личностного развития;
- нарушения семейной, школьной, социальной адаптации со стойкими отклонениями поведения.

На настоящем этапе развития социально-психологического и социально-психиатрического направления для медико-социальной помощи и защиты детей с особыми потребностями целесообразно выделять следующие группы «риска», которые отличаются по ведущим механизмам социализации и определяющим ее социальным факторам:

1) **Дети, лишенные родительского попечения** в результате физического или социального сиротства («социальное сиротство» - осуществленное по закону изъятие ребенка из семьи в связи с не обеспечением родителями заботы, ухода и воспитания своих детей и/или угрозой их здоровью, психическому состоянию и благополучному развитию). Ведущие социальные стрессы: психическая депривация, утрата родителей и близких, разрыв с привычным стереотипом отношений, эмоциональное напряжение в связи с опасностью насилия, жестокого обращения.

2) **Дети, пострадавшие от различных форм насилия** (пренебрежение в удовлетворении их биологических и социальных потребностей, физическое и сексуальное насилие, эксплуатация в порнографии, жестокое обращение). *Ведущие социальные стрессы:* стресс «витальной опасности» в связи с насилием, интенсивного эмоционального напряжения в связи с угрозой насилия и его повторения, психическая депривация.

3) **Дети, вовлеченные в криминальную среду** и проявляющие криминальную активность (совершение правонарушений) до возраста достижения уголовной ответственности, и подростки-правонарушители. *Ведущие социальные стрессы:* психическая депривация (преимущественно у детей-правонарушителей в младшей возрастной группе), интенсивное эмоциональное напряжение в связи с угрозой насилия (младшая возрастная группа), разрыв с привычным стереотипом отношений - лишение свободы (старшая возрастная группа).

4) **Дети, вовлеченные в глобальные социальные конфликты** (дети семей беженцев; дети, пострадавшие от войн и террористических актов и т.д.) и ставшие в результате их воздействия жертвами плохого обращения и/или насилия (вооруженные действия, межнациональные столкновения). *Ведущие социальные стрессы:* витальная опасность; интенсивное эмоциональное напряжение в связи с угрозой насилия; утрата родителей и близких, разрыв с привычным стереотипом отношений; психическая депривация.

5) **Дети с особыми потребностями** и особыми условиями социализации в результате дефектов их физического и/или психического развития (дети с умственной отсталостью, нарушениями зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата и другими формами дефектов). *Ведущие социальные стрессы:* психическая депривация, разрыв с привычным стереотипом отношений, стрессы «оценки», «неисполнения ожиданий» и/или «поражения» в предстоящей, настоящей или будущей деятельности (переживание неуспешности, «неудачи» в межличностных отношениях, в любой значимой деятельности).

Следовательно, ключевые понятия детской социальной психиатрии – специфические особенности социализации, средовая психическая адаптация/дезадаптация, психическая депривация, социальный стресс и дистресс, группы детей «риска» развития социально обусловленных расстройств – позволяют анализировать основные аспекты психического здоровья/нездоровья ребенка в ведущих сферах его жизнедеятельности - семья, школа;

микросоциальная среда, т.е. в тех областях, где решается его учебно-профессиональное, личностное самоопределение и где ребенку сегодня достаточно трудно.

Становление анализируемого понятийного аппарата детской социальной психиатрии определяет необходимость при решении медико-социальных проблем детства перейти от медико-центрической парадигмы к биопсихосоциальной модели диагностической, лечебно-оздоровительной, коррекционной и реабилитационной помощи детям с проблемами развития и поведения. Освоение нового понятийного аппарата позволяет осуществлять междисциплинарное взаимодействие отдельных «помогающих» специалистов в решении ключевых проблем ребенка; необходимость разработки и внедрения новых медико-социальных технологий оказания комплексной помощи детям и новой концепции охранно-защитного подхода к ребенку, находящемуся в трудных жизненных обстоятельствах.

Решение этих проблем в новом медико-социальном ключе требует безотлагательного формирования новых видов деятельности в детской психиатрии, в том числе:

- 1) Новых подходов к социально-психологической поддержке семьи как естественной и самой оптимальной среды для ребенка;
- 2) Новых методов социотерапевтической помощи детям, находящимся в особо трудных жизненных обстоятельствах (безнадзорность, криминальная среда, проживание в экологически грязных зонах, в регионах экономического застоя), детям, ставших жертвами террористических актов);
- 3) Новых аспектов социально-правовой защиты законных интересов детей с высоким риском развития социально обусловленных психических расстройств и нарушений возрастного психического, личностного развития.

Перечисленные проблемы, организационные направления помощи являются не только социально значимыми, но и клинически важными, так как за ними стоят разнообразные нарушения возрастного психического развития детей, патологические состояния и процессы, обусловленные негативными социальными, психологическими условиями жизни ребенка в современной России, в современном мире.

## ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

**Агарков А.П., Агарков А.А., Кублинская М.М.**

*Областное ГУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница», ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН, г. Томск*

Томская область входит в состав Сибирского федерального округа и занимает площадь 317 тыс. кв. км. (1,9% территории РФ). В административно-территориальном разрезе состоит из 16 сельских районов, 6 городов областного подчинения, 1 поселка городского типа, 118 округов, 565 сельских населенных пунктов. Численность населения в Томской области – 1 млн. 34,1 тыс. человек, в том числе детей – 152,6 тыс., подростков – 47,9 тыс.

Психиатрическая помощь детям и подросткам представлена стационарными и амбулаторными подразделениями ОГУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница» на 1410 коек и амбулаторным приемом в Центральные районные больницы Томской области: детское общепсихиатрическое отделение на 35 коек круглосуточного пребывания; детское отделение пограничных нервно-психических и речевых расстройств на 40 коек круглосуточного пребывания; подростковое отделение пограничных нервно-психических расстройств на 20 коек круглосуточного пребывания и 30 койко/мест дневного стационара; областной амбулаторный подростковый прием врача-психиатра; детское диспансерное отделение (Медико-педагогический центр) с дневным стационаром на 25 койко/мест и стационаром на дому на 25 койко/мест; детские и подростковые участковые врачи-психиатры в Центральные районные больницы.

Томская область стабильно остается территорией РФ с уровнем как общей, так и впервые выявленной заболеваемости психическими расстройствами, намного превышающим общероссийский показатель. Так, показатель общей заболеваемости психическими

расстройствами превышает среднероссийский почти в 1,4 раза, в том числе среди детей до 14 лет в 1,9 раза, а среди подростков в 1,4 раза (табл. 1).

Таблица 1

*Динамика общей заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения 2000-2006 гг.*

| Годы | Дети<br>0-14 лет |             | Подростки<br>15-17 лет |             |
|------|------------------|-------------|------------------------|-------------|
|      | Абс.             | На 100 тыс. | Абс.                   | На 100 тыс. |
| 2000 | 8533             | 4936,0      | 2615                   | 4815,0      |
| 2001 | 7677             | 4674,0      | 2414                   | 4511,8      |
| 2002 | 8018             | 5171,8      | 2330                   | 4400,5      |
| 2003 | 8217             | 5566,7      | 2271                   | 4318,1      |
| 2004 | 9933             | 6913,2      | 2880                   | 5715,8      |
| 2005 | 9491             | 6791,6      | 2221                   | 4787,8      |
| 2006 | 8595             | 6336,7      | 2288                   | 5485,2      |
| РФ   | -                | 3318,6      | -                      | 4047,4      |

В связи с ростом показателей общей и впервые выявленной заболеваемости, в 2003 году начата реорганизация детско-подростковой психиатрической службы: открыто подростковое отделение ОГУЗ «ТКПБ»; организован научно-исследовательский отдел детско-подростковой психиатрии ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН; детское диспансерное отделение с дневным стационаром и стационаром на дому переведено в новое современное здание в центре города; изменены приоритетные направления работы амбулаторной детско-подростковой психиатрической службы с акцентом на непсихотические формы, начата активная диспансеризация детско-подросткового населения Томской области. В связи с чем, на начальном этапе (2004 г.) отмечается резкое увеличение показателей общей заболеваемости у детей и подростков Томской области с последующей динамикой снижения этих показателей, что, свидетельствует об эффективности проводимых реформ детско-подростковой службы.

О результатах реформирования говорит и динамика показателей впервые выявленной заболеваемости среди детского населения с 1357,5 на 100 тыс. населения в 2005г. до 1125,8 в 2006 г. и среди подростков с 715,7 на 100 тыс. населения в 2005 г. до 704,8 в 2006 г.

На сегодняшний день приоритетными направлениями развития системы региональной охраны психического здоровья детей и подростков являются разработка и внедрение системы ранней диагностики и превенции нервно-психических расстройств у детей и подростков; приближение помощи к населению за счет организации психиатрической и психолого-психотерапевтической помощи в учреждениях здравоохранения, образования и социальной защиты; изменение кадровой обеспеченности детско-подростковыми психиатрами в городе и области; отработка модели межведомственного взаимодействия со специалистами системы образования и социальной защиты для внедрения принципов психосоциальной реабилитации детей и подростков; осуществление поддерживающей помощи родителям или лицам их заменяющим в семьях, имеющих психически больного ребенка; участие детских психиатров в деятельности медико-психолого-педагогических комиссий с адекватным практическим решением диагностических, социальных, учебно-коррекционных и лечебно-реабилитационных вопросов; развитие организационно-методической помощи педагогам, психологам систем образования и социальной защиты, и специалистам военно-врачебных комиссий при оценке психического здоровья у юношей призывного возраста; внедрение во всех подразделениях биопсихосоциального подхода к коррекции с применением полипрофессионального подхода, что является наиболее эффективной формой работы. Постепенная организация в детской психиатрии данных видов деятельности будет способствовать решению основной задачи – адаптации больных детей и подростков в общество.

## ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО УЛУЧШЕНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

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

*Государственная медицинская академия, г. Киров*

На современном этапе эффективность оказания психиатрической и психотерапевтической помощи определяется своевременностью выявления психических расстройств. Чем раньше выявляются дети с психическими расстройствами и получают соответствующую комплексную медико-психолого-педагогическую помощь, тем выше вероятность хорошей школьной адаптации и ниже риск возникновения дезадаптивного поведения (Н.В. Вострокнутов, 1995; В.Н. Попов, 1998; P. Melchers et al., 1999).

В 1996 году анализ заболеваемости и распространенности психических заболеваний у дошкольников в Кировской области показал, что ранняя диагностика данной патологии недостаточна и необходима организация и развитие микропсихиатрии, подготовка неврологов и педиатров по проблемам детской психиатрии.

В связи с такой ситуацией была разработана и утверждена совместная Программа областного и городского департаментов здравоохранения и образования по совершенствованию раннего выявления и проведению комплексной реабилитационной работы с детьми с психической патологией. Благодаря совместным усилиям руководителей департаментов здравоохранения и образования, главных специалистов и руководителей Кировской областной психиатрической больницы им. В.М. Бехтерева, директоров школ, заведующих детскими дошкольными учреждениями и специалистов различного профиля стала возможной реализация данной Программы.

Во всех детских поликлиниках, в соответствии с Программой по оказанию помощи детям с психической патологией, была проведена подготовка педиатров, неврологов по раннему выявлению детей с отставанием в психическом развитии и другими симптомами нервно-психических расстройств. На консультацию к психиатру активно направлялись дети в возрасте от 1 года из «группы риска», т.е. перенесшие перинатальное поражение ЦНС, гемолитическую болезнь новорожденных, нейроинфекции, длительно и часто болеющие, имеющие речевые проблемы и т.д. Для преодоления барьера, возникающего при посещении психоневрологического диспансера, детские психиатры стали осуществлять прием в условиях детских поликлиник, что улучшило их взаимодействие с педиатрами, неврологами, логопедами, психологами. Были организованы семинары по обучению педагогов и психологов детских садов, логопедов, выпущены информационные письма и методические разработки по ранним симптомам психических расстройств. Для улучшения выявления умственной отсталости (УО) и задержки психического развития (ЗПР) был внедрен Денверский опросник (скрининг-тест для оценки развития детей от 0 до 6 лет) в г.Кирове и области. Эти мероприятия позволили существенно улучшить раннюю диагностику психических расстройств у детей дошкольного возраста.

В сравнении с 1996 годом в 2005 году количество осмотренных психиатрами дошкольников возросло в 15,2 раза (с 97 до 1477 человек), среди них было выявлено 980 детей с ЗПР, что в 16,9 раза превышает цифры 1996 года.

Проведенные мероприятия способствовали тому, что за последние 5 лет заболеваемость психическими расстройствами у детей в г. Кирове и области выросла в 1,5 раза (с 8,8 на 1000 детского населения в 2001 до 12,4 – в 2005). Это произошло, прежде всего, за счет улучшения ранней диагностики непсихотических расстройств, число которых увеличилось почти в 2 раза (с 5,3 – в 2001 до 9,5 – в 2005).

Распространенность психических расстройств у детей в г. Кирове и области в 2001 году составляла 46 на 1000 детского населения, в 2005 – 62,6, т.е. увеличилась в 1,4 раза (в России – 33,2). Приведенные цифры свидетельствует об улучшении диагностики психических нарушений в детском возрасте, что дает возможность проведения своевременной медико-психологической и социальной реабилитации.

Современный подход к разработке и организации реабилитационного процесса детям с психическими расстройствами основан, прежде всего, на биопсихосоциальном подходе и

междисциплинарном взаимодействии различных специалистов: психиатров, психологов, педагогов, дефектологов, логопедов и социальных работников.

Реабилитация дошкольников с ЗПР и другими психическими расстройствами в г. Кирове проводится в условиях детского дневного психиатрического стационара (ДДПС) на базе Центра реабилитации для детей с пограничными нервно-психическими расстройствами, который был открыт в детском саду №159 в феврале 2005 года.

За 1,5 года было пролечено в условиях ДДПС 69 детей выпускных (подготовительных) групп с ЗПР различной степени тяжести. Об эффективности проведенной реабилитации свидетельствуют следующие данные: сотрудниками психолого-медико-педагогической комиссии было рекомендовано обучение в массовой школе 40 (57,9%) выпускников (у них диагноз ЗПР снят), в класс коррекционно-развивающего обучения 7 вида направлено 29 (42,1%) детей. Большинство детей, направленных в коррекционный класс 7 вида в настоящее время обучаются в 18 школе, на базе которой также имеется ДДПС, что позволяет осуществлять преемственность в работе детского сада и школы и отслеживать отдаленные результаты реабилитации.

Аналогичная реабилитационная работа проводится в Центре развития ребенка «Надежда» в г. Кирово-Чепецке. Анализ лонгитудинальных результатов многолетней (более 10 лет) комплексной медико-психолого-педагогической реабилитации дошкольников с ЗПР показал, что из 160 выпускников 2002 – 2006 годов обучаются в лицейских и гимназических классах в обычных классах общеобразовательной школы – 99 (61,9%), в речевой школе по обычной программе – 6 (3,7%), в классах коррекционно-развивающего обучения (КРО) 7 вида – 55 (34,4%), т.е. у большей части детей (65,6%) диагноз ЗПР был снят.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что раннее выявление дошкольников с ЗПР с последующим проведением комплексной реабилитационной работы, основанной на принципах междисциплинарного взаимодействия, приводит к тому, что у значительной части детей наступает устойчивая компенсация, обеспечивающая возможность обучения в общеобразовательных классах.

Для проведения активной реабилитационной и психопрофилактической работы со школьниками с 1993 года функционирует детский дневной психиатрический стационар (ДДПС) на базе 6 общеобразовательных школ г. Кирова на 150 мест. Эффективность работы достигает более 90%. Катамнез 74 выпускников 9-х классов коррекционно-развивающего обучения 7 вида, с которыми проводилась комплексная реабилитационная работа, в сравнении с 80 выпускниками аналогичных классов контрольной группы без проведения реабилитации, свидетельствует о том, что в основной группе достоверно больше ( $p < 0,05$ ) подростков, продолживших обучение после окончания 9 класса в техникумах и училищах, – 98,6%, во 2 группе – 37,5%; достоверно меньше «ничем не занятых» – 2,3% и 18,8% - соответственно. Нарушения поведения в 1 группе отмечались достоверно реже (лишь у 2,7% выпускников), чем во 2 группе (у 27%). Данные цифры свидетельствуют о высокой эффективности комплексной реабилитационной работы с учащимися с пограничными психическими расстройствами в условиях ДДПС, и, в частности, о том, что это действенный метод профилактики девиантного и делинквентного поведения у подростков.

В настоящее время удалось открыть аналогичные ДДПС на базе общеобразовательных школ в 4-х райцентрах области (г. Слободской, г. Советск, г. Вятские Поляны, п. Оричи).

Таким образом, разработанные и внедренные в практику мероприятия по улучшению психиатрической помощи детям в Кировской области, основанные на междисциплинарном взаимодействии специалистов здравоохранения и образования, способствуют ранней диагностике и осуществлению эффективной реабилитационной работы с дошкольниками и школьниками с пограничными психическими расстройствами, в том числе с ЗПР, в современных социально-экономических условиях, а также профилактике психических расстройств в более старшем возрасте.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ОБЩЕПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

**Васильева Е.Н., Паляева С.В.**

*Областная клиническая психиатрическая больница № 1, г. Оренбург.*

В доступных нам литературных источниках, посвященных методу биопсихосоциальной модели лечения и реабилитации больных с психическими расстройствами, мы не нашли упоминаний о возможности его применения у детей. Опираясь на опыт работы «взрослых» отделений, с 2004 года в детском общепсихиатрическом отделении предпринята попытка систематизации мероприятий, направленных на улучшение качества лечения детей с психическими расстройствами.

Выделено 3 направления ведения больных, каждое из которых применяется как изолированно по времени, так и одновременно, что зависит от имеющегося на тот момент подбора больных и их родителей:

- 1) Полипрофессиональная бригада.
- 2) Психообразовательные планы-программы для детей, их родителей и медперсонала, непосредственно с этими больными работающего.
- 3) «Клубная» работа (школа общения, утренники, дни рождения, конкурсы рисунков, терапия занятостью по помощи персоналу и трудотерапия, группы по интересам - шахматы, шашки, посещения кинотеатра с подходящими для возраста и состояния фильмами).

Следует отметить, что 3 направление в большей степени существовало всегда и проводилось имеющимися в штате педагогами – воспитателями.

В начале организации бригады не всегда была понятна роль каждого специалист.

Затруднения были вызваны и созданием практически с нуля психообразовательных программ, т.к. в отличие от «взрослых» отделений, невозможно было подобрать группу с единым диагнозом и подобными синдромами (симптомами), сделать темы одновременно понятными, интересными, короткими и емкими по содержанию. Поэтому существование подобной методики лечения и реабилитации в условиях детского общепсихиатрического отделения при областной клинической психиатрической больницы № 1 в течении более чем 3 лет позволяет поделиться, тем опытом, который нарабатывался, в который вносились коррективы и дополнения.

Что касается полипрофессиональной бригады, то до сих пор в детской психиатрии нет устоявшейся формы работы. Это касается даже участвующих в ней специалистов. Изначально предложенная модель в составе психиатра, психолога, психотерапевта и социального работника была рассчитана в основном на больных шизофренией. И цели были определены собственно нозологией с присущими ей особенностями (аутизация, эмоционально-волевые нарушения и др.).

В структуре детского отделения удельный вес больных шизофренией невелик и не превышает 15 - 18 %, поэтому возникла необходимость внедрения бригадного метода для больных эпилепсией с психическими расстройствами, тяжелыми формами неврозов, в частности обсессивно – компульсивным, расстройствами формирующейся личности и нарушениями поведения в рамках другой нозологии. В поле деятельности бригады частично попали и дети с когнитивными нарушениями до уровня пограничных или легких форм умственной отсталости. На первых этапах затруднения были в том, кто и о чем беседует с родственниками, кто оформляет документацию, с какой кратностью проводятся обсуждения в бригаде. Довольно сложно встраивался в этот тандем социальный работник, все функции которого были расписаны для взрослых с частично утраченными родственными связями, что крайне редко встречается у детей. Поэтому его роль была определена с большим акцентом на работу с родственниками пациентов и на работу с группой детей вне отделения (посещение парка, аттракционов, кинотеатра). Психолог не только проводил ЭПИ до начала работы, выявляя «слабые места» ребенка, но в обязательном порядке проводил исследование в динамике.

Группы в отделении создаются совместно психиатром и психотерапевтом, но ведут их психотерапевт и психолог. Задачей такой группы является тренинг социальных навыков -



общения, уверенного поведения, отрабатываются позитивные формы «выплескивания» гнева и агрессии. Используются техники арттерапии, поведенческой терапии, для более старших – техники ориентированной дискуссии, психодрамы. Надо заметить, что и подростки охотно откликались на такую методику как игровая терапия

И, наконец, психиатр не только участвует в создании групп, но в большей степени осуществляет все виды медикаментозного лечения, обследования в соответствии со стандартами, координирует работу вышеуказанных, и, при необходимости других специалистов, ведет документацию и организует обсуждение в бригаде с выработкой единой позиции для каждого пациента и их родственников, в какой то степени осуществляет и экспертные функции. Как пример, можно привести обучение саморегуляции и умению распознавать начало дисфорических (дисфориоподобных) проявлений у больных органическими расстройствами и эпилепсией с предлагаемыми вариантами снижения напряжения, вплоть до его исчезновения. Упражнения повторялись много раз, с перспективой довести эти действия до автоматизма. Практически единственной задачей для больных шизофренией и органическим аутизмом при данном методе было их присутствие в группе с максимально возможным общением или любой другой формой участия, хотя бы невербального.

На ближайшее время нами поставлена задача о включении в такой метод ведения больного других специалистов, работающих в отделении – педагогов-воспитателей и логопеда-дефектолога.

Одновременно с началом функционирования полипрофессиональных бригад были разработаны психообразовательные программы для разных групп участников.

Наименьшие трудности вызвало составление программы для медперсонала, т.к. в больнице много лет функционирует трехгодичная школа для медсестер по психиатрии. Для персонала детского отделения, как среднего, так и младшего в психообразовании был сделан акцент на модели общения с больными разного возраста, разной нозологии, разного социального статуса.

Для родственников пациентов темы занятий были максимально приближены к реально существующим проблемам конкретно их детей, нозологии их детей в целом, общения с больным ребенком в зависимости от синдрома и, частично, нозологии с акцентом на социально-значимые моменты в жизни семьи. Вся работа проводилась на эмоционально благоприятном фоне с адекватной надеждой на перспективу.

Разработка программ для детей потребовала и больше усилий, и большей корректировки по мере нарабатанного опыта. Как ни странно, но дети очень охотно слушали и включались в обсуждение предлагаемого им материала, комментировали его, задавали вопросы. Иногда указывали друг на друга, выявляя такие симптомы как гневливость, задиристость, обидчивость, а иногда, и аутизацию, неумение (нежелание) самообслуживания, неправильное поведение при проблемах других детей. Примеры выбирали сами без подсказки персонала. К удивлению авторов, дети открылись с другой стороны. Так, например, легкие формы умственной отсталости не лишали участников группы определенной наблюдательности, хотя и затрудняли вербализацию своих наблюдений и замечаний.

Таким образом, биопсихосоциальная модель лечения и реабилитации детей с психическими расстройствами является перспективной как в плане большей адаптации больных и их семей в социум, так и в более творческой и интересной работе специалистов, оказывающих психиатрическую помощь детям.

## СОЦИАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ И КОРРЕКЦИОННЫЙ АСПЕКТЫ

**Вострокнутов Н.В.**

*ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», г. Москва*

Современная детская социальная психиатрия характеризуется направленностью на разработку и внедрение социально-психиатрического подхода к нарушениям психического здоровья детей с обеспечением консультативной, лечебно-терапевтической и реабилитационной помощи детям с социально значимыми психическими расстройствами.

Это определяет, во первых, такой новый объект психиатрической оценки как анализ социальной ситуации развития ребенка в его основных сферах жизнедеятельности – семья, школа, досуг и значимое для ребенка окружение; ведущие социальные инфраструктуры, через которые осуществляется взаимодействие специалистов отдельных социальных практик, включая школьного психолога, социального педагога, детского психиатра.

Во-вторых, это определяет, необходимость использования при многоосевой диагностике нарушений психического здоровья такого важного социально-клинического параметра, как качество социального и психического функционирования ребенка на момент клинической оценки. По этой оси следует описывать нарушения функционирования, возникающие вследствие психического расстройства, специфических расстройств психического развития или умственной отсталости.

При этом существенной, до настоящего времени неразработанной, в ряде случаев затрудняющей междисциплинарное взаимодействие специалистов, является позиция, согласно которой клиническая психиатрическая диагностика и ее понятийный аппарат должны в определенной степени соотноситься с аппаратом психолого-педагогической оценки и диагностики. Это важно потому, что специалисты, работающие в образовательной и социально-профилактической среде, имеют дело с теми же проблемами и теми же детьми, которые в другой ситуации и другом социальном запросе, например, со стороны родителей, школы, комиссии по делам несовершеннолетних становятся объектом социально-психиатрической диагностики, в которой значимыми становятся не только клинико-диагностические оценки, но, прежде всего, социальные и психологические отношения, параметры социального функционирования и связанные с ними социотерапевтические и реабилитационные рекомендации.

Особенно остро эта проблема выступает при необходимости междисциплинарного взаимодействия различных специалистов в случаях клинической и психолого-педагогической оценки таких психических расстройств, как «Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте» (F90-F98).

Специфика и сложность оценки этой группы нарушений заключается в следующем:

1) Большинство входящих в эту группу состояний, например, гиперкинетические расстройства (F90), социальное тревожное расстройство детского возраста (F93.2), оппозиционно-вызывающее расстройство (F91.3), социализированное (F91.2) и несоциализированное расстройство поведения (F91.1) существуют как в форме патологического состояния, так и в форме психологически выраженных отклонений поведения и личностного реагирования в пределах нормативного возрастного развития (дети с гиперактивностью, дети с тревожностью, агрессивностью как определенным личностным свойством и сложившимся, соответствующим этому свойству, стереотипом поведения).

2) В клинической и психологической оценке этой группы нарушений, как правило, выступает один и тот же признак, а именно, «Нарушения поведения» в различных по степени тяжести действиях и проступках – повторяющиеся эпизоды чрезмерной активности и подвижности, признаки расторможенности и импульсивности в социальных отношениях с безрассудным опасным поведением; повторяющиеся случаи вызывающих, протестных, агрессивных и диссоциальных действий. При этом сами признаки «нарушений поведения» становятся проблемой для родителей, определяют необходимость оценочных и коррекционных

воздействий со стороны различных специалистов (педагогов, социальных работников, психологов), которые часто в подобных случаях обращаются за клинической диагностикой. Как правило, единственным критерием такого запроса на клиническую оценку служит параметр «чрезмерности или тяжести нарушений поведения».

3) Признак «расстройства поведения» в клиническом плане дополнительно включает такие существенные параметры как «Стойкость расстройства более 6 мес.» и степень выраженности «нарушений психосоциальной продуктивности – легкое, умеренное, серьезное, тяжелое нарушение социального функционирования», но так как не опирается на другие клинически выраженные психические расстройства или нарушения общего психического развития содержит в себе высокий «риск стигматизации» по психическому расстройству. Эта форма риска наиболее явна для группы «Расстройства поведения», потому, что в нее может включаться большое число детей, испытывающих какие-либо проблемы в условиях семьи, школьного обучения, общения со сверстниками. Установление шифра «Психического расстройства по МКБ-10» для данного типа нарушений поведения часто определяет со стороны других специалистов социальной практики желательность или необходимость ограничения мер воспитательного, психолого-педагогического коррекционного воздействия с призывом к родителям со стороны немедицинских специалистов, школы решать проблемы ребенка через перевод на индивидуальное обучение, динамическое наблюдение при ПНД и лечебные подходы к коррекции поведения.

Определенным выходом из этой складывающейся практики, на наш взгляд, является следующий подход.

Внедрение в среду детских психиатров и осознание необходимости целостной концепции в понимании психического развития, здоровья и поведения детей в контексте многофакторной биопсихосоциальной модели психического здоровья и психических расстройств.

При этом макросоциальному уровню этой модели соответствуют такие социокультуральные факторы, как конфликтные и патогенные ценности подростково-молодежной субкультуры, социокультуральные аспекты «социального научения» через СМИ, новые общественные ценности, аспекты «долженствования», сохраняющиеся в образовательной среде.

Микросоциальному семейному уровню соответствуют такие социально значимые факторы как нарушения привязанности, симбиотические связи или разобщенность членов семьи, травматический опыт внутрисемейного насилия, дисфункции семейной системы с влиянием аномальных стилей родительского воздействия, межпоколенное накопление стрессогенных семейных событий (насилие, тяжелые соматические расстройства, особые формы отношения к еде, сексу, религии), семейные установки, правила, мифы и ценности в виде культа успеха и достижений, перфекционистских стандартов, враждебной картины мира и межличностных отношений.

Уровню межличностных, коммуникативных отношений соответствуют такие патологизирующие факторы как дефицит социальных навыков (например, при «социальном сиротстве»), коммуникативные дисфункции с социальной изолированностью, поглощенностью миром «виртуальной реальности» в Интернет-сфере, разобщение социально устойчивых связей при частой смене детских, образовательных учреждений.

Личностному уровню разбираемой модели соответствуют такие значимые социально обусловленные личностные установки и паттерны поведения как негативная самооценка, тревожная или агрессивная Я-концепция ребенка; дисфункциональные убеждения, частично коренящиеся в основных доминантах подростково-юношеского возраста; отказ от ответственности, патогенный конфликт между потребностью в автономии и потребностью в зависимости; алекситимия в качестве психологического диатеза, предрасполагающего к аддиктивному поведению и другим личностно-поведенческим девиациям.

Важно не только признание значимости выделенных социально-психологических факторов как «факторов риска» в формировании нарушений развития, поведения и психического здоровья ребенка, но и понимание закономерностей этого формирования, специфики тех патологических психических структур, которые в этом случае выступают

своеобразными «мишенями» воздействия в комплексных интегративно-ориентированных способах работы с ребенком, имеющим проблемы развития, здоровья и поведения.

В соответствии с этим подходом при реорганизации практической, комплексной и интегративной помощи ребенку с проблемами развития, здоровья и поведения, а также его семье должна обязательно учитываться социально-психологическая составляющая.

Ее компонентами являются:

1) Организация социально-поддерживающей и психотерапевтически насыщенной среды в медицинском или немедицинском учреждении, в стенах которого осуществляется интегративная помощь ребенку с проблемами развития и поведения (например, образовательное учреждение компенсирующего вида).

2) Специализированная социальная и психологическая подготовка среднего персонала, в частности медсестер, воспитателей, в организации социально-поддерживающей среды, а также для участия в качестве ко-терапевтов в индивидуальной, групповой и семейной психокоррекционной работе.

3) Обеспечение систематической семейной терапии как обязательного компонента комплексного интегративного воздействия, а не только психотерапевтически ориентированные беседы врача с родителями и родственниками ребенка с проблемами развития и поведения.

4) Включение в полипрофессиональную бригаду специалистов психотерапевта или детского психиатра, прошедшего специализацию по детской психотерапии.

5) Увеличение объема социально-психологических, клинико-психологических и психотерапевтических знаний и навыков у врачей-психиатров, работающих в детских учреждениях или с детским контингентом, с целью улучшения понимания ими значимости социальных и психологических факторов, а также содержания и направленности деятельности других, немедицинских специалистов, работающих с детьми.

6) Привлечение и расширение уровня взаимодействия медицинских специалистов (детских психиатров) с социальными работниками, повышение статуса социальных работников, в том числе и посредством углубления их знаний и навыков в области саногенных факторов медицины, клинической психологии и психического здоровья.

Существенным аспектом формирования интегративного, психотерапевтически насыщенного комплексного подхода, несомненно, является не только психологически ориентированная подготовка социальных работников, но и признание за психологом, работающим в медицинском учреждении, права заниматься не только консультативно-диагностической и психокоррекционной работой, но и оказанием психотерапевтической помощи детям и их семьям с правом лицензироваться в этой области.

## ПРОБЛЕМЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

**Дозорцева Е.Г., Морозова Е.И.**

*ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», г. Москва, РМАПО, г. Москва*

Большая распространенность психических расстройств, в особенности пограничного спектра, у детей и подростков в современной России, необходимость точной диагностики и эффективного комплексного лечения и реабилитации требуют подготовки не только квалифицированных детских психиатров, но и психологов, специализирующихся на клинико-психологических проблемах детей и подростков. В последнее время наблюдается рост числа исследований и повышение интереса к таким областям, как детская психотерапия, семейное консультирование, детская нейропсихология и нейропсихологическая коррекция. В то же время количество профессионалов, обладающих знаниями и практическими навыками для работы в широкой сфере детской и подростковой клинической психологии, явно недостаточно.

Подготовка специалистов в названной области может иметь несколько уровней и направлений:

### *1. Первичная подготовка.*

Получение специализации по детской и подростковой клинической психологии в рамках базового психологического образования на основе

#### 1.1. Специалиста

- 1.2. Магистратуры
2. *Вторичная подготовка*
  - 2.1. Получение специализации в рамках профессиональной переподготовки лиц, имеющих высшее психологическое образование.
  - 2.2. Повышение квалификации психологов, уже специализировавшихся в сфере клинической психологии детей и подростков.
  - 2.3. Повышение квалификации психологов других специализаций.
  - 2.4. Повышение квалификации специалистов смежных профессий (психиатров, педиатров, педагогов, социальных работников и др.).

Вместе с тем практическая реализация подготовки специалистов сталкивается с рядом трудностей.

Клиническая психология лишь недавно приобрела статус самостоятельной психологической специальности с отдельной профессиональной подготовкой на базе специалиста. Специализация по детской и подростковой клинической психологии в рамках этого вида образования распространения пока не получила. Необходимо стимулировать ее введение на факультетах и отделениях клинической психологии университетов. Внедрение двухуровневой системы образования («болонской системы») по специальности «клиническая психология» также дает возможность более широкой и качественной подготовки в области детской и подростковой проблематики, а также создания соответствующей специализации.

Вторичная подготовка специалистов, имеющих психологическое образование, а также представителей смежных профессий осуществляется, как правило, в учреждениях и подразделениях постдипломного образования Минздравсоцразвития. Некоторые из таких образовательных центров, как, например, Кафедра детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Российской медицинской академии постдипломного образования, имеют давние традиции и связи со многими регионами страны. В то же время наряду с федеральными учреждениями более интенсивно должны развиваться аналогичные центры на региональном уровне.

В перспективе с формированием системы образования в области детской и подростковой клинической психологии все более остро будет вставать вопрос о дифференциации и стандартизации учебных программ, подготовке учебников и методических пособий для каждого из уровней и направлений подготовки. Координацию деятельности в этой сфере следовало бы поручить специальному учебно-методическому объединению.

В зависимости от уровня подготовки и контингента учащихся образовательные программы должны различаться по характеру материала и длительности обучения. Так, для получения специализации помимо теоретического курса обучения необходимо предусмотреть значительный объем самостоятельной практической работы, выполняемой учащимся в условиях супервизии. В дальнейшем для обеспечения высокого уровня профессионализма специалиста в области клинической психологии детей и подростков требуется система повышения квалификации, в которую могут входить теоретические лекционные циклы, стажировки в научно-исследовательских и учебных клинических центрах, посещение конференций, обучающих семинаров, мастер-классов и др. С прохождением циклов профессиональной подготовки и регулярным повышением квалификации должна быть связана система сертифицирования профессиональной деятельности клинического психолога и присвоения ему квалификационных категорий.

Расширение проблематики детей и подростков, для работы с которой требуются знания и опыт клинического психолога, приводит к необходимости создания специализированных образовательных циклов.

Так, особая подготовка нужна психологам, работающим с детьми и их семьями, пострадавшими в чрезвычайных ситуациях. После получения сертификата о соответствующем образовании эти специалисты в будущем могут составить профессиональный резерв и при необходимости оперативно привлекаться к работе с жертвами катастроф.

Специфична работа детского и подросткового клинического психолога в сфере судебной психологии и психиатрии. Для подготовки к работе в этой области в ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава» разрабатывается и будет реализована программа специального образовательного цикла, система стажировок.

Особое значение имеет обучение клинических психологов методам детской и подростковой психотерапии, психологического консультирования и реабилитации.

Система подготовки специалистов в области детской и подростковой клинической психологии способствует формированию и является частью более общей системы – профессионального сообщества этих специалистов. Средства общения и взаимодействия членов сообщества – профессиональные издания, организации, совещания, конференции – важный ресурс развития как системы в целом, так и ее образовательной составляющей.

## АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН В 2006 ГОДУ

**Евтушенко Е.М.**

*Республиканская психиатрическая больница №1 Министерства здравоохранения Республики Башкортостан, г. Уфа*

Укрепление психического здоровья, обеспечение гармоничного формирования личности детей и подростков - важнейшая социальная задача цивилизованного общества. Психическое здоровье детей определяет здоровье нации в будущем, а работу, направленную на охрану психического здоровья следует рассматривать как неотъемлемый и необходимый компонент социальной политики.

Амбулаторно-поликлиническую помощь детям с психическими расстройствами оказывают в 9 психоневрологических диспансерах городов республики с организованным приемом детскими психиатрами.

ПНД г. Уфы является структурным подразделением Республиканской психиатрической больницы №1 Министерства здравоохранения Республики Башкортостан. В своем составе имеет детское отделение, обслуживающее городское население в возрасте от 0 до 17 лет включительно.

В качестве диагностического центра представлен кабинет амбулаторного приема в структуре РПБ №1 МЗ РБ, осуществляющий комплексное амбулаторное обследование и лечение детей страдающих психическими расстройствами, отклонениями возрастного психического развития и нарушениями поведения. Кабинет принимает всех нуждающихся в помощи больных детей проживающих в республике, в возрасте от 0-17 лет независимо от регистрации места их постоянного жительства.

Помимо этого, амбулаторная помощь оказывается в диспансерном отделении РПБ №2 МЗ РБ (г. Стерлитамак), в 46 психиатрических кабинетах центральных районных больниц с организованным приемом детскими психиатрами и психиатрами взрослой сети.

Стационарная психиатрическая помощь детям и подросткам оказывается в Республиканской психиатрической больнице №1 МЗ РБ – в отделении для детей от 3-15 лет, подростковом отделении, отделении для детей с патологией речи. Помимо лечебно-диагностической работы указанные отделения выполняют, на основе действующих законов и по особо установленным правилам, экспертные функции.

В Республиканской психиатрической больнице № 2 МЗ РБ стационарная помощь представлена дневным стационаром.

Детское население республики на 01.01.2007г. составляет 911410 детей, из них дети до 14 лет включительно – 688519, подростки 15-17 лет – 222891. На учете у психиатра состоит 24278 ребенка, из них 8715 в диспансерной группе, 15563 в консультативно-лечебной.

В 2006 году взято под наблюдение врача-психиатра всего 2805 детей, из них 681 пациент в диспансерную группу (24,2%), 2124 в консультативно-лечебную (75,8%).

В структуре заболеваемости психическими расстройствами среди детей до 17 лет 79% составляют психические расстройства непсихотического характера, 19,1% умственная отсталость, 1,9% психозы, в т.ч. 0,6% шизофрения. В динамике трех лет стабильными остаются показатели выявляемости психических расстройств непсихотического характера и умственной отсталости.

Контингент детей до 17 лет с психическими расстройствами и расстройствами поведения, состоящих под диспансерным наблюдением и получающих консультативную помощь в 2006 году составил 2663,8 на 100 тыс. детского населения (в 2004 году – 2685,2 на 100 тыс. детского населения).

В структуре контингента детей до 17 лет, состоящих под наблюдением врача-психиатра, преобладают больные с психическими расстройствами непсихотического характера - 77,3%, показатель умственной отсталости в этом же возрастном промежутке составляет 21,0%, психозы – 1,7% в т.ч. шизофрения – 0,2%.

Согласно статистическим данным, детей-инвалидов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в Республике Башкортостан – 3423, из них 82% составляют больные умственной отсталостью, 6,2% с психическими расстройствами вследствие эпилепсии, с хроническими неорганическими психозами 2,6% и 0,7% больных шизофренией.

В прошедшем году впервые признаны инвалидами – 411 детей в возрасте до 17 лет, большую часть из которых составляют больные умственной отсталостью.

Организация целостной системы специализированной психиатрической, психотерапевтической лечебно-диагностической, коррекционной и социально-медицинской помощи детям с психическими расстройствами и нарушениями возрастного психического развития, основанной на межведомственном взаимодействии специалистов детской психиатрической службы с органами образования, социальной защиты, внутренних дел реализуется путем методического руководства администрацией Республиканской психиатрической больницы №1 МЗ РБ и организационно- методическим отделом.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТРУКТУРЫ ВЕДУЩЕГО НАРУШЕНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

**Жданова Н.В., Ефимова О.В.**

*ГУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница»  
(Центр психического здоровья детей и подростков), г. Волгоград*

Лечебная педагогика в ГУЗ «ВОДКПБ» детей и подростков направлена на стимуляцию и коррекцию развития эмоциональной, познавательной сфер, психомоторики, личности ребенка. Основным принципом лечебной педагогики является единство лечебного и педагогического процессов. Поэтому при разработке коррекционно-развивающих программ педагоги Центра учитывают основные проявления ведущего нарушения, сохранные и компенсаторные возможности ребенка, специфику заболевания или отклонения в развитии, возраст, индивидуальные особенности и возможности каждого ребенка.

Лечебно-педагогическая работа строится на неразрывной связи обучения, воспитания и коррекции нарушенных функций. Только взаимосвязь различных видов деятельности может обеспечить умственное и нравственное развитие ребенка.

Для выявления индивидуальных особенностей ребенка, изучение степени сохранных и компенсаторных возможностей ребенка проводятся психолого-педагогические обследования, специальные диагностические занятия. На основании полученных данных планируется дальнейшая работа с ребенком (индивидуальная, коррекционно-развивающая, учебно-воспитательная). Затем дети распределяются по различным группам. При формировании групп учитываются такие критерии, как возраст, структура ведущего нарушения, интеллектуальные возможности. В процессе занятий используется дифференцированный подход, в том числе к продолжительности самого занятия.

Так, дети, дети, страдающие *эпилепсией*, выполняют задания медленно, иногда излишне скрупулезно, у эпилептиков отмечается склонность к детализации. В работе с такими детьми учитывается тот факт, что они с трудом включаются в задание и с таким же трудом выходят из него. Для выполнения задания им дается большее количество времени, соблюдается адекватность требований, постепенность их повышения. На начальном этапе занятий даются более легкие задания и меньшие по объему, чем другим детям, отводится больше времени на отдых. Учитывая быструю утомляемость, занятия проводятся в первой половине дня.

Постепенно тренируется возможность переключаемости ребенка с одного занятия на другое. Основываясь на проявления эгоцентризма у детей, больных эпилепсией, педагоги ГУЗ «ВОДКПБ» наряду с развитием различных видов деятельности, проводят коррекционно-развивающие занятия, целью которых являются коррекция отношения ребенка к окружающим, преодоление эгоизма и эгоцентризма, обучение ребенка сотрудничеству с другими детьми.

В работе с *гиперактивным* ребенком применяется комплексный подход, так как только врачебная помощь не сможет адаптировать ребенка к окружающим условиям, привить ему социальные навыки. Работа с такими детьми в нашем Центре начинается с налаживания эмоционального контакта, проявления внимания к интересам ребенка. Для этого проводятся несколько индивидуальных занятий, (1-5) на которых педагог имеет большую возможность узнать интересы ребенка, наблюдая, что увлекает его в данный момент, что притягивает его внимание и постараться удержать внимание ребенка на заинтересовавшем ребенка предмете. Кроме того, при взаимодействии один на один с ребенком педагог получает возможность уделить больше внимания данному конкретному ребенку, дает ему почувствовать его значимость, показывает, что его воспринимают как личность и, таким образом, достигается установление эмоционального контакта.

Групповые занятия с гиперактивными детьми проводятся в игровой форме или с большим привлечением игровых моментов, с применением упражнений на снятие напряжения. В процессе занятий постепенно вводятся запреты и ограничения с обязательным предоставлением ребенку альтернативных способов удовлетворения его потребностей. Продолжительность занятий при наличии положительной динамики постепенно увеличивается (от 30 до 60 минут).

Следующая группа детей, поступающих на лечение в ГУЗ «ВОДКПБ», это дети с *умственной отсталостью*. Лечебно-педагогическая работа при умственной отсталости направлена на стимуляцию развития познавательной деятельности с опорой на конкретную, наглядную ситуацию. Основное внимание обращается на развитие мышления во всех видах деятельности, а также на специальных занятиях. Занятия с такими детьми проводятся с привлечением большого количества наглядного и стимулирующего материала. На начальном этапе работы педагог планирует и регулирует действия ребенка, постепенно создавая предпосылки для перехода от решения наглядно-действенных к наглядно-образным заданиям. Таким образом, педагоги Центра стремятся обеспечить специальные условия для приобретения предметно-практического опыта, сформировать активную познавательную ориентировку в окружающем и попытаться перенести этот опыт в различные игровые и практические ситуации.

При проведении лечебно-педагогических мероприятий с детьми, страдающими *шизотипическими расстройствами*, используются специальные игры «психодрамы». При изображении эмоций страха и гнева у детей остается понимание, что они переживают их «понарошку», в результате чего происходит обесценивание некоторых реальных страхов. Кроме того, на занятиях используется так называемая биодрама. В биодраме между детьми распределяются только роли животных. В «звериной» драме разрешается любое фантазирование, которое тут же отреагируется. В ней дети с помощью педагога переигрывают все роли, начиная от «забывших», «объятых ужасом», «униженных» лесных существ до злобных и агрессивных лесных зверей.

На таких занятиях обязательно используется музыка, как неотъемлемый фактор лечебного воздействия. Таким образом, во время совместной игры с использованием специальных игр происходит освобождение детей от напряжения, тревоги, страха.

Одной из наиболее частых форм нарушений психического онтогенеза является *задержка психического развития*. Число таких детей среди учащихся младших классов колеблется от 5 до 11% (Е. М. Мастюкова, 1997г.). Разработаны и проводятся специальные коррекционные занятия по формированию пространственных представлений, по развитию памяти, функциональности, познавательного отношения к окружающей действительности, по формированию тонких дифференцированных движений пальцев рук, а главное – регуляции целенаправленной деятельности. Кроме того, проводится специальная коррекционная работа по формированию изобразительной деятельности, так как у детей с ЗПР отмечаются несформированность технических навыков рисования, неловкость движений рук, дети не могут



правильно держать карандаш, кисть, затрудняются в рисовании мелких предметов, не владеют приемами раскрашивания; изображения маловыразительные, мелкие, однотипные; многим недоступны сюжетные рисунки. На занятиях по изобразительной деятельности дети учатся с помощью цветовой гаммы передавать свое эмоциональное отношение к предметам и явлениям окружающего мира, свое настроение, а также обучаются умению ориентироваться на листе бумаги, рационально располагать на нем все фрагменты рисунка.

Наряду с перечисленными занятиями проводятся занятия по формированию и развитию коммуникативных способностей, развитию основных умений общаться без стеснения и конфликтов.

Большую группу (40%) составляют дети со *смешанными расстройствами эмоций и поведения*. Такие дети поступают в больницу с жалобами на повышенную раздражительность, конфликтность, вспыльчивость, уходы из дома или из школы, бродяжничество, нежелание учиться.

Психолого-педагогическая коррекция с данной группой детей направлена на преодоление негативизма и установлении контакта с ребенком, преодоление эмоционального дискомфорта, тревоги, беспокойства, страхов, а также отрицательных аффективных форм поведения. Особое значение имеет активизация психической деятельности и произвольно регулируемых форм поведения. Для решения этих задач проводятся занятия, позволяющие избежать или свести к минимуму появление у детей глубокого внутреннего конфликта, неадекватных компенсационных механизмов, снижающих эмоциональное напряжение.

Группы формируются с учетом возраста и структуры ведущего нарушения. Курс занятий может увеличиваться или уменьшаться в зависимости от степени выраженности положительной динамики. Продолжительность одного занятия 50-60 минут в младшей группе и 60-90 минут в старшей.

Таким образом, при описанной организации лечебно-педагогического процесса во всех группах больных детей наблюдалась положительная динамика.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО – РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С АУТИЗМОМ В Г. ЧЕЛЯБИНСКЕ

**Забозлаева И.В., Малинина Е.В., Селиверстова Л.Е., Утемова Е.Б.**

*ГОУ ДПО Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования  
Росздрава, Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница №1,  
Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции для детей с аутизмом  
г. Челябинск*

Проблема аутизма или расстройств аутистического спектра является одной из наиболее сложных в детской психиатрии в научном и практическом аспектах (А.С.Тиганов, В.М.Башина, 2005). До настоящего времени неоднозначными остаются вопросы этиологии, патогенеза, клиники данной патологии. Особый интерес представляют аспекты помощи детям с аутизмом, оптимизация и поиск новых терапевтических, коррекционно-реабилитационных подходов.

В этой связи на базе клинического отделения пограничных психических расстройств для детей и подростков Челябинской областной клинической специализированной психоневрологической больницы №1 были открыты палаты для матери и ребенка с альтернативной формой пребывания в больничном звене – по типу дневного стационара. Нахождение в отдельной палате совместно с матерью позволило расширить возрастные показания для госпитализации детей с 3-х летнего возраста. Оказание лечебно – реабилитационной помощи детям с аутизмом проводится в два этапа.

На первом этапе – стационарном, осуществляются диагностические и терапевтические мероприятия. Основными и ведущими являются клиничко-анамнестический, клиничко-психопатологический и клиничко-динамический методы психиатрической диагностики. Производится оценка соматоневрологического статуса с электрофизиологическим обследованием. Осуществляется осмотр специалистами: логопедом – дефектологом, детским неврологом, педиатром, генетиком. За период открытия отделения в 1999 году было обследовано 428 детей с аутизмом, из них 51% (n=218) дети раннего возраста (до 5 лет).

Верификация аутизма и аутистических расстройств опирается на МКБ – 10 и классификацию аутистических расстройств НЦПЗ РАМН (2005г). Распределение наблюдений в соответствии с приведенной классификацией было следующим: синдром Каннера – 19% (n=80) больных, синдром Аспергера – 3 % (n=12), процессуальный аутизм – 28 % (n=120); атипичный аутизм – 49 % (n=212) пациентов; генетически обусловленная (хромосомно – обменной) и другая патология с аутистическими чертами – 1 % (n=4) больных с синдромом Ретта и с синдромом Мартина – Белла.

Основным принципом лечения детей в отделении является биопсихосоциальный комплексный подход, включающий патогенетическую и симптоматическую медикаментозную терапию и психотерапевтическую помощь. В стационаре применяются индивидуальная, игровая, групповая и семейная психотерапия. Фармакотерапия опирается на характер и выраженность психопатологической симптоматики и включает нейролептики, церебропротекторы, ноотропы, антидепрессанты. После пребывания в стационаре у большинства детей удалось добиться положительной динамики в поведении и социальном приспособлении, что давало возможность продолжить коррекционно-реабилитационную работу.

Второй этап – амбулаторный включает коррекционно- реабилитационную и учебно-воспитательную работу, которая проводится педагогами в Центре психолого-педагогической реабилитации и коррекции для детей с аутизмом. С момента организации центра реабилитационная помощь была оказана 452 детям. На базе центра сформирована областная психолого-медико-педагогическая комиссия, которая комплексно оценивает уровень функционирования ребенка и определяет учебно-коррекционные программы. Реабилитационные занятия проводятся с участием специалистов: логопедов и дефектологов, педагогов, имеющих специализацию по работе с детьми с аутизмом, психологов, психиатра, психотерапевта. Учебная и воспитательная работа строится на основании индивидуальной клинической оценки состояния ребенка с обязательным введением обучающих программ включающих логопедические, дефектологические и психологические методики. Занятия проводятся как индивидуальные, так и групповые. У детей дошкольного возраста формируются учебные навыки для усвоения как государственных, так и адаптированных разно – уровневых программ, с учетом специфики. Дети школьного возраста обучаются в классах по 4 – 5 человек по адаптированным программам VII, VIII вида в зависимости от уровня умственного развития; проживающим в областных городах, коррекционная помощь осуществляется в виде консультаций с посещением центра 2 раза в месяц под контролем выполнения полученных домашних заданий и с ведением документации родителями. Все дети с аутизмом получают развивающее обучение на фоне психофармакотерапии.

Таким образом, лечебно-реабилитационная помощь детям с аутизмом включает два этапа: 1 этап – стационарный, с диагностическими мероприятиями и медикаментозной коррекцией психопатологической симптоматики аутизма; 2 этап – амбулаторный, с психолого-педагогической реабилитацией. Представленная модель оказания мультидисциплинарной помощи детям с аутизмом будет способствовать дифференцированному подходу в ведении и лечении этих пациентов и позволит добиться улучшения социальной адаптации и благоприятного прогноза.

## ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАК ВАЖНЕЙШЕЕ ЗВЕНО УПРАВЛЕНИЯ ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБой ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ **Завражнова А.Б.**

*ГУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница»  
(Центр психического здоровья детей и подростков), г. Волгоград*

К числу приоритетных задач коллектива ГУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница» относится построение системы обеспечения качества работы детской психиатрической службы, гарантии ее должного уровня. Указанное

реализуется механизмами контроля качества оказания специализированной медицинской помощи, включающими в себя такое важное управленческое звено, как мониторинг основных параметров деятельности медицинского учреждения.

Контроль за качеством оказания медицинской помощи в ГУЗ «ВОДКПБ» возложен на заместителя главного врача по медицинской части.

В многоуровневой системе контроля качества принимает участие фактически весь врачебный персонал лечебного учреждения:

- лечащие врачи (нулевой уровень);
- заведующие структурными подразделениями (первый уровень);
- заместитель главного врача по медицинской части, заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической помощи (второй уровень);
- клинико-экспертная комиссия ГУЗ «ВОДКПБ» (третий уровень).

Основные элементы системы ЭКМП соответствуют 3-м основным классическим подходам к контролю качества: ресурсный подход, процессуальный подход и результативный подход.

Это означает, что в сфере контроля качества находятся следующие ключевые компоненты:

1) Материально-техническая база ЛПУ, финансовое обеспечение его деятельности, кадровый состав, что вместе составляет ресурсы учреждения.

2) Технологические регламенты лечебно-диагностического процесса, куда входят стандарты, схемы, алгоритмы, иные технологии оказания медицинской помощи, а также организационные регламенты, представленные управленческими инициативами, организацией внутрибольничной «жизни». Совокупность этих элементов образуют процессуальный аспект организации психиатрической помощи детскому и подростковому населению.

Следует обратить внимание на такую важнейшую составляющую процессуального механизма, как структуру вертикальных и горизонтальных внутрибольничных связей. При этом особо чувствительным индикатором благополучного функционирования лечебного учреждения, как показывает практика, являются параметры эффективности работы именно горизонтальных связей (например, с одной стороны, врач-психиатр, а, с другой, - врачи - других специальностей: невролог, педиатр, врач функциональной диагностики и т.п.).

3) В соответствии с системным подходом результат эффективного функционирования ОДПБ обусловлен сочетанием ключевых компонент ЛПУ, таких как случаи летальных исходов; внутрибольничного инфицирования и осложнений; случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста; повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение года; случаи заболеваний с удлинёнными или укороченными сроками лечения; расхождения диагнозов; жалобы пациентов или их законных представителей на качество и результат лечебного процесса.

Исследование этих показателей позволило выявить проблемные звенья работы как службы детского психического здоровья в целом, так и в ВОДКПБ в частности, а также наметить пути оптимизации помощи детям и подросткам, страдающим психическими расстройствами.

В отношении такого показателя работы стационара, как исход заболевания необходимо учитывать такие прогностические категории нозологий, как принципиально излечимые и принципиально неизлечимые с корректной градуальной оценкой для каждой из них. Указанное позволяет использовать эти индикаторы работы ЛПУ как управленческие рычаги, на основе которых формулируются проблемы и обеспечивается решение задач с получением положительного результата.

Анализ первичного выхода на инвалидность показал, что существовавшая долгие годы практика оказания психиатрической помощи детскому населению Волгоградской области обнаруживает ряд негативных моментов, в числе которых следует отметить как организационные причины, так и объективные обстоятельства. Одним из таких моментов является кадровая проблема – отсутствие ставок детских психиатров в районах области, совмещение этой должности врачами-психиатрами, не имеющими специальной подготовки по детской психиатрии. Важнейшим следствием дефицита специализированных кадров является проблема позднего выявления психических расстройств и, как следствие, увеличение роста

первичного выхода на инвалидность. Среди пациентов, первично направлявшихся на МСЭК выявлено преобладание случаев с органической патологией головного мозга. Указанное позволило выявить в качестве важнейшего фактора, негативно сказывающегося на клинко-социальном прогнозе недостаточное использование современных препаратов с направленной фармакологической коррекцией церебральной гемодинамики и метаболизма. В это связи принято решение при плановых выездах в районы области оказывать дополнительную консультативную помощь по вопросам своевременного и обоснованного направления пациентов на медико-социальную экспертизу.

Случаи регоспитализации по поводу одного и того же заболевания в течение года, в частности, связаны с тем, что малоимущие семьи, детские дома и интернатные учреждения для детей сирот не способны обеспечить пациентов, страдающих различными формами эпилепсии необходимым набором антиконвульсантов для курсового лечения, поддерживающей терапии.

Исследование случаев заболеваний с укороченным или удлиненным сроками лечения показало, что одним из основных моментов, неблагоприятно сказывающихся на увеличении длительности пребывания больного в стационаре, является недостаточное использование в практике: а) современных клинических и параклинических технологий дифференциальной диагностики психических расстройств, б) клинко-психофармакотерапевтических схем медикаментозного этапа реабилитации резистентных к лечению психозов и пароксизмальных состояний с учетом лекарственного патоморфоза, в) широкого использования в практике лечения шизофрении атипичных нейролептиков с направлением фармакологической коррекции – сдерживание прогрессивности эндогенного процесса и анитиаутистического эффекта. В связи с чем продолжена практика реализации плана образовательной программы для детских неврологов, психиатров и педиатров г. Волгограда и области по «Актуальным вопросам детской неврологии и психиатрии» Волгоградского отделения Российской медицинской ассоциации под руководством главного детского психиатра и главного детского невролога. В этом аспекте идет подготовка методических материалов по преодолению резистентности к лечению хронических психических заболеваний у детей и подростков, а также расширение применения методов интенсивной психофармакотерапии, предлагающих максимальный терапевтический эффект в минимальные сроки.

Одним из факторов преждевременной выписки больного из стационара является самовольный отказ законных представителей детей от дальнейшего продолжения лечения в условиях стационара. Этот факт настоятельно диктует совершенствование формирования деонтологически корректного и надежного комплайенса, как фактора, обеспечивающего терапевтическое сотрудничество с пациентами и их законными представителями.

Особую значимость в реализации лечебно-диагностического процесса приобретают случаи с расхождением диагнозов направительного и клинического в период нахождения в стационаре, что в значительной мере обусловлено трудностями диагностики на амбулаторном этапе оказания специализированной медицинской помощи, которые могут быть сняты в условиях динамического наблюдения за пациентом за время госпитализации. Причина такого положения дел, как показал анализ КЭЖ 1-го – 3-го уровней, заключается в том, что основные виды психиатрической помощи (психотерапевтические, медико-психологические, реабилитационные) в районах области отстают от уровня потребности в них. Также следует отметить отсутствие тесной взаимосвязи и преемственности между общемедицинской и специализированной сетью, недостаточная информированность педиатров в вопросах раннего и активного выявления начальных проявлений нервно-психических расстройств в детском возрасте, что в значительной доле случаев приводит к хронизации болезненного состояния.

В связи с указанным было принято и успешно реализуется управленческое решение по разработке и направлению во все районы области (первичное звено) методические руководства «Центра психического здоровья детей и подростков» по актуальным вопросам психоневрологии детско-подросткового контингента лиц; в ходе плановых выездов в районы области оказывается консультативная помощь по вопросам диагностики в соответствии с рубриками МКБ-10. Важным управленческим решением, реализованным на региональном уровне, явилось создание с 01.01.05г. новой организационной формы работы – выездных полипрофессиональных бригад.

## ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЛАСТНОГО ДЕТСКОГО ЭПИЛЕПТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА

**Зайцев И.А., Федорова Л.В., Баширова Н.Н.**

*Брянская областная детская психиатрическая больница, г. Брянск*

В январе 2005 г. на базе амбулаторно-поликлинического отделения Брянской областной детской психиатрической больницы (БОДПБ) был создан эпилептологический кабинет.

Необходимость создания специализированной структуры по оказанию помощи больным эпилепсией описана в многочисленных публикациях и подтверждена практикой создания подобных структур в регионах России.

Открытие эпилептологического кабинета на базе областной детской психиатрической больницы связано с недостатками организации неврологической помощи детям в Брянской области: отсутствием неврологического отделения на базе областной детской больницы, а два имеющихся неврологических отделения входят в структуру одной из детских городских больниц, которая не имеет собственного амбулаторного отделения, что создает определенные трудности для последующего амбулаторного наблюдения пациентов, направленных из областной детской больницы.

Кроме того, наблюдение большинства пациентов с эпилепсией только неврологами нередко приводит к несвоевременному выявлению психических нарушений, связанных с проявлениями основного заболевания либо обусловленных неадекватной антиэпилептической терапией, причем их частота у этих больных достигает 56%.

В структуру кабинета входят три врача: невролог, психиатр и врач функциональной диагностики. На консультацию больные обращаются по направлениям педиатров, неврологов, психиатров или самостоятельно.

За два года в кабинете проконсультировано 360 пациентов с эпилепсией, причем большинство было взято на дальнейшее динамическое наблюдение, т.к. в районах области практически нет детских неврологов и психиатров.

В структуре обращаемости в кабинет около 20% составляли неэпилептические пароксизмальные расстройства (тики, энурез, заикание, парасомнии).

При первичном обращении дети до 3-х лет направлялись на стационарное обследование в неврологическое отделение городской детской больницы. Поскольку длительность пребывания в неврологическом стационаре ограничена (до 14 дней) стандартами помощи, что затрудняет подбор терапии при резистентных формах эпилепсии, поэтому дети старшего возраста и пациенты с резистентными приступами, выраженными психическими нарушениями госпитализировались в круглосуточный стационар БОДПБ для комплексного обследования, подбора терапии, решения социальных вопросов. За период работы кабинета в стационар госпитализировано 130 пациентов.

Четверть больных с эпилепсией до обращения в кабинет получали неадекватную терапию (барбитураты, политерапию), которая пересмотрена в процессе наблюдения. На сегодняшний день около 70% пациентов получают препараты вальпроевой кислоты, 25% – карбамазепины, в некоторых случаях назначаются новые препараты – ламотриджин, топирамат. Преимущество отдается монотерапии.

Даже те больные, которые ранее получали адекватную терапию, продолжают динамическое наблюдение в эпилептологическом кабинете БОДПБ, поскольку к каждому пациенту осуществляется индивидуальный подход, налажена преемственность в работе между амбулаторным и стационарным отделениями, а также предоставляется льготное лекарственное обеспечение.

Говоря о лекарственном обеспечении, нужно отметить, что врачи кабинета имеют возможность выписки бесплатных рецептов на противосудорожные препараты, которые обеспечиваются в закрепленной за больницей близлежащей аптеке города, что также имеет значение в случаях сбоев в поставках антиконвульсантов в районы области.

Поскольку эпилептологический кабинет входит в структуру больницы, т.е. не существует изолированно, больные могут быть направлены к любому специалисту больницы. Комплексная диагностика и лечение больных с участием психиатра, невролога, психотерапевта, медицинского психолога и логопеда позволяют в большинстве случаев

добиться не только значительного уменьшения частоты или ремиссии приступов, но и существенного улучшения психического состояния пациентов, что, в конечном итоге, приводит к повышению их качества жизни.

Среди нерешенных вопросов и проблем следует отметить отсутствие единой базы данных по учету больных эпилепсией. Это связано с тем, что кабинет создавался в рамках личной инициативы, и распоряжения со стороны департамента здравоохранения о направлении на консультацию всех больных с пароксизмальными расстройствами не было. Нет достаточных материально-технических возможностей: видео-ЭЭГ-мониторинга, лабораторного оборудования для определения концентрации АЭП в крови.

В планах дальнейшего развития намечена работа выездной бригады специалистов кабинета с портативным энцефалографом в районы области для более полного охвата детского населения специализированной помощью.

Отсутствие взрослых эпилептологов в области уже привело к тому, что в кабинет начали обращаться взрослые пациенты с эпилепсией, у которых в течение длительного времени сохраняются приступы и не проводится коррекция лечения. Отсутствие преемственности в работе детских и взрослых специалистов приводит к снижению качества жизни пациентов с эпилепсией и ставит задачу ее налаживания.

В заключение следует отметить, что организация работы кабинета еще далека от совершенства, многое предстоит сделать, но уже сейчас можно сказать, что наличие такой структуры на базе детской психиатрической больницы себя оправдало и показало высокую эффективность.

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ СРЕДИ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

**Зиньковский А.К., Кочегуров В.В., Седова А.А., Корнюшо Е.М.**

*ГОУ ВПО Тверская ГМА, г. Тверь*

Цель исследования: разработка комплексной программы совершенствования коррекционной работы у подростков с задержкой психического развития (ЗПР).

Проведено обследование 200 детей 11-16 лет. Основная группа: учащиеся коррекционной школы-интерната для детей с ЗПР (100 человек), группа сравнения 50 сирот из социального приюта для детей и подростков, контрольная группа представлена 50 учащимися общеобразовательной средней школы. В работе использованы анамнестический, клинко-психологический методы и статистическая обработка данных.

На первом этапе работы изучен социально-средовой анамнез. Оказалось, что дети из школы интерната и приюта проживали вне семьи - в закрытых учреждениях. При анализе генеалогического анамнеза оказалось, что у 33% родителей учащихся с ЗПР определялись психические расстройства, у 22% – заболевания нервной системы и у 19% эндокринные нарушения. Отягощенность данными заболеваниями родителей социальных сирот и детей общеобразовательной школы была значительно ниже. Среди родителей детей с ЗПР и подростков-сирот существенно чаще встречались лица, страдающие алкоголизмом (60 и 42% соответственно) и наркоманией (23 и 7% соответственно).

Обращала на себя внимание высокая распространенность патогенных факторов пре- и перинатального периода у детей с ЗПР (92%) и социальных сирот (66%), отмеченная значительно чаще, чем у детей группы контроля (22%).

Учитывая тот факт, что в основе школьной дезадаптации лежит конфликт между требованиями образовательной среды и психофизическими возможностями, следующим этапом работы явилось изучение особенностей психосоматического статуса. Отмечена высокая распространенность цереброастенического (52% - среди детей с ЗПР, 38% у воспитанников социального приюта) и гиперкинетического синдрома (48 и 28% соответственно). Неврозоподобный синдром (тики, заикание, энурез) встречался у 30% детей основной группы и 24% представителей группы сравнения. В целом, энцефалопатические расстройства у учащихся общеобразовательной школы диагностированы в 16% случаев, что достоверно ниже по сравнению с данными показателем в группах детей с ЗПР и социальных сирот. При оценке

неврологической патологии у детей основной группы обращает на себя внимание высокая частота встречаемости вегетативных расстройств как у подростков с ЗПР (99%), так и у социальных сирот (96%).

Анализ соматического статуса показал, что у детей всех групп наиболее часто наблюдалась патология органа зрения (основная группа – 59% случаев, группа сравнения – 42%), пищеварительной системы (38 и 34% соответственно), опорно-двигательного аппарата (30 и 24% соответственно). В то же время у школьников из контрольной группы соматические болезни встречаются реже.

При изучении психических нарушений патология влечений и фобии различного содержания обнаружены у половины подростков с ЗПР (52 и 48% соответственно), патологические привычные действия (онихофагия, трихотиломания) у 15%, что значительно чаще чем у детей других групп. Тогда как у социальных сирот из приюта в структуре психической патологии преобладали тревожные расстройства (32% случаев). У учащихся с ЗПР в 36% случаев, а у детей-сирот – в 10% случаев отмечались различные расстройства социального поведения в виде прогулов занятий, воровства, побегов из интерната или приюта, ранней алкоголизации, что существенно выше по сравнению со школьниками из группы контроля (3%).

Следовательно, перспективы психического развития, эффективность обучения детей с задержкой психического развития, их школьная и социальная адаптация в значительной мере зависят от качества соматического и психического здоровья ребенка. Это диктует необходимость разработки комплексной программы по оптимизации взаимодействия между участниками лечебно-педагогического процесса (педагогов, воспитателей, врачей-психиатров, клинических и социальных психологов, логопедов-дефектологов) в работе с учащимися коррекционных школ-интернатов. Предлагаемая нами модель представлена многоуровневой системой, в которой выделяются уровень непосредственного взаимодействия врача-психиатра и школьника, и опосредованного через других участников коррекционной работы.

В модели предусматриваются следующие этапы:

1) Группировка врачом-психиатром данных психического состояния, включающего в себя анамнез, объективное обследование, а также сведения индивидуально-психологического и социального характера о воспитанниках, полученные от педагогов, воспитателей, социального педагога, клинического и школьного психологов, родителей.

2) Выделение уровней терапии и коррекционных усилий с учетом глубины интеллектуального дефекта, наличия осложняющих психопатологических расстройств, соматоневрологического статуса.

3) Конкретизация системы взаимодействия участников лечебно-коррекционного процесса в основных сферах жизнедеятельности воспитанника школы-интерната.

Следует отметить, взаимодействие психиатра с участниками коррекционной работы не является односторонним. Достаточно часто родители больного ребенка сами нуждаются в психологической помощи и поддержке.

В системе лечебных мероприятий предполагается активное участие узких специалистов, которые осуществляют коррекционно-реабилитационную работу посредством наблюдения и диагностики различных нарушений у воспитанника.

Взаимодействие с педагогами включает в себя не только обмен информацией между педагогом и врачом-психиатром, но и получение воспитанником педагогической поддержки: создание разноуровневых программ по общеобразовательным предметам, профессионально-трудовому обучению, дополнительному образованию с учетом индивидуальных возможностей и особенностей ребенка.

Таким образом, внедрение программы в работу специализированных коррекционных учреждений должно способствовать оптимизации учебного, лечебного и воспитательного процесса среди детей с задержкой психического развития и устранению причин их школьной и социальной дезадаптации.

## ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ И МНОГОДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЕКАТЕРИНБУРГА

**Канарский И.А., Детков Д.В.**

*ГУЗ СО Психиатрическая больница №5, г. Екатеринбург*

Крайне неблагоприятная наркологическая ситуация в г. Екатеринбурге, среди несовершеннолетних в 90-е годы 20-го века, требовала принятия незамедлительных комплексных медико-социальных мер. С 2002г была организована детско-подростковая наркологическая служба на базе ГУЗ СО Психиатрической больницы №5.

Активная деятельность службы в 2003-2006 годах позволила увеличить в 2,2 раза число несовершеннолетних, состоящих под наблюдением нарколога. Изменилась структура выявленных наркологических расстройств. Отмечен значительный рост алкогольной патологии. При этом, среди взятых на учет нарколога подростков преобладает возрастной период в 16-17 лет – 70%, 14-15 лет – 25%; юноши составили – 78%, а девушки – 22%.

ГУЗ СО Психиатрическая больница №5 г. Екатеринбурга представлена диспансерным психиатрическим и наркологическим отделениями, стационарным отделением с 15 наркологическими койками и палатой интенсивной терапии, а также дневным стационаром и отделением клинической психологии. Диспансерное наркологическое отделение ГУЗ СО ПБ №5 г. Екатеринбурга тесно взаимодействует с сетью районных медико-профилактических кабинетов, входящих в состав отделения, но территориально расположенных в каждом районе города в структуре детских районных поликлиник. Основная задача районных кабинетов - проведение первичного консультативного приема подростков и их родственников, а также организации комплексной профилактической работе. В районных детских поликлиниках также выделены кабинеты для специалистов: детских психиатров, клинических психологов и социальных работников, которые работают в тесном взаимодействии с врачом-наркологом. ГУЗ СО ПБ №5 является клинической базой кафедры психиатрии, наркологии УрГМА.

Реализация межведомственного подхода осуществляется посредством сотрудничества с Администрациями города и районов, службами социальной защиты, Управлениями внутренних дел и образования, Комитетами по делам молодежи, Комиссиями по делам несовершеннолетних, средствами массовой информации. С каждым из ведомств отработаны формы сотрудничества.

Анализ больных, прошедших стационарное лечение и состоящих на диспансерном наблюдении, свидетельствует о высокой степени коморбидности наркологической и психиатрической патологий у несовершеннолетних, что предопределяет целесообразность оказания наркологической помощи в условиях психиатрического учреждения и службы. Высокоэффективной зарекомендовала себя полипрофессиональная (мультidisциплинарная) модель диагностики, лечения и реабилитации на амбулаторном и стационарном этапах.

Психиатрическая и наркологическая службы в работе с категорией наркобольных успешно дополнили друг друга, взаимодействуя и перенимая позитивный опыт. Так, в психиатрической службе с 1999 года была успешно внедрена многодисциплинарная бригада (МДБ), а с 2004 года перенесена и в наркологическую службу. Штат амбулаторного и стационарного наркологических отделений был укомплектован врачами психиатрами-наркологами, медсестрами, специалистами и социальными работниками, клиническими психологами. Консультируют педиатр, невролог, логопед.

Задачи деятельности МДБ в наркологии:

- 1) Совершенствование методов оказания наркологической помощи несовершеннолетним.
- 2) Повышение эффективности лечебно-реабилитационного процесса.
- 3) Осуществление сбалансированного, интенсивного, многопрофильного подхода к решению наркологических проблем у несовершеннолетних, основанного на равноправном участии специалистов бригады в терапевтическом процессе.
- 4) Расширение круга обсуждаемых проблем и факторов приводящих к развитию зависимости и провоцирующих рецидивы заболевания.



- 5) Привлечение родителей и других родственников для коррекции созависимого поведения.
- 6) Обмен профессиональными знаниями между специалистами бригады.
- 7) Профилактика синдрома эмоционального сгорания и профессиональной деформации.

Пациентам МДБ устанавливается диагноз в соответствии с многоосевой системой классификации, используя критерии МКБ-10, вырабатываются индивидуальные рекомендации исходящие из доминирующих проблем, заполняется лечебно-реабилитационная карта, анализируется анкета, заполненная родителями. План работы вырабатывается путем переговорного процесса и компромиссных вариантов. Между специалистами бригады устанавливается стиль поведения, связанный с сотрудничеством, партнерством, доброжелательностью, ответственностью, самостоятельностью.

Таким образом, объединение детской психиатрической и наркологической служб, реализация межведомственного подхода и многодисциплинарной модели являются эффективным средством повышения качества оказания помощи несовершеннолетним с наркопатологией, что позволяет в целом повысить эффективность лечебно-реабилитационного процесса.

## ОПЫТ РАБОТЫ ВЫЕЗДНЫХ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ БРИГАД (НА ПРИМЕРЕ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ)

**Колесникова И.А.**

*ГУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница»  
(Центр психического здоровья детей и подростков), г. Волгоград*

С 2005 года в практику ВОДКПБ активно внедряется новая форма специализированной психиатрической помощи – работа выездных полипрофессиональных бригад. Особенностью данной формы работы является возможность осуществления координированного, интенсивного и многопрофильного решения проблем психического здоровья детей и подростков. Мультидисциплинарный бригадный принцип работы основан на равноправном участии специалистов различного профиля в диагностическом и лечебном процессе.

Целью развития бригадных технологий является достижение синергического эффекта, суть которого состоит в том, что результат усилий членов команды оказывается больше арифметической суммы тех результатов, которые могли бы получить члены бригады, работая порознь. На выездах бригады оказывают специализированную амбулаторную психиатрическую лечебно-диагностическую, коррекционную и медико-социальную помощь детско-подростковому населению районов области.

В соответствии с поставленной целью выездные бригады решают следующие задачи:

- по согласованию между администрациями выезд в район области для оказания специализированной помощи;
- заключение типового договора о сотрудничестве;
- психиатрическое освидетельствование и обследование пациентов с согласия их законных представителей;
- установление диагноза на основании данных полученных при обследовании и в соответствии с действующей классификацией;
- дача лечебных, коррекционных и медико-социальных рекомендаций;
- заполнение медицинской документации: консультативная карта, протокол учета выполненных работ выездной бригадой, отчет о выполнении показателей;
- организационно-методическая помощь учреждениям, оказывающим детско-подростковую психиатрическую помощь;
- рекомендации по оказанию психолого-медико-педагогической помощи в организациях органов образования, социальной защиты населения, внутренних дел;
- социально-профилактическая помощь семьям;
- оказание профилактической помощи родителям, педагогам, социальным работникам.

Выездные бригады оснащены портативным электроэнцефалографом «Мицар-201», портативным Эхо-энцефалографом.

В состав Волгоградской области входит 33 района и лишь в 6 из них есть детские психиатры, в 25 районах взрослые психиатры осуществляют прием детско-подросткового населения, в 2 районах психиатров нет. Значительно затрудняет получение специализированной помощи территориальная удаленность отдельных районов от Волгограда (до 400 км).

Сложившаяся ситуация привела к необходимости искать новые формы работы. Из числа сотрудников ГУЗ «Волгоградская областная детская

клиническая психиатрическая больница» были сформированы полипрофессиональные бригады, включающие в свой состав следующих специалистов: психиатр, психолог, логопед, невролог, психотерапевт, педагог, врач функциональной диагностики.

За 2005 год выездными полипрофессиональными бригадами проведено 20 выездов в районы Волгоградской области. Специалистами учреждения проделан на выездах следующий объем работы: приемов 1077, консультаций 606, в том числе психиатрами 542 приема, 256 консультаций, психологами 337 диагностических обследований, 162 консультации, неврологами 132 приема, 87 консультаций, логопедами 61 прием, 9 консультаций, врачами функциональной диагностики 25 консультаций, психотерапевтами 5 приемов, 67 консультаций.

За 2006 год выездными бригадами сделано 27 выездов в районы Волгоградской области. Проведено: приемов 2372, консультаций 601, в том числе психиатрами 1213 приема, 336 консультаций, психологами 480 диагностических обследований, 152 консультации, неврологами 352 приема, 29 консультаций, логопедами 327 прием, 84 консультаций, врачом функциональной диагностики проведено ЭхоЭС 300, ЭЭГ 107.

Сопоставляя количественные показатели выездной работы 2005 и 2006 года, можно сказать, что значительно повысилась интенсивность работы выездных бригад. Так при увеличении количества выездов на 35 %, количество приемов возросло на 120 %.

При анализе качественного состава показателей, обращает на себя внимание увеличение количества пациентов с органическими непсихотическими расстройствами (на 9,26%) и поведенческими синдромами (на 11,02%). Что свидетельствует об оптимизации комплайенса с данной категорией пациентов, обратившихся за психиатрической помощью.

В дальнейшем планируется расширять перечень услуг, осуществляемых на выездах и выявлять значимые в каждом регионе проблемы психического здоровья с дальнейшей разработкой плана перспективных психопрофилактических мероприятий.

## РОЛЬ И МЕСТО МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ СЛУЖБЫ ТОМСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

**Колосова Т.А., Агарков А.П., Агарков А.А.**

*ОГУЗ Томская клиническая психиатрическая больница, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ  
СО РАМН, г. Томск*

Медико-педагогический центр (МПЦ) - амбулаторное, диагностическое, лечебно-консультативное учреждение по оказанию психиатрической, психологической и психотерапевтической помощи детям г. Томска и Томской области.

Центр является детским диспансерным отделением Томской клинической психиатрической больницы. Отделение было переименовано в 1998 году с целью снижения проблем стигматизации детского населения с психическими расстройствами.

В настоящее время МПЦ обслуживает детское население г. Томска (65 229 детей) и Томской области (70 409 детей), общая численность детского населения составляет - 135 938

детей. При этом впервые выявленная заболеваемость психическими расстройствами в г. Томске на 100 тыс. детского населения составила 1125,8, общая заболеваемость - 6486,4, что превышает аналогичные показатели по РФ практически в 2 раза.

Следует отметить, что в структуре психической патологии (табл. 1) у детей преобладают непсихотические психические поведенческие расстройства детского возраста (F80- F 83, F90- F 98 МКБ-10).

Таблица 1

*Структура психической патологии у детей диспансерной и консультативной группы Томской области (%).*

|  | 2004 г. | 2005 г. | 2006 г. |
|--|---------|---------|---------|
| Поведенческие синдромы непсихотических расстройств | 72      | 73      | 75      |
| Умственная отсталость                              | 10,8    | 10,2    | 10      |
| Органические непсихотические расстройства          | 12      | 9,5     | 8,5     |
| Аутизм и шизофрения                                | 1,7     | 2       | 2,4     |
| Невротические и соматоформные расстройства         | 1,9     | 1,8     | 2,2     |
| Органическое слабоумие (эпилепсия)                 | 0,5     | 2,2     | 0,9     |
| Эпилепсия без слабоумия                            | 1,1     | 1,3     | 0,9     |

С помощью изменения названия детского диспансерного отделения на МПЦ, ведения постоянной просветительской деятельности удалось преодолеть стигматизацию населения в отношении обращения в детскую психиатрическую службу. Отмечающийся в последние годы рост обращений с непсихотическими формами нервно-психических расстройств привел к необходимости разработки комплексного полипрофессионального подхода в реабилитации данной группы детей. В результате реорганизации психогигиенической службы изменилось штатное расписание МПЦ с приоритетом на психолого-терапевтическое направление (увеличено количество психологов с 4 до 6,5; психотерапевтов с 1,25 до 2,5 ставок, изменены нормативы работы психологов и психотерапевтов). Изменение штатного состава было обусловлено увеличением спроса на психолого-психотерапевтические услуги в результате формирования психологической грамотности населения.

При реализации комплексного полипрофессионального метода реабилитации нервно-психических расстройств отдается приоритет психотерапевтической и психокоррекционной работе с детьми и их семьями. Нашими специалистами были организованы групповые и индивидуальные психотерапевтические и психокоррекционные занятия: «Тренинг для детей, испытывающих трудности в общении с 6-8 лет», «Групповые занятия для тревожных и робких детей с 6-8 лет», «Психологические группы для детей, подростков и их родителей», «Музыкально-релаксационная терапия для взрослых и детей», «Арттерапия для подростков (терапия творческим самовыражением) для детей и подростков с 12 до 18 лет», «Коммуникативный тренинг для подростков», «Тренинг уверенного поведения для студентов и взрослых», «Групповые занятия для детей с проблемами школьной дезадаптации», «Индивидуальные коррекционные занятия психологов, логопедов» и другие.

На фоне указанных преобразований за последний год наблюдаются качественные изменения и количественный рост показателей работы психологов и психотерапевтов амбулаторной детской психиатрической службы, практически в 2 раза увеличилось число обращений детей и родителей за психолого-психотерапевтической помощью (табл. 2), нельзя оставить без внимания факт увеличения почти в 5 раз консультаций родителей, обращавшихся с запросом на психотерапию семейных взаимоотношений, а также по вопросам воспитания и обучения детей. Этот же факт находит подтверждение и в увеличении объема психокоррекцион

Таким образом, разработанный нами полипрофессиональный комплексный метод амбулаторной помощи детям и подросткам с нервно-психическими расстройствами, основополагающийся на психотерапевтической и психокоррекционной работе как с самим ребенком, так и с членами его семьи зарекомендовал себя как востребованный и наиболее эффективный.

Таблица 2

*Динамика показателей работы психотерапевтов и психологов Медико-педагогического центра ОГУЗ «ТКПБ» (абс.)*

|                       | 2005 г. | 2006 г. |
|-----------------------|---------|---------|
| Из них дети           | 1562    | 2064    |
| Из них взрослые       | 324     | 1515    |
| Коррекционные занятия |         | 1158    |
| консультации          |         | 1514    |
| психотерапевты        | 1537    | 3242    |
| Всего посещений       | 3772    | 6083    |

## К ВОПРОСУ О СТАНДАРТИЗАЦИИ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ Корень Е.В., Кашникова А.А., Татарова И.Н., Коваленко Ю.Б., Марченко А.М.

*ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава», г. Москва*

В силу объективных и субъективных факторов общая ситуация в детской психиатрии в первую очередь характеризуется слишком широким диапазоном различий в диагностических подходах и лечебной практике. Это может объясняться как особенностями (атипичность и изоморфизм) основных клинических проявлений психических расстройств у детей, так и поведением (особенностями клинического подхода) самих клиницистов.

Далеки от разрешения вопросы стандартизации диагностики в детской психиатрии. Нарастает критика МКБ в плане замещения клинических критериев социальными, игнорирования динамики развития синдромов, приемлемости критериев, выделенных для взрослых у детей, вопросов адекватности прямого переноса таких критериев (в частности, при ОКР и ПТСР), актуализирующаяся в контексте предполагаемого написания детских стандартов по выделенным в МКБ-10 рубрикам.

Также, негативные тенденции в работе детских психиатров характеризуются как назначением новых психофармакологических препаратов, не апробированных и не рекомендованных производителем в детском возрасте (off-labelling), так и использованием препаратов первого поколения, отягощенных высоким риском развития побочных явлений при недостаточной избирательности воздействия на психопатологическую симптоматику.

Кроме того, индивидуальный метод или комбинация могут работать для одних, но не для других пациентов. В детском возрасте реакции на лечение менее предсказуемы, чем у взрослых. Примером являются противоречия в эффективности назначения антидепрессантов у детей и взрослых.

В тоже время, в рамках научной полемики, высказываются опасения в отношении существования определенной опасности того, что в рамках разворачивающейся компании по разработке медицинских стандартов специалисты превратятся в заложников жестких схем и нормативов. С другой стороны, введение стандартов может препятствовать внедрению новых форм и методов помощи (концепция функционального диагноза, бригадный метод, психосоциальная терапия, работа с семьей, психообразование и др.), разработка которых ведется в настоящее время.

Идеальный клинический стандарт - это оптимальное сочетание ригидности (четких и обязательных инструкций для исполнения) и гибкости для учета особенностей конкретного больного, обеспечивающее достижение и поддержание максимально возможного уровня психического здоровья.

Разработка оптимальных стандартов, на наш взгляд, связана с тремя принципиальными факторами:

- стратегия разработки стандартов (доказательный подход, текущая доказательная база и клинические руководства, установление минимально необходимых нормативов помощи,

сужение вариативности клинической практики, убрать заведомо неэффективные методы лечения, например транквилизаторы при ОКР и др.)

- принципы формирования экспертной группы подходы к процессу подготовки, разработки и обсуждения, состав группы

- структура и методы построения стандартов (стиль и содержание)

При этом необходимо учитывать имеющиеся опасения в плане возможного снижения качества помощи, выхолащивания клинического метода, «выпадения» лечебных и диагностических подходов с неоднозначно доказанной эффективностью, неоправданного сужения диапазона применяемых лекарственных средств, что в значительной степени зависит от выбранного подхода к разработке стандартов.

Требуют обсуждения вопросы о разработке самостоятельных стандартов только по «детским» рубрикам МКБ с выделением детского раздела во «взрослых» стандартах, целесообразности опоры на доказательный подход и учета существующих практически наработанных методов и способов диагностики и лечения с выделением силы рекомендаций или степени доказательности. В этом случае возрастает роль совместного предварительного обсуждения экспертами и использование метода консенсуса с привлечением представителей практической медицины перед подачей стандартов в Минздравсоцразвития России.

Одновременно с введением стандартов необходимо разработать критерии оценки эффективности стандартов и обязательный пересмотр содержания и доказательной базы через каждые 2-3 года.

Предварительная апробация стандартов позволяет оценить эффективность возможного использования в клинике с обеспечением обратной связи.

Разработка и внедрение современных медицинских и организационных технологий, в том числе стандартов и протоколов ведения должны вести к позитивным изменениям в клинической практике и улучшению исходов заболевания. С другой стороны, поспешное внедрение стандартов может привести к недостаточно неэффективному лечению, ухудшению состояния пациентов и нерациональному использованию ресурсов.

## НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ ДО 14 ЛЕТ – ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ **Крахмалева О.Е., Иванова Т.И.**

*Омская клиническая психиатрическая больница, Омская государственная медицинская Академия, г. Омск*

Цель: Изучить нозологическую структуру психических расстройств среди детей в возрасте от 0 до 14 лет состоящих на диспансерном и консультативном учёте в ОКПБ, в период 2004-06 гг.

Методы: клиническо-психопатологический, эпидемиологический.

Результаты: За период 2000 – 06гг. в г. Омске выявлено 11581 детей с психической патологией. В исследуемый период отмечается неуклонный рост первичной заболеваемости психическими расстройствами среди детей г. Омска, так в 2000 г. этот показатель составлял 327,9 на 100 000 детского населения, а в 2006 г. – 716. Так же в изучаемый период отмечается рост общей заболеваемости психическими расстройствами у детей с 2048,2 на 100000 детского населения до 2818,6.

В исследуемый период 3702 ребенка получали лечение в подразделениях детско-подростковой службы ОКПБ. За три года отмечается увеличение числа этих детей, так в 2004 году их число составляло 1094 ребенка, в 2005 – 1281, в 2006 – 1327 детей. Однако, впервые выявленные психические нарушения у детей примерно равнозначно в исследуемые года (460 (42,1%), 528 (41,2%), 459 (34,6%) соответственно).

Анализируя нозологическую структуру детских психических расстройств, выявлено, значительное увеличение числа детей с нарушением психологического (психического) развития (F 80-83) и поведенческими синдромами (F 50-59), в 2004г. – 346 (31,6%), 2005г. – 552 (43,1%), 2006г. – 696 (52,4%), соответственно увеличилось и число с впервые выявленными нарушениями данного спектра (2004г. – 40,9%, 05г. – 50,2%, 06г. – 64,3%). Число детей

состоящих под наблюдением с умственной отсталостью, состоящих под наблюдением, (F 70 – 79) сохраняется примерно равнозначно в исследуемых годах (2004 – 288 (26,3%), 2005 - 303 (23,6%), 2006 – 287 (21,6%)) с незначительным снижением впервые выявленных указанных детских психических расстройств (2004 – 19,3%, 2005 – 14,7%, 2006 – 15,9%). Такая же тенденция, выявленная и при распространенности расстройств шизофренического спектра у детей (F 20-25, F 84.0), в том числе и аутизма (2004 - 30 (2,7%), 2005 – 27(2,1%), 2006 – 34(2,6%)). Наиболее многочисленная группа наблюдения составляют дети с органическими расстройствами (F00-09), однако в исследуемые года отмечается отчетливое снижение данных расстройств как в группе наблюдения (2004г. – 425(45,2%), 05г. – 391(30,5%) и 2006г. – 323(24,3%)), так первичное выявление этих психических нарушений (2004 – 37,2%, 2005 – 28,2%, 2006 – 18,9%).

Анализ гендерных особенностей, детской популяции, выявил, что преимущественно за психиатрической помощью обращаются мальчики (2004 – 70,1%, 2005 – 67,9%, 2006 – 67,1%). Данная зависимость связана с более выраженными клиническими проявлениями психической патологии у мальчиков, побуждающих родителей обратиться за помощью.

Изучая контингент больных детей, имеющих группу инвалидности, по психическому заболеванию выявлено, что преимущественно денежное пособие получают дети с умственной отсталостью F 70-79 (2004 – 76%, 2005 – 77,9%, 2006 – 84,9%). В значительно меньшей степени инвалидизируются дети с шизофренией, шизотипическими расстройствами и хроническими неорганическими психозами (2004 – 13,7%, 2005 – 12,2%, 2006 – 6,2%) и эпилепсией (2004 -10,3%, 2005 - 9,9%, 2006 - 8,9%)

Заключение: среди пациентов больницы отмечается рост числа детей с нарушением психологического (психического) развития и поведенческими синдромами. Однако в основном к детскому психиатру обращаются родители с детьми, имеющими органические психические расстройства. Мальчикам чаще, чем девочкам оказывается профильная помощь, что обусловлено более яркой клинической картиной психических и поведенческих расстройства у этих пациентов.

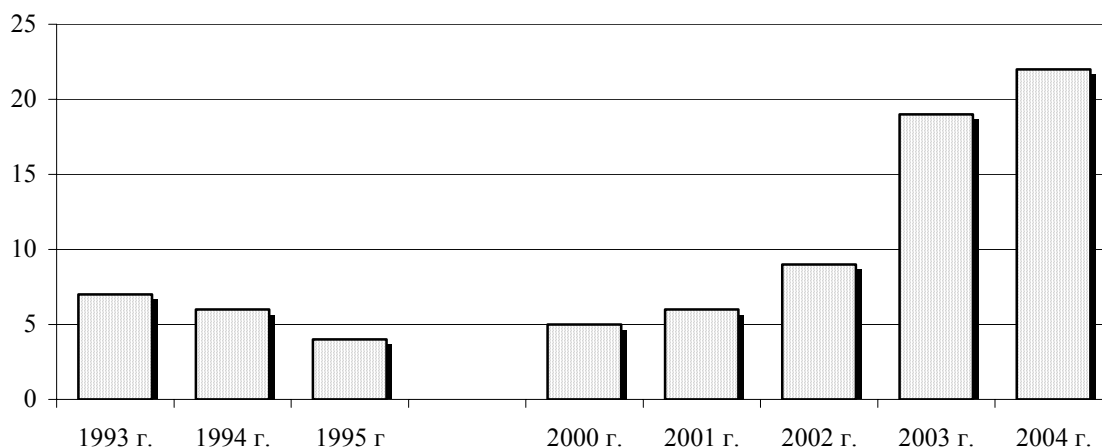
## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛАЙЕНСА, КАК ВАЖНЕЙШЕГО ФАКТОРА РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**Кондратович А.В.**

*ГУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая  
Больница» (Центр психического здоровья детей и подростков), г. Волгоград*

Проблема психического нездоровья людей остро стоит в современном мире. Относящаяся к неблагоприятно протекающим психическим заболеваниям – шизофрения, выявляемая у детей (преимущественно – детский тип) при отсутствии своевременно назначенного лечения приводит к необратимым изменениям личности ребенка, раннему появлению дефектного состояния и отрицательно влияет на его социальную адаптацию. К сожалению, в нашем обществе до сих пор присутствует страх, как перед непосредственным обращением в психиатрическую службу, так и перед возможным осуждением окружающих, приводящий к активному уклонению родителей от консультации врачом-психиатром своего ребенка, даже при ее неоспоримой необходимости. В результате при появлении каких-либо признаков психических расстройств законные представители ребенка стремятся обратиться за помощью в первую очередь к врачу-неврологу, психотерапевту или психологу, оставляя свой визит к психиатру «на крайний случай» или вовсе, избегая его. Этому до недавнего времени способствовало и нахождение детских отделений и кабинета амбулаторного приема в структуре взрослых психиатрических больниц и диспансеров. Культурально обусловленная «нежелательность» посещения данного места, как городскими, так и сельскими жителями приводила к недостаточному своевременному обращению за консультативно-лечебной помощью врача-психиатра, а также к поздней диагностике, быстрому прогрессированию заболевания и ранней инвалидизации пациентов. В некоторых случаях имела место ошибочная диагностика, о чем можно судить по катамнезу. В то же время неправильно трактуемое состояние ребенка или подростка и оставление его без специализированной помощи может

привести к общественно-опасному поведению, повышая показатели преступности и ухудшая качество жизни общества в целом. Создание и открытие в 2000г. ГУЗ ОДПБ или «Центра психического здоровья детей и подростков» позволило коренным образом изменить данную ситуацию, внося положительный резонанс в популяризацию психиатрии, что привело к повышению показателей выявляемости шизофрении среди детей и подростков в Волгоградской области. Сравним для примера показатели обращаемости и первичной выявляемости (по форме 10 и форме 36) детей, больных шизофренией, за период с 1993г по 1995г (детское отделение ОКПБ №2) и за период с 2000г по 2004г (ГУЗ ОДПБ) (Рис. 1).



*Рис. 1* Динамика обращений за психиатрической помощью в ОДПБ детей и подростков, страдающих шизофренией (по оси ординат – количество госпитализированных больных)

Можно наглядно убедиться в их значительном увеличении (почти в 4 раза) за временной промежуток около 10 лет. В тоже время по данным современных исследователей показатель распространенности шизофрении в популяции за прошедшее столетие возрос крайне незначительно – только с 6,2 до 8,7 на 1000 населения. По мнению автора, низкий рост распространенности психозов коррелирует, прежде всего, с повышением показателей выявляемости и распространенности данной патологии в современных экономически развитых странах. Другими словами при практически одинаковой величине заболеваемости шизофренией в популяции в целом число пациентов в Волгоградской области, получающих специализированную помощь и лечение, увеличилось за последние 10 лет в 4 раза. Это стало возможным благодаря организации в ГУЗ ОДПБ автономного лечебного учреждения, где оказались сосредоточенными ведущие специалисты, как в области детской психиатрии, так и в смежных специальностях (неврология, функциональная диагностика, психотерапия, логопедия, лечебная педагогика). Объединение данных служб в структуре одного лечебного учреждения позволяет улучшить качество наблюдения за больными и диагностику, дает возможность одновременного сочетанного воздействия – как медикаментозного, так и психологического и педагогического, а при необходимости и психотерапевтического. Это позволяет подобрать наиболее эффективное лечение для пациента, создать все условия для его последующей реабилитации в социуме и до минимума снизить число возможных ошибок в диагностике.

Таким образом, изложенное указывает на приоритет данных учреждений в системе будущего здравоохранения Российской Федерации, их соответствие мировым стандартам оказания медицинской помощи, реабилитации и профилактики психических заболеваний у детей.

## ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА БАЗЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

**Лопатин А.А., Кокорина Н.П., Кирина Ю.Ю.**

*Государственное учреждение здравоохранения «Кемеровский областной клинический  
наркологический диспансер», г. Кемерово*

На сегодняшний день проблема употребления психоактивных веществ, особенно среди детей и подростков, является одной из наиболее значимых. В связи с этим особенно актуальными становятся разработки эффективных лечебно-реабилитационных мероприятий для несовершеннолетних с наркологическими расстройствами.

В реабилитации наркологических больных можно выделить несколько направлений: медицинское, психологическое, педагогическое, социальное. Каждое из этих направлений в отдельности не может способствовать достижению конечной цели реабилитации, которая заключается в восстановлении физического и психического здоровья и формировании социального статуса пациентов.

Учитывая, что у подростков, злоупотребляющих ПАВ, прекращается социальный прогресс, появляются трудности в получении образования, в профессиональной ориентации и приобретении специальности, часто возникают конфликты с законом, необходим межведомственный подход к решению этих проблем.

В 2000г. в рамках межведомственной модели городского центра психического здоровья, в соответствии с приказом МЗ РФ от 18.03.1997г. №76 «О наркологических реабилитационных центрах», в г. Кемерово было создано первое в Кемеровской области отделение социально-медицинской реабилитации для детей и подростков с наркологическими расстройствами.

С целью функционирования этого отделения заключено многостороннее соглашение с управлениями образования, социальной защиты, здравоохранения, молодежной биржей труда и центром образования «Смена».

Отделение социально-медицинской реабилитации является структурным подразделением ГУЗ «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер», расположено на базе городского центра образования «Смена» и рассчитано на 25 мест.

Сотрудниками отделения социально-медицинской реабилитации являются, как медицинские работники (врач психиатр-нарколог, медицинский психолог, фельдшер), так и работники образовательной сферы (мастера производственного обучения). В работе с подростками активное участие принимают консультанты из числа химически зависимых лиц, старше 18 лет, прошедших полный курс реабилитации и находящихся в ремиссии не менее двух лет.

Набор пациентов в отделение реабилитации несовершеннолетних с наркологическими расстройствами осуществляется в основном по направлению врачей районных амбулаторных наркологических кабинетов, реже, при необходимости, по направлению врачей после прохождения курса лечения в детско-подростковом наркологическом стационаре.

За время работы отделения разработаны следующие критерии принимаемых на реабилитацию несовершеннолетних пациентов:

- в отделение реабилитации принимаются подростки с диагнозами: хронический алкоголизм, наркомания 1-2 стадии, токсикомания и лица с эпизодическим или систематическим приемом ПАВ, при необходимости прошедшие курс лечения в детско-подростковом наркологическом стационаре, находящиеся в состоянии терапевтической ремиссии;

- диагноз не должен быть отягощен сопутствующими психическими, соматическими, неврологическими или травматическими заболеваниями в остром периоде;

- возраст пациентов, подлежащих реабилитации в отделении от 12 до 18 лет;

- в отделение реабилитации принимаются подростки, дезадаптированные в плане обучения и получения профессиональной подготовки (нигде не учатся и не работают);

- реабилитации подлежат несовершеннолетние, имеющие родителей или опекунов, способных оказать помощь в реабилитационном процессе и постоянно поддерживать связь с сотрудниками отделения.



Программа реабилитации рассчитана на 6-9 месяцев, как правило, на «учебный год». Все пациенты отделения, помимо прохождения реабилитационной программы, обучаются в школе в соответствии с индивидуальной учебной программой и получают профессиональную подготовку по специальностям: автослесарь, столяр, токарь, художник-дизайнер и др.; по окончании курса обучения им выдается свидетельство государственного образца о завершении профессиональной подготовки, в результате чего пациенты получают возможность работать по специальности или продолжить обучение в других учебных заведениях.

Отделение социально-медицинской реабилитации работает в режиме дневного стационара, в результате чего подростки находятся в обычной социальной среде, не оторваны от реальной жизни, что впоследствии способствует более быстрой интеграции в общество и не приводит к развитию вторичной социальной недостаточности.

Таким образом, завершив полный курс реабилитации, пациенты овладевают основными жизненными навыками, бытовыми умениями, способностью к регулярной учебе и труду, получают профессию. В результате реабилитации у несовершеннолетних с наркологическими расстройствами восстанавливается не только физическое и психическое здоровье, но и формируется социальный статус.

## ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ

**Малахова А. В.**

*Свердловская ОКПБ, г. Екатеринбург*

Изучение этиопатогенетических механизмов формирования гиперкинетического расстройства поведения у младших школьников позволило выделить два типологических варианта: энцефалопатический и депривационный. Достоверность этиопатогенетических различий верифицирована данными клинико-неврологического, электрофизиологического и нейропсихологического обследований.

Клинико-психопатологические и этиопатогенетические особенности энцефалопатического варианта определяются процессами возрастного созревания систем мозга, характерными для динамики ранней резидуальной энцефалопатии, обусловленной повреждающим воздействием на мозг патогенных факторов в пре-, пери- и постнатальном периодах. Особенности динамики и структуры психопатологических расстройств при депривационном варианте свидетельствует о влиянии неблагоприятной микросоциальной среды.

С целью восстановления нормативного микросоциального и образовательного статуса, создания полноценной мотивации деятельности и благоприятного эмоционального климата в домашних и школьных условиях разработана медико-психолого-психотерапевтическая модель реабилитации детей с гиперкинетическим расстройством поведения на основе программы «Детское психическое здоровье» и опыта российско-британской рабочей группы в рамках партнерского проекта между HealthProm (Великобритания) и Министерством здравоохранения Свердловской области.

**1 этап.** Установление диагноза и выделение ведущих проблем по многоосевой классификационной системе на основании результатов клинического, психологического, в том числе нейропсихологического, логопедического, нейрофизиологического обследований и оценки соматического, неврологического и психического статуса. Поведенческие расстройства рассматривались с учетом степени тяжести их социальных последствий.

**2 этап.** Формирование многовариантных психолого-педагогических и медицинских программ в зависимости от варианта нарушенного поведения. Терапевтические мероприятия определялись комплексом лечебно-реабилитационных средств, включающих медикаментозные, психологические, психотерапевтические, логопедические и социально-терапевтические технологии.

**3 этап.** Сотрудничество с государственными учреждениями образования и здравоохранения, внутренних дел, социальными службами.

**4 этап.** Контакт с родителями для оценки эффективности разработанных программ.

Катамнестическое наблюдение показало, что на фоне проводимых лечебно-коррекционных мероприятий отмечалось улучшение успеваемости, отношений со сверстниками, проявлений гиперкинетического синдрома в обеих группах практически в равной степени, а также всех компонентов школьной дезадаптации. Существенную роль на снижение эффективности проводимых лечебно-коррекционных мероприятий во второй группе оказывали депривационные условия микросоциальной среды в связи с сохраняющимся воздействием патогенных факторов микросоциальной среды в семье и редким использованием разработанных коррекционных программ.

Таким образом, успешность комплексной терапии при гиперкинетическом расстройстве поведения можно прогнозировать, учитывая своевременность и дифференцированный характер проводимого лечения, особенности средовых влияний. Лишь комплексный этапный индивидуальный биопсихосоциальный терапевтический подход в реабилитации гиперкинетического расстройства поведения позволяет достичь положительных результатов.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ ПРИ ЗАХВАТЕ ЗАЛОЖНИКОВ

**Портнова А.А., Серебровская О.В., Голуб С.В.**

*ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», г. Москва*

Появление в последние годы новых форм чрезвычайных ситуаций (ЧС) с вовлечением большого числа жертв, примером которых являются теракты, вызывает необходимость разработки новых оптимальных подходов к оказанию неотложной медико-психологической помощи.

Высокая заболеваемость острыми психическими нарушениями у детей и подростков вследствие воздействия массивной психической травмы, и частая хронификация психических нарушений при отсутствии надлежащего лечения диктуют обязательность привлечения детских психиатров к участию в спасательных бригадах медиков. В связи с этим важной задачей является выявление острых реакций на стресс (ОРС) у детей и подростков для оказания своевременной помощи и предупреждение развития хронических посттравматических расстройств

Работа психиатров и психологов должна начинаться как можно раньше. Она проводится по двум направлениям: организационные и лечебные мероприятия. Основными принципами, лежащими в основе экстренной медико-психологической помощи при ЧС, являются: Планирование мероприятий не только для экстренной помощи, но и для долгосрочной психолого-психиатрической помощи пострадавшим, родственникам пострадавших и «вторичным жертвам». Помощь должна оказываться не только пострадавшему, но и членам его семьи, особенно если речь идет о пострадавших детях.

Организационные мероприятия включают следующие составляющие:

1) Координация работы специалистов (психологов и психиатров) как местного, так и федерального уровня (МЧС, ГУВД). Следует учитывать, что во время ЧС, широко освещаемых средствами массовой информации, свою помощь предлагает значительное количество добровольцев, среди которых не только врачи и профессиональные психологи, но и люди, не имеющие специального психологического либо медицинского образования, представители деструктивных религиозных сект, экстрасенсы, душевнобольные и пр. Т.о. организация единого штаба медико-психологической помощи помогает обеспечить пострадавших квалифицированной помощью и ограничить их от иных вмешательств.

2) Создание круглосуточной службы «горячая линия» («ГЛ») на базе поликлиники (больницы). К работе на «ГЛ» привлекаются психологи добровольцы. Для них проводится краткосрочный обучающий курс и обеспечивается информационная база. В функции психологов входит оказание психотерапевтической по телефону, регистрация и передача другим специалистам (психологам, психиатрам, врачам скорой помощи) вызовов на дом, информационные. Номер телефона «ГЛ» публикуется в средствах массовой информации. Целесообразно размещать телефон «ГЛ» в лечебном учреждении, что объясняется необходимостью тесного сотрудничества с медиками и психологами.

3) Разворачивание на базе городской поликлиники кабинетов для оказания психологической и психиатрической помощи, готовых в круглосуточном режиме к оказанию помощи пострадавшим, их родственникам, «вторичным жертвам».

4) Взаимодействие с представителями местной администрации и руководителями здравоохранения. Основной целью такого взаимодействия является объяснение необходимости регулярного информирования родственников заложников и остальных жителей о ходе освободительных мероприятий, переговоров с террористами, состоянии заложников. Это существенно снижает эмоциональное напряжение и агрессивные тенденции больших групп людей. Кроме того, необходимо с помощью местных властей наладить условия пребывания родственников заложников (обеспечить водой, туалетами, местами отдыха).

5) Наличие в большой группе людей хотя бы одного – двух агрессивно настроенных лидеров может привести к массовым беспорядкам и дополнительным жертвам. Поэтому задачей психологов и психиатров на данном этапе является выявление таких лидеров в толпе и направление их деятельности в организованное русло.

6) Взаимодействие с представителями средств массовой информации: объяснение предпочтительности формы подачи информации о ЧС. Чрезмерно натуралистичные и драматичные репортажи приводят к резкому увеличению числа «вторичных жертв» среди населения страны. Особенно уязвимыми для патогенного влияния новостных программ являются дети.

7) Обучение местных специалистов основам психологической, психиатрической и психолого-педагогической помощи детям, побывавшим в ЧС. Это обучение включает в себя курсы лекций и семинаров по психиатрии чрезвычайных ситуаций, рассчитанные на врачей общего профиля, психиатров и медицинских психологов, а также лекции и семинары, обучающие школьных психологов и учителей правильному обращению с пострадавшими детьми.

Правильная организация и своевременное оказание психолого-психиатрической помощи в первые дни после теракта позволяет значительно снизить заболеваемость хроническими стрессовыми расстройствами (посттравматическим стрессовым расстройством и расстройством адаптации). Проведенное через 3, 6 и 12 месяцев после теракта сравнительное исследование статистически достоверно большую частоту и тяжесть нарушений в группе детей и подростков, чьи родители не обратились за помощью в первые дни после ЧС, или ограничились лишь помощью психологов.

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, БОЛЬНЫМ ЭПИЛЕПСИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

**Малинина Е.В., Смирнова Т.А., Квятковская Н.В.,  
Козина Е.В., Ефимова И.Д.**

*ГОУ ДПО Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования  
Росздрава, Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница №1,  
г. Челябинск*

Необходимость открытия специализированной помощи детям, больным эпилепсией обусловлена современным этапом развития эпилептологии, где одной из приоритетных целей является улучшение качества жизни и реабилитация больных эпилепсией. Согласно стандартам Всемирной противоэпилептической лиги, больные эпилепсией должны быть обеспечены услугами региональной эпилептической службы, доступом к специализированной команде профессионалов, возможностью высококвалифицированного, комплексного обследования и лечения. В нашей стране годами сложившаяся система оказания помощи больным эпилепсией представлена как неврологической, так и психиатрической службами. Все это создает определенные трудности на многих этапах работы. В первую очередь это связано с несоблюдением положения Международной классификации эпилепсий и эпилептических синдромов. Отсутствует единая систематизация и трактовка как неврологических, так и психиатрических аспектов заболевания. Неврологами недооцениваются и несвоевременно

выявляются психические нарушения, а психиатром не правильно квалифицируется психопатологический синдром и его отношение к эпилепсии. Немаловажной проблемой остается и несоблюдение преемственности между стационарным и амбулаторным этапами лечения, между неврологом и психиатром.

Все вышеизложенное и определяет необходимость внедрения и использования единой общепринятой дифференцированной тактики ведения пациентов с данной патологией, что возможно только в условиях специализированных эпилептических центров.

На базе ЧОКСПНБ №1 за счет внутренних резервов больницы в марте 2004 года была организована специализированная помощь детям, больным эпилепсией, представленная эпилептологическим кабинетом. Выбор данного лечебного учреждения, как базы для создания эпилептологического кабинета, был обусловлен профилем больницы, наличием специализированных отделений, традиционно занимающихся лечением эпилепсии, контингентом больных, состоящих на диспансерном учете и зоной обслуживания - Челябинская область и город Челябинск. Кроме того, в больнице базируется кафедра детской, подростковой психиатрии и медицинской психологии, занимающаяся проблемами резидуально-органических поражений головного мозга и эпилепсией. Больница располагает достаточными материально-техническими возможностями для диагностики заболеваний ЦНС.

Необходимость в создании такой помощи больным детского возраста была продиктована тем, что именно детские формы эпилепсий дают полиморфизм и сочетание различной патологии в силу возрастной незрелости, несформированности отдельных систем мозга. Именно детские формы являются основным источником эпилепсии у взрослых. Поэтому важное значение приобретает концентрация помощи этим больным в первую очередь в детской службе. Учитывая, что основное наблюдение и лечение пациентов с эпилепсией осуществляется в амбулаторных условиях, то эпилептический кабинет был открыт в детском диспансерном отделении.

Деятельности эпилептологического кабинета включает интегрирование следующих направлений:

1) Диагностическое - проведение комплексного обследования впервые выявленным больным с эпилептическими и неэпилептическими состояниями, верификация ранее установленных диагнозов «эпилепсия».

2) Лечебное - определяет тактику ведения больного эпилепсией и включает подбор антиэпилептических препаратов, проведение медикаментозной помощи больным с различными психическими расстройствами, а также психотерапевтическую и психолого-педагогическую коррекцию психических нарушений.

3) Консультативное - включает помощь детям больным эпилепсией, а также их родителям, обратившимся за консультацией по вопросам диагностики, лечения и реабилитации. Кроме того, сотрудники кабинета осуществляют дифференциально-диагностическую консультативную помощь в отделениях больницы и других лечебных учреждениях города и области.

4) Медико-социальное - решение экспертных вопросов: инвалидность, посещение детских воспитательных и учебных заведений, профориентация.

5) Учебно-методическое - проведение семинаров, тематических конференций, оказание консультативной и методической помощи специалистам, занимающимся ведением больных эпилепсией. С этой целью была организована «школа эпилепсии» для врачей.

6) Профилактическое - выявление пароксизмальных состояний различного генеза, своевременное и адекватное их лечение и предотвращение всевозможных осложнений, как самого заболевания, так и проводимой терапии.

Решение поставленных задач осуществляется как в диспансерном, так и стационарных подразделениях больницы. Оба звена представляют единую структуру, объединенную общим руководством кабинета. Штат кабинета состоит из психиатра - эпилептолога, невролога, электрофизиолога, психолога, логопеда-дефектолога, педиатра. В комплекс диагностических мероприятий входит электроэнцефалография, нейропсихологическое тестирование, по показаниям другие виды психологического и соматического обследования. На нейрорадиологическое, а при необходимости, генетическое исследование больные направляются в другие лечебные учреждения города и области.

Представленная организационная форма помощи детям, больным эпилепсией, способствует ранней диагностике, дифференцированному подходу в ведении и лечении этих пациентов, помогает правильно и своевременно выявлять психические нарушения, квалифицированно их трактовать и решать социальные вопросы.

## ЭТАПЫ И ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕРТВАМ ТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ АКТОВ

**Морозова Е.И., Дозорцева Е.Г., Венгер А.Л.**

*РМАПО, Москва, ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», г. Москва*

Со времени крупных терактов, в которых пострадали дети (захват заложников в театре на Дубровке в Москве, в школе Беслана), прошло уже несколько лет, но опыт работы детских психологов и психиатров в подобных обстоятельствах актуален и в настоящее время. Он важен при организации помощи в аналогичных чрезвычайных ситуациях, связанных с природными, техногенными катастрофами, захватом заложников и т.п. В зависимости от масштабов и интенсивности чрезвычайной ситуации, индивидуальных особенностей самих пострадавших последствия интенсивного стресса могут быть различными. Как правило, однако, они имеют длительный характер и требуют долговременной помощи.

В процессе комплексной медико-психолого-социальной (а в случае работы с детьми и педагогической) реабилитации можно выделить следующие этапы, соответствующие изменению состояния пострадавших.

### *1. Кризисный этап.*

Работа с шокowymi реакциями, острыми стрессовыми реакциями, острыми реакциями горя. Основная цель – устранение психогенных нарушений витальных функций (дыхания, сна, питания). Работа с реакциями заторможенности и оцепенения, гипервозбуждения и др.

### *2. Этап стабилизации/ фиксации.*

При невысокой интенсивности травматизации и своевременном оказании помощи происходит стабилизация состояния и появляется возможность его возвращения к норме. В противном случае наблюдается фиксация симптомов или даже нарастание посттравматической симптоматики, ее клиническое оформление в устойчивые синдромы, более резистентные к коррекции. Реабилитационная работа направлена на устранение симптомов и стабилизацию эмоционального состояния.

### *3. Этап восстановления.*

В случаях благоприятно протекающего процесса реабилитации проявления посттравматических расстройств уменьшаются, повышается активность пострадавших, их все большая включенность в различные виды деятельности, в чем им оказывается постоянная помощь. Вместе с тем для этого этапа еще характерны неустойчивость состояния при воздействии негативных факторов, возможность регресса, эмоциональная лабильность, трудности концентрации внимания.

### *4. Этап интеграции.*

Накопление позитивных изменений дает в итоге пострадавшему возможность качественной перестройки в соответствии с новой ситуацией внутренней системы мотивов и смыслов, отношений с окружающими и поведения. Помощь специалистов (психологов, педагогов, социальных работников) в превращении пережитого в личный опыт, в нахождении новых смыслов и жизненных перспектив, а также в практической реализации планов способствует личностной и социальной интеграции.

На каждом из этапов помощь и сопровождение пострадавших имеют свою специфику. Однако можно выделить несколько общих принципов оказания подобной помощи.

### *1. Научно-практическая обоснованность.*

Реабилитационная помощь жертвам террористических актов и иных видов чрезвычайных ситуаций должна опираться на результаты научно-практических исследований и разработок, охватывающие методологические, методические и организационные аспекты реабилитации с учетом возрастных особенностей пострадавших.

## *2. Централизованное управление.*

Организация и координация помощи должна подчиняться единому центру. На кризисном этапе эту роль может выполнять штаб МЧС, впоследствии – региональные или муниципальные структуры, объединяющие и регулирующие деятельность различных ведомств, общественных организаций, специалистов.

## *3. Обеспеченность ресурсами.*

Региональные (муниципальные) органы, отвечающие за работу с пострадавшими в чрезвычайных ситуациях, должны располагать сведениями (банком данных) о специалистах требуемой квалификации, готовых оказывать реабилитационную помощь в соответствии с этапом реабилитационного процесса и особенностями пострадавших (в том числе возрастными).

## *4. Оперативность и доступность помощи.*

Помощь пострадавшим должна оказываться быстро, в максимально доступных местах и формах. Первостепенное значение этот принцип имеет на кризисном этапе (организуются телефонная «горячая линия», «скорая помощь» с выездами на дом, работа в стационаре, амбулаторный консультативный прием, сопровождение траурных мероприятий и др.), но остается актуальным и впоследствии.

## *5. Активность в предложении помощи.*

Службы и специалисты, оказывающие помощь, должны активно предлагать и оказывать ее пострадавшим, так как последние не всегда способны самостоятельно адекватно оценить свое состояние и своевременно обратиться к специалистам.

## *6. Системность помощи*

Реабилитация представляет собой единую целостную систему кратковременных и долговременных мероприятий, охватывающих различные социальные сферы, в которые включены пострадавшие. Помощь необходимо оказывать не только непосредственно пострадавшим в чрезвычайных ситуациях, но и вторичным жертвам. При оказании помощи детям обязательно включение в работу семьи. Помощь организуется поэтапно в соответствии с состоянием пострадавшего.

## *7. Комплексность и полипрофессиональность.*

В оказании помощи участвуют специалисты различных профессий: врачи, психологи, социальные работники, педагоги. Роль каждой специальности зависит от этапа реабилитации. Оптимально соединение представителей различных специальностей в многопрофильной бригаде, что обеспечивает эффективную координацию их деятельности и комплексный характер реабилитации.

## *8. Квалифицированность помощи.*

Помощь пострадавшим должна оказываться квалифицированными специалистами, имеющими подготовку для работы с пострадавшими в чрезвычайных ситуациях. Обучение специалистов должно проводиться в специальных федеральных или региональных центрах. Особое значение имеет подготовка профессионалов для работы с детьми и подростками. Требуется разработка система сертификации и лицензирования деятельности специалистов в этой области.

## *9. Помощь помогающим.*

Необходимо учитывать, что специалисты, работающие с пострадавшими в чрезвычайных ситуациях, сами представляют собой группу риска по развитию психогенных стрессовых расстройств и в связи с этим нуждаются в психопрофилактической, психогигиенической, а иногда и психотерапевтической помощи. Если такая помощь будет своевременно оказываться, они смогут надолго сохранить свою профессиональную эффективность и личностный потенциал.

Перечисленные принципы могут рассматриваться как условия продуктивного оказания помощи пострадавшим. Многие из них еще требуют детальной содержательной и организационной проработки. Однако и сейчас они могут служить практическими ориентирами для специалистов, организующих и оказывающих помощь жертвам террористических актов и иных чрезвычайных ситуаций.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

**Онегин В.Г., Прудников А.М., Суркова В.Ю., Сидорова Н.В., Онегин А.В.**

*ГУЗ «Мурманский областной психоневрологический диспансер», г. Мурманск*

Одной из важных проблем современной детской психиатрии является оказание и совершенствование медико-психологической и социально-психологической помощи (Макушкин Е.В., 2006).

С 1995 года в Мурманске организован и функционирует центр психотерапевтической помощи детям и подросткам (ЦПТП), созданный на базе областного психоневрологического диспансера. Штат ЦПТП состоит из 3 врачей психотерапевтов, клинического психолога, специалиста по социальной работе, 2 логопедов, среднего и младшего медицинского персонала.

ЦПТП обеспечивает консультативно-диагностическую, психологическую, специализированную психотерапевтическую, коррекционно-восстановительную и социальную помощь детям и подросткам; логопедическую помощь при расстройствах речи. Обращение за консультативной и лечебной помощью осуществляется по инициативе родителей детей и подростков или самих подростков, по направлению участковых психиатров диспансера, психотерапевтов и других специалистов, детских лечебно-профилактических учреждений. Количество посещений ЦПТП составляло: 2004 г. – 4065, 2005 г. – 4737, 2006 г. – 6408.

В основу всех этапов лечебного процесса положена биопсихосоциальная модель комплексной помощи. Медико-социально-психологическую помощь в ЦПТП оказывает бригада специалистов, состоящая из врачей психотерапевтов, медицинского психолога, логопедов, специалиста по социальной работе.

Ежегодно в ЦПТП получает комплексное лечение около 600 детей. В нозологической структуре пациентов центра преобладают невротические, связанные со стрессом, соматоформные расстройства, адаптационные реакции; непсихотические психические расстройства, обусловленные повреждением или дисфункцией головного мозга или соматической болезнью; эмоциональные и поведенческие расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте.

Лечение проводится по индивидуальной психотерапевтической программе в индивидуальной и групповой формах симптомо-проблемно-личностноцентрированной психотерапии. Применяются когнитивные, поведенческие и суггестивные методы психотерапии.

На определенных этапах лечебного процесса используются игровая терапия, арттерапия, семейная психотерапия. Индивидуальную и семейную психотерапию завершает групповая терапия. В необходимых случаях психотерапия сочетается с медикаментозным лечением. В комплексном лечении пациентов в ЦПТП применяются логопедическая коррекция, физиотерапия, массаж и лечебная физкультура.

Таким образом, работа ЦПТП показала свою высокую эффективность:

- внедрение в практику биопсихосоциальной модели терапии позволило выявить и оказать помощь более широкому кругу детско-подросткового населения;
- комплексный подход способствовал проведению дифференцированной диагностики и терапии, что, несомненно, положительно отразилось на качестве и сроках реабилитации;
- биопсихосоциальная модель терапии в детско-подростковом возрасте имеет свои особенности и требует проведения дальнейших исследований в этой области для разработки методических рекомендаций, единых стандартов ведения пациентов.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ АЛКОГОЛИЗМА У ПОДРОСТКОВ

**Пушина В.В.**

*ГУЗ НО «Наркологическая больница», г. Нижний Новгород*

Согласно классификации ВОЗ, профилактику принято разделять на три типа: первичную (направленную на предупреждение болезни); вторичную (задержать развитие болезни); третичную (предотвращение осложнений, инвалидности). Очевидно, что в наркологии собственно профилактика может быть исключительно первичная, так как два других типа являются лечебными и реабилитационными мероприятиями.

Проведенное научно-практическое исследование демонстрирует наличие выраженных нервно-психических, соматических, личностных и семейных нарушений у подростков, больных алкоголизмом, действие механизмов биологического и патологического семейного наследования, подтверждающих представление о том, что алкоголизм - это заболевание, которое необходимо рассматривать в рамках биопсихосоциальной модели.

Биопсихосоциальная модель первичной профилактики алкоголизма создана по результатам обследования здоровых подростков. Исходом данной модели является здоровый образ жизни и социальная адаптация, которые должны быть достигнуты путем формирования и целенаправленного превентивного обучения:

- использования копинг-ресурсов нервно-психического и соматического здоровья (низкий уровень невротизации, отсутствие выраженности соматических жалоб);
- личностных копинг-ресурсов (позитивная самооценка, открытость перед другими людьми, потребность в любви и откровенности, уверенность в своей положительной репутации, привлекательности, способности добиваться поставленной цели, оптимизация адекватных форм защиты личности на уровне нормативных значений, социальная адаптация);
- активных функциональных копинг-стратегий (базисные стратегии у здоровых – «планирование решения проблемы» и «самоконтроль», ведущий стиль, совладающего поведения, копинг, ориентированный на решение проблем);
- сбалансированных интрапсихических форм преодоления стресса (развитие адаптивных защитных механизмов личности);
- средовых копинг-ресурсов (нормально функционирующая (гармоничная) семья, гармоничное семейное воспитание, высоко социально-адаптированные родители с личностным ресурсом: активность открытость, общительность, способность на сильные чувства, доверчивость, откровенность);
- воздействия на окружающую социальную среду подростка повышением педагогической компетенции, развитием волонтерского добровольного движения среди педагогов и подростков.

Максимально ранняя профилактика в преддверии подросткового кризиса, позволяет предотвратить возникновение болезни и усилить позитивное развитие личности подростка.

Результаты нашего исследования подростков, злоупотребляющих алкоголем, послужили основой для разработки вторичной профилактики алкоголизма, направленной на изменение дезадаптивных моделей поведения риска злоупотребления алкоголя на адаптивную модель здорового поведения.

Психологическими направлениями вторичной профилактики злоупотребления алкоголем являются:

- преодоление барьеров осознания эмоционального состояния, формирование копинг-ресурсов нервно-психического и соматического здоровья (у больных подростках в 4,45 раза превышает уровень невротизации, в 2 раза выше выраженность соматических жалоб, чем у здоровых);
- понимание формирующейся алкогольной зависимости, как проблемы личностных характеристик (низкая самооценка, эгоцентричная направленность, замкнутость, низкая социальная адаптация (низкие социальные способности и пр.);
- развитие личностных и средовых копинг-ресурсов преодоления зависимости от алкоголя (позитивной самооценки, коммуникативной и социальной компетенции,



открытости, доверчивости, активности, общительности, самоконтроля поведения, гармоничных взаимоотношений в семье, социальной адаптации), формирование психологической установки на здоровый образ жизни;

- развитие эмоциональных, когнитивных, поведенческих стратегий совладающего поведения (стратегии разрешения проблем, самоконтроля; модификация стратегии избегания, свойственной больным подросткам);
- оптимизация форм защиты адекватных личности на уровне нормативных значений (системообразующих механизмов защиты у подростков с алкоголизмом «регрессии», «замещения» и «проекции»);
- повышение семейно-родительских копинг-ресурсов, формирование функциональной семьи, гармонизация семейного воспитания и стиля воспитательного воздействия родителей, оптимизация межличностных взаимоотношений в семье больного.

Реализация данных направлений профилактической работы с целью формирования и развития у подростков и у их родителей устойчивых внутриличностных механизмов поведения в рамках здорового и безопасного образа жизни, не только необходима, но и сможет создать, достаточно прочный барьер для возможного вовлечения несовершеннолетних в алкогольное поведение.

## О РАЗРАБОТКЕ КОНЦЕПЦИИ ВНУТРИВЕДОМСТВЕННОГО И МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ В РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**Сержпинская С.В.**

*ГУЗ «Республиканский психоневрологический диспансер», г. Петрозаводск*

В настоящее время сформирована и проходит этап согласования «Концепция охраны здоровья детей в Российской Федерации на период до 2010 года». Одним из направлений данной концепции является взаимодействие учреждений здравоохранения с органами образования и социальной защиты по различным медико-социальным вопросам, в т.ч. по профилактике суицидов и предупреждению детской инвалидности; а также с судебно-следственными органами по профилактике безнадзорности и преступности среди несовершеннолетних.

С учетом проводимых реформ в системе здравоохранения, возрастающей роли его первичного звена и необходимости профилактической работы, а также с учетом особенностей Республики Карелия, нами разработана концепция внутриведомственного и межведомственного взаимодействия специалистов, работающих в Республике Карелия в сфере охраны психического здоровья детей и подростков. Ее основная цель – развитие и совершенствование профилактического направления в системе охраны психического здоровья детей и подростков.

На первом этапе реализации концепции для улучшения внутриведомственного взаимодействия:

- организованы приемы детских психиатров ГУЗ «Республиканский психоневрологический диспансер» (ГУЗ «РПНД») в детских поликлиниках г. Петрозаводска не реже 1 раза в месяц;
- детские психиатры ГУЗ «РПНД» регулярно принимают участие в конференциях врачей детских поликлиник с сообщениями по проблемам психического здоровья детей и подростков;
- на базе одной из детских поликлиник г. Петрозаводска силами специалистов ГУЗ «РПНД» организован постоянно действующий лекторий для родителей и специалистов, работающих с детьми.

Для улучшения межведомственного взаимодействия:

- в 2003 году проведен семинар для детских психиатров, психологов и педиатров, работающих, как в системе здравоохранения, так и в системе образования по проблеме психосоматических расстройств у детей и подростков;

- с 2001 года действует общественная межведомственная ассоциация детских психиатров, психологов и социальных педагогов;
- в 2006 году с координационной и организационно-методической целью регион посетил главный внештатный специалист-эксперт детский психиатр Минздравсоцразвития России;
- в 2006 году проведен выездной цикл по детской психиатрии кафедры детско-подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО для детских психиатров и психологов различных ведомств;
- совместно с наркологической службой проведена встреча с педагогами коррекционной школы г. Петрозаводска по вопросам преемственности в работе и выработке единой тактики ведения детей и подростков, страдающих токсикоманией и имеющих психические расстройства;
- проведена встреча с помощником прокурора г. Петрозаводска по вопросам преемственности в работе с несовершеннолетними;
- проводится работа со средствами массовой информации.

Главный внештатный психиатр Министерства здравоохранения и социального развития Республики Карелия приняла участие в работе 3-его Международного конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» (май 2006 г., г. Казань), где выступила с сообщением «Основные тенденции противоправного поведения детей и подростков в Республике Карелия (по материалам судебно-психиатрической экспертизы)», и в работе Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы детской психиатрии» (сентябрь 2006 г., г. Саратов).

В плане мероприятий реализации концепции в 2007-2008 г.г.:

- проведение совместно с врачами медико-социальной экспертизы углубленного анализа причин высокой инвалидности детей с психическими расстройствами в Карелии;
- разработка и подписание договора о сотрудничестве с детскими психиатрами, психологами и социальными работниками системы образования по вопросам раннего выявления психических расстройств у детей и подростков и оказания им комплексной специализированной помощи с составлением прогноза психического развития ребенка;
- проведение в 2007 году выездного цикла подготовки по медицинской психологии для специалистов здравоохранения и образования;
- разработка принципов и тактики межведомственного взаимодействия по профилактике аддиктивного поведения у детей с психической патологией с внедрением опыта психологов Казахстана по организации совместно с органами внутренних дел психологической помощи несовершеннолетним правонарушителям;
- организация координационного Совета для решения вопросов межведомственного взаимодействия;
- осуществление совместных выездов специалистов разных ведомств в районы республики для оказания специализированной помощи детско-подростковому населению. Разработка паспортов районов с изучением структуры учреждений, оказывающих медико-социальную помощь детям, и основных проблем в сфере охраны их психического здоровья с разработкой плана их постепенного решения.

Аналитические материалы и результаты реализации концепции будут постоянно рассматриваться на координационном Совете, заседаниях ассоциации детских специалистов и ежегодных республиканских рабочих совещаниях врачей-психиатров, психотерапевтов и психологов республики.

## ПЕДИАТР, ПСИХОЛОГ И ПСИХИАТР В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ (ОПЫТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ 2002 ГОДА)

**Урываев В.А.**

*Ярославская государственная медицинская академия, г. Ярославль*

Прошедшая Всероссийская диспансеризация детей (2002 год) сделала актуальной задачу создания системы максимально полного взаимодействия врачей-педиатров, психологов и психиатров в практике охраны психического здоровья детей. На основании опыта проведения диспансеризации в Ярославской области можно сформулировать ряд важных направлений такого сотрудничества.

1) Участие психологов и психиатров в подготовке стандартных процедур обследования, проводимого непосредственно врачами-педиатрами.

С участием курса медицинской психологии кафедры психиатрии ЯГМА были разработаны стандартные бланки расспроса родителей и самого ребенка по проблемам нервно-психического здоровья. При разработке и конструировании бланков было учтено как необходимость разбиения оценки «психического развития, психического состояния» (формулировки из Учетной формы №30-д/у-вр, обязательной к заполнению всеми врачами в ходе диспансеризации) на основные сферы («эмоционально-вегетативное»; «психомоторная сфера и поведение»; «интеллект»), так и соответствие содержания современным достижениям и нормативным требованиям. Всего было распечатано 280 000 бланков – по одному на каждого ребенка области.

2) Участие психологов и психиатров в разработке методических рекомендаций по проведению оценки нервно-психического здоровья детей.

Для единообразного проведения диспансеризации была подготовлена (совместно с врачами-педиатрами), издана и распространена брошюра (1300 экз. - по одной на каждого педиатра области, участвовавшего в диспансеризации).

3) Участие психологов в консультационной работе в ходе диспансеризации.

С участием курса медицинской психологии кафедры психиатрии ЯГМА была разработана стандартная программа по психодиагностическому инструментарию (единообразному для всех 18-ти районов области и всех 200 психологов, принявших участие в диспансеризации) для обследования детей различных возрастов, результаты которой в обобщенных показателях (с приложением рисунков) собирались в Центре помощи детям (ГОУ Ярославской области).

Был издан комплект их 4-х брошюр (по 500 экз.), которым бесплатно были обеспечены все психологи, принимавшие участие в диспансеризации.

В ходе диспансеризации треть детей, направленных врачами-педиатрами на углубленное психологическое обследование была «возвращена» с пометкой «нервно-психическое состояние в границах возрастной нормы», трети детей было рекомендовано обучение в специальных коррекционных классах и еще около трети (подчеркнем, цифры рассчитываются от «группы риска», а не от абсолютного числа детей) перешли на учет в центры помощи детям (которые укомплектованы и врачами-психиатрами, и логопедами, и неврологами, и другими специалистами) или им рекомендована консультация врача-психиатра.

4) Участие психологов в психотерапевтической и коррекционной работе.

В основном на базе системы психолого-медико-социальных центров помощи детям (которые открыты во всех районных центрах Ярославской области) с каждым ребенком, обнаружившим выраженные затруднения в социальной и психологической адаптации, проводятся специальные тренинги и занятия.

5) Психологическое «сопровождение» диспансеризации.

Семинары по проблемам оценки нервно-психического здоровья проводились систематически как для психологов области системы образования, так и для врачей, принимавших непосредственное участие в диспансеризации.

6) Участие медицинских психологов в профессиональной подготовке студентов-медиков.

В ЯГМА – на этапе первичной профессиональной подготовки врачей педиатров внедрена программа профессионально-психологической подготовке будущих врачей. В рамках такой программы решены следующие задачи.

- Получено согласие Ученого совета ЯГМА на 30% увеличение преподавания психологии на педиатрическом факультете (полученный резерв времени расходуется в основном на преподавание детской и возрастной психологии).
- Уже на втором курсе, при прохождении пропедевтических кафедр студенты- педиатры (параллельно с курсом педагогики и психологии, под руководством преподавателей-психологов) пишут контрольную работу «Комплексная оценка личности ребенка в клинике» (издано учебное пособие «Введение в педиатрическую психологию»).
- На пятом курсе студенты выполняют зачетную работу «Медико-психологическая характеристика ребенка-пациента психиатрической клиники», проводящуюся в ходе курации на детском отделении Ярославской областной клинической психиатрической больницы (издано одноименное учебное пособие).
- Разработан и проводится для желающих электив (пятый курс) «Актуальные проблемы оценки нервно-психического здоровья детей в ходе диспансеризации».

7) Участие медицинских психологов и психиатров в повышении квалификации врачей-педиатров.

В программах повышения квалификации для врачей-педиатров предусмотрены лекции, семинары и практические занятия, посвященные знакомству с опытом взаимодействия психологов, психиатров и врачей-педиатров.

Таким образом, опыт работы психиатров и психологов Ярославской области (и клинических психологов ЯГМА в частности) по созданию системы психологического обеспечения подготовки и проведения диспансеризации обнаруживает принципиальную возможность создания такой системы и возможность нахождения организационных форм для эффективного взаимодействия здравоохранения и системы образования.

Этот опыт представляется тем более важным, что включает в орбиту практического здравоохранения работу психологов системы образования.

## ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ ПО ОКАЗАНИЮ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ

**Шурыгина Т.Е., Шаравина О.А.**

*Центр наркологической помощи детям, г. Орехово-Зуево*

Наркологическая помощь несовершеннолетним, как правило, строится на комплексной основе и обеспечивается совместными усилиями психиатров-наркологов, клинических психологов, социальных работников, сотрудников правоохранительных органов. Вне организации такого системного подхода выявление детей и подростков с наркологическими проблемами и тем более оказанием им полноценной профилактической и социотерапевтической помощи до настоящего времени вызывает большие организационно-методические, терапевтические и реабилитационные трудности. Очевидно, поэтому до настоящего времени вся лечебно-профилактическая и реабилитационная работа в области детско-подростковой наркологии касается явных, отягощенных случаев наркомании, токсикоманий и алкоголизма.

Международный опыт организации антинаркотической профилактической деятельности показывает, что разрешение наркологической ситуации в отдельном регионе или в стране в целом только за счет деятельности государственных структур не возможно. Сегодня на государственном уровне ни одна, даже самая благополучная в экономическом отношении страна не финансирует весь спектр работы по борьбе с алкоголизмом, наркоманией и их последствиями. В большинстве развитых стран на долю общественных организаций приходится до 80% всех специализированных в области антинаркотической профилактики медико-социальных форм помощи. Повсеместно, например, в таких странах как Италия, Дания, Бельгия, Норвегия, Польша, организуется социальная сеть консультативных пунктов, работающих совместно с молодежными центрами реабилитации. Существенное внимание

обращается на организацию альтернативного приему алкоголя и наркотиков отдыха, особенно в вечернее время (бары, дискотеки, которые являются местами распространения алкоголя и «легких» наркотиков). При этом в профилактическую работу широко включаются сверстники подростков и молодежи (волонтерское движение), так как подростки не верят в массовые акции и мало доверяют взрослым. При этом обеспечение активной антинаркотической профилактической работы и ее взаимодействие со службами социотерапевтической помощи осуществляется, как правило, за счет взаимодействия специалистов различных медицинских и социальных практик – медицинская педиатрическая и психиатрическая службы, образование, социальная работа, органы предупреждения безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних.

Вторым важным моментом иностранного и отечественного опыта в области предупреждения употребления психоактивных веществ и профилактики алкоголизма и наркоманий следует считать четкую адресность профилактических мероприятий с направленностью на детско-подростковый контингент и, прежде всего, детей школьного возраста, т.к. именно эта возрастная группа несовершеннолетних быстро осложняется социальными, психологическими, медицинскими последствиями ранней алкоголизации и наркотизации.

Приложение этих правильных методических подходов к оказанию наркологической помощи несовершеннолетним в отдельном регионе нашей страны (Московская область, Орехово-Зуевский район) высветило целый ряд таких существенных проблем, с которыми, по нашему мнению, сталкиваются другие инициаторы развития психопрофилактической и антинаркотической работы с детьми в своих регионах. Это:

- существование ведомственной разобщенности служб, занимающихся наркологическими проблемами в среде несовершеннолетних, когда профилактические программы образования ориентированы преимущественно на здоровых детей, а терапевтическая и реабилитационная помощь со стороны медицинской службы на больных детей с тяжелыми проявлениями зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), при этом социотерапевтические аспекты такой помощи в методическом плане практически не разработаны;
- отсутствие научно разработанных методических подходов к обеспечению взаимодействия образовательных, медицинских и социальных структур при организации профилактических, терапевтических и реабилитационных мероприятий для всех групп детей и подростков, как относящимся к группам риска, так и имеющим наркологические проблемы, включая формирование зависимости от ПАВ;
- декларированная государством бесплатность оказания наркологической помощи детям и фактическое отсутствие ее финансового обеспечения, что особенно важно с учетом того факта, что многие дети с наркологическими проблемами относятся к группам риска в связи с социальной незащищенностью и отягощенностью их семей алкогольными расстройствами.

В условиях Московской области (Орехово-Зуевский район, г. Орехово-Зуево) основная организационная и методическая тяжесть решения проблем межведомственного взаимодействия и расширения спектра антинаркотической профилактической работы среди детского населения нашего региона легла на плечи медицинских специалистов, а именно, руководства Московской областной психиатрической больницы (МОПБ). При поддержке Министерства здравоохранения Московской области в структуре МОПБ на первом этапе работы (10-летний опыт) организовано амбулаторное наркологическое отделение для детей и подростков с наркологическими проблемами. При обеспечении штатного расписания и выделении должностей медицинского персонала с включением должностей психолога, педагога, социальных работников исходили из базовой позиции, согласно которой у детей с наркологическими проблемами одновременно отмечаются и нарушения возрастного психического развития, и эмоционально-поведенческие расстройства, и формирующиеся аномалии личностного развития, что требует системного подхода к диагностике и к оказанию терапевтически-реабилитационной помощи.

Практическому решению становления комплексной социотерапевтической помощи детям с наркологическими проблемами предшествовала длительная подготовительная работа специалистов отделения по выделению детей группы «риска развития состояний зависимости от ПАВ» (анкетирование детей из «трудных» семей с последующим осмотром их детскими

психиатрами; профилактические осмотры детей из интернатных, приютских учреждений; раннее выявление детей с начальными проявлениями формирования зависимости). На этом этапе были отработаны формы взаимодействия отделения с комиссией по делам несовершеннолетних (КДН) при городской и районной администрациях; с инспекцией по делам несовершеннолетних (ИДН) городского ОВД; с городским отделом образования, при поддержке которого медицинскими специалистами стали курироваться все учебные заведения города, включая ежегодное тестирование учащихся учреждений профтехобразования на риск употребления наркотических средств; с детско-подростковой соматической службой. Такой подход заложил в основу деятельности отделения первенство профилактики наркологических и эмоционально-поведенческих расстройств у детей с апробацией и внедрением все более действенных технологий (управленческих, превентивных, в том числе ориентированных на активизацию общественных форм поддержки, различных технологий расширения занятости и досуга несовершеннолетних).

Второй этап развития системной психопрофилактической и антинаркотической работы с детьми и подростками в регионе также осуществлялся с преимущественной инициативой медицинской, прежде всего, психиатрической службы. Он связан с формированием и открытием в 2006 году в структуре МОПБ стационарного детского наркологического отделения (15 коек). С его открытием появилась возможность развития амбулаторно-стационарного комплекса, который сегодня существует как Региональный Центр наркологической помощи детям.

Основными задачами деятельности Центра являются:

- оказание комплексной профилактической, диагностической, терапевтической и социально-реабилитационной помощи как детям и подросткам с наркологическими проблемами и сопутствующими психическими расстройствами, так и их семьям;
- апробация и внедрение новых технологий профилактики состояний зависимости у детей и подростков, в том числе ориентированных на развитие общественных и социальных форм поддержки;
- формирование в регионе на основе программно-целевого подхода сети медико-социальной реабилитации несовершеннолетних с наркологическими проблемами и расстройствами.

На настоящем этапе деятельности Центра эти задачи реализуются через следующие направления:

- систематическая профилактическая и диагностическая работа по выявлению «бригадным» методом (детский невролог, психолог, логопед под руководством детского психиатра) детей группы «риска развития поведенческих и наркологических расстройств»;
- реализация систематически действующих многоступенчатых психопрофилактических и антинаркотических программ с охватом всех возрастных групп несовершеннолетних и организацией системы поддерживающих эти программы общественных организаций («Родители против наркотиков», «Общество помощи душевно больным», «Дом добрых надежд»);
- формирование и расширение опыта системного взаимодействия медицинской службы с различными социальными практиками, формирующими социальную сеть в регионе и оказывающими различные формы социальной поддержки населению. Это привело к расширению аудитории и проблематики традиционных научно-практических конференций, проводимых на базе МОПБ, и выпускаемых при МОПБ тематических сборников (2003, 2006).

Существенным результатом такого направления деятельности психиатрического комплекса в регионе, каким является МОПБ, становится реальное преодоление проблем «стигматизации» пациентов с психическими и наркологическими расстройствами в общественном сознании и активизация общественного мнения на поиск ресурсов для поддержки лиц с проблемами психического здоровья и, прежде всего, среди детского населения.

## **РАЗДЕЛ II**

***СЕКТОР ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ,  
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И  
КОРРЕКЦИОННО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ  
СТРАТЕГИЙ***

## СОВРЕМЕННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

**Аппенянский А.И., Бойко Ю.П.**

*Городская психотерапевтическая поликлиника № 223, г. Москва*

Современная врачебная психотерапия представляет собой клиническую дисциплину, вобравшую:

- медицинский естественнонаучный подход (лечебно-диагностические методы, основанные на знании телесности и соматических заболеваний человека, концепций адаптационных реакций и стресса, психиатрии и психопатологии);
- гуманитарно-личностный подход (психолого-педагогические методы обучения, воспитания и коррекции психических процессов и состояний);
- а также социально-мировоззренческий подход.

Психотерапия является частью клинических дисциплин о психическом здоровье и частью медицины вообще, психотерапевт работает не только в области «болезней души», но и с большими различными телесными болезнями

Психотерапия является также гуманитарной клинической дисциплиной, черпая свои ресурсы также в культуре, педагогике, персонологии, психологии, знании общественных процессов, философско-мировоззренческих закономерностей.

Психотерапия - и искусство, где многое зависит от личности, опыта, креативности и харизмы врача.

В зависимости от характера и ведущих причин страданий пациентов мы выделяем две основные модели: собственно медицинскую и социально-медицинскую.

В обоих случаях используются одни и те же основные методы лечения: суггестия (в т.ч. ауто-) и гипноз, психодинамические, групповые и игровые, обучающие и тренирующие интеллект, эмоции, поведение, в т.ч. онтогенетически-ориентированные (Ю.С.Шевченко), релаксационные, активизирующие, креативные, гештальт, телесно-ориентированные, социализирующие, реабилитационные (мотурация, труд, любовь, ответственность, включенность, община и т.д.). По поводу такой группировки методов можно спорить. Однако является фактом, что большинством врачей-психотерапевтов преимущественно используются именно методы релаксации-активации; интеллектуально, творчески восстанавливающие и развивающие; социализирующие.

К собственно медицинской (клинической) модели относится психотерапия в различных клиниках: психиатрической (разных возрастных групп); сексологической; детских болезней; неврологической; терапии и хирургии (кардиология, гастроэнтерология, эндокринология и др.); инфекционной (туберкулез, СПИД и др.); травматологии и т.д.

Психотерапевт здесь выполняет психотерапевтические пособия (применяет методы и методики), корригирует внутреннюю картину болезни, являясь коммуникатором-интегратором между страдающим больным, его «внутренним дитя» и палатным врачом, что важно при углубляющейся специализации.

Процессы последнего времени позволяют выделить в качестве самостоятельной социально-медицинскую модель психотерапии. Она реализуется преимущественно за стенами медицинских учреждений. Больные здесь особые, и болезнь у них развивается в связи (преимущественно) с социальными факторами и дефектами в процессе индивидуации.

Отнесем сюда психотерапию при химических зависимостях; болезнях психической активности и виртуальных зависимостях (жертвы «цыганского гипноза», сетевых «маркетингов» и «пирамид», «игроманы», «Интернет-зависимые» и др.); психотерапию при ЧС; психотерапию при массовых социально-обусловленных реактивных состояниях и «поветриях» («грабовщина», «шелковской синдром», «стокгольмский синдром» и др.).

Матрица социально-медицинской модели психотерапии в общем-то сходна с клинической. Однако в ней появляются (или приобретают главенствующее значение) такие факторы как социально-психологический патронаж и предметная социальная помощь (помощь при выполнении ритуалов, жилье, питание, одежда, денежная помощь, рекреационные программы); социально-экономическое и социально-политическое образование больного, дезактуализация «образа врага»; «онтогенетически-ориентированное освежение-воспитание-



развитие» смысло-целевых, ценностных структур, потребностей, мотиваций личности, направленное на становление ее зрелости и коррекцию взглядов на окружение и отношений с ним; профобразование, создание рабочих мест, формирование «зон востребованности и позитивных коммуникаций».

Обе модели психотерапии подразумевают необходимость одновременной и последующей социализации пациента по основным линиям потребностей: в деятельности; в любви; в социальном общении.

В собственно медицинской модели психотерапии все актуальные потребности пациента, пусть с известной натяжкой, можно реализовать в стенах больницы-санатория-амбулатории. В социально-медицинской модели для этого необходимы пространства, время и возможности реальной жизни.

Междисциплинарность помощи (союз пациента с врачами, психологом, арттерапевтом, педагогом, социальным работником медучреждения) в социально-медицинской модели психотерапии должна расширяться за счет подключения других сил и учреждений общества (общины) - *межведомственный подход*.

Научные аспекты современной психотерапии сегодня состоят в разработке эффективной методологии терапии, протоколов ведения и стандартов лечения больных как применительно к различным клиникам (собственно медицинская модель), так и в рамках медико-социальной модели психотерапии. Этим аспектам соответствуют задачи совершенствования психотерапевтического и медико-психологического образования.

Психотерапии предстоит ответить на главные вызовы современности: качество здоровья, продолжительность жизни, рождаемость, пораженность популяции наркотиками и проч., устойчивость к чрезвычайным ситуациям, трудовая творческая активность и эффективность народонаселения.

Попробуем поработать в том направлении, которое некогда указал классик отечественной медицины А.А.Портнов, назвавший психотерапию «психагогией» (искусством учить души).

## КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ПРОЦЕССУАЛЬНОГО РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА, РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ НА ФОНЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ПСИХИЧЕСКОГО ОНТОГЕНЕЗА ДЕТЕЙ

**Барыльник Ю. Б., Карабанова Е. В.**

*ГУЗ «Саратовская областная психиатрическая больница Святой Софии», г. Саратов*

Целью настоящей работы являлся анализ особенностей клиники, течения и прогноза процессуального раннего детского аутизма, развивающегося на фоне аутистического дизонтогенеза, опережающего и нормального развития.

На базе детского и диспансерного отделений СОПБ «Святой Софии» с 2002г. по 2006г. было обследовано в динамике 25 детей с диагнозом процессуальный ранний детский аутизм от 2 до 9 лет. Средний возраст на момент первичного осмотра составил 5 лет 6 месяцев. Соотношение мальчиков и девочек 1:11,5. В 9 наблюдениях (36%) наследственность отягощена эндогенными заболеваниями либо психопатиями шизоидного круга у ближайших родственников. У остальных детей (64%) наследственной отягощенности не прослеживалось. Шизофренический процесс начинался в возрасте от 0 до 3 лет, либо в возрасте 3-5 лет. Нарушения психического развития наступали аутохтонно, подостро, реже остро. По вариантам развития, предшествовавшим возникновению шизофренического процесса, выделялись три группы детей.

В первой группе - 14 детей (56%) заболевание развивалось на фоне аутистического дизонтогенеза. Начиная с первого года жизни дети не реагировали на физический дискомфорт, были пассивными, не выделяли мать, мало интересовались игрушками, не позволяли себя пеленать.

В клинической картине процессуального раннего аутизма у детей на фоне нарастающей аутистической симптоматики обнаруживались проявления регресса ранее приобретенных навыков, кататоническая симптоматика. Дети избегали общения с родными и другими детьми,

не реагировали на обращенную к ним речь, не смотрели в глаза собеседнику, экспрессивная речь упрощалась, становилась смазанной, шепотной, бормочущей, появлялись эхололии, неологизмы, личные местоимения дети заменяли местоимениями во втором и третьем лице. Почти полностью утрачивалась коммуникативная функция речи. Дети не интересовались новым, их активность падала. Внимание детей становилось отвлекаемым, взгляд блуждал по окружающим предметам, не задерживаясь на них. В то же время внимание привлекала текущая из крана вода, дождь, пересыпание песка, крупы. Игровая деятельность обеднялась, утрачивалась сюжетность игр. Целенаправленные действия исчезали. Дети теряли ранее приобретенные навыки опрятности, неряшливо ели, утрачивали реакцию на голод, отказывались от одних блюд, требуя изо дня в день другие. Дети становились «холодными», ко всему безучастными, не реагировали на разлуку с матерью. Нарушался сон.

У детей обнаруживались кататонические симптомы в форме стереотипных подпрыгиваний, раскачиваний, бега по кругу, вычурных движений руками, они лизали, обнюхивали предметы, постукивали ими. Появлялось цыпочковое отталкивание от опоры при ходьбе. На этом фоне периодически возникали состояния кататонического возбуждения с прыжками, лазанием, бегом по кругу, импульсивными действиями, гримасами. Подобные состояния сменялись негативизмом, они сбрасывали одежду, не глотали пищу, удерживали воду во рту.

После смягчения психотической симптоматики дети начинали активнее реагировать на окружающих, слушать обращенную к ним речь. Частично восстанавливалась коммуникативная функция речи, а так же навыки опрятности и самообслуживания. Психоречевое развитие значительно отставало от возрастных норм. Формировался тяжелый олигофреноподобный дефект.

У двух детей (8%) симптомы процессуального РДА остро развивались на фоне опережающего развития, после провокации (наказание, разлука с матерью). У детей не наблюдался регресс ранее приобретенных навыков, игровой деятельности. Общение со сверстниками и родными нарушалось, но не так грубо как у детей первой группы. Когнитивные функции страдали в период выраженной психопродуктивной симптоматики, которая была представлена расстройствами восприятия, страхами, депрессией. Кататонические симптомы в этих случаях были нечетко выраженными, это были мутизм, негативизм, отказ от воды, еды. У обоих детей отмечено враждебное отношение к матери, «давай тебе ручки сломаем, головку», аутоагрессивные тенденции, дети отказывались от ласки, утешения, предпочитали быть в одиночестве. Выход из психоза был постепенным: уменьшалась выраженность аффективных расстройств, мутизм заменялся избирательным отказом от общения с чужими людьми, несколько упорядочивалось поведение. Когнитивные функции частично восстанавливались после купирования психопродуктивной симптоматики.

В третьей группе - 9 детей (36%) на фоне нормального психического развития процессуальный РДА дебютировал в возрасте 3 лет и старше. Дети постепенно замыкались, их мимика становилась бедной, они избегали общения со сверстниками и визуального контакта, предпочитая одиночество. Речь детей становилась вычурной, пафосной, изобиловала штампами. Нарушения когнитивных функций были представлены расстройствами ассоциативного процесса, неясностью мышления, повышенной отвлекаемостью внимания. Интерес к игрушкам утрачивался. Продуктивная симптоматика была представлена расстройствами восприятия - обонятельными, вкусовыми, элементарными зрительными обманами, страхами и нарушениями сна. Дети становились менее яркими, эмоции тускнели, блекли, симбиотическая связь с матерью сочеталась с периодами негативизма, агрессии по отношению к ней. Заболевание протекало волнообразно с периодами обострений и послаблений симптоматики, формировалась диссоциированная задержка психического развития, контакт со сверстниками в полном объеме не восстанавливался.

Таким образом, клиника и динамика процессуального РДА в значительной степени определяется особенностями психического онтогенеза детей до начала болезненного процесса.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СКАЗКОТЕРАПИИ ПРИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ДЕТЕЙ

**Баширова Н.Н.**

*Брянская областная детская психиатрическая больница, г. Брянск*

В детской психиатрии в рамках исследований этиологических факторов пограничных нервно-психических расстройств ситуациям повышенного риска, психическим травмам, предрасполагающим к возникновению психической дезадаптации, традиционно уделялось большое внимание. По своему психологическому содержанию они рассматриваются как стрессоры.

Однако, более устойчивых результатов психологической коррекции у детей с пограничными психическими расстройствами можно достичь путем развития навыков совладания со стрессом.

В настоящее время разработано много методов терапии и предупреждения стресса у взрослых. Использование этих же методов для детей не всегда правомерно, поскольку они не учитывают их возрастные особенности.

Известно, что в работе с детьми младшего школьного возраста применение рациональных методов психотерапии мало эффективно, поэтому широко используются проективные методы (игра, рисование). В последнее десятилетие высокую результативность также показала сказкотерапия, о чем свидетельствует большое количество работ в данном направлении.

Главные причины обращения к сказке, по меткому высказыванию Дж.Р.П.Толкиена (1993), – это восстановление душевного равновесия, бегство от действительности («эскейпизм») и счастливый конец, или эккатастрофическое повествование (от древнегреч. eu – хорошо и katastrophe – переворот, развязка). С.К.Нартова-Бочавер (1996) назвала эти психотерапевтические функции сказок как восстановление, избавление и утешение.

Широкое использование сказок в психотерапии объясняется также: 1) их доступностью независимо от интеллектуальных способностей; 2) привлекательностью, связанной с позитивными воспоминаниями детства; 3) иносказательностью, что позволяет снизить сопротивление клиента; 4) многомерностью, возможностью анализа на разных уровнях (Доценко Е.Л., 1999).

Д.Ю.Соколов (2000), говоря о достоинствах использования сказки при работе с детьми, отмечал, что именно сказка помогает найти общий язык между взрослым и ребенком.

По способу работы выделяют две основные формы сказкотерапии: слушание-анализ и сочинение-анализ. Слушание-анализ производится на материале сказок, сочиненных самими сказкотерапевтами, или с использованием художественных сказок, и хотя это и мягкое воздействие на ребенка, но предлагаемые альтернативные модели поведения не являются для него его собственными. На наш взгляд, они носят характер советов, что может снижать эффективность коррекции. В случае сочинения-анализа – это собственные, личные решения самого клиента, наиболее ценные, но их труднее всего достичь.

Следует отметить, что сказкотерапия, точнее сказка (как игра и рисование), является лишь способом (формой) реализации различных теоретических подходов (психоаналитического, когнитивно-поведенческого и др.).

Нами разработана и уже опробована на протяжении десяти лет собственная методика сказкотерапии, суть которой заключается в том, что ребенку предлагается сочинить и нарисовать сказку, в которой главным героем будет он сам с имеющимися у него проблемами.

Используемый когнитивно-поведенческий подход в психотерапии пограничных психических расстройств, основанный на концепции стресса и копинга R.S.Lazarus, M.Petrez и концепции осознанной саморегуляции О.А.Конопкина, А.К.Осницкого, позволяет рассматривать сказкотерапию как метод обучения детей эффективным стратегиям совладания, и в конечном итоге, развивающий саморегуляцию.

Проведенный нами анализ сочиненных детьми 81 сказки показал, что создаваемый сюжет в метафорической форме отражает психотравмирующую ситуацию и способы совладания с ней, способствует трансформации сформированных навыков преодоления в

психологический (личностный) ресурс и приводит к развитию регуляторного опыта детей и подростков.

У детей, больных неврозами, стрессоры в сказках детерминированы их страхами, связанными с эмоционально значимыми фигурами и ситуациями, у детей с нарушениями поведения они связаны с проблемами собственного социального статуса и межличностных отношений, стрессоры детей с психосоматическими расстройствами определяются их «уходом в болезнь».

Репертуар способов совладания со стрессом также специфичен для каждой нозологической формы: для детей с невротическими расстройствами характерен выбор интропунитивных копинг-стратегий, для детей с нарушениями поведения – экстрапунитивных, а для детей с психосоматическими расстройствами – их сочетание. Причем в процессе психологической коррекции происходит уменьшение числа неадаптивных форм копинг-поведения и увеличение числа эффективных инструментальных копинг-стратегий, направленных на решение проблемы.

Наряду с этим проводилась оценка эффективности психологической коррекции на основании катamnестических данных через год и более после проведения сказкотерапии. Были собраны данные по 52 детям (только в 15 случаях проводилось и медикаментозное лечение). По катamnестическим данным (через год и более) около 80 % детей имеют высокий позитивный и стабильный результат коррекционной работы (выздоровление или стойкая ремиссия).

Таким образом, нами было показано, что эффективность методики, основанной на принципах субъектности и активности, высока и позволяет достичь устойчивых результатов, поскольку методика направлена на глубокие позитивные изменения личности, а не только на решение конкретной проблемы ребенка: на повышение копинг-компетентности и развитие осознанной саморегуляции.

## СИНДРОМ АФАЗИИ-ЭПИЛЕПСИИ (СИНДРОМ ЛАНДАУ-КЛЕФФНЕРА)

**Белоусов В.И., Когельман Е.Ю., Серебрякова С.В.**

*Пензенская областная психиатрическая больница, г. Пенза*

Возраст манифестации: 3-7 лет. Главный синдром: афазия, начинающаяся с вербальной агнозии с переходом в парафазии, персеверации и стереотипии с финальной утратой экспрессивной речи. В диагностике синдрома Ландау-Клеффнера ЭЭГ играет решающую роль. На ЭЭГ. Вне припадков: непрерывные нерегулярной частоты (1-3,5 Гц) высокой амплитуды (200-500 мкВ) комплексы спайк-волна, множественные спайки-волна, острая волна-медленная волна, спайки и острые волны в височных отведениях с одной или двух сторон, обычно асимметричные, распространяющиеся на теменно-затылочные и другие отведения. *Во время припадков*: картина первично- или вторично-генерализованного эпилептического припадков с высокоамплитудными разрядами нерегулярных комплексов спайк-волна, обычно билатерально-синхронных, но часто асимметричных. В части случаев убедительная эпилептиформная активность днем отсутствует, и диагноз ставится на основе записи во сне, всегда выявляющей эпилептиформную гиперсинхронную активность. Поскольку в большом числе случаев заболевание начинается с афазии, а в ряде случаев вообще протекает без эпилептических приступов, оно может неправильно квалифицироваться как глухонмота, и больных направляют в специальные учреждения для обучения жестиколяторному языку глухонемых. Обусловленная этим задержка с правильным и интенсивным противозэпилептическим лечением приводит к тому, что пациент навсегда лишается нормальной речи, поскольку ее нарушения определяются тяжелой эпилептической дисфункцией именно в речевых зонах мозга. Если в критический период формирования речи здесь генерируются постоянные эпилептические разряды, речь не может нормально формироваться.

Случай из практики. Больной Т.Максим, 6 лет, поступил в детское отделение ПОПБ 1-й раз 18 декабря 2006 года. Жалобы на нарушения речи, возникшие около года назад без видимых причин. До этого разговаривал хорошо, знал много стихов, сказок. В 5,5 лет присоединилось заикание. Стал негативен, отказывается отвечать на занятиях.

Наследственность не отягощена. Из анамнеза: беременность протекала с токсикозом первой половины, угрозой прерывания в 16 недель. Роды срочные, самостоятельные. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. Рос спокойным. Из перенесенных заболеваний: раннее закрытие большого родничка, субклинический гипотиреоз, функциональная кардиопатия, уретрогидронефроз, мегауретер (прооперирован по этому поводу), хламидиоз, лямблиоз. Развивался по возрасту. Первые слова появились в 1 год, фразовая речь в 2 года.

При поступлении: сомато-неврологический статус без видимой патологии. Психическое состояние: речевому контакту практически недоступен. На вопросы отвечает не сразу, после нескольких повторений; складывается впечатление, что не понимает сути вопроса. Старается общаться и объяснять все жестами. Пытается произносить слова и простые фразы, но звучит это часто как набор букв и слогов (собака – «бабаба», кошка – «ко», играть – «ига» и т.д.). Иногда произносит отдельные слова. Многие слова пытается произносить набором разных звуков, встречаются парафазии в произносимых словах. Повторение слов страдает, образы многих слов потеряны. Раскладывая картинки, говорит: «вот сюда, вон, это большой» и т.п. Невербальные задания выполняет хорошо: складывает доску Сегена, разрезные картинки. Выполняет простые арифметические действия, знает цифры, буквы. Радует, когда его понимают, старается привлечь внимание, если выполнил задание.

При обследовании: патологии в анализах крови, мочи, кала не выявлено. Мазок из зева и носа на ВЛ отрицательный. Осмотрен логопедом: афазия. Заключение психолога: IQ вербальный определить невозможно, IQ невербальный равен 129. Результаты нейропсихологического исследования представляются ненадежными, так как исследование проводилось на фоне выявленной выраженной эпилептической активности. Определяются нарушения акустического речевого гнозиса, грубо нарушены понимание вербальных инструкций, импрессивная речь, номинативная речь. Доступны зрительный, тактильный гнозис, процесс узнавания, копирование букв, цифр; различает основные цвета, достаточный объем непосредственной зрительной и опосредованной памяти, выполняет задания по образцу, опирается на невербальные средства общения, определяется дисфункция преимущественно височных структур левого полушария. Осмотрен окулистом: глазное дно без патологии. При М-ЭХО смещение срединных структур отсутствует. Проведена ЭЭГ: наличие непрерывных комплексов эпилептической активной в фоновой записи высокой амплитуды (200-500мкВ) по передне-центрально-височной областям с распространением на теменно-затылочные области позволяет предположить синдром Ландау-Клеффнера (афазии-эпилепсии). Рекомендовано ЭЭГ-контроль через 10-14 дней на фоне противосудорожной терапии. Проводилось лечение: пантокальцин 0,25 3 раза в день, энкорат-хроно 0,5 от ½ до 1½ т. в день. При повторном проведении ЭЭГ: некоторая положительная динамика (в фоновой записи от 10.01.07 нечастые разряды эпилептической активности, а 20.12.06 – непрерывные серии разрядов эпилептической активности). На основании вышеизложенного выставляется диагноз: синдром Ландау-Клеффнера (афазия-эпилепсия).

Таким образом, характерные изменения ЭЭГ, в сочетании со специфической картиной афазии, появившейся, по-видимому, беспричинно у нормально до этого развивавшегося ребенка, позволяют правильно диагностировать состояние больного и, проводя правильное лечение, обеспечить восстановление речи и нормальное развитие. Значимость своевременного купирования эпилептической активности такова, что если эффекта не удастся быстро достичь медикаментозными средствами, в литературе существуют рекомендации о проведении хирургического вмешательства, направленного на подавление эпилептогенного фокуса.

## КОРТИЗОЛ КАК МАРКЕР ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

**Беликов Ф.Ф.**

*ГОУ ДПО Уральская Государственная медицинская академия дополнительного образования  
Росздрава, г. Челябинск*

С начала XX века отмечается неуклонный рост депрессивных расстройств в общей популяции, так и среди детского населения. Постоянное увеличение экзогенных воздействий на психическое здоровье стало объективным этиологическим фактором прироста аффективной

патологии. Постоянная подверженность стрессам ведет к тому, что человек находится в ожидании негативных влияний извне, в состоянии тревоги. Депрессия и тревога довольно часто выступают как коморбидные состояния. Клиницистами чаще оценивается тревожность по результатам психологического исследования, но существуют неврологические, соматические, гуморальные проявления тревоги, которые могут помочь в диагностике. В последние годы кортизол, как один, из главных стрессовых гормонов, привлек внимание исследователей. Эффект от повышенного содержания кортизола в крови больных многогранен и вовлекает практически все системы и органы. Изменения в иммунной системе, эндокринные и обменные нарушения, повышение артериального давления – небольшая часть проявления гиперкортизолемии. Кроме того, последствия хронического стресса у человека ассоциируются с повреждением и гибелью мозговых клеток в лимбической системе, базальных ганглиях и ростральных отделах коры головного мозга. Эти данные согласуются с представлениями о том, что тревожные расстройства, вызванные стрессогенными факторами, могут не просто предшествовать, но и являться причиной возникновения аффективных расстройств.

**Цель.** Оценить значимость кортизола, как маркера тревожности при депрессиях у подростков.

**Методы:** обследовано 49 детей в возрасте 12-17 лет с депрессивными расстройствами, установленными в соответствии с клинико-психопатологическими, клинико-динамическими, патопсихологическими методами исследования, рубриками МКБ-10 (кратковременный депрессивный эпизод легкой и ср. степени тяжести). В группу исследования отобраны дети, впервые поступившие в стационар. Уровень тревожности оценивался по шкале Спилбергера-Ханина. Определение уровня свободного кортизола в слюне проводилось с помощью иммуноферментного анализа. Забор материала осуществлялся в период с 8.00 до 9.00, так как именно в этот период отмечается максимальная концентрация кортизола в организме. Так же проводился повторный забор материала в период с 12.00 до 13.00 для контроля и оценки динамики секреции кортизола.

**Результаты.** Было выделено три группы обследуемых, в зависимости от уровня тревожности: с пониженным (1 группа, n=14), с нормальным (2 группа, n=16), с повышенным (3 группа, n=19). У лиц первой и второй групп показатели базальной секреции кортизола существенно не различались и составили  $0,392 \pm 0,068$  и  $0,418 \pm 0,084$  мкг/дл соответственно, что является верхней границей нормы ( $0,270 \pm 0,176$  мкг/дл). У пациентов из группы с повышенной тревожностью уровень базального кортизола составил  $0,637 \pm 0,076$  мкг/дл. При повторном исследовании у представителей второй группы наметилась тенденция к снижению концентрации свободного кортизола до  $0,388 \pm 0,072$  мкг/дл, в то время как показатели первой группы начали увеличиваться, а в третьей оставались практически неизменно-высокими,  $0,632 \pm 0,084$  мкг/дл (Табл.1).

Таблица 1

*Показатели свободного кортизола*

| Группа / Показатель                 | Первая (пониженная тревожность), мкг/дл | Вторая (нормальный уровень тревожности), мкг/дл | Третья (повышенная тревожность), мкг/дл |
|-------------------------------------|---|---|---|
| Базальный уровень кортизола (08.00) | $0,392 \pm 0,068$                       | $0,418 \pm 0,084$                               | $0,637 \pm 0,076$                       |
| Повторный анализ (12.00)            | $0,411 \pm 0,074$                       | $0,388 \pm 0,072$                               | $0,632 \pm 0,084$                       |

**Обсуждения:** У подростков с депрессией на фоне пониженной тревожности (1 группа) отмечается прирост концентрации кортизола в динамике по сравнению с базальным, что указывает о нарушении гуморальной регуляции, так как в норме максимальная концентрация

кортизола отмечается утром с последующим ее снижением. У подростков, страдающих депрессией при повышенном уровне тревожности (3 группа) отмечается достоверно высокий уровень базального кортизола, кроме того динамика его снижения практически отсутствует, что может свидетельствовать о чрезмерной активности и дисрегуляции системы гипофиз-гипоталамус-надпочечники.

Выводы: динамика концентрации кортизола может служить биохимическим (нейрогуморальным) показателем уровня тревожности у больных с депрессивными расстройствами.

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

**Беляев О.В.**

*ГУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница»  
(Центр психического здоровья детей и подростков), г. Волгоград*

Психические расстройства у больных эпилепсией целесообразно рассматривать во взаимосвязи с основным клиническим проявлением болезни - эпилептическим припадком. Изменения в психической сфере больных в межприступном периоде являются основой интерпароксизмального синдрома эпилепсии. Указанные расстройства и в первую очередь такие, как прогрессирующее снижение интеллектуально-мнестических расстройств и изменение личности, затрудняют адаптацию пациентов в обществе и вместе с тем ухудшают прогноз заболевания. В ряде случаев роль припадков как бы отодвигается на второй план, а на первое место выходят характерологические изменения, приводящие к нарушению отношений больного в семье и обществе (Громов С.А., 1987).

Интериктальные (непароксизмальные) психические нарушения являются следствием вовлечения в эпилептический процесс различных сфер психической деятельности. Клинические проявления разнообразны, как подчеркивают многие исследователи - от астенических до острых психотических. Полиморфизм состояний служит одним из аргументов в критике термина «личность эпилептическая». В работах ведущих эпилептологов и в документах ВОЗ подчеркивается органическая природа и неспецифичность психических расстройств. Предоставленность и выраженность их у конкретного индивида определяется многими факторами (биологическими, социальными) и стадией заболевания.

В связи с этим, изучение стойких изменений психического статуса больных представляет большой научно-практический интерес и весьма актуально для организации эпилептологической помощи.

В работе применен метод статистического обследования населения трех сельских районов Волгоградской области (Ленинский, Михайловский и Даниловский) с момента рождения на 01.01.02 (дети, подростки и взрослые), с целью выявления больных, страдающих эпилепсией. Для сравнительного изучения демографических показателей населения сельских районов Волгоградской области использовались материалы Всероссийской переписи населения 2002 года. Таким образом, была тщательно изучена вся информация о пациентах с пароксизмальными состояниями, находившихся в поле зрения невропатологов, психиатров и других специалистов (метод тотальной обращаемости). В ходе исследования клинически и параклинически эпилепсия подтверждена у 328 обследованных больных.

Исследование показало значительную распространенность психических расстройств среди больных эпилепсией – у 54% были выявлены те или иные психические отклонения. При этом у подавляющего числа больных в клинике заболевания оказались пограничные (непсихического уровня) психические расстройства, что подтверждает мнение ведущих исследователей (Болдырев А.И., 1980; Карлов В.А., 1993; Максимова Э.Л., 1998 и др.). В литературе подчеркивалась широкая распространенность астенических состояний на ранних этапах заболевания (Болдырев А.И., 1984). В нашем исследовании клинически установлено наличие органического эмоционально лабильного (астенического) расстройства у 23,2% пациентов. В клинике отмечались общая слабость (не обусловленная соматическим страданием), утомляемость, лабильность или выраженная эмоциональная несдержанность. В структуре патопсихологического симптомокомплекса при данной патологии были также

нарушены мнестические функции: уменьшен объем непосредственного и опосредованного запоминания, недостаточная продуктивности запоминания. Типичны нарушения умственной работоспособности – колебания внимания (расстройства концентрации и распределения внимания). Данная симптоматика характеризовала в основном парциальные формы эпилепсии (особенно височную), а также некоторые формы генерализованной эпилепсии преимущественно в первые десять лет заболевания.

Вторым выявленным нами по частоте встречаемости оказались органические непсихотические расстройства, которое включало легкое когнитивное расстройство (12,5%). Данное расстройство диагностировалось спустя 1-3 года после начала приступов преимущественно у больных лобной и генерализованной формами эпилепсии и характеризовалось прежде всего нарушением мнестических функций: уменьшен объем непосредственного и опосредованного запоминания, недостаточная продуктивности запоминания. Типичны нарушения умственной работоспособности – колебания внимания (расстройства концентрации и распределения внимания). Преобладают изменения операциональной сферы мышления, с выраженной тенденцией к образованию конкретно-ситуационных связей, обстоятельность суждений, вязкость, трудности переключения. Отмечается замедленность, примитивность, конкретность, стереотипность ассоциаций, субъективная утомляемость и колебания качества ответов по мере увеличения интеллектуальной нагрузки, снижение критичности мышления при относительно верной самооценке. Характерна фиксация на малозначимых признаках, застревание на незначительных деталях. Начав, что-либо рассказывать больной длительно останавливается на мелочах, уходит от главной темы к случайным, попутно возникшим обстоятельствам и никак не может добраться до главного, что он хотел сказать. Темп мышления замедлен.

Третье по частоте встречаемости являются органические депрессивные расстройства – констатировано у 6,7 % пациентов в анамнезе или на момент обследования. Как подчеркивал В. А. Карлов (1993), хронические психоэмоциональные нарушения с подавленными настроением, страхом, тревогой очень значимы для больных эпилепсией. Заболевание часто коморбидно с депрессией (Bettes TA., 1995).

Тревожно-фобическое расстройство имело место у 4,3% больных, при этом доминировали изолированные фобии связанные с заболеванием (страх повторения приступа на людях, страх получить травму во время припадка).

Органические ипохондрические расстройства на фоне сохранной личности или в сочетании с другими психическими нарушениями выявлено нами у 2,7% больных.

Обсессивно-компульсивное расстройство отмечалось у 0,9% пациентов. Преимущественно оно проявлялось в виде навязчивых мыслей, но отмечались и обсессивные ритуалы.

Психозы значительно реже встречаются в исследуемой группе больных. Преходящие психотические расстройства отмечали в клинике у 3,6% больных. В структуре психоза возникали - органический галлюциноз и органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройства. Психозы являлись осложнением эпилепсии и чаще всего височной. Недостаточно адекватное лечение также способствовало возникновению психозов у пациентов.

Среди не квалифицируемых в качестве самостоятельных синдромов большой удельный вес и значение имеют дисфорические состояния, клинически оформленные у 5,2% больных. Чаще регистрировались дисфории с преобладанием астено-ипохондрических жалоб, реже - с аффектом гнева, психопатоподобным поведением и агрессией.

Эпилепсия при ее неблагоприятном течении снижает интеллектуальные способности, и в литературных источниках отмечают достаточно частое ее сочетание с умственной отсталостью (Goulden K.J. et al, 1991). В нашем исследовании снижение интеллекта выявлено у 27,1% больных, при этом исходная интеллектуальная недостаточность (в виде ЗПР) определялась у 14,6% пациентов. В подавляющем большинстве случаев доминировала легкая интеллектуальная неполноценность (23,2%). Умеренная интеллектуальная неполноценность зафиксирована только у 2,1% обследуемых и тяжелая - 1,8%. Говоря о структуре группы больных со снижением интеллекта, можно отметить, что наиболее широко в ней представлена локализованная эпилепсия с парциальными комплексными припадками и нарушением сознания (лобная и височная эпилепсия) - у 16,5% больных. Было установлено, что у 75,3% от общего



числа больных с интеллектуальной неполноценностью с изменениями личности длительность заболевания была более 15 лет, и у 24,7% - менее 15 лет. Таким образом, увеличение давности эпилептического процесса способствует нарастанию органических изменений в ЦНС и психологическим наслоениям, находящим место в эпилептическом слабоумии.

Наряду с высокой значимостью органического поражения ЦНС большую роль в развитии психических расстройств у больных эпилепсией играют стрессорные факторы (смерть близких, увольнение с работы и др.), ведущие к расстройствам адаптации, которые зафиксированы в период проведения исследования в 5,8% случаях. Наиболее часто они проявлялись в виде кратковременных депрессивных реакций или пролонгированных депрессивных реакций. При рассмотрении этих психических нарушений пограничного уровня не выявляется прямой связи их формирования с собственно пароксизмальными феноменами. Это позволяет их расценивать как вторичные реактивно-личностные расстройства, но с учетом «органического» церебрального фактора, вносящего некоторую атипичность в их клиническое оформление (Максимова Э.Л., 1998).

## ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

**Беляев О.В.**

*ГУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница»  
(Центр психического здоровья детей и подростков), г. Волгоград*

Влияние социальных аспектов на течение эпилептического процесса остается весьма значимым. Основные звенья цепи социальной адаптации (трудоустроенность, образовательный уровень, семейное положение) во многом определяются особенностями клиники эпилептической болезни у конкретного пациента, а именно частотой эпилептических припадков, наличием и выраженностью неврологического дефицита, интеллектуально-мнестическими и эмоционально-личностными расстройствами. Однако, обострение социальных проблем больных эпилепсией в условиях социально-экономического кризиса оказывает заметное влияние на динамику имеющейся патологии в виде ее декомпенсации и неблагоприятного течения. Невозможность достижения достаточно высокого образовательного уровня и получения многих «опасных» профессий, потеря профессии и декалфикация являются не только психотравмирующей ситуацией, но они лишают больного материального обеспечения и возможности адекватного лечения. В итоге замыкается своеобразный «порочный круг», запускаются вторичные реактивно - личностные моменты и у пациента формируется тезис «эпилептик - конченный человек» (Громов С.А., 1993), что ведет, безусловно к дальнейшей социальной дезадаптации и неблагоприятному течению заболевания.

Исследованы 328 больных эпилепсией, проживающие в Михайловском, Даниловском и Ленинском районах Волгоградской области.

Социальные аспекты заболевания являются весьма важными для пациентов и для их родственников (Болдырев А.И., 1984; Громов С.А., 1987; Громов С.А., Лобзин В.С., 1993; Sutton C., Veran R.G., 1981). При анализе образовательного уровня выяснилось, что большинство больных имели среднее специальное или среднее образование (38,7%), неполное среднее образование получили 14,3% пациентов, а 5,5% окончили вспомогательную школу. Не обучались или сняты с обучения в связи с неуспеваемостью 2,1% больных. Более низкую успеваемость в учебе у пациентов с эпилепсией, в сравнении со здоровыми так же отмечали С.А. Громов (1987), А.А. Стародумов (1999), С. Veruty, E. Ross (1988), N. Britten (1986), T.L. Hubertyet (1992). Наряду с этим, высшее образование имели 3,4% больных. На момент обследования продолжили обучение в общеобразовательных школах, средне-специальных учреждениях и высших учебных учреждениях 17% больных. Представленные данные свидетельствуют о том, что при условии благоприятного течения заболевания и сохранном интеллекте страдающие эпилепсией могут успешно осваивать все уровни образовательной системы (Anderman L., Anderman F., 1992).

Трудоустройство можно рассматривать как «претворение в жизнь социальной реабилитации» (Болдырев А.И., 1980; Bossier B., 1990, British Epilepsy Association, 1990). В процессе обследования установлено, что большинство больных являлись безработными или имеющими непостоянный сезонный заработок (49,5%). Сходные показатели приводят А.И. Рагимов (1986), К.Б. Куралбаев (1990), R.T.Fraser (1989), R.D.C. Elwes (1991), W.A.Hauser (1993) и другие исследователи. Эти данные свидетельствуют о том, что больше половины трудоспособных пациентов систематически находятся вне сферы общественно полезной деятельности, что угнетающе действуют на больных, заставляя их искать другие источники существования, включающие пенсию по инвалидности или общественно опасные деяния. Постоянное место работы имели лишь 26,7% пациентов от числа лиц трудоспособного возраста. Среди трудоустроенных: мужчин было 60,7%, женщин - 39,3%. Большинство больных трудились в сельском хозяйстве (41,3%) преимущественно на неквалифицированных специальностях, в сфере обслуживания (30,9%), в социальной сфере (22,2%), занимались индивидуальной трудовой деятельностью (10,7%). Таким образом, около половины всех работающих заняты неквалифицированными видами труда или трудились не по профессии. Приведенные показатели соответствуют данным W.A.Hauser, D.C.Hesdorffer (1990).

Эпилепсия является инвалидизирующим заболеванием, особенно при неправильной тактике лечения больных. Группу инвалидности имели 26% пациентов. Мужчин среди них было 55,3%, женщин - 44,7%. Отмеченные различия не достоверны. У большинства пациентов выявлена II группа инвалидности.

При изучении семейного положения больных эпилепсией учитывались только обследуемые после 18-ти летнего возраста. Установлено, что в браке состоят на период проведения исследования большинство больных - 45,2%, холостые и незамужние - 39%, в разводе - 11,4%, вдовцы и вдовы составляют 4,3%.

Обобщая полученные результаты, можно отметить, что обращает на себя внимание такой социально дезадаптирующий фактор, как низкий образовательный уровень больных (неполное среднее образование имеет преобладающая по численности группа). Большинство больных трудоспособного возраста не трудоустроены, теоретически же могут работать из них не менее 80% (Болдырев А.И., 1978). На основании этого можно утверждать о большой группе «потенциально трудоспособных» пациентов. Таким образом, данные о трудовой занятости больных свидетельствуют об их неудовлетворительной социальной адаптации. Подтверждается мнение L.Fox (1974), сказанное что - «на производстве и в школе эпилептик - лицо нежелательное». Вследствие этого больные оказываются в своеобразной социальной изоляции в виде многочисленных излишних ограничений и запретов (в профессиональной, семейной и бытовой сферах). Исследование подтверждает наличие «особого отношения» работодателей к людям с приступами (Hauser W.A., Hesdorffer P.S., 1990). Риск остаться безработным выше у больных с общим тяжелым течением эпилепсии и нейропсихологическими нарушениями.

## ИЗУЧЕНИЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

**Беляев О.В.**

*ГУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница»  
(Центр психического здоровья детей и подростков), г. Волгоград*

В реабилитационной программе больных эпилепсией ведущая роль принадлежит правильной организации медикаментозной терапии, от эффективности которой во многом зависит конечное решение вопросов социально-трудовой адаптации, реадaptации и реабилитации больных в целом.

Исследованы 328 больных эпилепсией, проживающие в Михайловском, Даниловском и Ленинском районах Волгоградской области с момента рождения на 01.01.02 (дети, подростки и взрослые).

При анализе проводимой терапии было отмечено, что регулярно лечились противоэпилептическими препаратами большинство больных - 247 (75,3%) пациентов. Нерегулярно или совсем не принимали противосудорожную терапию - 81 (24,7%) пациент. Среди причин нерегулярного приема антиэпилептических препаратов большинство больных

указывали на нестабильность их снабжения, отсутствие в аптечной сети и невозможность получить по бесплатным рецептам.

Изучение своевременности начала лечения эпилепсии показало, что в течение первого года заболевания обратились за помощью 112 (45,3%) больных, в период от 1 до 5 лет от дебюта заболевания - 74 (30%), от 6 до 10 лет - 29 (11,7%). Через 10 лет и более начали лечиться 22 (8,9%) пациента. Позднее начало лечения, способствующее прогрессированию эпилептического процесса и формированию терапевтической резистентности, свидетельствует о низкой информированности населения о симптомах болезни (особенно о бессудорожных приступах) и недостаточном внимании к ним со стороны врачей общей лечебной сети.

Нами было отмечено, что больные с генерализованными судорожными приступами обращались на прием к врачу по поводу приступов достоверно раньше ( $p < 0,05$ ), чем больные, в клинике которых наблюдались бессудорожные пароксизмы. До 1 года от начала заболевания обратились 53,0% (141) пациентов с тонико-клоническими судорогами и 35,1% (112) больных с парциальными припадками.

Монотерапию получали 152 (61,5%) больных эпилепсией. Структура препаратов, которые получают больные эпилепсией представлена в табл. 1.

Таблица 1

*Монотерапия у больных эпилепсией.*

| Препарат     | Количество больных (абс.) | % от больных с моно терапией | % от общей терапии |
|--------------|---------------------------|------------------------------|--------------------|
| Фенобарбитал | 72                        | 47,4                         | 29,1               |
| Бензонал     | 10                        | 6,6                          | 4                  |
| Карбамазепин | 36                        | 23,7                         | 14,6               |
| Вальпроаты   | 24                        | 15,8                         | 9,7                |
| Гексамидин   | 3                         | 2                            | 1,2                |
| Клоназепам   | 3                         | 2                            | 1,2                |
| Дифенин      | 2                         | 1,3                          | 0,8                |
| Глюферал     | 2                         | 1,3                          | 0,8                |

При анализе монотерапии обращает на себя внимание достаточно большой процент назначения барбитуратов. Это можно объяснить во первых, старым подходом врачей к проблеме назначения антиконвульсантов и крайне скудным обеспечением бесплатных рецептов в сельских районах. Недостаточно часто в качестве монотерапии используются высокоэффективные вальпроаты. Сложившуюся ситуацию определяет крайне нерегулярное поступление этих лекарственных средств в аптечную сеть районов. При наличии их в платной продаже прием ограничен высокой стоимостью, недоступной для большинства больных, с учетом их социального положения.

Политерапию получали 95 (38,5%) больных (рис. 2). Наиболее распространенную комбинацию препаратов: бензонал + фенобарбитал принимали 71 (74,7%) пациент. Остальные 24 (25,3%) пациенты принимали различные комбинации двух препаратов: депакин + ламиктал, финлепсин + вальпроаты, бензонал + клоназепам, фенобарбитал + дифенин, фенобарбитал + финлепсин. Один больной принимал комбинацию из трех препаратов: депакин + финлепсин + суксилеп. Большой процент политерапии у больных эпилепсией, не соответствующий современным принципам лечения заболевания, отчасти обусловлен недостаточной эпилептологической подготовкой врачей (невропатологов и психиатров). Зафиксированы случаи, когда уже при первом обращении больному назначалось несколько препаратов в неадекватных дозировках. Вредность подобного "вагонного" метода лечения неоднократно подчеркивалась ведущими отечественными и зарубежными эпилептологами. С другой стороны, значительная доля политерапии в лечении болезни обусловлена состоянием

лекарственного обеспечения сельских районов области, когда у врача нет возможности назначить наиболее доказанные, но дорогостоящие препараты в нужной дозировке, и идет подбор комбинации более доступных (люминал, дифенин). При этом часто возникает необходимость при исчезновении из аптечной сети одного из антиконвульсантов использовать возможности условной взаимозаменяемости препаратов.

Имели место назначение неадекватных дозировок противосудорожных препаратов; при неэффективности небольших дозировок одного противосудорожного препарата сразу рекомендовался переход к политерапии двумя антиконвульсантами, т.е. не использовались возможности монотерапии и не подбирались максимально допустимые и хорошо переносимые дозы.

Снабжение больных необходимыми противэпилептическими препаратами в условиях социально-экономического кризиса в регионе осуществлялась неудовлетворительно. Отсутствие адекватного лечения приводит к увеличению числа случаев прогрессивного течения эпилепсии, учащению припадков и ургентных состояний (эпилептических статусов). Нерегулярность терапии способствует стойкой утрате трудоспособности, инвалидизации больных, что наносит значительно больший экономический ущерб государству, чем бесперебойное обеспечение потребности в антиконвульсантах.

С учетом вышесказанного можно утверждать, что существующая в области система снабжения лекарственными препаратами не отвечает необходимым требованиям и необходима организационная структура (эпилептологический центр), включающая в свои функции централизованный расчет реальной потребности в противосудорожных средствах.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОДРОСТКОВ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С РЕМИССИЕЙ ПРИСТУПОВ

**Беляева Е.Н.**

*ГУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница»  
(Центр психического здоровья детей и подростков), г. Волгоград*

В последние годы при диагностике эпилепсии широко применяются методы экспериментально-психологические методы. С их внедрением появилась возможность не только качественно, но и количественно определять изменения состояния психических функций у больных эпилепсией на разных стадиях ремиссии приступов. Применение их особенно актуально для больных с длительным отсутствием приступов, когда уровень восстановления нарушений психических функций выступает в качестве одного из основных критериев глубины и устойчивости ремиссии, степени компенсации болезненного процесса и помогает объективно обосновать возможность расширения социальной реабилитации.

Значение медико-психологического аспекта изучения эпилепсии связано с развитием общемедицинской концепции реабилитации, внедрением в клиническую практику различных видов психотерапии и социотерапии, психогигиены и психопрофилактики. Привнесение личностного фактора в процесс лечения наиболее ярко присутствует в реализации системного реабилитационного подхода, имеющего целью восстановление «доболезненного» биологического и социального статуса пациента.

*Цель исследования* - определение степени выраженности психического дефекта путем оценки динамики мнестических функций в период отсутствия приступов.

*Материалы и методы обследования.* Проведено изучение психологических показателей у больных эпилепсией до получения контроля над приступами (25 наблюдений) и в период становления ремиссии (30 наблюдений). Экспериментально-психологическое обследование включало в себя ряд современных методик. Буквенная корректурная проба использовалась для исследования уровня активного внимания и темпа умственной работоспособности. Уровень сосредоточения внимания (точность работы) оценивался количеством пропущенных букв и строк; темп работоспособности (скорость работы) временем выполнения всего задания. При этом одновременно учитывался коэффициент утомления, особенности распределения ошибок в поле задания, наличие вегетативных проявлений, являющихся признаками утомления. Методика запоминания 10 слов применялась для изучения оперативной памяти. В своем

исследовании мы использовали ее широко, т.к. снижение памяти у больных эпилепсией является наиболее частым проявлением. Эта методика сравнительно проста, достаточно информативна и позволяет оценивать результаты исследования памяти на разных этапах реабилитации. Согласно методике больным предписывается воспроизвести набор слов за пять предъявлений, при этом учитывается не только упущения, но и повторения слов, принесение «новых».

*Результаты исследования.* Психологическое исследование включало изучение памяти, внимания, умственной работоспособности.

Из приведенной табл. 1 видно, что показатели психической деятельности у больного с ремиссией приступов от 1-2х лет лучше, чем в исходном периоде и приближаются к показателям лиц, у которых ремиссия от 3х до 5 лет. Так больные с ремиссией приступов от 1 до 2х лет почти не отличаются от больных, ремиссия которых 3-5 лет по темпу умственной работоспособности, измеряемому временем корректурной пробы (198,2 с в период ремиссии от 1 до 2х лет и 172, 43 с у лиц с ремиссией от 3х до 5 лет), а по сравнению с показателями больных в период продолжения приступов имеется улучшение этих же показателей.

Таблица 1

*Сравнительная характеристика показателей психической деятельности больных эпилепсией в различные периоды течения заболевания*

| Группы больных                            | Буквенная корректурная проба |                   | Методика запоминания 10 слов                       |          |
|---|------------------------------|-------------------|--|----------|
|   | время в секундах             | количество ошибок | Количество воспроизведенных слов за 5 предъявлений | ретенция |
| Больные в период обострения (25 человек)  | 254.82                       | 423               | 68,43  | 6.2      |
| Больные с ремиссией 1-2 года (20 человек) | 198.2                        | 296               | 80,1   | 8.1      |
| Больные с ремиссией 3-5 лет (10 человек)  | 172.43                       | 175               | 81   | 8.8      |

Отмечено, что с увеличением периода отсутствия приступов, происходит постепенное, однако, медленное улучшение темпа умственной работоспособности, зрительно-моторной координации и слуховой памяти.

Положительная динамика при выполнении корректурной пробы – ускорение темпа психической деятельности с удлинением сроков ремиссий, отмечена у большинства больных, у остальных существенной динамики не наблюдалось. У больных без ремиссии приступов (в стадии обострения болезни) повторные аналогичные исследования выявили улучшение или стабилизацию тех же показателей корректурной пробы только у 30,9% больных, а у 69,1% пациентов обнаружено ухудшение (замедление умственной работоспособности, и увеличение числа допущенных ошибок при выполнении корректурной пробы).

Таким образом, результаты психологического исследования, полученные у больных эпилепсией с ремиссией приступов, свидетельствуют о восстановлении функций психической деятельности. При становлении ремиссии приступов нормализуются динамические характеристики психической деятельности, однако не отмечается выраженного улучшения памяти. При стойкой ремиссии приступов происходит улучшение или стабилизация психического состояния. Повторные психологические исследования в период стойкой ремиссии приступов, проведенные с интервалом от 1 до 2 лет, демонстрируют достаточную стабильность показателей психической деятельности в интеллектуально-мнестической сфере.

## КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОГРАНИЧНОЙ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

**Бенько Л.А., Буторин Г.Г., Буторина Н.Е.**

*ГОУ ДПО УГМАДО Росздрава, ГОУ ВПО ЧГПУ, г. Челябинск*

Вопрос изучения особенностей развития детей с интеллектуальной недостаточностью имеет кроме медицинского, социально-экономическое значение в связи высокой распространённостью резидуальной энцефалопатии. Вариабельность церебральных изменений может быть при этом различной: от минимальной мозговой дисфункции до выраженных очагов поражений головного мозга, вызывающих ДЦП. Клинико-нейрофизиологические исследования детей с перинатальным повреждением нервной системы и задержкой внутриутробного развития В.Д.Левченко, Г.П. Синицына, О.Г.Шейнкмана (2006) выявили незрелость коркового электрогенеза, при этом «выявленные ЭЭГ-нарушения соответствовали отставанию детей в психическом, речевом и двигательном развитии».

Кроме нейро-физиологических, к методам, обладающим высоким разрешающим потенциалом, а также соответствующими валидными качествами, относится клинико-нейропсихологическое исследование, социальный запрос которого из года в год возрастает не только из-за огромных диагностических, но и из-за коррекционных возможностей, позволяющих подобрать индивидуальный, «точечный» комплекс мероприятий, учитывая нейродинамические и психологические особенности данной категории детей

*Цель исследования:* провести анализ клинико-нейропсихологических девиаций детей раннего возраста с задержкой психического развития.

*Материал и методы обследования.* На базе МДОУ Д/С №370 г. Челябинска были обследованы 62 ребёнка от 2 до 6 лет с пограничной интеллектуальной недостаточностью, из них 40 мальчиков и 20 девочек. Психическое состояние изучалось с клинико-онтогенетических позиций клинико-anamnestическими, клинико-психопатологическими и клинико-динамическими методами. Диагностические методы исследования включали изучение клинико-нейропсихологического, неврологического и соматического статусо, а полученные результаты комплексно обобщались. Нейропсихологического метод обследования основывался на принципах, разработанных А.Р. Лурией, и состоял из проб, адаптированных для детей раннего возраста: от 2х до 6 лет. Следуя разработанной методике, ребёнку после подробных инструкций и их усвоения предстояло выполнить 10 проб, отнесённых к 16 исследуемым функциям. Кроме того, оценивались эмоции ребёнка: основной фон настроения, адекватность эмоциональных реакций, лабильность эмоций, степень привязанности к родителям, прародителям. Особое внимание уделялось поведению: в обследование включалось наблюдение за поведением ребёнка среди сверстников в группе детского сада, фиксировалось поведение в семье. Учитывалась при этом степень контактности ребёнка среди сверстников и в семье, наличие друзей, а также эпизодов агрессивности и зависимость этих эпизодов от спровоцированности.

*Результаты исследования.* Количественная выраженность отклонений при обследовании некоторых психических функций составляла в среднем до 50% среди детей, при этом можно говорить о невыраженной распространённости подобных симптомов среди обследованных детей с пограничной интеллектуальной недостаточностью. Такая невысокая распространённость была выявлена при обследовании функции произвольного внимания (25,7%), темпа психических реакций (33,9%), темпа двигательных реакций (40,3%), зрительно-пространственного восприятия (28,9%), конструктивного праксиса (20,9%), функции обобщения и выделения главного признака (32,1%). Отдельно от темпа интеллектуальной деятельности оценивался темп двигательных реакций, при этом была выявлена диссоциация между теми функциями, которые в большинстве исследований воспринимаются как единое целое в виде «темпа психомоторных реакций». Именно у детей, имеющих значительную двигательную расторможенность (7 человек, 11,3%), наблюдался сниженный темп психических реакций, обеспечивающих интеллектуальные процессы (выполнение задание на конструктивный праксис, обобщение и выделение главного признака, и др.). Нормальный темп психических реакций был выявлен у 41 человека (66,1%), сниженный – у 19 детей (30,6%),

средний темп двигательных реакций – у 25 (40,3%), у 16 детей была зафиксирована замедленность моторных функций (25,8%). Нарушения эмоциональной сферы было выявлено у 32,2%. Гиперактивность и двигательная расторможенность зафиксированы у 14,5%, физическая агрессия наблюдалась у 6,3% детей.

Значительную распространённость (от 50 до 80%) показали нарушение таких функций, как моторная и номинативная функция речи (53,1% и 80,6% соответственно), программирование и контроль психической деятельности (50,0%), рисунок (56,3%). Анализируя локализацию этих психических функций, выясняется задействованность при этом всей коры больших полушарий: моторная и номинативная функция речи – корковое вещество височных долей, программирование и контроль психической деятельности – конвекситальная поверхность лобных долей, при нарушениях в рисунке – дисфункция лобно-теменно-затылочных отделов.

Необходимо отметить, что принцип гетерохронии развития ВПФ, один из основных принципов нейропсихологии, предполагает различные сроки созревания структур головного мозга, ответственных за формирование той или иной психической функции. Сам процесс созревания заключается в миелинизации аксонов нервных клеток и этот процесс к моменту рождения охватывает ствол головного мозга, а к двум-пяти годам – подкорковые структуры. Кроме того, именно в этот период происходит активная миелинизация коры больших полушарий, преимущественно теменно-височно-затылочных долей. Это означает, что практически все обследуемые нами психические функции изначально в этом период не могут быть окончательно сформированы, а значит, в задачу исследования входит дифференциация возрастных симптомов от отклоняющихся и патологических. Кроме того, в 3-6 летнем возрасте минимальна произвольная деятельность, ответственность за которую несёт кора лобных долей. Это обусловлено поздним физиологическим созреванием этой области, имеющим сроки с 8 до 18 лет (по данным различных специальных источников). Таким образом, выделение «чистых» нейропсихологических синдромов, т.е. постановка топического диагноза, конечной цели нейропсихологического обследования, затруднено из-за высокой степени физиологической незрелости мозга. Можно анализировать степень выраженности того или иного отклонения и учитывать выраженную патологию, предполагая основную локализацию дисфункции.

Таким образом, наиболее уязвимыми нейропсихологическими функциями при задержке психического развития являются: 1) речь, в частности моторная и номинативная функции речи, 2) программирование и контроль психической деятельности, 3) интегративная зрительно-пространственная функция. В топическом отношении эти функции «занимают» всю конвекситальную поверхность коры больших полушарий: переднюю и заднюю ассоциативные зоны. Данное исследование подтвердило основную патогенетическую концепцию пограничной интеллектуальной недостаточности в результате парциальной несостоятельности развития высших психических функций, что соответствует ЭЭГ-паттернам задержки коркового электрогенеза.

## НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ

**Березанцев А.Ю., Чайнова В.Н.**

*ММА им. И.М.Сеченова, г. Москва*

В настоящее время, в условиях роста заболеваемости в различных группах населения и, особенно, среди подростков и молодежи (Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М., 2003) большое значение приобретает проблема формирования здорового образа жизни, важнейшей составляющей которого является здоровое («здоровьесберегающее», «самосохранное») поведение (Альбицкий В.Ю., Абросимова М.Ю., Сафиуллина Л.С., 2003; Ляхович А.В., Маркова А.И., 2004). Трудности формирования приверженности к здоровому образу жизни часто порождаются несогласованностью влияния родителей, семьи в целом, социального окружения и множественностью институтов социализации, не складывающихся в единую систему (Кон И.С., 1988). Семья как один из институтов социализации, является наиболее референтной группой по вопросам здоровья (Барсукова Н.К. и соавт., 1996; Гуревич И.Н., 1999; Лисицын Ю.П., Полунина Н.В., 1982; и др.), поскольку в ней у ребенка складываются

поведенческие стереотипы, а также индивидуально-психологические качества, определяющие позитивное отношение к здоровому образу жизни (Березанцев А.Ю., Абольян Л.В., Сырцова Л.Е., 2005).

Универсальными факторами, оказывающими влияние на формирование данных качеств являются: состав семьи и особенности детско-родительских отношений. Внутрисемейными аспектами, препятствующими адекватной социализации являются: нарушение супружеских отношений, родительская разобщенность и развод, причем наибольшую роль играют высокий уровень родительской конфликтности и использование родителями неэффективных воспитательных тактик или их отсутствие (Альбицкий В.Ю., Абросимова М.Ю., Сафиуллина Л.С., 2003; Frick P.J., Silverthorn P., Evans C., 1994). Для ребенка искаженные отношения с родителями оборачиваются формированием негативного отношения к себе, поскольку самоотношение складывается на основании отношения, демонстрируемого ближайшим окружением. По данным эмпирических исследований, влияние на поведение оказывают следующие аспекты родительских воспитательных тактик: степень родительской вовлеченности в дела детей (количество времени, проводимого вместе, заинтересованность школьной деятельностью, знакомство с друзьями), качество надзора за ребенком и родительская дисциплина (Gaoni V. et al., 1996). Влияние родительского участия и качества родительского надзора особо значимы в семьях, живущих в социально неблагополучном окружении, так как их дефицит приводит к усвоению ребенком норм, ценностей и способов действия, распространенных в уличных компаниях сверстников, что часто провоцирует угрожающие благополучию и здоровью формы поведения. Непоследовательные и противоречивые стили дисциплинарных воздействий в сочетании с директивностью и властностью затрудняют для ребенка соотношение предъявляемых к нему требований с общим контекстом его жизни. Это может сформировать небрежно-негативное отношение к любым указаниям родителей или вызвать излишнюю фиксацию на последствиях своего поведения в ущерб усвоению общих ценностей, декларируемых родителями и педагогами (Раттер М., 1987; Kochanska G., 1991).

В целях изучения соотношения социально-демографических характеристик семьи, стиля воспитания и психологических особенностей ребенка, влияющих на отношение к здоровью, было проведено обследование учащихся девятых классов общеобразовательной школы и их родителей. Важным аспектом работы было выявление типичных комплексов психологических свойств и характера их распределения внутри выборки. Связанное со здоровьем поведение оценивалось по следующим параметрам: соматические симптомы, отклоняющееся (угрожающее здоровью) поведение, особенности освоения телесных функций и поведение в ситуации нездоровья.

*Материал и методы.* Были обследованы 59 человек – учащиеся 9-х классов (14-16 лет), 22 мальчика (36%) и 37 девочек (64%). Для обследования использовались психологические методики и опросники: «Методика исследования самоотношения» (МИС), «Подростки о родителях» (ПОР), «Уровень субъективного контроля» (УСК), опросник Шмишека; «Стиль саморегуляции поведения» (ССП), «Склонность к отклоняющемуся поведению» (СОП), «Особенности социализации телесных функций ребенка в семье» (ОСТФ). Также использовалась анкета с социально-демографическими данными и пунктами, касающимися самочувствия, перенесенных заболеваний и поведения, влияющего на здоровье. Анкета была представлена в двух вариантах, один из которых заполнялся подростком, а другой его матерью.

*Результаты.* Были обнаружены значимые различия в группах сравнения, выделенных на основании социально-демографических данных, успешности обучения и данных психологического обследования. По социально-демографическим данным выборка была разделена на: 1) группы детей из полных и неполных семей; 2) группы, различающихся порядком рождения ребенка (единственный, младший, старший). Была установлена неравномерность соматических симптомов в исследованных группах. Выявленные закономерности позволили сделать вывод, что наличие соматической симптоматики наряду с некоторыми особенностями эмоциональной сферы (негативные компоненты самоотношения, необходимость контроля над эмоциями) связано с характером отношения к ребенку в семье. Наличие различных форм отклоняющегося поведения (в том числе несущих вред здоровью) и



слабая включенность в процесс обучения в школе свидетельствовали о трудностях адаптации вследствие характерологических особенностей, а также директивности и непоследовательности родителей. Поскольку по особенностям физического (физиологического) состояния, в конечном счете, определяется степень здоровья или нездоровья, то способ освоения телесных функций косвенно характеризует отношение к здоровью. Различия в этом параметре были обнаружены только среди подростков из семей с разным количеством детей. Степень освоения произвольной регуляции телесных функций была максимальной у единственных в семье детей. В семьях с несколькими детьми степень освоения произвольной регуляции телесных функций была минимальна у старших детей, а младшие занимали промежуточное положение. Фиксация на симптоме и использование симптомов как средства коммуникации, напротив, были максимально представлены у старших детей и минимально – у единственных (младшие занимали промежуточное положение). Неадекватные способы освоения телесных проявлений выбирали дети, вынужденные привлекать к себе внимание матери дополнительными средствами (как правило, это старшие дети). Таким образом, использование соматических симптомов, как средства привлечения внимания и манипуляции родителями, свидетельствует об особой значимости нездоровья ребенка для инициирования определенного типа отношения к нему и взаимодействия с ним (внимание, забота, попустительство) и нездоровье (или его имитация) выступают как эффективное средство в борьбе за внимание родителей.

Исследование позволило также выявить группу подростков с устойчивым комплексом психологических свойств, провоцирующих опасное для здоровья поведение («группу риска», включающую учащихся разных классов - 18 человек). Их объединили фактор «самоуничтожения» (по параметрам самообвинения и внутренней конфликтности методики МИС) и фактор, включающий формы неадаптивного (саморазрушающего) поведения, делинквентность и стремление к преодолению норм и правил по методике СОП. Эти факторы значимо коррелировали между собой, а также с параметрами директивности, враждебности и непоследовательности обоих родителей по методике ПОР и параметрам демонстративности, возбудимости, циклотимности и экзальтируемости по опроснику Шмишека. По всем упомянутым шкалам подростки, принадлежащие к этой группе, имели значимо более высокие показатели, чем остальные испытуемые. Таким образом, этим подросткам был присущ комплекс черт, которыми обычно отличаются отвергаемые представители тех или иных сообществ. Преобладание в семье неэффективных воспитательных воздействий (одновременно директивности и непоследовательности) в сочетании с негативным отношением (враждебностью) к ребенку приводит к формированию у него негативно-пренебрежительного отношения к собственному Я, в том числе и к своему организму, а также склонности к возникновению медикаментозных и наркотических зависимостей.

## БАЗИСНЫЕ СИНДРОМЫ В КЛИНИКЕ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

**Буторина Н.Е.**

*ГОУ ДПО «Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования Росздрав», г. Челябинск*

Общеизвестно, что распознавание психической болезни, установление её этиопатогенетических механизмов опирается на единство и взаимосвязь негативных (дефицитарных) и позитивных (продуктивных) синдромов. При этом если продуктивные синдромы, связанные с добавочными патопластическими факторами и отражающие результат деятельности неповрежденных слоев нервной системы, свидетельствуют о глубине и генерализации психических расстройств, то негативные — обусловлены этиопатогенетическими механизмами заболевания, то есть вызваны самим патологическим процессом и для нозологического диагноза они имеют большее значение. По мнению Г.В. Морозова (1988) негативные расстройства описываются и распознаются хуже позитивных. Они учитываются только в самом общем виде, без подробного их анализа, а диагностика психических болезней основывается преимущественно на выявлении и оценке продуктивных

расстройств. Особую трудность, как считают исследователи, в выявлении и изучении негативных синдромов представляют психические расстройства детского возраста, так как это изучение тесно связано с учением о личности. Между тем, незавершенность и рудиментарность психопатологических синдромов и функциональная незрелость нервной системы в детстве делает само понятие «синдром» условным, отражающим определенное сочетание психических нарушений, преимущественных для каждого онтогенетического периода. С точки зрения В.В. Ковалева (1985) изучение психических заболеваний с позиций онтогенеза в период незавершенного психического развития и становления личности позволяет наряду с негативными и позитивными расстройствами выделить негативно-дизонтогенетические и продуктивно-дизонтогенетические симптомы и синдромы, имеющие особое значение для психопатологии детского и подросткового возраста. Эти синдромы в связи с выраженным возрастным изоморфизмом менее специфичны в нозологическом плане, однако они указывают на онтогенетический период действия патогенного фактора. При негативно-дизонтогенетических симптомах и синдромах эти факторы носят преимущественно внутриутробный, перинатальный и ранний постнатальный характер, что более типично для непродуктивных психических заболеваний конституционального и органического генеза.

Учитывая существующее мнение, что определить нозологически патогномичные негативные симптомы, в классическом их понимании, практически невозможно, при диагностике в детской клинике большое значение имеет установление определенного сочетания негативных и продуктивных симптомов с негативно- и продуктивно-дизонтогенетическими. С этой точки зрения систематизация выявленных психопатологических признаков при диагностике резидуально-органических психических расстройств и их идентификация с негативными или продуктивными симптомами может помочь не только в решении диагностической задачи, но и определить более успешную терапевтическую и реабилитационную тактику.

Считается, что одним из важных патогенетических механизмов нервно-психических расстройств резидуально-органического генеза является резидуальная энцефалопатия как проявление первичной церебральной дисфункции, обусловленной относительно стойкими последствиями завершившегося органического церебрального заболевания травматического, воспалительного, токсического или другого тератогенного характера. Если выделить ключевые характеристики многочисленных описаний энцефалопатических (психоорганических) синдромов, то их общей психопатологической основой окажутся симптомы церебральной астении: повышенная утомляемость, истощаемость, утрата способности к длительному умственному и физическому напряжению, ослабление памяти и внимания, гиперестезия, метеотропная лабильность, головные боли и нарушения сна. Клиническая практика показывает, что более или менее выраженная церебрастеническая симптоматика присутствует в структуре всех клинических форм резидуально-органических нервно-психических расстройств. Именно наличие признаков церебральной астении служит основой не только диагностики, но и дифференциальной диагностики этой сборной группы психических расстройств. Более того, признаки резидуально-органической энцефалопатии в виде церебрастенического синдрома, включаясь в онтогенетические процессы на всех уровнях нервно-психического реагирования, определяют негативно- и продуктивно-дизонтогенетические симптомы (органическую невропатию, искаженный дизонтогенез, гипердинамические и психопатоподобные состояния и др.). При возникновении психических расстройств особое диагностическое и дифференциально-диагностическое значение приобретает сопоставление взаимодействия негативных и негативно-дизонтогенетических симптомов. Известно, что возрастной фактор как фактор патогенеза в значительной мере определяет не только характер преимущественных психопатологических симптомов, но и их общий клинический рисунок.

Лечение любого психически больного ребенка представляет комплекс медицинских и социотерапевтических мероприятий. Медицинские действия включают клиническое обследование больного и постановку диагноза, назначение и проведение соответствующей курсовой медикаментозной терапии, психотерапии, физиотерапии и других терапевтических мер. Лечение детей с психическими расстройствами резидуально-органического генеза опирается на принцип комплексного воздействия и включает патогенетическую и

симптоматическую терапию. Социотерапевтические меры направлены на социально-психологическую коррекцию и реабилитацию больного (лечебная педагогика, музыкальная ритмика, занятия спортом, трудотерапия). Важным звеном в представленных мероприятиях является постановка диагноза, которая опирается на клинико-психопатологический метод обследования, данные лабораторных тестов, нейрофизиологические и инструментальные обследования, а также результаты психологической диагностики.

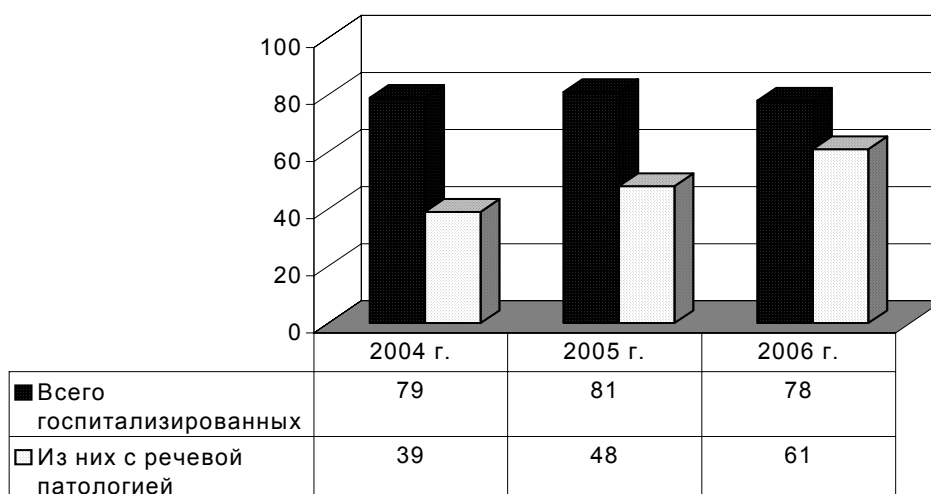
## ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА В «ЦЕНТРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ»

**Вассина М.С.**

*ГУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница»  
(Центр психического здоровья детей и подростков), г. Волгоград*

В центре психического здоровья на базе диспансерного отделения функционирует дневной стационар, располагающий необходимыми условиями для лечения и проведения логопедических занятий с детьми дошкольного и школьного возраста, страдающими речевой патологией.

В условиях дневного стационара оказываются и дети с отклонениями в умственном и психическом развитии, с психопатоподобным поведением, у которых при всем разнообразии нарушений нарушена и речь.



*Рис. 1. Удельный вес детей и подростков с речевой патологией к общему числу госпитализированных пациентов.*

Основным и общим принципом работы дневного стационара является метод комплексного воздействия. Это система четко разграниченных, но согласованных между собой разных специалистов: логопеда, психиатра, психотерапевта, психолога, физиотерапевта.

Чрезвычайно важное значение в коррекции речевых расстройств отводится медикаментозному и физиотерапевтическому лечению. В комплексе с другими лечебными факторами они являются существенным компонентом комплексного метода, повышающим эффективность лечения детей с речевой патологией.

Участие психотерапевта в логокоррекционной работе существенно позволяет повысить мотивацию ребенка к исправлению речи.

Например, у детей с заиканием снизить речевую тревогу, повысить чувство уверенности в себе, в своих речевых навыках, приобретенных на логопедических занятиях, преодолеть речевой негативизм у детей, страдающих отсутствием речи.

Экспериментально-психологическое исследование ребенка с речевой патологией, проведенное до начала логопедических занятий, бывает полезной логопеду для методически правильной организации работы с ребенком.

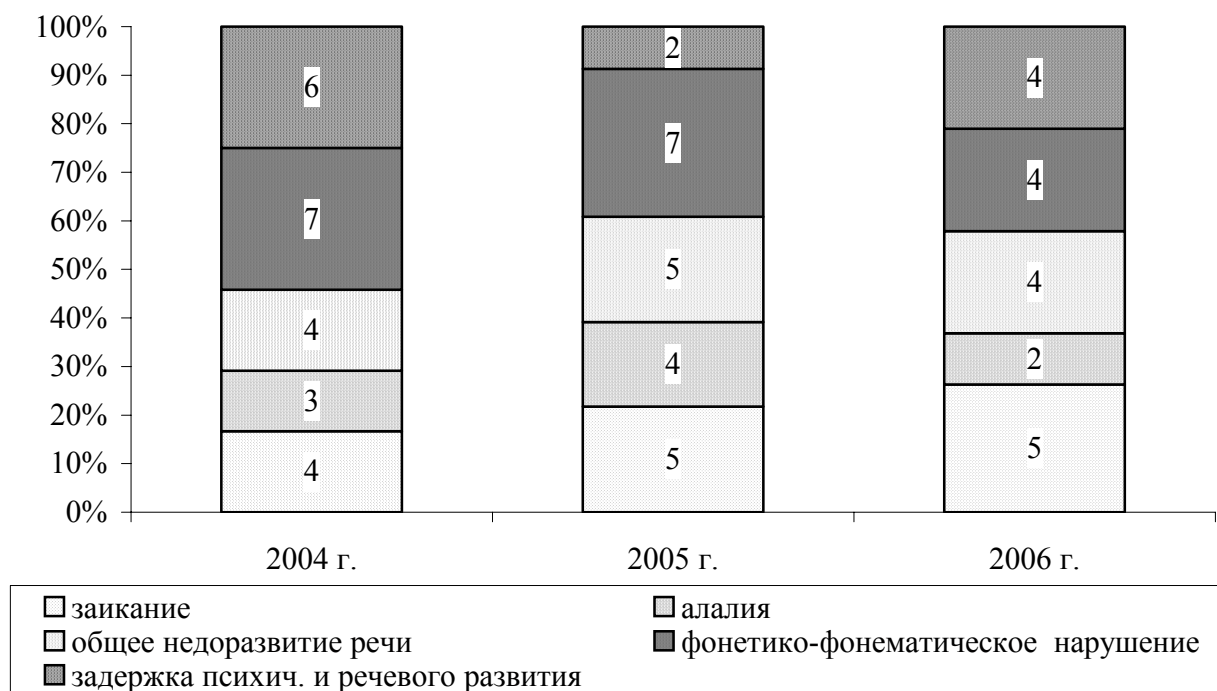


Рис. 2. Динамика структуры различных видов речевой патологии детей и подростков, госпитализированных в дневной стационар ОДПБ в 2001 – 2004 гг.

Логопедом учитываются данные невролога, если у ребенка выявляется неврологическая симптоматика.

Метод комплексного воздействия обеспечивает наибольшую эффективность в коррекции речевых нарушений.

Общими задачами в логокоррекционной работе являются:

- развитие коммуникативной функции речи;
- общее речевое развитие;
- коррекция звуковой стороны;
- формирование лексико-грамматических связей и т.д.

Кроме этих задач, ставятся задачи и более частные, обусловленные спецификой того или иного нарушения. Например, система логопедических занятий с заикающимися направлена на решение следующих задач: снятие судорожных задержек, которые являются доминирующими в картине заикания; обучение детей плавной речи на специально подобранном материале, мягкой подаче голоса, четкой артикуляции и некоторого замедления темпа речи; устанавливается правильная согласованность дыхательных, голосовых и артикуляционных движений, обеспечивается эмоциональное расслабление и уверенность в своей речи.

Таким образом, полученные результаты в коррекционной работе с заикающимися позволяют сделать вывод об эффективности применения в работе метода замедления темпа речи.

Задачи в работе с детьми - алаликами и другими неговорящими детьми, поступающими на занятия в дневной стационар, требуют специального направления. Общей задачей является определение их возможностей овладения речью, развития потребностей к обучению, воспитанию произвольного внимания и преодолению речевого негативизма, составление

программ обучения, предусматривающих как отбор материала, так и расположение его в определенной последовательности.

В логокоррекционной работе в условиях дневного стационара осуществляется связь с воспитателями, которые продолжают работу логопеда по закреплению речевого материала, с начала пребывания детей в условиях дневного стационара воспитывается самоконтроль за своей речью и речью других детей, необходимой частью метода комплексного воздействия является работа с родителями: индивидуальные беседы, консультации, семинарские занятия.

Семинарские занятия представляют собой присутствие родителей на логопедических занятиях, где они учатся некоторым приемам коррекции речи ребенка, приобретают необходимый минимум знаний.

Беседуя с родителями, логопед разъясняет о изменении отношения к ребенку и его речевому дефекту, об устранении недоброжелательных интонаций, противоречивых требований в семье, загромождения памяти ребенка сложными фразами и непосильными для него стихотворными и другими текстами.

Важно помочь им найти соответствующие формы речи и стать участниками в коррекционном процессе по преодолению речевой патологии.

Таким образом, коррекция тяжелой речевой патологии у детей требует от логопеда индивидуального плана работы и гибкого использования методик в отношении форм и сроков работы в условиях дневного стационара.

## АФФЕКТИВНЫЙ ДИСБАЛАНС И ЕГО РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ НАРУШЕНИЙ АДАПТАЦИИ

**Великанова Л.П.**

*ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Росздрава, кафедра  
наркологии и психотерапии, г. Астрахань*

Развернутым стадиям болезни предшествуют доболезненные состояния, во многих случаях полностью обратимые. Выявление недостаточности адаптации организма еще до появления нозологических форм, дает возможность их предотвратить (Казначеев В.П., Баевский Р.М., Берсенева А.П., 1980). Истощению адаптивных возможностей и прорыву барьера психической адаптации способствует длительное эмоциональное напряжение (Александровский Ю.А., 2000). Особенно подчеркивается роль тревоги, которая является одним из ранних признаков начинающейся дезадаптации организма, предрасположенности к психосоматическим заболеваниям и физиологической неустойчивости, лежит в основе большей части психопатологических проявлений как невротического, так и психотического уровня

Целью исследования явилось выявление аффективных расстройств, способствующих запуску процессов срыва компенсаторных механизмов и начало формирования как психической, так и соматической (психосоматической) патологии.

Использовался комплекс психодиагностических методик, позволяющих получить представление о состоянии эмоциональной сферы. Тест школьной тревожности Филипса, отражающий наиболее типичные фрустрирующие ситуации в процессе школьного обучения, тест Айзенка, патохарактерологический диагностический опросник Личко–Иванова. При выборе методик учитывалась их возрастное соответствие, простота и доступность выполнения, небольшие затраты времени, возможность многократного использования. Статистическая обработка и анализ полученных данных проводилась с использованием программы SPSS 12.0 for Windows, Statistica 6.0 for Windows, Microsoft Excel версия 7.1.

В течение учебного года (за исключением первой четверти) проводилось однократное сплошное не выборочное психодиагностическое обследование учащихся 8-9 классов (416 школьников - 176 мальчиков и 241 девочка) школ в возрасте 14-15 лет. Полученные результаты сопоставлялись с данными из медицинской документации о перенесенных и текущих заболеваниях, анамнестическими сведениями. Всего проанализировано 1001 результатов обследований.

В результате анализа всех медицинских данных с учетом преобладающих клинко – нозологических форм, все обследованные были разделены на группы. Первую группу (НР-14 чел) составили школьники с преимущественно невротическими расстройствами (невротическими реакциями и состояниями). Во вторую группу (ПС – 128 чел.) вошли учащиеся с психосоматическими реакциями и состояниями (вегето-сосудистой дистонией, функциональными кардиопатиями, бронхиальной астмой, гастритом, гастродуоденитом, язвенной болезнью 12-перстной кишки, колитом). Третья группа (УЗ-265 чел.) включала условно здоровых детей, у которых сведений о заболеваниях выявлено не было, либо констатировано от одного до 5 эпизодов (в основном, детские инфекции в раннем возрасте, чаще всего – ветряная оспа; вираж туберкулиновой пробы, редкие простудные заболевания). Четвертая группа (ЧБ-9 чел.) объединила детей с 6 и более эпизодами (максимально – до 23), которые были условно отнесены к разряду часто болеющих.

При сопоставлении показателей теста Филипса в означенных группах уровни общей, а также школьной тревожности были выше в группах НР и ПС. Наибольшее количество значимых различий (непараметрический критерий Манна-Уитни) выявилось между группой УЗ и ПС. Показательным явился тот факт, что в группах НР и ПС было достоверно больше детей с низкой физиологической сопротивляемостью стрессу, по сравнению с группой УЗ.

При анализе результатов теста Айзенка достоверных различий между группами по показателям экстраверсии выявлено не было. Фактор нейротизма был достоверно выше в группе ПС по сравнению с группой УЗ (критерий Тьюке,  $p < 0,05$ ). Кроме того, показатель нейротизма высоко достоверно положительно коррелировал со всеми показателями теста Филипса ( $r=0,3-0,48$ ;  $p < 0,01$ ). Показатель экстраверсии отрицательно коррелировал с показателями переживания социального стресса и физиологической устойчивости к стрессу ( $r= 0,12-0,22$ ;  $p < 0,00005$  и  $p < 0,05$ ). Можно предположить, что личностная направленность в норме обладает большим копинг-ресурсом в ситуациях эмоционального напряжения.

Также были проанализированы данные теста ПДО в указанных группах (239 человек). Астеническая, неустойчивая, сензитивная акцентуации в группах НР и ПС встречались достоверно чаще, чем в группах УЗ, а гипертимная – достоверно реже ( $t= 1,96-2,36$ ). Группа ЧБ из-за своей малочисленности (4 человека) не анализировалась. В литературе имеется большое количество свидетельств наибольшей уязвимости для развития невротических и психосоматических расстройств указанных акцентуаций характера.

Таким образом, полученные в результате психодиагностического скрининга данные отражают более выраженное напряжение адаптационных механизмов в группах НС и ПС по сравнению с УЗ и ЧБ. Использование полученных результатов для разработки и внедрения психосберегающих технологий, ориентированных на уязвимые контингенты и привлечение специалистов немедицинских направлений (психологов, социальных работников, валеологов, педагогов) дает возможность более содержательно проводить первичную профилактику и предотвращать формирование стойких и хронических нарушений здоровья.

## СИНДРОМ НАРУШЕНИЯ ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ПСИХИАТРА

**Воронина Н.И., Запольская О.В., Григорян А.А.**

*ОКПБ «Богородское», г. Иваново*

Синдром нарушения внимания с гиперактивностью (СНВГ) – достаточно распространенное нервно-психическое расстройство детского возраста. Он является основной причиной нарушения социальной адаптации, прежде всего школьной, а также рассматривается как один из факторов риска возникновения алкоголизма и наркомании. Исследования, проведенные Н.Н.Заваденко с соавторами (1999), свидетельствуют, что признаки СНВГ встречаются у 7,6% обследованных детей. По данным других авторов (Брызгунова И.П., Касатикова Е.В., 2001, 2002) эта цифра достигает 18%. Данное заболевание в МКБ-10 рассматривается в рубрике F90 (гиперкинетическое расстройство), относящейся к психической

патологии. Поэтому наряду с неврологами с этой проблемой часто встречаются детские психиатры.

Нами проанализировано 90 амбулаторных карт детей, которым при первичном обращении в диспансерное отделение в 2003-2005 годах был поставлен диагноз F 90 (нарушение активности и внимания) и F90.1 (гиперкинетическое расстройство поведения) по МКБ-10. Дети были направлены из детских поликлиник (22 человека), детских дошкольных учреждений (14 человек), школ (5 человек), 26 человек обратились самостоятельно, 11 выявлены при профосмотре в дошкольных детских учреждениях (ДДУ), 12 человек - при направлении в логопедические группы ДДУ. Данные о распределении пациентов по возрасту и полу свидетельствуют, что за помощью чаще всего обращаются родители с детьми от 4-х до 7 лет (73%); только 15% из обследованных составляют девочки (по данным Н.Н. Заваденко и соавт., расстройство в 4,5 раза чаще встречается у мальчиков).

Основные жалобы, по поводу которых родители обращались за медицинской помощью, это невнимательность, гиперактивность, импульсивность ребенка, что часто сопровождалось эмоциональными нарушениями в виде неуравновешенности, вспыльчивости, иногда – агрессивности.

При сборе анамнеза в 44,2% случаев у обследованных выявлены коморбидные расстройства; их структура представлена в таблице 1.

Таблица 1

*Структура коморбидных психических расстройств у детей с синдромом нарушения внимания с гиперактивностью*

| Характер расстройств | Речевые нарушения | Ночной энурез | Энкопрез | Нарушения сна | Головные боли | Тики     |
|----------------------|-------------------|---------------|----------|---------------|---------------|----------|
| Частота (абс.,%)     | 25 (27,7%)        | 3(3,3%)       | 2 (2,2%) | 5 (5,5%)      | 3 (3,3%)      | 2 (2,2%) |

При систематике исследованных расстройств была использована классификация Л.С.Чутко; соответственно все пациенты были распределены по следующим типам расстройств: с преобладанием невнимательности – 2 человека (2,2%), с преобладанием гиперактивности и импульсивности – 14 человек (15,5%), комбинированный тип – 74 человека (82,2%); в зависимости от формы расстройств – простая 48 человек (53,3%) и осложненная формы 42 человека (46,6%); от степени тяжести - умеренные 66 человек (73,3%) и выраженные расстройства 24 человека (26,6%).

Анализ данных анамнеза выявляет, что наследственная отягощенность по психической патологии отмечена лишь в одном случае (легкая умственная отсталость у матери), но 32% родителей отмечали у себя в детстве проявления гиперактивности). Большинство детей воспитывались в полной семье (69%), остальные проживали с одним родителем. Единственным ребенком в семье были 80% детей. Осложнения беременности (гестоз, угроза невынашивания, инфекционные заболевания, анемия) были установлены в 75,5% случаев, в 58% - осложнения родовой деятельности; 10 детей родились посредством операции кесарева сечения. На первом году жизни диагноз: «Последствия перинатального поражения ЦНС» поставлен 62 детям (68,8% обследованных), из них систематически лечились у невропатологов (в стационаре, поликлинике, Центре восстановительного лечения) 23 человека (25,5%); 46 детей в возрасте старше года были сняты с наблюдения у невропатолога как здоровые. При этом в физическом развитии дети соответствовали норме, а вот задержка формирования речи отмечалась у 26 детей (28,8%).

Детские дошкольные учреждения посещали 93,3% детей (84 человека). Особенности их ранней адаптации иллюстрируют данные таблицы 2.

Таким образом, из таблицы видно, что период адаптации протекал неблагоприятно (частые заболевания, нежелание ходить в детсад, усиление возбудимости, капризности) у 46,4% детей.

Таблица 2

*Адаптация детей, посетивших ДДУ*

| Возраст      | Всего | Хорошая адаптация | Плохая адаптация |
|--------------|-------|-------------------|------------------|
| До 1 года    | 2     | 2                 | -                |
| 1 - 2 года   | 29    | 20                | 9                |
| 2 - 3 года   | 29    | 16                | 13               |
| Старше 3 лет | 24    | 6                 | 17               |

При обращении в диспансерное отделение, с учетом стандартов обследования, всем детям назначались консультации психолога, психотерапевта, логопеда, а также ЭЭГ, эхо-ЭГ. Изменения на ЭЭГ выявлены у 89% детей (из 46 человек, кому данное обследование было сделано в год обращения). Психологом проведена оценка интеллектуального развития детей. Для детей младше 5 лет использовался Ленинградский тест, для детей старшего возраста – тест Векслера. По методике Векслера общий интеллектуальный показатель (ОИП) у гиперактивных детей старше 5 лет представлен в таблице 3.

Таблица 3

*Общий интеллектуальный показатель у гиперактивных детей*

| показатели            | ОИП до 80 единиц | ОИП 80-90 единиц | ОИП 90-100 единиц | ОИП больше 100 единиц |
|-----------------------|------------------|------------------|-------------------|-----------------------|
| Число набл. (абс., %) | 1 (3%)           | 7 (24%)          | 9 (31%)           | 12 (42%)              |

Из таблицы видно, что большая часть обследованных (73%) имели коэффициент интеллектуального развития средний и выше среднего.

Медикаментозное лечение проведено 66 детям (73%), остальные 27% не явились на прием повторно после первого посещения, когда ребенку было назначено только обследование. Применялись препараты ноотропного ряда (пантогам, церебролизин, церебрум композитум Н, фезам, ноотропил, кортексин) в возрастных дозировках. 24 ребенка с выраженными проявлениями СНВГ при наличии социальной дезадаптации получали лечение нейрорептиками (сонапакс, хлорпротиксен), в тяжелых случаях у 2 детей использовался раствор неулептила. Из 66 детей, получавших медикаментозное лечение, 12 человекам был проведен 1 курс, 44 человекам назначалось 2 и более курсов. 20 человек с выраженной формой СНВГ занимались на цикле коррекционных групповых занятий « Развитие эмоций», проводимых психологом и психотерапевтом; 19 человек посещали летний оздоровительный лагерь, организованный на базе диспансерного отделения в 2003-2004 годах. Улучшение состояния отмечено в 62% случаев.

Проведенный анализ позволяет сделать следующие выводы:

- СНВГ чаще встречается у детей, имеющих перинатальное поражение ЦНС в нетяжелой форме, которое обычно компенсируется к первому году жизни;
- проявления СНВГ становятся заметными уже в возрасте 3-5 лет, бывают чаще умеренными по степени тяжести, комбинированными, с высоким процентом коморбидности, у интеллектуально сохранных детей;
- преобладание среди обследованных детей дошкольного возраста говорит о хорошо организованной на местах работе детских участковых психиатров по пропаганде психогигиенических знаний;
- незначительный процент школьников (12%) среди данного контингента объясняется тем, что проявления у них гиперактивности чаще рассматриваются в рамках других психических расстройств (F06;F07);
- отсутствие в регионе детского дневного психиатрического стационара не позволяет использовать современные психологические тренинги и новые физиотерапевтические методики (транскраниальную микрополяризацию – ТКМП, Бос-ЭЭГ), рекомендованные специализированными центрами.



**ПАРАНОИДНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ В  
ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ  
Вьюгова О.В., Генайло С.П.**

*Владивостокский государственный медицинский университет, г. Владивосток*

Параноидная шизофрения в детском и пубертатном возрасте до настоящего времени изучена недостаточно. Атипичность клинической картины шизофрении у детей связана прежде всего с нарушением всего хода развития ребенка под влиянием болезненного процесса, сочетанием типичных для шизофрении изменений личности с проявлениями дизонтогенеза в виде искаженного или задержанного развития (Симсон Т.П., 1948; Сухарева Г.Е., 1974).

Обследовано 7 больных (4 муж. пола, 3 жен. пола) параноидной шизофренией в возрасте от 10 до 15 лет. С длительностью заболевания 3-5 лет. У обследуемых определялись типичные для шизофрении взрослых симптомы, однако, отдельные симптомы были не развернуты и рудиментарны. К числу клинических закономерностей следует отнести постепенное начало заболевания, с медленным нарастанием эмоционально-волевого снижения, и психической ригидности. Следует отметить, рано обнаруживающиеся страхи, навязчивые действия, деперсонализационные проявления, и патологическое фантазирование, которое, по мнению Мамцевой В.Н (2003), является формой выражения различных психопатологических синдромов – бреда, расщепления, психического автоматизма, патологии влечений и др. В дальнейшем формировались идеи отношения, которые выражались стойкой подозрительностью, недоверчивостью, «бредовой настроенностью», не приобретающей законченного словесного выражения. У 5 больных с момента манифестации болезни тревожно-боязливые состояния сопровождалась галлюцинаторно-параноидной симптоматикой, с особыми интересами, увлечениями, отличающимися вычурностью, оторванностью от реальности с явлениями «метафизической интоксикации».

У 2 больных уже в возрасте 9-10 лет отмечалось формирование олигофреноподобного дефекта. У 5 человек (3 мальчика, 2 девочки) при отсутствии тенденции к спонтанным ремиссиям отмечалось постепенное расширение бредовых и галлюцинаторно-параноидных расстройств, присоединение психических автоматизмов, а в структуре негативных расстройств – нарастание апатического слабоумия, снижение побуждений.

При отграничении шизофрении от органических заболеваний учитывались нарушения целенаправленной деятельности, немотивированные расстройства настроения, враждебность к близким, нарастающая эмоциональная холодность, аутистические черты речевого поведения, наличие на этом фоне гебоидных расстройств с садистическими проявлениями, а также включений кататонического регистра, в том числе, стереотипных вычурных движений, заторможенности, чередующейся с немотивированным двигательным возбуждением.

**АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ, СТРАДАЮЩИМИ  
ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПОМОЩЬЮ  
МЕТОДИКИ «РИСУНОК НАСТРОЕНИЯ»**

**Генгер М. А.**

*ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава», г. Москва*

Макс Люшер, разработчик известного цветового теста, писал, что выбор цвета точно отражает душевное состояние человека. Поскольку рисуночная деятельность является одной из ведущих у детей, нам представляется целесообразным оценивать эмоциональное состояние ребенка не только с помощью выбора цветовых предпочтений, но и используя рисунок «Настроения», выполненный гуашью. Эта методика расширяет возможности оценки состояния эмоциональной сферы, особенно ее нарушений при различных психических заболеваниях, и позволяет проводить необходимую коррекцию.

Данная работа посвящена анализу динамики рисунков «настроения» детей больных шизофренией. Исследование серьезных нарушений эмоциональной сферы, встречающихся при данном заболевании, затруднено из-за сложности в доступе к больным и их эмоциональной неадекватности. Арт-терапевтические методики в данном случае явились наиболее

подходящими не только для диагностики, но и коррекции некоторых эмоциональных нарушений.

Целью работы являлось выделение наиболее явных паттернов рисунков и попытка их соотнесения с возможной структурой эмоционального реагирования.

С детьми в возрасте 7-9 лет, больными шизофренией, на фоне психотропной терапии в невысоких дозах приводились сеансы арт-терапии (1 час в неделю) в течение трех месяцев. У всех испытуемых (5 чел.) было отмечено сходство в динамике рисунков «настроения» по ходу работы, что позволило нам исключить случайный фактор. Положительные изменения отмечались, помимо настроения и эмоционального реагирования, и в сфере социальной адаптации.

Таким образом, рисунок «настроения» проходит несколько этапов своего развития. Изначально «настроение» выглядит как разбросанные на листе бумаги пятна нескольких цветов. Обычно их не больше 3-4, и среди них обязательно присутствуют белый и черный цвет. Это, на наш взгляд, отражает эмоциональную уплощенность и расщепление аффективной сферы – эмоции не представляют собой системы, это разрозненные элементы, которых в доступном наборе имеется небольшое количество. По мнению многих авторов, черный цвет – это страхи, застой, уход от травмирующего внешнего мира; а белый – внутренняя, эмоциональная смерть. Нами отмечено, что при шизофрении, черный цвет и белый – два полюса, два противоположных цвета; имеют жесткую сцепку, образуя своеобразный комплекс. Остальные же цвета отражают личностные особенности ребенка, скорее даже паттерны его поведения, например, красный – наличие агрессии в поведении, желтый – хороший фон настроения, малиновый – напряженность и стресс и т.д.

В ходе арт-терапевтической работы в цветовую палитру ребенка включаются еще некоторые цвета и рисунок начинает видоизменяться – теперь все цветовые пятна сливаются в одно большое, почти на весь лист (а часто и за его пределами – на столе), преимущественно в черно-коричневых тонах. Это противоположный полюс – освоение доступа к другим эмоциональным состояниям.

Переходом на следующую стадию является момент, когда ребенок от простого экспериментирования с красками и формального выполнения задания подходит к процессу, вовлеченности в рисуночную деятельность. На рисунке это отражается сперва в использовании всех цветов радуги в одном большом пятне. Параллельно из палитры постепенно уходит белый цвет. Затем у рисунка появляются границы. После этого рисунок настроения представляет собой закрашенный толстыми полосками разного цвета лист, где отсутствуют белый цвет и, при арт-терапевтической отработке страхов, черный. Можно предположить, что доступ к эмоциям получен, сцепка черного и белого цвета разорвана и у ребенка появляется выбор в эмоциональном реагировании.

Далее у рисунка «настроения» появляется центр – точка опоры и адекватного развития. На этом этапе можно стимулировать гармонизацию эмоциональной сферы ребенка и предложить нарисовать свое настроение в кругу – мандалу. Индикатором положительного эффекта будет рисунок, состоящий из некоторого количества концентрических окружностей, вписанных друг в друга, заполняющих весь нарисованный круглый контур и не выходящих за его пределы. Цвета становятся чистыми, а их выбор отражает эмоциональное состояние ребенка.

Таким образом, в ходе арт-терапевтической работы эмоциональное состояние ребенка, больного шизофренией, можно трансформировать до выражения в мандале, символизирующей «единство и целостность» эмоциональной сферы. Это возможность для ребенка перейти на уровень личностного развития. Необходимо подчеркнуть значимость поддерживающей фармакотерапии, без которой результат арт-терапии может оказаться нестойким.

## ОБОСНОВАННОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ПЕДАГОГИКИ В СТРУКТУРЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

**Жданова Н.В.**

*ГУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница»  
(Центр психического здоровья детей и подростков), г. Волгоград*

В настоящее время возрастает роль лечебной педагогики в воспитании и обучении детей с отклонениями в развитии. Результаты исследований последних лет убедительно говорят о том, что психическое здоровье ребенка является важнейшей предпосылкой успешности его воспитания и обучения. Увеличивается число детей, которые без специальной подготовки с применением лечебно-педагогических мероприятий не могут успешно обучаться в школе. Это обуславливает необходимость организации работы с аномальными детьми таким образом, чтобы в основе лежал принцип взаимосвязи лечебного и педагогического процессов. Поэтому педагогами ОДПБ разработаны коррекционно-развивающие программы, учитывающие основные проявления ведущего нарушения, сохранные и компенсаторные возможности ребенка, специфику заболевания или отклонения в развитии, возраст. Курс специальных занятий направлен на коррегирование и профилактику школьной дезадаптации, развитие коммуникативных способностей, на снижение эмоционального напряжения, тренировку психомоторных функций, обеспечение адекватного ролевого развития, коррекцию поведения с помощью ролевых игр, позволяющих избежать или свести к минимуму появление у детей глубокого внутреннего конфликта, неадекватных компенсационных механизмов.

При разработке программ учитывались основные принципы лечебной педагогики:

необходимость индивидуального подхода к каждому ребенку с учетом наиболее сохраненных нервно-психических функций и положительных свойств личности;

соответствие предъявляемых требований, способствующих формированию уверенности в своих силах, эмоционально положительного отношения к занятиям.

Для решения поставленных задач были сконструированы блоки, состоящие из специально организованных методов и приемов. Внутри каждого блока были поставлены дополнительные цели:

- помочь детям лучше узнать себя, свои сильные стороны, развить чувство собственного достоинства, научить преодолевать неуверенность в себе, страх;
- обучать детей конструктивному разрешению конфликтов, умению владеть своими чувствами, умение принимать во внимание чувства другого человека в конфликтных ситуациях;
- наполнить эти занятия атмосферой сотрудничества, взаимного доверия детей друг к другу, детей и взрослых.

Большое количество применяемых упражнений, последовательность и разнообразие способов их использования, их систематичность позволили комплексно воздействовать на формирование психических процессов, дало возможность понять причину затруднений детей в контактах с окружающими.

В качестве организующего, активизирующего, побуждающего и лечебного фактора была использована музыка. С помощью музыкотерапии, музыкального ритма и образов, с помощью музыкальных и игровых импровизаций, телесно ориентированных методик снимались психологические зажимы, подкреплялась выработка тормозных механизмов, воспитывались навыки адекватного группового поведения, социализация ребенка через игру, снималось психоэмоциональное напряжение в группе, и создавалась атмосфера творчества и сотрудничества. Широко использовались разнообразные методы и приемы, в том числе нетрадиционные. Использовалась театральная деятельность, кукольный и пальчиковый театр, психодрама, игры-драматизации.

Отдельный поведенческий блок посвящен работе со сказкой. Сказка способствует объединению взрослого и ребенка, дает им возможность понять друг друга, дает необходимую гамму переживаний, создает особенное, ни с чем не сравнимое настроение, вызывает добрые и серьезные чувства. В сказке эмоция является главным регулятором деятельности ребенка. Сказка в определенной степени удовлетворяет три естественные потребности ребенка: потребность в автономности, потребность в активности, потребность в компетентности

(всемогуществе). Результатом удовлетворения этих потребностей является формирование таких качеств личности, как автономность, которая выражается в стремлении проявить свое личное мнение; активность, которая предполагает способность управлять процессом общения; социальная компетентность, включающая мотивационный компонент (проявление доброты, внимания, сочувствия, сопереживания); когнитивный, связанный с познанием другого человека, способностью понять его особенности, интересы, заметить изменения настроения, эмоционального состояния и т.д.; поведенческий, который связан с выбором адекватных ситуаций, способов общения и поведения и предполагает знание норм и правил общения.

Курс занятий первоначально был апробирован в нескольких группах детей с различными формами психических расстройств. Отмечена положительная динамика в состоянии детей практически во всех группах, наблюдалось уменьшение тяжести невротических реакций. В настоящее время данный курс успешно применяется педагогами ОДПБ. Таким образом, можно сделать вывод о целесообразности и обоснованности применения лечебной педагогики в структуре специализированного лечебного учреждения.

## ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ: КЛИНИКА, ПАТОГЕНЕЗ, РЕАБИЛИТАЦИЯ Говорин Н.В., Злова Т.П., Ахметова В.В.

*Читинская государственная медицинская академия, г. Чита*

Проблема сохранения и улучшения психического здоровья детей является одной из наиболее актуальных в современной клинической психиатрии.

В течение нескольких лет сотрудниками кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Читинской государственной медицинской академии проводилось изучение эпидемиологии, структурных особенностей и патогенетических механизмов развития психических расстройств у детей, проживающих в одном из экологически неблагоприятных районов Забайкалья (г. Балей). Экологическое неблагополучие указанного региона обусловлено комплексом факторов антропогенного (повышенное содержание в почве, воде и воздухе солей тяжелых металлов, высокий уровень альфа-радиоактивности в подземных водах и гамма-радиоактивности – в строениях жилых и административных учреждений) и геохимического характера (Балейский район, как и Забайкалье в целом, является йод- и селен-дефицитной провинцией).

В ходе проведенных исследований выявлено, что у 69 % детей, проживающих в изучаемом экологически неблагоприятном регионе, имеются те или иные психические расстройства, в структуре которых ведущее занимает интеллектуальная недостаточность органического генеза – 36,84 % (задержки психического развития – 28,02 % и умственная отсталость – 8,82 %). Определены особенности структуры экологообусловленных когнитивных нарушений, которые заключаются в неравномерности нарушения отдельных психических функций. Помимо недостаточности предпосылок интеллекта (восприятие, логическое мышление, память, речь), у детей с задержками психического развития (ЗПР), проживающих в изучаемом экологически неблагоприятном регионе, отмечено нарушение психомоторных функций (кинетического, кинестетического и орального праксиса, реципрокной координации движений и т.д.). Нейрофизиологическое обследование, проведенное детям с экологообусловленными ЗПР, выявило увеличение уровня медленноволновой тета- и дельта-активности, что свидетельствует о наличии изменений органического, а не функционального характера, затрагивающего стволово-диэнцефальные структуры головного мозга. Отмечено снижение спектральной плотности бета-2 активности преимущественно в теменно-затылочных зонах коры головного мозга, что отражает нарушения серотонинергической и дофаминергической нейромедиации.

Анализ биохимических показателей выявил у обследованных детей усиление процессов свободнорадикального окисления липидов клеточных мембран на фоне истощения параметров антиоксидантной защиты, а также неспецифические нарушения иммунного гомеостаза (снижение функциональной активности лимфоцитов, дисиммуноглобулинемия). Отмечены

нарушения гормональной регуляции с явлениями гипофункции передней доли гипофиза (снижение секреции тиреотропного, фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов), гонад (снижение секреции тестостерона и прогестерона) и дистиреоза центрального (гипофизарного) генеза.

Объективным подтверждением церебральной направленности выявленных нарушений стало увеличение концентрации в сыворотке крови провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-6 и ФНО- $\alpha$ ), фермента нейронспецифической енолазы, аутоантител к миелин-ассоциированному гликопротеину и фактору роста нервов, что свидетельствует о наличии активно текущего деструктивного процесса в головном мозге. При этом у детей с экологообусловленными задержками психического развития выявлено снижение содержания в сыворотке мозгового нейротрофического фактора, ответственного за рост и дифференцировку нервных клеток (преимущественно мотонейронов).

С учетом выявленных клинико-патогенетических особенностей нами разработан комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий, включающий в себя нейрометаболическую (церебролизин, кортексин), ноотропную (пирацетам, пикамилон или пантогам), сосудистую (кавинтон, циннаризин) и витаминотерапию (витамины группы В и естественные антиоксиданты – витамины А, С и Е). Помимо медикаментозных мероприятий, индивидуально для каждого ребенка была разработана программа психолого-педагогических мероприятий (с участием логопеда, дефектолога и психолога), а также занятия ЛФК, направленные на коррекцию психомоторных навыков. После проведенной терапии отмечена положительная клиническая динамика, которая выражалась как в улучшении интеллектуально-мнестических функций, составляющих клиническую основу ЗПР (восприятие, слухомоторная и зрительная память, речь, логическое мышление, слухомоторные координации, фонематический слух), а также существенном развитии моторных навыков. Отмечены и положительные изменения показателей ЭЭГ в виде увеличения значений спектральной плотности в  $\beta$ -2 полосе частот с наибольшим акцентом в теменно-затылочных зонах коры, что может свидетельствовать об улучшении нейромедиаторных процессов, лежащих в основе когнитивной деятельности.

Сравнительный анализ нейроиммунноэндокринных показателей в процессе терапии также выявил положительные изменения. Отмечено снижение начальных и промежуточных продуктов липопероксидации при увеличении параметров антиокислительной защиты. Выявлена стабилизация неспецифического иммунного реагирования, а также гормональной регуляции функции щитовидной железы и гонад. Также в процессе терапии отмечено уменьшение концентрации аутоантител к миелинассоциированному гликопротеину и фактору роста нервов и увеличение содержания мозгового нейротрофического фактора в сыворотке крови обследованных детей с ЗПР. Таким образом, реализация предложенных реабилитационных мероприятий и активная совместная работа психиатров, психологов и педагогов позволяет значительно улучшить показатели здоровья детского населения и создает реальные условия для предотвращения интеллектуального дефекта.

## ФЕНОМЕНОЛОГИЯ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ

**Елатонцева Н.Л., Когельман Е.Ю.**

*Пензенская областная психиатрическая больница, г. Пенза*

Нервная анорексия представляет собой сознательный отказ от приема пищи, чаще – с целью коррекции внешности в связи с убежденностью в чрезмерной полноте. Это приводит к развитию тяжелых вторичных соматоэндокринных сдвигов, значительному похудению, нередко вплоть до кахексии и наступлению аменореи (как одного из основных клинических проявлений болезни, развивающихся при хронической пищевой недостаточности). В период сформировавшегося синдрома дефицит массы тела составляет от 30 до 50% и более от массы тела до заболевания.

Целью работы явилось изучение 15 больных девочек-подростков с нервной анорексией, пациентов детского отделения ОКБ. Возраст больных 9,5-16 лет. У 13 человек отмечалось истощение до степени кахексии. У 8 больных обращения к врачам не было до наступления прекахексии, 7 человек обследовались у педиатров. Все без исключения девочки социально

благополучные. Образовательный уровень родителей определяется как высокий. Наследственная отягощенность: шизофренией в 1 случае, анорексией в 1 случае, личностной патологией в 1 случае и алкоголизмом в 1 случае. В акушерском и раннем постнатальном периоде в 13 случаях патологии не наблюдалось, в 1 случае – низкое физическое развитие и в 1 – фебрильные судороги. Из соматических заболеваний наиболее часто встречались хронический гастрит и ДЖВП (10 случаев). Пубертатный период у всех девочек был дисгармоническим. Отставание в физическом развитии встречалось в 4 случаях, дисменорея – в 4, опережение в физическом развитии – в 3. У 5 девочек заболевание началось до появления менструаций.

Основную группу составили 9 человек. Это девочки с разносторонними интересами, активные, с развитым чувством долга, хорошо успевающие. В семье они более эгоцентричны, повышено требовательны, нетерпимы. Отмечается некоторая дисгармония между особенностью мышления и чертами инфантилизма в поведении. Другие 6 пациенток имели сочетание стеничных черт характера с астеническими. У всех больных характерологические особенности не достигали патологической выраженности.

Клиническая картина заболевания развивалась одинаково. Поведение больных было одержимо одним стремлением – похудеть, оно подчиняется доминирующей идее, и принимало форму активной систематической борьбы против лишнего веса (искусственная рвота, клизмы, слабительные средства). Все 15 пациенток использовали физические нагрузки. Практически все пациентки стремились готовить пищу и «закармливать» окружающих. В стадии дисморфомании у всех появились черты эксплозивности (раздражительность, нетерпимость, грубое поведение в семье) и аффективная лабильность.

Поступление в стационар связано с нарастающей кахексией, по витальным показаниям. Потеря веса от исходного была от 6 кг до 20 кг, что составило от 15 до 35%. Стадия кахексии наступала через 1,5-2 года от начала заболевания и через 6-8 месяцев от стойкого ограничения в еде. У больных полностью отсутствовала подкожно-жировая клетчатка, кожа была истончена, лишена эластичности, стала шелушащейся, цианотичной. Отмечались повышенная ломкость ногтей, тусклые волосы, кариес зубов, истончение мышц, заеды в углах рта, появление пушковых волос на всем теле (феномен лануго). У 1 пациентки были пролежни в области копчика и потертости в области переносицы. При соматическом обследовании выявлялись патологические изменения внутренних органов: дистрофия миокарда с соответствующими изменениями на ЭКГ (7 случаев), нарушение сердечного ритма в 1 случае. У всех больных выявлены нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, гипотермия, артериальная гипотензия. В 5 случаях наблюдалась аменорея.

В психическом статусе – астения с явлениями раздражительной слабости, эпизодические состояния легкой эйфории. По мере нарастания кахексии эйфория сменялась вялостью, безразличием. На этом этапе болезни отказ от еды обуславливался не только основной идеей похудеть, но и истинным снижением аппетита и страхом перед появлением неприятных ощущений. Активное вмешательство в «систему ограничений» больных часто вызывало реакции протеста. При экспериментальном психологическом исследовании обнаруживался высокий уровень притязаний, лидерские установки. Уровень интеллекта был средним и выше среднего. Нарушений мышления не выявлено.

В отделении проводился расчет потери веса и выраженности кахексии. На первом этапе лечения проводилось восполнение потерянной жидкости и восстановление водно-электролитного баланса. Разрабатывалась индивидуальная диета (дробное 6-кратное кормление) с ежедневным контролем съеденной пищи. Назначались алиментарные дозы инсулина, в 4 случаях до гипогликемических состояний, общеукрепляющая терапия, ферменты, транквилизаторы, антидепрессанты, малые нейрелептики. На всех этапах лечения проводилась психотерапия семьи.

Динамическое наблюдение за данной группой позволило отметить стойкое улучшение у 10 человек. У 4 человек сохранилось особое отношение к пище, что не нарушало их социальной адаптации. В 1 случае течение волнообразное, с повторными госпитализациями.

Таким образом, анализ позволяет высказаться о нервной анорексии как о психосоматическом заболевании со сверхценным характером переживаний, когда идея похудения занимает незаслуженно большое место (синдром дисморфофобии), тесно спаяна с

личностью и определяет поведение. На начальных этапах анорексия доступна коррекции с утратой критики в стадии кахексии, что требует своевременного обращения за специализированной помощью.

## СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ДЕТЕЙ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**Иванова Т.И.**

*Омская государственная медицинская Академия, г. Омск*

В период 2002 –2006 гг. в детских отделениях Омской клинической психиатрической больницы выявлено 326 детей (9,14% от общего числа госпитализированных) с депрессивными расстройствами настроения, среди которых 68,7% мальчиков и 31,3% девочек. Средний возраст детей составил 11,6 лет. Нозологическая принадлежность депрессивного синдрома была представлена: шизофренией и шизоаффективными расстройствами (F 20 – 25); депрессивным расстройством поведения (F92); депрессивными эпизодами (F32); расстройствам адаптации, реактивной депрессией (F43); умственной отсталостью (F70). По нозологической принадлежности было выделено четыре основные группы: депрессия при шизофрении (18,4%), депрессия невротического происхождения (35,3%), депрессивные расстройства настроения на фоне органического поражения ЦНС (32,5%), депрессия, коморбидная с умственной отсталостью (13,8%).

В исследуемой группе у 72 детей (22,08% от общего числа детей с депрессивными расстройствами, мальчики 65,2%, девочки 34,8%) выявлены суицидальные тенденции различной степени тяжести, от минимальных – суицидальные мысли выявленные при клиническом опросе 26,4% (26,4%, (м.–73,7%, д.– 26,3%)), суицидальных высказываний (26,4%, (м.–68,4%, д.–31,6%)), до суицидальных попыток (47,2 %, (м.–58,8%, д.– 41,2%)).

При депрессивных расстройствах настроения в рамках шизофрении, отмечалось 12 (20,1%) случаев суицидальных проявлений, среди которых 5 (41,7%) суицидальных попыток. В данной группе все мальчики, средний возраст которых составлял 11,6 лет. Суицидальные попытки были связаны с выраженной степенью депрессивного расстройства настроения и конгруэнтной основной фабуле депрессии галлюцинаторными расстройствами.

При депрессивных нарушениях невротической природы, выявлено 37 случаев суицидальных проявлений (32,1%, (м.–54,1% , д.– 45,9%)), средний возраст в данной группе 12,6 лет. Суицидальные тенденции ограниченные суицидальными мыслями и высказываниями, выявленные у 16 детей (37,5% и 62,5% соответственно), преимущественно у мальчики (68,8%). Суицидальные попытки отмечались у 21 (56,7%) ребенка и чаще встречались у девочек (57,1%). Суицидальные попытки были связанные с выраженными конфликтами в семье и школе, разлука с родителями, в том числе помещение в органы опеки ( $p < 0,05$ ).

При депрессивных расстройствах на фоне резидуально-органических поражений ЦНС (подтвержденных анамнестическими и инструментальными методами) повышение суицидальных тенденций выявлено у 19 детей (17,9% (м.–78,9%, д.–21,1%)), средний возраст 12,1 год. Большинство детей в этой группе ограничивались суицидальными высказываниями (57,9%), суицидальные попытки отмечены у 8 детей, преимущественно у мальчиков (88,9%). У 50% детей суицидентов данной группы, отмечалась наследственность, отягощенная по суициду. Причиной суицида являлось нарушение адаптации в органах опеки, школьные конфликты ( $p < 0,05$ ).

Суицидальные проявления при детской депрессии, коморбидной с умственной отсталостью, выявлены у двух детей (4,4%), в возрасте 13 лет, и ограничивались суицидальными высказываниями, связанные с тяжелой степенью депрессивных проявлений у детей. Оба ребенка из социально неблагополучных семей (алкоголизации родителей), проживали в органах опеки, где не могли адаптироваться в детской среде.

Таким образом, суицидальному риску, при депрессивных расстройствах настроения, подвержены преимущественно мальчики с невротической природы происхождения снижения настроения, в возрасте 12 +5лет. Среди причин, приводящих к суициду, можно выделить:

глубокое снижение настроения, хронические психо-эмоциональные стрессы в виде конфликтов в семье, школе, с окружающими детьми. Высокий суицидальный риск у детей с депрессивным синдромом указывает на необходимость раннего выявления и лечения данных расстройств, а также дальнейшее изучение особенностей клиники, течения и причин депрессии у детей.

## СИСТЕМНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ КОГНИТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ: «ТОЧКИ ОПОРЫ» И «МЕСТА НАИМЕНЬШЕГО СОПРОТИВЛЕНИЯ»

**Ивашев С.П.**

*Волгоградский государственный медицинский университет,  
ГУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница»  
(Центр психического здоровья детей и подростков), г. Волгоград*

Когнитивные процессы – это фило- и онтогенетически наиболее поздно созревающие психические функции. В системной регуляции деятельности одна из ведущих задач познавательных процессов заключается в построении эффективного алгоритма решения задачи, позволяющего достичь цели с минимальными временными и энергетическими затратами.

По мнению академика К.В. Судакова (1999; 2002, 2003, 2004) системный подход открыл новые перспективы ранней диагностики нарушений психофизиологических функций человека в различных условиях реальной жизнедеятельности. В особенности это касается информационной стороны поведенческих и мыслительных процессов (Александров Е.А., 2000; Василевский Н.Н., Меницкий Д.Н., Зингерман А.М., 1986; Гавриков К.В., 1987; Журавлев Б.В., 1999, 2001; Завьялов А.В., Плотников В.В., Бердников Д.В., 2002; Иванов А.В., 2001; Коган А.Б., 1979; Меницкий Д.Н., 1976; Судаков К.В., 2001, 2002, 2003; Швырков В.Б., 1978, 1982; Умрюхин Е.А., 2002; Чораян О.Г., 1990, 1992; Walker L.L., Halas E.S., 1972; Keidel W.D., 1974 и др.).

Исследование системной организации целенаправленного поведения здоровых людей показало, что актуализация на основе доминирующей мотивации избирательно вовлеченных в интеграцию функциональных элементов представлена иерархией ведущих и соподчиненных информационных паттернов, определяемых системно-информационным комплексом (Ивашев С.П., 2005; Ивашев С.П., Новикова Е.Г., Новикова Ю.Г., 2006).

В детском возрасте когнитивные структуры ещё недостаточно зрелы, чтобы полноценно реализовать функцию отражения пространственно-временного континуума окружающего мира, что, при определённых условиях, может привести к дистрессу. Это доказывает актуальность изучения особенностей мыслительной деятельности в структуре целенаправленного поведения и их учёта в определении подходов к обучению, разработке здоровьесберегающих и здоровьесформирующих технологий.

Целью исследования стало выявление особенностей функциональной организации когнитивных процессов детей в структуре целенаправленного поведения.

Выборку составили 359 человек: 175 детей 10 – 13 лет (в среднем 11,82) и 184 лиц юношеского возраста. Работа функциональной системы интерполяции, экстраполяции времени моделировалась компьютерной программой «Ритмотрон» - имитатором задач преследующего и компенсаторного слежения и произвольной деятельности. Качество системно-информационной регуляции деятельности оценивалось посредством комплекса показателей степени согласованности смежных квантов поведенческих актов, функциональной устойчивостью-лабильностью саморегуляции, спектральными характеристиками «регуляторных осцилляций» динамики целенаправленных поведенческих актов, а также эффективности и надёжности деятельности (Ивашев С.П., 1997).

В ходе статистической обработки данных использовался факторный анализ, сравнение групп осуществлялось по  $t$  – критерию Стьюдента.

Полученные данные показали, что комплексы механизмов, участвующих в системно-информационной регуляции деятельности школьников в сравнении со студентами



характеризуются большей многомерностью, преобладанием роли регуляторных осцилляций. При этом деятельность школьников оказывается более хаотичной, что проявлялось меньшей согласованностью поведенческих актов в ряду их последовательной реализации. В условиях, требующих построения точного прогноза и опоры на него (операции экстраполирующего слежения), снижается устойчивость саморегуляции и существенно ухудшается эффективность деятельности. Примечательно, что если у взрослых параметры ошибок становятся «обучающим фактором» и ведут к повышению эффективности деятельности, то у школьников, напротив – ухудшают её качество.

Условиями деятельности, в которых системная регуляция целенаправленного поведения осуществляется наиболее эффективно и по своей функциональной организации близка к таковой у взрослых, являются условия интерполяции и произвольная деятельность, что, по-видимому, отражает связь описанных когнитивных паттернов с онтогенетическим фактором.

Исходя из полученных результатов, можно говорить о том, что свойственный данному возрастному этапу уровень развития когнитивных функций при определенных условиях не позволяет детям реализовать деятельность также эффективно, как взрослым, что может выступать фактором дистресса. Этими условиями могут быть задачи, связанные, с одной стороны, с необходимостью построения точных прогнозов и опорой на них, с другой – обедненностью или избыточностью информационной среды.

Выявленные особенности системной регуляции деятельности детей могут быть полезны в разработке такой проблемы, как выявление онтогенетических закономерностей информационных факторов формирования как стрессоустойчивости, так и уязвимости в отношении тех или иных психогенных факторов. Кроме того, они могут быть учтены при планировании психопрофилактических и психогигиенических мероприятий в интересах укрепления общего и психического здоровья.

## ВОЗРАСТНЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ФЕНОМЕНОЛОГИИ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХОЗАХ Ивашев С.П.

*Волгоградский государственный медицинский университет,  
ГУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница»  
(Центр психического здоровья детей и подростков), г. Волгоград*

Одним из методологических факторов, повышающих качество клинических решений в практической психиатрии, является типологический подход к установлению связи психопатологической феноменологии с этиопатогенными и сагногенными механизмами заболевания. В этом отношении органические психические расстройства занимают особое место, поскольку лица с психической патологией церебрально-органического генеза традиционно составляют значительную часть в популяции различных слоев населения (Белов В.П., Докучаева О.Н., Демонина Д.П., 1986; Вандыш-Бубко В.В., 1993; 1994; Голант Р.Я., 1940; Голодец Р.Г., 1981; Жисли С. Г., 1965; Пивень Б.Н., 1988; 1995; 1998; Чикин Е.Р., 1995; Bonhoeffer K. 1917; Walter-Buel H., 1973 и др.).

Полученные в ходе предшествующих исследований результаты (Баканов М.Ю., Ивашев С.П., 1998; Ивашев С.П., Баканов М.Ю., Вербина А.В., 1999; Ивашев С.П., Баканов М.Ю., 2000) позволили выявить закономерности динамики синдромов в течении церебрально-органических заболеваний на разных этапах онтогенеза. Вместе с тем становится все более очевидной необходимость более углубленного исследования такого клинического аспекта проблемы, как закономерностей формирования психопатологической картины связанной с возрастом пациента, для дальнейшего решения вопросов взаимосвязи пато- и сагногенетических механизмов при церебрально-органических психозах.

Основой исследования стал клинический анализ собственных наблюдений, а также ретроспекция материалов историй болезни 224 больных с психотическими расстройствами

церебрально-органического генеза. В соответствии с поставленной задачей исследования проведен сравнительный анализ психопатологической феноменологии у пациентов с различным возрастом начала органического процесса и возрастом развития психотического состояния. С учетом особенностей распределения параметра возраста начала заболевания все обследованные лица были подразделены на 4 группы следующим образом: 1-я группа, до 15 лет в количестве 25 человек, 2-я группа (16-35 лет) - 69, 3-я группа (36-55 лет) - 79 и 4-я группа (56-91 год) - 51 пациент. По признаку возраста развития органического психоза обследованные лица были подразделены на 3 группы, соответственно: 1 группа (10-27 лет) в количестве 53 человека, 2 группа (28-52 года) - 88 и 3-я группа (53-91 год) - 83 пациента.

Описание клинической картины психозов сравниваемых групп больных определялось паттерном продуктивных психопатологических феноменов, представленных психотическими и непсихотическими симптомами, а также симптомокомплексами. Помимо этого в постпсихотическом периоде оценивалась глубина негативных нарушений. Выраженность интеллектуально-мнестической патологии определялась в соответствии с уровневыми оценочными диспозициями, которые приведены в Исследовательских диагностических критериях (ИДК-10). Общее количество симптомов и синдромов, представлявших описание выборок обследованных пациентов составило более 200 наименований.

Выявлены следующие возрастные закономерности психопатологической феноменологии органических психозов. Развитие церебрально-органического процесса на ранних этапах онтогенеза в большей степени определяет появление такой негативной симптоматики, как эмоциональное обеднение, а манифестация психоза с возрастом в большей мере предопределяет нарастание гипобулических явлений. Примечательно, что дефицитарные расстройства эмоций относительно редко наблюдались во второй возрастной группе (16 - 35 лет). К числу «нелинейных» закономерностей синдрообразования в зависимости от возраста инициальных проявлений заболевания можно отнести зрелую группу пациентов (36-55 лет). По сравнению с «соседними» возрастными когортами этому периоду жизни пациентов в меньшей мере свойственна реакция мозга на болезнь в виде психотической симптоматики.

Молодому возрасту как инициальных проявлений, так и манифеста церебрально-органического психоза более характерны явления деперсонализации, галлюцинаторные, галлюцинаторно-параноидные психопатологические феномены, различные страхи. Им менее свойственны картины тоскливого аффекта, эпизоды помрачения сознания, неврозоподобные расстройства.

Следует также отметить фазовый характер связи депрессивного бреда с возрастом инициальных проявлений церебрально-органического процесса. В частности, это нашло отражение в относительном преобладании идей самообвинения, самоуничужения и греховности в группе детей и подростков и у зрелой когорты лиц. Вероятно, немаловажную роль в формировании подобного рода психопатологической феноменологии могут играть недостаточность позитивной Я-концепции в периоды пубертатного криза и «кризиса средних лет». В свою очередь минимальная представленность депрессивного бреда у молодежи и лиц преклонного возраста может быть связана, с одной стороны, с наиболее активной реализацией личностью ранее намеченных планов, а, с другой, - с наступлением стадии переосмысления итогов жизни либо в форме эгоинтеграции, либо путем формирования экстрапунитивной мотивации.

Примечательно, что если инициальные проявления органических заболеваний головного мозга развивались у детей и подростков, а также зрелых лиц, то это приводило к формированию предпочтительно неглубоких, тогда как самой старшей группе больных – наиболее выраженных форм психоорганического симптомокомплекса. Последнее также можно отнести и фактору возраста манифестации психоза.

Результаты исследования могут быть использованы в качестве методологического подхода при анализе структуры заболеваемости и болезненности регионе для дифференцированного планирования объемов оказания психиатрической помощи в зависимости от распределения характера психопатологической феноменологии у различных возрастных когорт пациентов.

## ЛЕЧЕНИЕ ТИКОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ

### Игнатова Г.В.

*ГУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница»  
(Центр психического здоровья детей и подростков), г. Волгоград*

В ВОДКПБ физиотерапевтическое лечение назначается дети с различными психическими и сопутствующими соматическими заболеваниями. Оснащение кабинета физиотерапии позволяет в полном объеме использовать все виды физиотерапевтического лечения: электролечение, светолечение, в том числе лазеротерапия, магнитотерапия, массаж, лечебная гимнастика.

В одном из отделений получают лечение дети с пароксизмальными состояниями. Среди таких состояний выделяются тиковые гиперкинезы. Тики являются актуальной проблемой, распространенность которых среди детского населения достигает 6%. Заболеванию сопутствуют когнитивные нарушения, двигательные стереотипии, диссомнии, тревожные и обсессивные расстройства. В статье «Клиническая систематизация тиков у детей» В.П.Зыков, обобщает определение этого гиперкинеза, данное различными авторами. Тик - это внезапное, отрывистое, стереотипное движение в результате сокращения различных мышц, напоминающее произвольное, распространяется на несколько мышечных групп, возможны имитация и самоконтроль гиперкинеза со стороны больного. Клиническую картину дополняют паратики (открывание рта, облизывание губ, прикусы ногтей и т.д.), синдром ММД, неврозоподобный синдром.

Основным фактором, провоцирующим тики у детей, является стресс(64%). Доминирует школьный адаптационный стресс. Наиболее частой стрессовой ситуацией, при которой ребенок должен адаптироваться к новым условиям и занятиям, была смена коллектива: детский сад-школа. Среди других стрессовых ситуаций видное место занимали разлука с одним из родителей в результате распада семьи, внезапный испуг. Респираторные инфекции могут быть провоцирующим фактором, тики проявляются, как правило, после перенесенных бронхитов, тонзиллитов и ринитов. У ряда больных первые и повторные тики возникают после длительной умственной перегрузки и дополнительных занятий, которую можно рассматривать, как хронический стрессовый фактор; черепно-мозговая травма может дать толчок к развитию тиковых гиперкинезов. Гиперкинезы провоцируются занятиями на персональном компьютере, просмотром телевизионных передач, эмоциональными переживаниями.

Лечение тиков комплексное с использованием медикаментозной терапии, психотерапии, физиотерапии и социотерапевтических мер, направленных на социально-психологическую коррекцию

В кабинете физиотерапии наряду с обычными методиками, которые используются при тиковых гиперкинезах, (электрофорез на воротниковую зону с лекарственными веществами, электросон, массаж) применяли лазерную терапию. Лазерное воздействие низкой интенсивности обеспечивает повышение энергетики нейроцитов и их биопотенциала, корригирует ритмическую активность. Оно обладает седативным, анксиолитическим, умеренным снотворным, спазмолитическим и антиконвульсантным эффектами.

Лазеротерапия назначалась при локальных тиках (по тяжести: единичные и серийные), а также при распространенных тиках (по тяжести единичные). Лечение проводилось на фоне приема лекарственных веществ, психотерапии, а также препаратов антиоксидантов – «Аевит», «Декамевит».

В практике использовали методику надвенозного воздействия импульсным низкоинтенсивным лазерным излучением в сочетании с магнитным полем (насадка в 25 мТл.).

Проанализированы 13 историй болезней детей в возрасте 6-16 лет, обоего пола, страдающих тиками. Использовались истории болезни как тех детей, которые прошли лазеротерапию, так и тех, кто не получали лечение. Из историй болезни брались данные о подсчете количества тиков за 20 минут активного наблюдения с периодичностью в семь дней. Эти данные обработаны и представлены на рис.1.

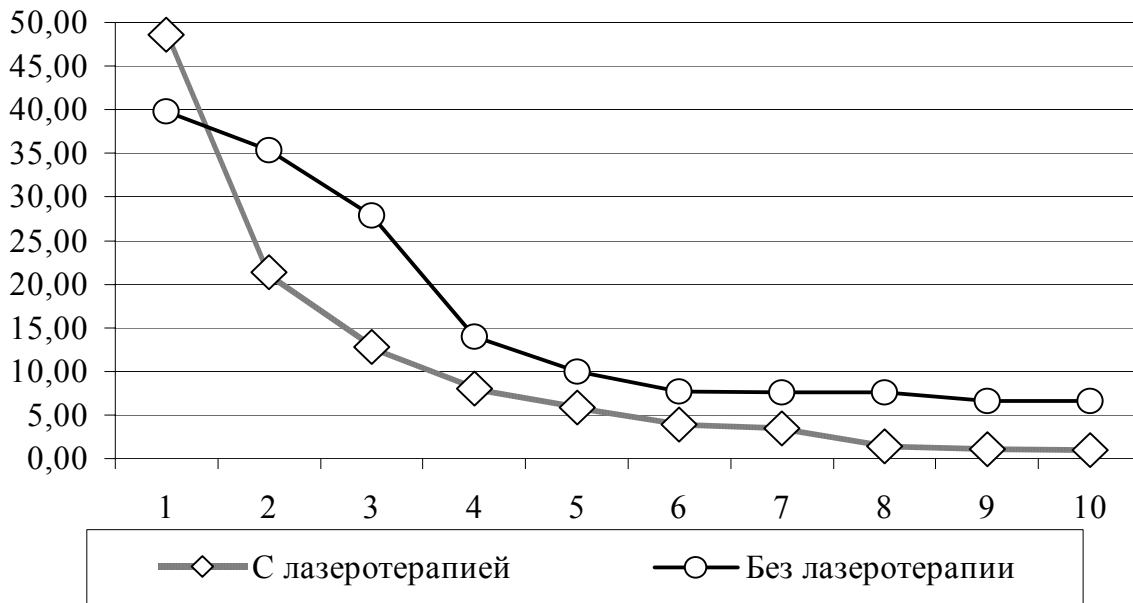


Рис. 1 Сравнительная характеристика динамики редукции тиков (количество тиков, подсчитанных за 20 минут) в стандартных условиях лечения и терапии с использованием надвенного воздействия импульсным низкоинтенсивным лазерным излучением в сочетании с магнитным полем. На горизонтальной оси отложены порядковые номера измерений (всего – десять), на вертикальной – количество тиков. График представлен двумя нисходящими линиями, имеющими экспоненциальную направленность, которые отражают динамики изменений количества тиков с течением времени. Одна линия построена по данным исследования у детей, прошедших лазеротерапию (линия 1), другая у детей, не прошедших лазеротерапию (линия 2).

Выводы:

- 1) Динамика уменьшения количества тиков при применении лазеротерапии выше, чем при ее отсутствии, во-вторых, конечный показатель количества тиков ниже у детей, подвергшихся лечению лазером.
- 2) Данное исследование носит предварительный характер. В дальнейшем, для получения более точных результатов, представляется необходимым провести более детальное и расширенное исследование (необходимо разбить исследуемую выборку на однородные группы в зависимости от этиологии тиков, кроме того, необходимо существенно увеличить выборку).

## ВЛИЯНИЕ МУЗЫКАЛЬНЫХ И ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ МЕТОДИК НА ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ АДЕКВАТНОГО ГРУППОВОГО ОБЩЕНИЯ

**Исупова Н.В.**

ГУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница»  
(Центр психического здоровья детей и подростков), г. Волгоград

Практически у каждого ребенка в определенные моменты его жизни возникают некоторые затруднения, связанные с общением. Задача взрослых помочь ребенку пройти сложный, но необходимый путь к беспроblemному общению. Это важно особенно в наше время, когда нагрузки на детей растут, а возможности для эмоциональной или двигательной разрядки становятся меньше.

Умению общаться без конфликтов и стеснения можно обучать ребенка на коррекционно-развивающих занятиях с помощью специальных упражнений, направленных на преодоление замкнутости, пассивности, осознание своих эмоций, развитие умения адекватно

выражать свои эмоции, формирование внимательного, доброжелательного отношения к людям и друг другу.

Для достижения поставленных задач на данных занятиях педагоги Центра широко используют разнообразные методы и приемы. Самым действительным и организующим вспомогательным средством общения на этих занятиях является музыка. В.М. Бехтерев считал, что с помощью музыкального ритма можно установить равновесие в деятельности нервной системы ребенка, умерить слишком возбужденные темпераменты и растормозить заторможенных детей, урегулировать неправильные и лишние движения. Делая музыкальный ритм организатором движения, можно развить у детей внимание, память, внутреннюю собранность. Ритмические задания помогают вовлекать, активизировать и пробуждать интерес к деятельности вообще «Конвейерный» принцип отдельных упражнений представляет собой прием втягивания в общее дело трудных, негативистически настроенных детей. С помощью музыкальных игр возможно снятие психоэмоционального восприятия в группе, воспитание навыков адекватного группового поведения, безусловного приятия (ситуационного) роли лидера или ведомого, т.е. социализация ребенка через игру.

На своих занятиях мы используем одну из методик Юты Брюкнер, Ингрид Медеракс и Кристель Ульбрих, описанную в книге «Музыкотерапия для детей». Целью данной методики является распознавание основных эмоций.

Она состоит из четырех занятий с постепенным усложнением заданий. Имитация детьми различных эмоциональных состояний имеет психопрофилактический характер.

Во-первых, активные мимические и пантомимические проявления чувств помогают предотвратить перерастание некоторых эмоций в патологию.

Во-вторых, благодаря работе мышц лица и тела обеспечивается активная разрядка эмоций. Это особенно важно потому, что в силу своих возрастных особенностей дети часто не осознают своих «психических заноз».

В-третьих, у детей при произвольном воспроизведении выразительных движений происходит оживление соответствующих эмоций, и могут возникать яркие воспоминания о неотрагированных ранее переживаниях, что имеет значение для нахождения первопричины нервного напряжения у некоторых детей.

Для психического здоровья необходима сбалансированность эмоций, поэтому при воспитании эмоций у детей важно не просто научить их стимулировать себя в процессе волевого действия с помощью положительных эмоций, но и не бояться отрицательных эмоций, неизбежно возникающих в процессе деятельности, творчества, потому что невозможно представить себе какую-то деятельность без неудач, без ошибок и срывов. Разбалансировка чувств способствует возникновению эмоциональных расстройств, приводящих к отклонению в развитии личности ребенка, к нарушению у него социальных контактов.

Интересные положительные результаты дают в работе с детьми телесно-ориентированные методики. Техника невербальных методик дают возможность побыть в разных эмоциональных состояниях, прислушаться к своим ощущениям в движении и чувствам, учат взаимодействию друг с другом нетрадиционными способами. Танцевальные и музыкально-пластические упражнения меняют привычную пластику тела, снимают мышечные зажимы и вызывают перемены в чувствах, эмоциях через принятие своего тела и себя как личности за счёт приобретения перцептивно-моторных навыков.

Основой заданий является импровизация, пробуждается творчество, поиск, самостоятельность, развивается умение планировать своё поведение, адекватно реагировать и взаимодействовать. Двигательное взаимодействие развивает самосознание, исследуются альтернативные модели поведения, что приводит к положительным поведенческим изменениям, более эффективному общению.

Телесно-ориентированные методики обладают большим диапазоном средств, но главные из них – это музыка и движение. Они дают детям чувство успешности, радость осознание своего тела и радость творчества.

## ЭТАПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И НАРУШЕНИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ

**Калачева И.О., Карнаухова Е.Н.**

*ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», г. Москва ДПБ №6, г. Москва.*

В дошкольном отделении (4-7лет) на протяжении длительного времени проводится комплексная реабилитация больных с задержкой психоречевого развития и гиперкинетическим синдромом. В течение года лечение проводится 200-250 пациентам.

Больные поступают одномоментно, курс лечения длится 45 дней, который можно условно разделить на этапы.

*1 этап* - диагностический и является одним из основополагающих. В течение недели с момента поступления проводится обследование психиатром, дефектологом, логопедом, психологом, при необходимости большинству детей проводится ЭЭГ, ЭХОЭГ, РЭГ. для уточнения и выбора наиболее дифференцированной и адекватной терапии. Этот период является наиболее объективным, т.к. определяет дальнейшую программу реабилитации.

На этом этапе проводится предварительная диагностика, адаптация детей и разработка наиболее оптимальных методов с учетом психопатологических и речевых расстройств.

*2 этап* состоит из ежедневных занятий с логопедом как групповых, так и индивидуальных (группа состоит из 2-3 детей). В процессе занятий с учетом когнитивных, речевых и нарушений поведения индивидуально подбираются медикаментозные, логопедические, психотерапевтические приемы и занятия с дефектологом и психотерапевтом, как в группе, так и индивидуально. Проводится семейная психотерапия – разъяснительная, корригирующая семейные отношения, особенно в отношении ребенка. Наиболее показательным являются приглашение родителей на логопедические занятия, во время которых логопед наглядно демонстрирует речевые нарушения и возможности их коррекции.

*3 этап* наиболее продолжительный, включает основную комплексную реабилитационную программу, в процессе длительного динамического наблюдения уточняется диагноз и прогноз, закрепляются полученные навыки и знания.

Диагностически все пациенты распределялись следующим образом - в 70 % наблюдений отмечалось недоразвитие речи 2 уровня (ОНР 2), сложная дислалия, аграмматизмы, бедный словарный запас в основном бытового уровня, короткие фразы, трудности при пересказе картинки из 3-х частей. Когнитивные расстройства характеризовались преобладанием конкретного мышления над логическим, трудностями, как в порядковом счете, так и в счетных операциях в пределах 5-7. Отмечалась плохая память, рассеянное внимание, непонимание более сложных заданий, отвлекаемость, быстрая утомляемость, низкая работоспособность.

В 60% наблюдений наряду с когнитивными и речевыми расстройствами отмечался гиперкинетический синдром, проявляющийся в чрезмерной активности, двигательной расторможенности, наличием реакций активного и пассивного негативизма. У них отмечалась аффективная лабильность, дисфорические расстройства с угрюмостью, упрямством, агрессивностью по отношению к сверстникам. Эти проявления усложняли клиническую картину, при этом лечебные мероприятия не ограничивались психотерапевтическими приемами, а требовали более активного медикаментозного лечения.

Учитывая, что большинство пациентов имели раннюю резидуальную церебрально-органическую недостаточность, назначалась сосудистая дегидратационная терапия, а также применялись ноотропы – продолжительность курса и препараты подбирались индивидуально. При наличии гиперактивности применялись нейролептики (сонапакс, неулептил, галоперидол) в малых дозах.

В 17% случаев наряду с гиперкинетическим синдромом и расстройствами речи наблюдались проявления атипичного аутизма в виде отдельных стереотипий, эхололий, отсутствие контактов со сверстниками и трудностями контактов с взрослыми. В этих случаях хороший эффект отмечен при лечении этаперазином или галоперидолом. Этиологией когнитивных и речевых расстройств помимо ранней церебрально-органической недостаточности, являлась социально-педагогическая запущенность вплоть до эмоциональной

депривации в раннем возрасте. Как правило, пациенты нуждались в повторных курсах лечения и динамическом наблюдении.

Менее благоприятный прогноз был в отношении больных с гиперактивностью, а также при атипичном аутизме.

Результатом проведенного комплексного медико-педагогического лечения в большинстве случаев наступала положительная динамика, речевых расстройств и нарушений поведения. Гиперкинетические расстройства требовали более длительного лечения с применением психофармакотерапии, психотерапии, в том числе семейной.

Атипичный аутизм имел неблагоприятный прогноз, при данной форме требовалась длительная терапия (в основном психофармакотерапия) и динамические наблюдения психиатра.

Таким образом, проведенное исследование дает основания для обоснования реабилитационной программы с учетом дифференциальной диагностики, особенностей клинической картины и индивидуальных особенностей больных и их социальных условий.

## МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СТРАТЕГИИ МЫШЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ

**Каримуллина Е.Г., Маняткина Н.В.**

*МГППУ, г. Москва*

Любое сопровождение и коррекция строится на комплексном подходе к проблеме, где неотъемлемой частью является адекватный набор диагностических методов, который поможет глубже понять проблемы больного и подобрать методы лечения.

Проблема мышления является актуальным вопросом как в психологических, как и в психиатрических исследованиях. В нашем исследовании мы делаем акцент на исследовании стратегии мышления, как динамической характеристике, а именно его вербальном или образном компоненте. Исходным моментом в создании данного комплекса методик послужили многочисленные экспериментальные данные о соотношении вербального и образного мышления в связи с характеристиками профиля латеральной организации мозговых процессов. Принято считать функцией левого полушария оперирование вербально-знаковой информацией, правого полушария – оперирование образами, преимущественно перцептивными формами знаний. Относительное доминирование лево- или правополушарного мышления определяет психологические особенности человека. Способ обработки информации, исследовательские стратегии при выполнении заданий определяют его когнитивный стиль. Выделение доминирования образной или вербальной стратегии имеет большое значение, как для диагностики когнитивной сферы, так и для анализа причин возможных трудностей в обучении и подборе адекватных методов для развития. Интересно проследить, как стратегия мышления у одного и того же человека проявляется при работе со стимулами разной модальности (зрительными, слуховыми и тактильными) и проследить связь стратегии мышления с профилем латеральной организации мозга.

Методика (вербальный вариант) для определения соотношения между сигнальными системами, основанная на классификации понятий по «мыслительному» и «художественному» типу. Испытуемому предлагались карточки с набором слов, которые нужно было разложить на три группы по три слова так, чтобы в каждой группе было что-то общее. По результатам группировок слов определялось преобладание работы той или иной сигнальной системы. Были возможны три варианта группировок, а именно с доминированием вербальной стратегии, с доминированием образной стратегии и беспорядочная группировка слов. Если испытуемый мог решить задачу первым и вторым способом, то это расценивалось как показатель равновесия систем. Методика состоит из 10 наборов слов, что позволяет проследить устойчивость в выборе стратегии. Пример: небо, земля, море, корабль, комбайн, самолет, хлебороб, летчик, моряк

Методика на исследование соотношения образного и вербального мышления в зрительной модальности представляет собой набор из 10 карточек. На каждой из карточек изображены по 4 картинки. Испытуемому дается инструкция: «Посмотри внимательно на эти картинки. Скажи, какая картинка лишняя? Почему?». В каждом случае выделить лишнюю

картинку можно двумя способами. Например, на карточке изображены: мяч, конькобежец, лыжи, коньки. Если испытуемый выбирает лишней картинкой мяч, то это свидетельствует о преобладании образности в исследовательской стратегии (остальные картинки относит к зиме и зимним видам спорта). Если лишней картинкой выбирается конькобежец, то проявляется вербальная стратегия мышления (картинки делятся на живое и неживое).

Методика на исследование соотношения образного и вербального мышления в слуховой модальности заключается в предъявлении ребенку на слух четыре слова или словосочетания. Испытуемому дается инструкция: «Послушай внимательно. Скажи, какое слово или словосочетание лишнее? Почему?». В каждом случае выделить лишнее слово можно двумя способами. Например, ворона, перья, попугай, комар. Если испытуемый выбирает лишним слово «комар», то это свидетельствует о преобладании образности в исследовательской стратегии (остальные слова относит к птицам). Если лишним словом выбирается «перо», то проявляется вербальная стратегия мышления (картинки делятся на живое и неживое). Испытуемому предъявляется 10 проб с целью проследить устойчивость стратегии.

Тактильный вариант методики заключается в исследовании тактильным способом трех предметов. Исследование предметов проводится в ситуации невозможного зрительного подкрепления полученной тактильным способом информации. Испытуемому дается инструкция «Сейчас ты ощупаешь три предмета. Будь внимателен. Скажи, какой среди них лишний? Почему?» В каждом случае выделить лишний предмет можно двумя способами. Например, ребенку дается деревянный куб, деревянный шар и шар из резины. Если лишним предметом выделяется шар из резины (остальные предметы объединяются по признаку твердости), то доминирующей считается образная стратегия с опорой на тактильные признаки. Если лишним предметом выделяется деревянный куб (остальные предметы объединяются по признаку формы), то доминирующей считается вербальная стратегия с опорой на свойства предметов.

Таким образом, определение стиля решения мыслительных задач по типу образности или вербальности в разных модальностях (зрительной, слуховой, тактильной) с профилем латеральной организации помогает глубже понять психологические особенности больного, его способы обработки информации и исследовательские стратегии. Получены предварительные данные по применению методики в работе как с нарушениями развития, так и с возрастной нормой.

## ОПЫТ НЕЙРОМЕДИАТОРНОЙ ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКАМИ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

**Колмач И.Л., Добровольский А.П., Новожилова Т.Ф.**

*ООО «АТКОМЕД», Окружной детский медико-социальной помощи при наркологическом диспансере №14, г. Москва*

Применяемый нами метод – метод нейромедиаторной терапии (НМТ) с использованием глутаматергической системы аминокислот, которые участвуют в реализации ассоциативных, эмоциональных, вегетативных и других функций ЦНС показал их высокую эффективность в лечении детей с различной степенью задержек психоречевого развития.

В НМТ наиболее широко используются нейромедиаторы (аминокислоты), которые воздействуют на глутаматергическую систему или систему возбуждающих аминокислот (ВА). Связано это с тем, что данные соединения выполняют не только медиаторную роль, но и являются важнейшими компонентами промежуточного метаболизма в ЦНС. Исследования показывают, что глутаматергическая система влияет на нейрональную пластичность и механизмы памяти, на процессы интегративной деятельности мозга. Помимо этого отмечено воздействие этих веществ на усиление «энергетических» возможностей нейронов мозга (увеличивают активность АТФ-зависимых ферментов в митохондриях, в частности  $\text{Na}^+/\text{K}^+$  - АТФаз, которые поддерживают мембранный потенциал клетки) и, вследствие этого, способствуют улучшению внимания, памяти и других когнитивных функций (скорость запоминания и переработки информации).



Для этого вида терапии использовались БАДы (биологически активные добавки) – «Атковин», «Ливатком», «Бреинкол» в виде смесей с повышенным содержанием глутаматергической системы и других аминокислот. Курс проводимой терапии составлял от 4 до 6 недель.

Курсовое лечение было проведено у 32 детей с разной степенью задержки психоречевого развития различного генеза в возрасте от 5 до 10 лет. Для определения степени нарушений развития ребенка использовались тесты, оценивающие память, внимание, особенности наглядно-образного и вербально-логического мышления. Оценка динамики состояния детей проводили на основании еженедельного отчета родителей, а также тестовых результатов.

Все дети хорошо переносили проводимую терапию, ни в одном случае не было отмечено побочных эффектов. До лечения характерными особенностями данной группы детей были: ограниченные способности к абстрактному мышлению, сниженная логически-смысловая память, бедность словарного запаса с задержкой формирования фразовой речи, расстройства внимания с повышенной отвлекаемостью, расторможенность в поведении, сложности в общении с окружающими и сверстниками, примитивная или простая игровая деятельность. Со 2-й – 3-й недели приема нейромедиаторной терапии была отмечена положительная динамика в состоянии у детей, которая начала проявляться прежде всего в поведении. Дети стали более спокойными, появились более длительные периоды концентрации внимания, они стали прислушиваться к родителям, выполнять их просьбы. Постепенно увеличилась продолжительность игровой деятельности с усложнением игровой фабулы, появилась более устойчивая тенденция к обучению. Тестовые методики выявили улучшение механической памяти, качества рисунка, мелкой моторики. Однако особых изменений в сфере абстрактного мышления, способностям к суждениям и счетным операциям выявить не удалось.

Таким образом, использование нейромедиаторной терапии (НМТ) эффективно в отношении терапии детей с задержками психоречевого развития как в дошкольном, так и в раннем школьном возрасте. НМТ помогает в улучшении не только поведения детей, концентрации внимания и механической памяти, но и способности к усвоению нового и обучению

## ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С СДВГ, КАК ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ ДЕВИАНТНЫХ И АСОЦИАЛЬНЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ

**Колмач И.Л., Добровольский А.П., Новожилова Т.Ф.**

*ООО «АТКОМЕД», Окружной детской медико-социальной помощи при наркологическом диспансере №14, г. Москва*

Распространенность данного синдрома среди детей школьного возраста, а особенно начальных классов, достаточно высока и колеблется (по данным различных авторов) от 2% до 20%. Эти дети представляют для педагогов особые трудности, когда они приходят в школу. Но гораздо больше проблем с этими детьми возникает по мере их взросления. Они составляют одну из групп риска в плане девиантного и асоциального поведения. В данной работе особо подчеркивается тот фон или «фундамент», на котором в последующем появляются поведенческие нарушения или идет патохарактерологическое формирование личности (Ковалев В.В., 1979).

Обследованы дети (57 человек), в возрасте от 5 до 10 лет, родители которых обратились за помощью в связи с жалобами на плохую успеваемость и поведенческие нарушения (неусидчивость, отвлекаемость, нарушения поведения и дисциплины) в школе.

*Психологическая диагностика* показала определенные особенности у таких детей. У них, как правило, страдает динамический праксис (наблюдается дискоординация при выполнении двигательных проб на реципрокную согласованность рук, плохая двигательная память), выявляются моторные асимметрии, леворукость. Эти дети плохо удерживают инструкцию, быстро утомляются, теряют интерес к заданиям, легко отвлекаются. Заметна инертность, замедленный темп выполнения всех заданий, затруднена концентрация и переключаемость внимания, быстрое нарастание утомляемости при выполнении длительной и

рутинной работы. Однако, уровень интеллекта у этих детей, как правило, не снижен. В подвижных играх они быстро возбуждаются, импульсивны, с трудом останавливаются или переключаются на что-либо другое. Указанные особенности их поведения представляют для педагогов в классе значительные проблемы, т.к. за ними постоянно приходится наблюдать, следить за выполнением заданий.

*Неврологическое исследование* не выявило какой-либо достаточно четкой очаговой симптоматики, за исключением некоторой моторной неловкости при выполнении проб на равновесие и координацию.

*Нейрофизиологическое исследование (ЭЭГ)* показало следующее:

- содержание  $\alpha$ -ритма было низким, отсутствовали зональные различия;
- во всех отделах доминировали медленные волны преимущественно  $\theta$ - $\delta$ -диапазона в передних отделах обоих полушарий (лобные и передне-височные области);
- функциональные нагрузки в большинстве случаев (72%) вызывали билатерально-синхронные всплески медленных волн  $\theta$ - и  $\delta$ -диапазона с достаточно высокой амплитудой (до 300 мкВ и выше) и тенденцией к генерализации. Наиболее выраженными пароксизмальными нарушениями были в передних областях (лобные и передне-височные отделы) правого полушария. Эти данные позволяют предположить органическую природу СДВГ, учитывая также, что у большинства обследованных пациентов в анамнезе отмечалась перинатальная патология, связанная с затяжными родами, асфиксией плода и другими вредностями.

Для коррекции этих состояний нами применялся новый метод терапии - нейромедиаторная терапия (НМТ) в виде курсового приема смесей, направленных на глутаматергическую систему ЦНС, выполняющих роль нейромедиаторов в ЦНС («Атковин», «Ливатком», «Бреинкол»), которые значительно улучшали когнитивные, интеллектуально-мнестические показатели и поведение в данной группе детей. Указанная терапия значительно повышала работоспособность и самостоятельность этих детей при выполнении заданий и уроков, улучшала концентрацию внимания при выполнении домашних заданий, резко снижала отвлекаемость, неусидчивость. В процессе терапии дети становились более управляемыми, прислушивались к замечаниям окружающих, становились послушными, появлялась возможность договориться с ними. Воспитатели, учителя и родители через короткое время отмечают улучшение в поведении детей.

Таким образом, с уверенностью говорить о том, что проводимая терапия способствовала адаптации этой группы детей, улучшала когнитивные процессы, значительно уменьшала выраженность органических изменений на ЭЭГ. Улучшая адаптационные возможности данной группы детей, проводимая терапия позволяет резко уменьшить риск развития поведенческих нарушений и тем самым способствует ранней профилактике и предупреждению девиантного и асоциального поведения.

## ОСОБЕННОСТИ СОСУДИСТО-ТРОМБОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

**Кокарева Т.С.**

*ГЛПУ Кировская областная клиническая психиатрическая больница  
им. В.М. Бехтерева, г. Киров*

Исследование биологических процессов при шизофрении всегда занимало значительное место в отечественной психиатрии. Это обусловлено как с изучением этиопатогенеза данного заболевания, так и поиском возможных биологических маркеров шизофрении, помогающих при проведении диагностики.

Многолетние исследования в области психиатрии позволили накопить значительный экспериментальный материал, свидетельствующий о существенных особенностях биологических сред больных. В клиническом обследовании значительный удельный вес занимает исследование биологических жидкостей (кровь, моча, спинномозговая жидкость). Изучение системы крови у больных шизофренией выявили патологические сдвиги в их организме, часть из которых имеет значение в формировании клинической картины

заболевания. Однако в настоящее время имеются разрозненные сведения о нарушениях гемостаза при шизофрении. Кроме того, эти данные в основном относятся к патологии взрослого возраста.

Целью данного исследования явилось изучение показателей сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза у детей и подростков, больных шизофренией в период обострения.

Обследовано 12 детей и подростков мужского пола с обострением шизофрении. Контрольную группу составили 25 здоровых доноров. Всем больным проведено комплексное клинико-психопатологическое и клинико-лабораторное обследование в условиях психиатрического стационара до применения психотропных препаратов.

Для изучения показателей гемостаза использовали венозную кровь, стабилизированную 3,8% раствором цитрата натрия в соотношении 9:1, взятую в пробирки системы VACUETTE. Агрегационную способность тромбоцитов оценивали в обогащенной тромбоцитами плазме с количеством клеток 200-300x 10<sup>9</sup>/л с помощью лазерного анализатора агрегации «BIOLA». В качестве индукторов агрегации использовали АДФ 2,5 мкг/мл, адреналин 2,5 мкг/мл, коллаген 2 мг/мл фирмы «Технология Стандарт».

При оценке агрегационных свойств тромбоцитов наиболее выраженные изменения установлены с АДФ и адреналином. При использовании оптимальной дозы АДФ (2,5 мкг/мл) патологические агрегатограммы были зарегистрированы у 9 (75%) обследованных. Из них у 6 пациентов выявлено достоверное снижение степени индуцированной агрегации без изменения характера кривой, а у остальных - угнетение второй волны агрегации, усиление дезагрегационной активности кровяных пластинок.

При анализе адреналин-индуцированных агрегатограмм патологические кривые зарегистрированы у 8 (67%) больных. Отмечено достоверное снижение степени агрегации и уменьшение размера среднего радиуса агрегатов. У 2 пациентов ответ тромбоцитов на введенный стимулятор практически отсутствовал. Нормальная агрегационная способность была установлена лишь у 3 (25%) обследованных детей.

Результаты исследований указывают на возможные нарушения в системе первичного звена гемостаза, что свидетельствует о склонности к геморрагическим проявлениям детей и подростков, больных шизофренией. Представляет интерес дальнейшее детальное обследование с изучением степени нарушений сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного звена гемостаза.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ СИНДРОМА ВЕСТА СОВРЕМЕННЫМИ АНТИКОНВУЛЬСАНТАМИ

**Краева Л.С., Гребенюк О.В., Алифирова В.М.**

*Областная детская больница, Кафедра неврологии и нейрохирургии  
ГОУ ВПО СибГМУ, г. Томск*

Синдром Веста (СВ) относится к эпилептическим энцефалопатиям детского возраста, при которых эпилептиформная активность на ЭЭГ ведет к прогрессирующей психоневрологической дисфункции. СВ является возраст-зависимым синдромом с дебютом на первом году жизни. Частота заболевания составляет 24-42 на 100 000 новорожденных (Jeavons, Livet, 1992). В 60% случаев страдают мальчики. СВ подразделяется на криптогенные и симптоматические формы. Диагностическими критериями синдрома являются особый тип эпилептических приступов - инфантильные спазмы, характерные изменения на ЭЭГ в виде гипсаритмии и задержка психомоторного развития.

Актуальность проблемы изучения СВ определяется его достаточно высокой частотой, до 9% среди эпилептических синдромов в популяции детей раннего возраста (Riikonen с соавт., 1996), полиэтиологичностью, тяжестью течения, высоким процентом трансформации в другие эпилептические синдромы, сопровождающиеся глубокой инвалидизацией.

Целью исследования явилось изучение эффективности лечения СВ современными антиконвульсантами.

В течение 4 лет проведено наблюдение за 20 пациентами с СВ, наблюдавшимися в Детском диагностическом центре Областной детской больницы г. Томска. Всем пациентам проводилось исследование неврологического статуса, магнитно-резонансная томография головного мозга, электроэнцефалографическое (ЭЭГ) обследование в динамике.

В группу наблюдения вошли 8 мальчиков (40%) и 12 (60%) девочек. У 17 человек (85%) заболевание дебютировало раньше 5 месяцев жизни и только у 3 человек (15%) позже. Среди обратившихся 10 детей проживало в городе Томске, а 9 в сельской местности (из них 4 человека в отдаленных северных районах области). Криптогенная форма СВ была диагностирована у 4 человек (20%), симптоматическая - у 16 (80%). Ведущими этиологическими факторами явились: перинатальные гипоксически-ишемические поражения - у 7 человек (35%), постнатальные гипоксически-ишемические поражения (операция по поводу врожденного порока сердца) - у 1 ребенка (5%), перинатальные внутричерепные кровоизлияния - у 3 пациентов (15%). Внутриутробные инфекции были диагностированы у 1 ребенка (5%), различные дисгенезии мозга (агирия, шизэнцефалия) - у 4 человек (20%).

Клинически заболевание проявлялось эпилептическими приступами в форме инфантильных спазмов, приуроченных к пробуждению. У всех пациентов инфантильные спазмы группировались в кластеры от 4 до 20 спазмов в серии, по 3 - 10 «кластерных атак» в сутки. Флексорные спазмы встречались у 10 больных (50%), экстензорные - у 2 (10%), смешанные (флексорно-экстензорные) - у 8 человек (40%).

Все дети с криптогенным СВ и 5 пациентов с симптоматической формой заболевания до дебюта инфантильных спазмов имели соответствующее возрасту психомоторное развитие. В 12 случаях (60%) при симптоматическом СВ была задержка психомоторного развития с раннего возраста, прогрессирующая после дебюта заболевания. Изменения в неврологическом статусе у пациентов с симптоматическими формами СВ были представлены атаксией (6 случаев), хореоатетозом (3 случая), гидро- и микроцефалией (9 случаев), геми- и тетраплегиями (9 случаев), а также нарушениями зрительной функции в виде нистагма, расходящегося и сходящегося косоглазия, слепоты (12 случаев). При симптоматической форме СВ методами нейровизуализации были изменения в виде шизэнцефалии, агирии, атрофии коры лобных долей, внутренней гидроцефалии, перивентрикулярных кист, очагов гипоксического поражения, лейкодистрофии и глиоза в коре головного мозга.

При проведении ЭЭГ до назначения терапии антиконвульсантами у всех пациентов отмечалась гипсаритмия - непрерывная генерализованная высокоамплитудная медленная и гиперсинхронная активность с острыми волнами, спайками и спайк - волнами.

В качестве базового препарата при лечении СВ применялись соли вальпроевой кислоты в дозах от 50 до 100 мг/кг/сутки. При назначении вальпроатов у всех пациентов отмечалось сокращение числа приступов в атаке и количества атак до 2-5 в сутки. В одном случае у пациента с криптогенной формой на монотерапии конвульсофином наступила ремиссия.

Дополнительно к основной терапии 2 ребенка получали вигабатрин (сабрил) в дозах до 100 мг/кг/сутки с положительным эффектом: в одном случае наступила ремиссия, в другом значительное сокращение частоты приступов.

У 9 пациентов проведен курс гормональной терапии препаратом синактен-депо. В двух случаях наступила стойкая ремиссия, у остальных пациентов произошло значительное сокращение частоты приступов.

В настоящее время у 2 пациентов из наблюдаемой группы констатирована стойкая ремиссия и они не получают терапию антиконвульсантами. Трое детей находятся на монотерапии вальпроатами в дозах 45-90 мг/кг/сутки, остальные дети получают политерапию в виде сочетания вальпроевой кислоты с топамаксом, ламикталом и кепрой. У всех пациентов удалось добиться сокращения числа приступов.

Таким образом, по результатам катamnестического прослеживания у 9 пациентов (50%) из наблюдаемой группы наступила полная ремиссия, у 4 (22,2%) произошла трансформация СВ в резистентную симптоматическую парциальную эпилепсию, еще у 4 (22,2%) - в синдром Леннокса-Гасто. У 1 пациента в возрасте 9 месяцев сохраняются инфантильные спазмы. Двое детей выбыли из группы в связи со сменой места жительства. Ремиссия наступила у всех детей с криптогенными формами, а среди симптоматических форм у больных с наименее тяжелыми

поражениями и рано начатым и интенсивным лечением с применением современных антиконвульсантов.

Полученные результаты показали, что ранняя диагностика и своевременно начатое адекватное лечение СВ с применением современных противоэпилептических препаратов способствуют наряду с другими факторами благоприятному прогнозу, позволяют добиться ремиссии или значительного сокращения числа приступов.

## ОБ ОДНОМ ИЗ ВАРИАНТОВ ПУБЕРТАТНОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ПСИХОПАТИИ

**Крылова Е.С., Бебуришвили А.А.**

*Научный Центр Психического Здоровья РАМН, г. Москва*

Депрессивные фазы, чаще всего манифестирующие в юношеском возрасте, по мнению большинства исследователей, наиболее опасны в плане декомпенсации личностной патологии и представляют наибольшие трудности в разграничении их с пубертатным кризовыми проявлениями свойственными этому периоду. Одним из таких диагностически сложных состояний при пубертатной декомпенсации психопатии являются так называемые метафизические депрессии (Ziehen T.G., 1924; Дубницкий Л.Б., 1977; Владимирова Т.В., 1986; Крылова Е.С., 2004). В клинической картине этих состояний при наличии депрессивной триады доминирующими являются сверхценные пессимистические размышления о бессмысленности собственного и/или человеческого существования в целом, и тесно связанные с ними идеи о сущности смерти и правомочности самоубийства, носящие характер депрессивного мировоззрения.

Настоящее исследование основано на детальном клинико – психопатологическом обследовании 44 больных мужского пола, перенесших в возрасте 16 – 25 лет декомпенсацию психопатии в форме метафизической депрессии, у большинства (88,6%) соответствовавших средней степени тяжести по шкале HDRS. Наиболее часто данные состояния развивались у личностей из круга истерошизоидов (47,7%), стеничные шизоиды составили 15,9%, сензитивные шизоиды – 13,6%, истерический тип – 11,4%, мозаичные шизоиды – 6,8%, эмоционально-неустойчивый тип – 4,6%. В целом, всю группу больных объединяли общие характерные для них свойства личности в виде повышенной рефлексивности, уязвимости к разочарованиям, направленности мышления в сторону абстракций, чаще носящих продуктивный и творческий характер.

В картине раннего онтогенеза у больных этой группы своевременные сроки развития наблюдались лишь в 40,9%, признаки ускоренного варианта дизонтогенеза отмечены у 31,8%, искаженного у 27,3 %. В детские кризовые периоды у большинства усиливалось фантазирование, постепенно начиналось формирование первых избирательных интересов. Патологические эпизоды в детстве отмечены у 54,5% больных. Как правило, это были истероформные реакции (вплоть до «моторной бури») (47,7%) и обсессивно-фобические расстройства (22,7%).

Начало пубертатного периода (11-13 лет) у большинства пациентов сопровождалось некоторым смещением соотношения структурных компонентов «телесного и духовного Я», вызывающим у них повышенную чувствительность к особенностям своего внешнего вида, которая в целом не занимала доминирующего положения в состоянии. В возрасте 14-15 лет у всех больных отмечалось значительное усиление психопатических черт с доминированием стремления к самостоятельности, конфликтами с родителями, при этом круг их знакомств, хотя и оставался избирательным, заметно расширялся, деятельность становилась направленной исключительно на изучение «любимых» областей знания. К 15-17 годам наряду с выработкой оригинальных жизненных позиций формировались и особенности стиля поведения и одежды. Помимо повышенного интереса к поиску «смысла бытия», у некоторых пациентов появлялась тяга к экстремальным видам спорта (так называемая «экзистенциальная болезнь» по S. Maddi, 1979), другие «запойно» слушали музыку в стиле «underground», читали эзотерическую и философскую литературу, строили первые наивные философские концепции, что нередко сопровождалось приемом наркотических средств для усиления «творческого полета мыслей».

Как правило, к моменту манифестации и формирования картины метафизической депрессии, настроение больных становилось неустойчивым, легко менялось как по внешним поводам, так и аутохтонно. В большинстве случаев, выраженное депрессивное состояние развивалось лишь в условиях субъективно тяжелых для этих пациентов обстоятельствах. В клинической картине на фоне подавленного настроения всегда присутствовали эмоционально значимые размышления о психотравмирующей ситуации. Структура синдрома отличалась простотой, не наблюдалось отчетливых сензитивных идеи отношения или навязчивых расстройств. При этом идеи о «бесмысленности существования» носили сверхценный характер, не достигая бредового уровня. Обращало на себя внимание наличие у этих больных отчетливых признаков психического инфантилизма парциального типа (М.Я. Цуцурковская, Э.И. Минскер, Л.Г. Пекунова, 1974).

Суицидальное поведение этих больных отличалось больше зависело не от степени аффективного напряжения, а от выраженности рациональных размышлений о смерти при наличии лично значимой психотравмирующей ситуации. На передний план у большинства даже в случае серьезно продуманных попыток выступали черты демонстративности. Кроме того, в 61,1% случаев выявлены повторные суицидальные попытки.

Дополнительное использование психодиагностических методов (СЖО, DCS-R, TCI-125, SPQ-74) при обследовании больных позволило количественно подтвердить такие специфические особенности их конституционально-личностной структуры, как преобладание шизоидного радикала, полнезависимый когнитивный стиль познавательной деятельности, специфической мировоззренческой особенности, заключающиеся в отсутствии способности позитивного ощущения смысла жизни и наличии повышенного страха смерти, что свидетельствует о значительном риске развития суицидальных тенденций.

Как показало катamnестическое изучение, по миновании юношеского периода повторные аффективные расстройства возникали лишь в условиях психотравмирующей ситуации. Их сверхценная деятельность в дальнейшем, как правило, приобретая меньшую эмоциональную насыщенность, становилась их профессией, и в то же время, оказывала важное влияние на уровень социально-трудоустройственной адаптации.

## АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ВОЗНИКНОВЕНИИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ У ДЕТЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В УЧРЕЖДЕНИИ ИНТЕРНАТНОГО ТИПА **Лиходеева И.А.**

*ГУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница»  
(Центр психического здоровья детей и подростков), г. Волгоград*

Вопросы психического недоразвития ребенка являются актуальной медико-социальной проблемой, которая затрагивают аспекты адаптации и функционирования ребенка и находятся в фокусе внимания врачей-психиатров, психологов, педагогов в школе. Перспективы психического развития, эффективность обучения, школьная и социальная адаптация детей с отставанием созревания психических функций, в большой мере зависят от раннего выявления нарушений познавательной деятельности и осложняющих социально-психологических факторов, а также от своевременности воздействия психолого-педагогической и медицинской помощи.

В детском возрасте чувствительность отдельных звеньев психики к повреждающим воздействиям определяется как характером заболевания, так и той возрастной стадией развития, на которой находится ребенок. Чем младше ребенок, тем больше на первый план будут выступать явления нарушения развития – дизонтогенеза. Помимо общего недоразвития в условиях болезни процесс развития характеризуется явлениями неустойчивости, асинхронии, т.е. своевременно не создаются необходимые взаимодействия между отдельными системами. Явления ретардации описываются психиатрами у этих детей не только в статусе, но и прослеживаются в анамнезе: запаздывание в становлении статических функций, ходьбы, речи, навыков опрятности, смены возрастных форм игровой деятельности, задержка роста и развития скелета.

В свою очередь исследования клинико-психопатологических аспектов биологических и социальных факторов, определяющих формирование психического недоразвития и школьной неуспеваемости детей и подростков, приобретают особую значимость в интересах разработки и реализации эффективных реабилитационных программ.

Указанное определило цель настоящего исследования – выяснение роли социального фактора как предиктора формирования умственной отсталости у детей и подростков, которые проходили стационарное лечение в условиях «Центра».

Проведено сплошное исследование материалов историй болезни детей и подростков, а также собственных наблюдений пациентов, которые были госпитализированы в отделение пограничных состояний в период 2004 - 2006 гг.

Результаты показали, что общее число госпитализированных больных за 3 года составило 1063 человека. Из них пациентов с различной степенью выраженности умственной отсталостью – 220 человек (20,70%). Для выявления роли социально-психологического фактора в формировании клинической картины недоразвития интеллекта проведено сравнительное исследование 65 пациентов, воспитывающихся в учреждениях интернатного типа, которые составили 29,55% от общего числа лиц с умственной отсталостью. В качестве группы контроля взята группа детей с аналогичным диагнозом, воспитывающихся родителями в домашних условиях, соответственно 155 человек (70,05%).

Проведенный сравнительный анализ позволил выявить влияние социальных факторов (пребывание в учреждениях интернатного типа) на характер формирования дефекта в интеллектуальной сфере.

В частности, дети воспитывающиеся родителями в домашних условиях (контрольная группа), характеризовались достаточно высокими адаптивными возможностями. На первый план выступали когнитивные нарушения, которые частично удавалось скорректировать как родителями, так и преподавателям образовательными учреждениями. Эти дети оказались достаточно успешными в освоении специальной коррекционной программы, получали профессию, адаптировались к жизненным ситуациям.

Дети, воспитывающиеся в учреждениях интернатного типа характеризовались иной клинической спецификой. Этиология заболевания включала помимо биологических и социальные факторы. Последние утяжеляли течение основного заболевания. В патогенезе расстройства на первый план выступали: частичная или полная социальная депривация; длительное разобщение ребенка и матери, нарушение эмоционального контакта между ребенком и родителями, отсутствие отца, а также хроническая алкоголизация родителей, их эмоциональная холодность в отношении к ребенку, хронические психические травмы, ограничивающая приобретение знаний и эмоционального опыта. У таких детей помимо когнитивных нарушений отмечаются выраженные нарушения в когнитивной сфере, страдают возможности волевой регуляции поведения и прогностические способности. Помощь и коррекция со стороны воспитателей оказывалась не всегда эффективными, что обуславливало нарушения адаптации и делинквентное поведение.

Важным критерием прогноза психического развития являются условия воспитания и обучения. Своевременное обращение к психиатру, логопеду, психологу способствуют ранней диагностике отклонений в поведении и развитии ребенка. Стимуляция психического развития, активация способностей, необходимое лечение и адекватные условия обучения предупреждают вторичную педагогическую запущенность, дисгармоническое формирование личности, связанные с психической и социальной дезадаптацией. Воспитание и обучение детей с психическим недоразвитием в специализированных школах, своевременное лечение не только улучшает их психофизическое состояние в начале обучения, но создает более благоприятные условия развития в период подросткового кризиса.

По мнению педагогов, психологов, психиатров, потенциальные способности к обучению и развитию у этих групп детей остаются нереализованными. Более того, стойкие затруднения в обучении рождают новые проблемы: нарушения поведения, обострение имеющихся и возникновение новых нервно – психических расстройств. Школьная неуспеваемость нередко вызывает у детей отрицательное отношение не только к учебе, но и к любой деятельности, требующей волевого усилия. Постоянные конфликты с родителями и

учителями приводят к тому, что эти дети перестают посещать школу, приобщаются к асоциальным группам подростков, вступают на путь совершения правонарушений.

Дифференциация форм психического недоразвития имеет большое значение для будущей личности. При неправильной диагностике формы психического недоразвития врач может серьезно повредить ребенку. При ошибочном помещении умственно отсталого ребенка в массовую школу наступает состояние школьной дезадаптации, теряется интерес к учебе, появляется тревожность, расстройства сна, энурез и пр. Возникают реакции пассивного протеста в виде негативистического поведения, отказа от учебы, уходов из школы. Такая психотравмирующая ситуация, нарастание педагогической запущенности создает у таких детей негативное отношение к школе, а в подростковом возрасте способствует формированию асоциальных тенденций.

## ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ВОССТАНОВЛЕНИЮ РЕЧИ У ДЕТЕЙ СО СТЕРТОЙ ФОРМОЙ ДИЗАРТРИИ

**Меньшова В.В.**

*ГУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница»  
(Центр психического здоровья детей и подростков), г. Волгоград*

Проблема повышения эффективности реабилитации больных детей с дизартрическими расстройствами речи на современном этапе науки и практики, все больше приобретает системный характер. Каждому этапу развития психического отражения свойственны и определенные уровни овладения семантикой слова. В процессе развития лексики слово включается в сложную систему связей в языке: парадигматических, синтагматических.

В условиях Центра был использован психолингвистический подход к решению проблемы усвоения семантической стороны слова. В процессе усвоения значения слова ребенок, прежде всего, овладевает денотативными признаками структуры слова. По мере развития процесса классификации, лексической системности в значении слова начинают осознаваться понятийные, лексико-семантические признаки. У дошкольников с данной патологией речи отмечается задержка в развитии семантической структуры слова, отклонения в соотношении денотативных и лексико-семантических компонентов значения, особенно обобщающих слов. У детей 6-7 лет активно формируются семантические поля, однако дифференциация внутри семантического поля еще не сформирована. Нами выявлен более низкий, по сравнению с нормально развивающимися дошкольниками, уровень выполнения многих заданий. В процессе определения слова детьми с нормальным речевым развитием денотативные признаки использовались лишь в 17,5% случаев, в то время как у детей с дизартрическими расстройствами они имели место в 67 % случаев, т.е. являются доминирующими. Полученные данные свидетельствуют о том, что дети со стертой формой дизартрии даже к 7 годам недостаточно подготовлены к школьному обучению, к усвоению программы по русскому языку, предпосылками овладения которой является осознание элементов языка, речи и прежде всего слова. Поэтому работа с детьми по формированию лексики у нас строится путем целенаправленного действия на уточнение значения слова, его семантической структуры, осознания слова, как элемента языка и речи, как совокупности лексического и грамматического значения.

Установлено, что с точки зрения уровня несформированности грамматического строя речи, эта категория детей характеризуется неоднородностью, вариантностью симптоматики: от незначительной задержки формирования морфологической и синтаксической системы языка до выраженных аграмматизмов в экспрессивной речи. Основным механизмом несформированности речи у детей со стертой формой дизартрии является нарушение дифференциации фонем, это вызывает трудности различения грамматических форм слов, и особенно, окончаний.

Логопедическая работа по расширению объема словаря включала уточнение значения слов, имеющих в пассивном словаре и актуализацию их в самостоятельной речи, овладение новыми словами, прежде всего глаголами, прилагательными, а также существительными с



учетом возрастных и интеллектуальных особенностей детей. Выделение этих направлений во многом является условным, так как в едином процессе они переплетаются, взаимодействуют.

В Центре осуществляется комплексный характер воздействия: логопедический массаж; артикуляционная гимнастика; логоритмика;

ЛФК; физиотерапия; медикаментозное лечение.

Комплексность подхода повышает общую продуктивность оказываемой помощи, облегчает задачу дифференциальной диагностики. Среди детей дошкольного возраста стертая форма дизартрии является распространенной, которая имеет тенденцию к значительному росту. Она часто сочетается с другими речевыми нарушениями, например, заиканием, общим недоразвитием речи.

В настоящее время эта речевая патология рассматривается как сложный синдром центрально-органического генеза, проявляющийся в неврологических, психологических и речевых симптомах. Ведущим симптомом в структуре речевого дефекта являются не только фонетические нарушения, но и недоразвитие лексико-грамматических категорий речи. Нарушения фонетической стороны речи с трудом поддаются коррекции, отрицательно влияют на формирование фонематического, лексического и грамматического компонентов речевой функциональной системы, вызывая вторичные отклонения в их развитии. Эти расстройства затрудняют процесс школьного обучения детей.

Таким образом, в дальнейшем необходимо развивать комплексный (полипрофессиональный) подход к диагностике и коррекции нарушений речи в детском возрасте.

## ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ВЫДЕЛЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ И ЛЕЧЕНИИ СДВГ

**Михейкина О.В., Баширова Н.Н., Зайцев И.А.**

*Брянская областная детская психиатрическая больница, г. Брянск*

В психиатрии и неврологии неоднократно предпринимались попытки выделения клинических форм СДВГ на основании различных критериев. Наиболее целесообразным является этиопатогенетический подход. Были предварительно выделены три клинические формы в результате обследования 62 детей с СДВГ в возрасте 6-11 лет для проведения более эффективного лечения и комплексной психолого-психотерапевтической работы.

*Дизонтогенетическая форма* (преобладание нарушений развития над симптомами выпадения). Наиболее часто выявляется наследственная отягощенность симптомами СДВГ. Не прослеживается четкой патологии беременности и родов. Как правило, если и были обращения к неврологу в раннем возрасте, то в основном по поводу расстройств сна, пищеварения, при этом отчетливой неврологической симптоматики не выявлялось. В дальнейшем из сомато-вегетативных проявлений – склонность к аллергическим реакциям и частые ОРВИ, особенно до 3-6-ти лет. У некоторых детей первичный (дизонтогенетический) энурез.

В дошкольном и младшем школьном возрасте детям свойственна чрезмерная подвижность, живость интересов, любознательность, доминирование мотивов удовольствия, что воспринимается как нормальная детская активность. Отмечается эмоциональная неустойчивость с тенденцией к слегка повышенному настроению, непосредственность эмоционального отреагирования. Игровая деятельность отличается активностью, самостоятельностью и творческим компонентом. Дети предпочитают шумные, подвижные игры, при этом долго могут заниматься интересующей игрой, например, собирать конструктор.

В начальной школе такие дети невнимательны, неусидчивы, испытывают трудности в усвоении школьных навыков. Эмоционально лабильны, импульсивны, иногда конфликтны. Но при этом не склонны к примитивным аффектам и двигательным разрядам. Интеллект в пределах возрастной нормы. У них отмечаются легкие задержки речевого развития, нарушения тонкой моторики, пространственных представлений.

*Энцефалопатическая форма* (значительное преобладание явлений повреждения и выпадения над симптомами нарушения развития). Реже прослеживается наследственная отягощенность, в анамнезе отмечается патология беременности, родов и первого года жизни.

Наблюдаются неврологом по поводу гипертонуса, гипертензионно-гидроцефального синдрома, задержки психомоторного развития. В раннем возрасте невропатические проявления сочетаются с двигательной расторможенностью, суетливостью. С 4-5-ти лет на первый план выступают повышенная аффективная возбудимость, раздражительность, импульсивность, драчливость, недостаточное чувство дистанции, назойливость, выраженная двигательная расторможенность. Отчетливо выявляется слабость активного внимания. Игровая деятельность более однообразная, бедность воображения, творческого элемента. Малая заинтересованность в результатах своей деятельности и оценке.

В дальнейшем на фоне органической почвы достаточно отчетливо клинко-психопатологически выделяются неврозоподобный, церебрастенический и психопатоподобный синдромы.

Интеллект в этой группе наиболее низкий, часто нижняя граница нормы. Интеллектуальные нарушения до 4-5-ти лет рудиментарны и выражены в задержке речевого развития, затруднении запоминания стихов и песен. В школьном возрасте увеличивается удельный вес нарушений познавательных процессов.

*Смешанная* (дизонтогенетически-энцефалопатическая) форма (равномерное участие энцефалопатического и дизонтогенетического компонентов).

Может проследиваться наследственность по СДВГ, но не всегда. Патология беременности, родов и первого года жизни может быть, но менее тяжелая и выраженная, чем при энцефалопатической форме. Убывая, легкие или средне-выраженные энцефалопатические проявления сохраняются и после года. Могут отмечаться аффективно-респираторные приступы. С дошкольного возраста обнаруживаются патологические черты характера по возбудимому, истероидному или неустойчивому типам. Дети легко вступают в контакт, не имеют чувства дистанции, назойливы. Часты реакции протеста.

Игровая деятельность отличается активностью, но быстрой пресыщаемостью. Интеллектуальное развитие близко к норме, однако иногда отмечаются легкие когнитивные нарушения.

Различные клинические варианты СДВГ определяют разные стратегии лечения. При дизонтогенетической форме – медикаментозное лечение минимально, основная роль отводится психолого-психотерапевтической работе. Энцефалопатическая форма предполагает включение в терапию ноотропов, сосудистых и дегидратирующих препаратов, малых нейролептиков наряду с психолого-педагогической коррекцией. Смешанная форма наиболее сложна для лечения и коррекции, поэтому психолого-психотерапевтическая работа более эффективна на фоне фармакотерапии, включающей в себя применение кроме вышеперечисленных препаратов нейролептиков, антидепрессантов, нормотимиков.

В настоящее время нами продолжается работа по более точному описанию выделенных клинических форм СДВГ, поиску эффективных методов медикаментозного лечения и психолого-психотерапевтической коррекции.

## ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ЗОБНОЙ ЭНДЕМИИ

**Моллаева Н.Р., Шевченко Ю.С., Абусуев С.А.**

*Дагестанская государственная медицинская академия, г. Махачкала, РМАПО, г. Москва*

*Цель:* изучение нервно-психической патологии у школьников, проживающих в зоне зобной эндемии в Республике Дагестан.

*Материалы и методы:* Обследовано 257 детей без зоба (143 мальчика и 114 девочки, возраст  $8,92 \pm 0,81$  лет) и 271 ребенок с зобом (163 мальчика и 108 девочки, возраст  $8,84 \pm 0,86$  лет). Группы были сопоставимы по возрасту и полу ( $p > 0,05$ ). Основной метод исследования – клинический. Всем обследованным проводилось УЗИ, определение иодурии, оценка уровня интеллекта, внимания, памяти. Учитывались как нозологически очерченные формы психических заболеваний, так и субсиндромальные.

*Результаты.* По состоянию нервно-психического статуса в группе детей без зоба оказалось здоровых – 156 (60,7 %), из группы риска 38 (14,8 %) и 63 (24,5 %) с психической

патологией. В группе с эндемическим зобом здоровыми по невропсихическому статусу признаны 46 (16,9 %) детей, в группе риска 100 (36,8 %) и 126 (43,3) с психической патологией. По всем этим показателям различия между группами были статистически значимы ( $p < 0,05$ ). Анализ структуры психической патологии у больных эндемическим зобом показал, что у этой категории детей частота развития задержки психического развития возрастает более чем в 2 раза, повышены доля астенического и невротических расстройств. У детей с эндемическим зобом в 38% случаев наблюдается рассеянная неврологическая симптоматика, минимальная дисфункция мозга в 21 %, гипертензионный синдром в 42 %.

*Вывод.* У школьников с эндемическим зобом, по сравнению со школьниками без зоба, частота психических расстройств возрастает в 1, 7 раз, а число детей с риском развития психического расстройства выше более чем в 2 раза. Основной психической патологией являются задержка психического развития, астеническое расстройство и невротические расстройства.

## ПОЗИТИВНАЯ ПСИХОДРАМА В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОТИЗАЦИИ У ПОДРОСТКОВ КУЗБАССА

**Москвитин П.Н.**

*ГОУ ДПО Новокузнецкий институт усовершенствования врачей, г. Новокузнецк*

Позитивная психодрама разрабатывается в Кемеровской области как один из новых методов групповой психотерапии с яркой психопрофилактической направленностью. Психотерапия, как клиническая дисциплина, до настоящего времени в значительной степени остается лечебно-ориентированным направлением профессиональной деятельности, где классическая психодрама Я. Морено в качестве формы психотерапевтического воздействия является одним из структурированных групповых методов, имеющим свою теорию и методологию.

Необходимость в установлении дефиниций нового метода позволяет указать один из важных отличительных признаков позитивной психодрамы от классической психодрамы, которой является ее яркая психопрофилактическая направленность. Поэтому позитивную психодраму можно также назвать специальным методом групповой профилактической работы, призванным восполнить когнитивную, эмоциональную и поведенческую дефицитарность эгоцентрической личности подростка, замкнувшейся на переживании тех или иных травматических событий своей жизни. С экзистенциально-гуманистических позиций такой подросток утрачивает важную способность свободного индивида устанавливать истинные связи и отношения с другими людьми. Его связи с социумом превращаются в опутывающие сети, не дающие возможности для развития спонтанности и креативности, что ведет к ощущению утраты свободы выбора и необходимого условия принятия зрелой ответственности.

В процессе тренинга позитивной психодрамы эти возможности личности реконструируются благодаря лечебно-профилактическим факторам метода и тогда участник психодраматической группы заново, а иногда и впервые включается в «социальный атом», где задаются новые нормы общения, складываются новые межличностные связи, а затем эти изменения входят в его жизнь за пределами психодрамы. К подростку возвращается или даже впервые приходит способность устанавливать с людьми такие отношения, которые Я. Морено называл «теле-отношениями» – это истинные открытые и искренние связи между людьми, развивающимися на соматическом, психологическом, социальном и трансцендентальном уровнях. Вершиной «теле-отношений» становится «Встреча», также устоявшийся экзистенциально-гуманистический и психодраматический термин, который определяет коммуникацию, ведущую к подлинным и искренним отношениям с другим человеком, как с «Ты». М. Бубер писал (1993), что только в этом особом типе отношений человек обнаруживает смысл в основании собственного бытия. Очевидно, что эти процессы, опираясь на спонтанность, креативность и способность личности к сопереживанию, основываются на целительном эффекте группового взаимодействия. Именно поэтому групповой динамике в психодраме отводится так много внимания. В позитивной психодраме есть свои отличительные особенности группового процесса, которые, например, состоят в том, что

шерринг и групповая дискуссия, построенная на принципах «Позитивного Совещания» осуществляются в момент остановки действия структурированной микродрамы при помощи специального приема «Стоп-действие». Данный методический прием представляется принципиально важным, также создающий узнаваемую особенность позитивной психодрамы, остановка действия на психодраматической сцене в момент апогея его критического развития, когда конфликт заострен настолько, что дальнейший естественно-логический ход событий структурированной микродрамы может привести к необратимым последствиям. Прием «Стоп-действие» дает возможность участникам пережить полную вариабельность свободы выбора и соответственно проработать все варианты, формируя новую проактивную модель поведения.

Для оценки эффективности нового подхода лично-ориентированной профилактики метод был внедрен в основных средних образовательных учреждениях г. Междуреченска в 1999-2003 гг., Для сравнения анализировались динамические показатели болезненности и заболеваемости в расположенных рядом городах. По данным официальной статистики количество наблюдавшихся лиц, злоупотребляющих наркотическими средствами, в Кемеровской области в этот период времени увеличилось на 28,2%. Несмотря на общую для области негативную тенденцию, в г. Междуреченске количество потребителей наркотических средств, не обнаруживающих признаки наркологического заболевания, достоверно уменьшилось в тот же период на 28,8%, а к 2005 году их число было меньше в 2,7 раза! ( $P \leq 0,01$ ). В сравнении этой позитивной динамикой в г. Мыски количество злоупотребляющих наркотиками наоборот, достоверно возросло с 2000 г к 2004 г на 265,7% , а в 2005 г. на 271,0 ( $P \leq 0,01$ ).

В г. Новокузнецке число потребителей наркотиков также увеличилось к 2004г. на 235,7%, а в 2005 г. на 271,0% ( $P \leq 0,01$ ). Продолжая анализировать представленную динамику, мы отметили, что по числу лиц, злоупотребляющих наркотическими средствами, в г. Прокопьевске тенденция за данный период оказалась положительной, где их количество снизилось на 8,4% в 2004 г., а в 2005 г. этот темп замедлился и количество злоупотребляющих наркотиками стало меньше лишь на 4,2% от уровня 2000 года. Однако, если рассматривать болезненность наркологическими заболеваниями по г. Прокопьевску комплексно, включая данные по числу больных токсикоманиями, то можно сделать обоснованное предположение, что лица из контингента злоупотребляющих наркотическими средствами в г. Прокопьевске могли пополнить кагорту больных токсикоманиями, переходя на более доступное для них и более дешевое средство. За указанные годы в Кемеровской области количество больных с токсикоманией увеличилось на 49,4% в 2004 г, а в г. Междуреченске с 2000 по 2004 г. токсикоманов не было зарегистрировано.

Таким образом, характеризуя данный методический подход можно отметить, что позитивная психодрама представляет собой новый групповой психотерапевтический метод активной первичной профилактики, который ориентирован на сохранение психического здоровья и успешную социализацию молодежи и подростков.

## ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ РОДИТЕЛЕЙ НА ТЕЧЕНИЕ ПОСТСТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ Мостовская Л.С.

*ГУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница»  
(Центр психического здоровья детей и подростков), г. Волгоград*

В числе жертв и свидетелей катастроф всегда были дети. Трагедии меньшего масштаба случаются чаще и оказывают влияние на ещё большее количество детей. Большинство исследований не рассматривают влияние личностных особенностей родителей и опекунов на процесс восстановления психического здоровья ребёнка.

Нами проведен анализ зависимости течения постстрессовых расстройств у детей от личностных особенностей родителей. Из особенностей у родителей анализировались следующие позиции: фобии у родителей, гиперсоциализированность, сексуальные проблемы и инфантильность.

Исследованы 30 случаев обращений по поводу острых постстрессовых расстройств в возрасте от 4 до 8 лет и 2 обращения в 16-летнем возрасте. Все обращения состоялись от 2 до 12 суток с момента стрессовой ситуации. Анализировались последствия смерти родителя (9 человек), изнасилования (включая попытку) (6 человек), укуса собаки (7 человек), физического насилия над родителем (избиение матери) в присутствии ребёнка (4 случая), развод родителей (3 случая), ДТП (3 случая) (см. рис.1).

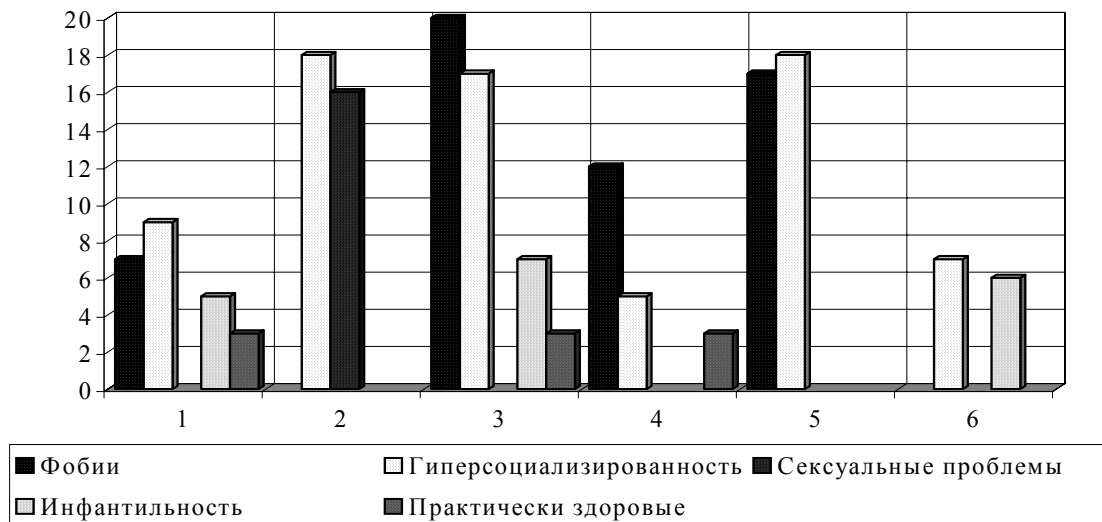


Рис. 1 Зависимость сроков лечения детей от личностных особенностей родителей. Условные обозначения: Средняя длительность лечения при 1.смерти в семье, 2. Изнасиловании, 3. физическом насилии, 4. укусе собаки, 5. ДТП, 6. попытке изнасилования у подростков

Всем обратившимся в 1 день проводилось клиническое и лабораторное обследование, психологическая диагностика и первичное психотерапевтическое консультирование с целью разработки плана дальнейшего психотерапевтического воздействия. Назначалось адекватное медикаментозное и психотерапевтическое лечение. Оно продолжалось от 3 сеансов (7-8 дней) до полугода и более (в отдельных случаях) и длительность не коррелировала с тяжестью стрессовой ситуации. Так, в случае нанесения серьёзных побоев матери и сыну 8 лет, потребовалось всего 3 встречи для редукции изолированных фобий, а для восстановления психического здоровья после незначительного ДТП (повреждение противоположной боковой дверцы) потребовалось более 3 месяцев интенсивной работы. Был проведён анализ результатов лечения этих пациентов по ряду параметров, изучалась корреляция между сроками лечения и личностными особенностями родителей.

Исходя из полученных данных сделан вывод, что наиболее благоприятным в плане прогноза и сроков лечения являются практически здоровые родители, имеющие высокую мотивацию на сотрудничество. Любая личностная патология у родителей замедляет и затрудняет лечение ребёнка, особенно неблагоприятным в нашем наблюдении явилась гиперсоциализированность родителей.

Для этой категории крайне важны внешняя сторона дела, мнение окружающих и высокий уровень долженствования. Кроме того, они категорически отказываются от индивидуальной и семейной психотерапии («проблема не у меня, а у ребёнка, его и лечите!»). У родителей, страдающих фобиями, сексуальными проблемами и инфантильностью, характерен перенос своих переживаний, тревог и страхов на ребёнка. В связи с этим считаем необходимым с целью быстрой реабилитации детей обязательную организацию индивидуальной психотерапии для родителей, имеющих личностные особенности.

## СТРУКТУРИРОВАНИЕ ДАННЫХ О ПАЦИЕНТЕ И ПРОФИЛЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ПСИХОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**Новикова Е.Г.**

*Волгоградский государственный медицинский университет*

*ГУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница»*

*(Центр психического здоровья детей и подростков), г. Волгоград*

Целью работы – разработка алгоритма структурирования данных о пациенте, включающего системное представление проблематики пациента и профиля психотерапевтического вмешательства.

В фокусе внимания этого алгоритма – функциональная система «врач-пациент-болезнь». В соответствии с системным подходом репрезентация диагностического и психотерапевтического процесса осуществляется четырьмя взаимосвязанными блоками (Маттеят Ф., 2000; Перре М., Бауман У., 2003; Канфер, Гримм, 1980). Каждый блок представляет собой экспертную систему структурирования данных о психотерапевтическом процессе.

Первый блок – блок сбора, циркулирования и переработки информации, включает такие переменные пациента как структура проблемы (степень выраженности симптоматики, внутриличностные и (или) межличностные конфликты, физическое состояние клиента, продолжительность нарушений, количественные и качественные «отклонения» в эмоциональной, когнитивной, мотивационной сферах, искажение образа «Я», дисфункциональные семейные отношения, биологические отклонения, субъективное отношение к имеющимся нарушениям (эго-синтонное, эго-дистонное), история развития, вопросы направления, мотивации; переменные психотерапевта: континуум опыта, методы вмешательства. Основная задача этого блока – определение профиля вмешательства комплиментарного проблематике пациента.

Функция второго блока – осуществление общего и терапевтического прогноза результата психотерапии на основе данных первого блока. Здесь обсуждаются ожидания психотерапевта и пациента, цели психотерапии, а также терапевтические возможности. Основные вопросы, касающиеся цели лечения: Чего можно ожидать от терапии? Какие цели реалистичны? Какие проблемы не устранимы? Оценивая возможности терапии, важно отметить: Достаточно ли ресурса пациента? При каких условиях могут быть достигнуты цели терапии? Какие факторы риска должны быть приняты в расчёт?

Третий блок описывает психотерапевтический процесс и включает программу психотерапии и механизмы изменений у пациента. Определяется объём и последовательность методов вмешательства, техники, приёмы, упражнения смысловой акцент психотерапии. Планируется коррекция программы в соответствии с текущей оценкой изменений пациента. Выдвигаются гипотезы о причинах несоответствия наблюдаемых изменений требуемым.

Четвёртый блок посвящён оценке результатов психотерапии. Фиксируется соответствие итогов вмешательства целям терапии. Оценивается устойчивость изменения пациента, динамика состояния, побочные эффекты вмешательства. Оцениваются качественные особенности инсайта и копинга, степень симптоматического улучшения, степень изменения нарушенных отношений личности. Мотивировка пациента на закрепление результатов, достигнутых в ходе психотерапии и дальнейшую работу над собой.

Описанная схема может быть проиллюстрирована следующим примером.

Пациентка Р., 18 лет, обратилась за психотерапевтической помощью в связи с тревожно-фобическими расстройствами: страхом «оказаться неадекватной» и «погибнуть – неожиданно, от несчастного случая».

1) На уровне переживаний – большую часть времени испытывает смутную тревогу, которая иногда переходит в переживание надвигающейся катастрофы, сильный страх; на поведенческом уровне – постоянный контроль над своим поведением, стремление строго соответствовать «нормам», избегание ситуаций в которых «могла бы продемонстрировать свою неадекватность». На физиологическом уровне – проявления тревоги в потенциально «опасных» ситуациях. Ресурс – развитые творческие способности, которые способствовали

успешной профорientации. Продолжительность нарушений 6 лет. Высокий уровень личностной тревожности, полиморфная тревожно-фобическая симптоматика. В когнитивной сфере выявляются перфекционистские установки, в мотивационной сфере – «стремление быть для всех психологически понятной». Искажение образа Я: чувство неполноценности – «ощущаю себя неадекватной почти во всех отношениях». Эго-дистонная симптоматика. Отсутствует эмоциональный контакт с отцом, симбиотическая связь с сиблингом. Высокий уровень мотивации на психотерапию. Переменные психотерапевта: широкий спектр методов психотерапевтического вмешательства, из которых предпочтительным для экстернализованного аспекта проблемы является когнитивно-бихевиоральный подход, для интернализованного аспекта – психодрама и телесно ориентированные методы. 2

2) Цели терапии могут быть достигнуты при гармонизации внутрисемейных отношений. Ожидание пациентки – недериктивный стиль взаимодействия, ожидание эмпатического понимания, объяснения причин и механизмов развития данной проблематики, помощи в избавлении от имеющихся нарушений. Ожидания психотерапевта – реконструкция нарушенных отношений личности, редукция избегающего поведения, улучшение социального функционирования. Учитывая преимущественно психогенный и личностно детерминированный характер нарушений, терапевтические цели представляются реалистичными, однако останется личностная уязвимость к определённым кругам психогений, которая может быть компенсирована.

3) Среди механизмов пациентки, задействованных в интервенциях – самоэксплорация, саморефлексия, изменение самооценки, прояснение ценностей, работа представления, самоосвобождение, контрбусловливание, отношения помощи, облегчение выражения эмоций. Смысловой акцент терапии – на личностных изменениях, способствующих преодолению заявленной проблематики.

4) Можно отметить положительную динамику в состоянии пациентки. Достигнуто углубление представления о механизмах поддержания имеющихся нарушений. Особенности когнитивного аспекта копинга: проблемный анализ нарушений и их последствий, поиск соответствующей информации, более глубокое осознание собственной ценности как личности. К эмоциональным стратегиям можно отнести отреагирование чувств, вызываемых проблемой. Поведенческими стратегиями копинга пациентки является переключение мыслей на творческую деятельность, активное сотрудничество, ответственное участие в диагностическом и терапевтическом процессе, поиск эмоциональной поддержки.

В перспективе планируется создание автоматизированного алгоритма структурирования данных о пациенте, интегрированный в систему управления лечебно-диагностическим процессом – «электронную историю болезни».

## ВОЗРАСТНЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ СТРУКТУРЫ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**Новикова Е.Г.**

*Волгоградский государственный медицинский университет  
ГУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница»  
(Центр психического здоровья детей и подростков), г. Волгоград*

Особенности новообразований разных этапов онтогенеза, тесно связанные с типом ведущей деятельности ребёнка и актуальными задачами развития, сложно переплетаются с закономерностями патопластики психических расстройств. Причиной этого, в некоторых случаях, становится размытость границы между крайней выраженностью возрастных особенностей нормальной психики и «стертостью» психопатологических проявлений (Личко А.Е., 1983, Мелешко Т. К., Критская В. П., Цуцельковская М. Я., 1986, Gillberg C. & Hellgren L., Гурьева В.А. с соавт., 2001, 2004, Remschmidt, Walter, 1989 и др.). Сложные взаимоотношения этих факторов формирует одну из «больных» медицинских и социальных проблем – несвоевременное (чаще – слишком позднее) обращение за специализированной помощью. Актуальность данной проблемы определила цель исследования – выявление

возрастных закономерностей структуры психических заболеваний пациентов детского психиатрического стационара.

Была проанализирована учетная документация стационара ВОДКПБ – статистические карты выбывших из стационара за 2000 – 2005 годы. Выборку составили 1770 детей до 18 лет, прошедших стационарное лечение в Волгоградской областной детской клинической психиатрической больнице. Оценена структура психических заболеваний по данным отчетной статистической документации (формы №10 и №36) у детей в различных возрастных группах и в зависимости от пола.

В ходе статистической обработки данных применялись метод парных корреляций Пирсона и t-критерий Стьюдента. Выделено 5 возрастных групп пациентов (Менделевич В.Д., 2001): до 3-х лет – раннее детство (19 пациентов, 1,07%), 4 – 6 лет – дошкольный возраст (244 пациента, 13,9%), 7 – 11 – младший школьный возраст (746 человек, 42,56%), 12 – 15 – подростковый (668, 38,67%), 16 – 19 – ранняя юность (64, 3,78%). Мальчики составили 56% (1270 человек) от общего числа пациентов, девочки – 44% (500).

В результате исследования выявлены следующие возрастные закономерности структуры психических заболеваний детей.

Структура психических заболеваний оказалась как линейно, так и нелинейно связанной с возрастом. Чёткую линейную взаимосвязь с онтогенетическим фактором имели следующие заболевания. С возрастом увеличивается доля пациентов с органическими психическими расстройствами ( $r = 0,86$ ), шизофренией ( $r = 0,62$ ), невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами ( $r = 0,56$ ). Нарушения психического развития, напротив, выявляются реже ( $r = - 0,73$ ). Выявленные зависимости могут отражать не только временные закономерности манифестации перечисленных групп психических расстройств, но и вероятность их выявления на разных этапах онтогенеза, которая во многом определяется психосоциальными факторами.

Среди нозологических форм, распределение которых обнаружило значительные статистически значимые отличия на различных этапах онтогенеза, и по поводу которых больные проходили стационарное обследование и лечение в ВОДКПБ, оказались органические психические расстройства, умственную отсталость, а также расстройства эмоций и поведения.

Доля пациентов с органическими психическими расстройствами имеет, в целом, линейную динамику роста, резко увеличиваясь в дошкольном (с 15,8 до 20,5%) возрасте по сравнению с предыдущими возрастными периодами. Это даёт основания говорить о том, что рост случаев обращения за психиатрической помощью в значительной степени социально детерминирован. В значительной доле случаев он обусловлен необходимостью решения экспертных медико-психолого-педагогических вопросов о форме обучения ребенка.

Частота поступлений пациентов с умственной отсталостью также существенно связана с онтогенетическим фактором. В дошкольном возрасте доля случаев умственной отсталости минимальна, в сравнении с предыдущим и последующим возрастными этапами (раннее детство – 15,8% от общего числа выявленных в этом возрасте, дошкольный возраст – 4,9%, младший школьный – 19,2%) и возрастает к подростковому (22,5%). Указанное можно объяснить предпочтительностью на данном возрастном этапе диагноза «задержка психического развития». Максимальная доля умственно отсталых детей, от общего числа госпитализированных впервые, приходится на препубертат (26,87%). Таким образом, можно говорить о запаздывании экспертных решений о смене диагноза F88 на F70 в значительной части случаев обращений. По-видимому, нарушения поведения, сопровождающие умственную отсталость в младшем подростковом возрасте, имеет как социально-психологическую, так и медико-психологическую составляющие, анализ которых может стать предметом дальнейших исследований. Вышесказанное поднимает такую немаловажную проблему, как необходимость своевременного выявления умственной отсталости и обеспечения полноценного образования, соответствующего возможностям таких детей, что существенно снизит риск социальных последствий данной патологии.

Анализ распределения пациентов по полу показал, что на всех возрастных этапах преобладают мальчики, хотя имеется тенденция к выравниванию гендерных соотношений к раннему юношескому возрасту (М - 62,7%, Ж – 37,3%). Это согласуется с результатами зарубежных исследований (Gillberg, 1985) по данным которых соотношение мальчиков и



девочек, страдающих психическими расстройствами, составляет 1:3 и даёт основания предполагать, что наблюдаемая «гендерная асимметрия» связана, в большей степени, с биологическими факторами (гендерные закономерности манифестации расстройств), чем с социальными. Однако для более точного представления о причинах преобладания мальчиков необходимо исследовать гендерные различия в структуре психических заболеваний и социальных условий.

Полученные данные могут быть полезны в оптимизации лечебно-диагностического процесса детского психиатрического стационара и определении «мишеней» планирования повышения его качества с учетом возрастных аспектов пато- и саногенеза, формирование профилактических направлений работы профильных специалистов.

## ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

**Потапова В.А**

*ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», г. Москва*

Важным направлением работы Отделения психоанализа Учебно- методического отдела ГНЦ ССП им. В.П. Сербского является интеграция психоаналитических знаний в подготовку детских психиатров и психологов, разработка Учебно-методических рекомендаций, обучающих программ. Совместно с Окружными психолого- педагогическими центрами реабилитации и коррекции (первой инстанции обращения семьи и школы с проблемами ребенка) Отделением психоанализа выполняется институциональная работа по оптимизации помощи семье и ребенку, в частности, проводился мониторинг сопровождения семей, обратившихся в Центр «Строгино», работа над первичным обращением, взаимодействием специалистов разного профиля, с целью создания единого, комплексного подхода к оказанию специализированной помощи.

Психодинамический анализ проделанной работы с 56 семьями, обратившихся за психологической и терапевтической поддержкой, позволил выделить типичные актуальные проблемы ребенка и семьи. Стереотипы семейных отношений, семейные роли, межпоколенческие связи подвергаются серьезным изменениям, настолько стремительным, что часто семья не способна справиться самостоятельно с нахлынувшими проблемами и переживает кризис вплоть до распада. Очевиден физический и психический «абсентеизм» отцов, трудности их идентификации с «функцией третьего», то есть с ответственностью за принятие и уважение таких базовых гуманистических и социальных категорий как мораль, нравственность, закон

Так, несмотря на значимые социально-экономические изменения в обществе, в семье по прежнему наблюдается типичный феномен «русской матрешки», описанный Ф. Жане, когда отец обесценен в самой сути семейного уклада, ему предназначается лишь формальная роль, часто ребенок вообще не знает о нем, а «функция третьего» предназначается бабушке, вплоть до восприятия мамы и бабушки детьми как родительской пары. Общество потребления внесло в этот феномен свои коррективы, к сожалению, отражающие обратную сторону той же медали, когда отцы, обладая теперь материальными возможностями, используют силу денег, либо лишая мать прав опеки, либо лишая ребенка материальной поддержки, если мать не выполняет требования отца. К сожалению, отсутствие института ювенальной юриспруденции и психиатрии, их взаимосвязи не позволяет в достаточной мере защитить права ребенка и его психическое равновесие в подобной ситуации.

Другим типичным феноменом, также свидетельствующим о сложности определения «функции третьего» является трудность в установлении ограничений ребенку, невозможности произнести «нет» и «нельзя». Родители, жившие во время тоталитарного «нельзя», жестких рамках одинаковых стандартов и ценностей, не хотят травмировать ребенка, часто лишая его и защитной функции запрета, что приводит к раннему формированию высокого уровня тревожности, разнообразным навязчивостям у детей, либо, в дальнейшем, к патологии зависимости и девиантному поведению.

Очевидно, что современная психиатрия должна направить свой интерес на личность ребенка, помогая раскрыть ее индивидуальность, созидательные потенции, найти свое место и ценность в семье и обществе.

В комплексном терапевтическом ответе на запрос семьи по поводу проблем с ребенком, первым этапом могла бы стать семейная консультация, поскольку семья по факту представляет для ребенка одновременно и объект первичной привязанности и модель первой социальной группы.

Апробированная нами техника терапевтического семейного консультирования (С. Лебовиси) опирается на концепцию трансгенерационного

( межпоколенческого) мандата. Согласно взглядам Лебовиси, симптомы душевного неблагополучия ребенка отражают некий «симптом» семьи и тесно связаны с его местом, ролью в родительских, семейных ожиданиях, проекциях, фантазиях, конфликтах.

Ребенок в процессе своего развития активизирует определенную «психическую генограмму», конструируя свое «дерево жизни» в рамках межпоколенческой передачи семейной истории паттернов отношений, неразрешенных конфликтов и семейных тайн. Так ребенок:

1) Может выполнять определенную роль, на которую его ставят родители, чтобы снова пережить свои собственные инфантильные конфликты с дедушками и бабушками ребенка.

2) Может быть отягощен проекцией семейной драмы, хранящейся в секрете, которую он «должен» пережить, согласно семейному мандату, чтобы тайна, наконец, вышла из тени забвения и секрета.

3) Призван проиллюстрировать «семейный миф» сложившийся в определенном историческом или культурном контексте. Миф всегда возникает на месте пустоты ( исторической тайны, выпадений событий и персонажей) и призван сохранить поначалу семейный «гомеостаз», то есть отрицание происходящего- «ничего не случилось», но затем становится базисом для формирования психопатологии.

Так прабабушка пациента, подростка 15 лет, с манифестацией в пубертате бреда особого, божественного происхождения, была оставлена мужем во время Великой Отечественной войны, он вернулся к другой женщине. Скрыв это от детей, она объявила его без вести пропавшим, повесив портрет мужа на видном месте, никогда, ничего не говорила и не вспоминала о нем, кроме того что он «погиб как герой». Она стала и отцом и матерью своим детям и внукам, не допуская, других отцовских и мужских фигур в их жизни. Все внуки носили ее фамилию и отчество по пропавшему деду, портрет которого стал семейной иконой. Но о нем не было никакой семейной истории, это был секрет и отрицание реальности. В результате этот травматизм, непроделанная «работа горя» передался и проявился в четвертом поколении, где правнук отрицает возможность отношений его матери с отцом, считая, что родился божественным образом, называя прадеда отцом, очевидно смешивая поколения и ментализируя всю проблематику семейного горя, оставшегося тайной, в замещающем мифе- бреде «особого происхождения».

К сожалению, для подобных психических структур, где отношения проникнуты первичной нарциссической зависимостью, связь с объектами сильна и симбиотична, нет пространства ни для себя ни для другого, где происходит «дефантазматизация» внутриспсихического пространства, потеря образов и репрезентаций, нет места для фантазий и для дистанции с объектами, соответственно формирования зрелого мышления, не переносимы ни обычные диадические отношения в индивидуальной терапии, ни группы развития. Отмечаемый в детской и подростковой психиатрии патоморфоз в сторону маломентализированных, дефицитарных, аддитивных патологий, где превалируют либо процессы психической заторможенности, либо перевозбуждения с эвакуацией психического содержания во вне, на телесный либо поведенческий уровень, требует и новых терапевтических методик. Психоаналитическая психодрама является одним из таких современных методов, адаптированных к подобным патологиям.

В технике психоаналитической драмы, представленной ведущим терапевтом-аналитиком и группой котеапевтов, котеапевты становятся носителями «фрагментированного переноса» в виде проекций отдельных влечений и запретов. Они

конфронтируют пациента в игровой форме с его внутренними конфликтами, способами идентификаций и защит. В то же время ведущий игры, частично освобожденный от груза проекций, в том числе и родительских образов, выполняет роль «медиатора», обеспечивающего необходимую сохранность нарциссического «Я» ребенка, стимулируя на этапе обсуждения игры, его наблюдающие и аналитические способности. Такой подход дает ребенку или подростку возможность с одной стороны справиться с возбуждением, а с другой – избежать страха потери объекта.

Психодраматическая группа является гарантом интегрированности и нарциссической целостности пациента. Она предстает как модель его ментального функционирования, также некоторым образом материализует телесные и психические границы, создавая постепенно различия между внутренней и внешней реальностью. Игровой процесс воспроизводит конфигурацию застывшего и отсеченного внутреннего конфликта. То, что Э.Кэстемберг назвала «коллапсом» внутреннего психического пространства, создавшегося за счет сгущения репрезентаций объектов и «схлопывания» бессознательного, приводит к выключению более зрелых невротических механизмов и актуализирует психотические механизмы расщепления и проецирования. Расщепление «Я», расщепление деструктивных и либидинозных желаний проявляется через расщепление объектов, в игре проецируется на терапевтов, контейнируется единой психотерапевтической группой и конфронтируется с настоящей работой по выстраиванию связей и идентификаций с проигранными сценариями, персонажами и руководителем игры. То есть психодрама организует среду, благоприятную для развития отношений. Таким образом, в контексте игры происходит переход от отреагирования через действие к осмыслению, переход от внешней реальности, где властвуют перцепция и потребности созревающего тела, к сотворению внутренней зрелой психической реальности и фантазированию.

Представленный опыт позволяет констатировать, что в период глубоких социокультуральных перемен, психоаналитическое знание, интегрированное в сферу социальной и клинической психиатрии может стать важным теоретическим и терапевтическим ресурсом.

**АГРЕССИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В СТРУКТУРЕ  
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА**  
**Портнова А.А., Серебровская О.В., Михалевская О.В., Голуб С.В.**  
*ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», г. Москва*

В последние годы отмечается резкий рост агрессивности и жестокости среди молодого поколения, что приводит к возрастанию подростковой преступности и «омоложению» преступности в целом.

Под агрессией (гетероагрессией) подразумевают жестокое отношение индивида к окружающим. У детей и подростков агрессивность, проявляющаяся в психопатоподобных расстройствах, является частым симптомом психических болезней, а повышение агрессивности рассматривается как проявление механизма психологической защиты – идентификации с агрессором у детей, подвергшихся насилию. Особую актуальность представляет изучение феномена агрессии у детей и подростков, подвергшихся теракту.

Цель исследования - изучение агрессивного поведения в рамках ПТСР у детей и подростков, пострадавших при террористическом акте.

Проведено комплексное клиническое и психологическое исследование 126 детей и подростков с признаками ПТСР в возрасте от 7 до 18 лет, пострадавших при теракте в Беслане, в том числе 72 мальчиков и 54 девочек. Длительность заболевания составляла от 6 до 12 месяцев.

Для оценки посттравматической симптоматики использовался опросник TSCC-A (Trauma Symptom Checklist for Children alternate version), предназначенный для обследования детей и подростков в возрасте от 8 до 17 лет (допустимо обследование и 7-летних при хорошем уровне умственного развития). Кроме того, использовались две экспрессивные проективные

методики: тест «Дом – дерево - человек» (House – Tree – Person Test) и тест «Рисунок семьи» (Drawing – Family Technigues).

В результате исследования было выявлено, что клиническая картина посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) достаточно разнообразна. На основании преобладания той или иной группы симптомов нами были выделены четыре типа ПТСР: фобический у 30 человек (23,8%), диссомнический у 34 человек (27,0%), астено-депрессивный у 26 человек (20,6%) и психопатопоподобный у 36 человек (28,6%).

Для анализа агрессивного поведения была сформирована группа из 54 детей и подростков. Анализ результатов показал, что уровень агрессии, как и следовало ожидать, выше у пациентов с психопатопоподобным вариантом ПТСР ( $p < 0,01$ ), а также при фобическом варианте ( $p < 0,05$ ), астено-депрессивном ( $p < 0,05$ ) и диссомническом ( $p > 0,05$ ).

Проявления агрессии у детей обычно рассматриваются в поведенческом регистре, однако в основе агрессивного поведения лежат различные психопатологические феномены, понимание которых позволяет выбрать адекватную терапевтическую тактику. «Сквозным» признаком являются соответствующие особенности личности (конституционально-личностные черты импульсивности, обидчивости, вспыльчивости, конфликтности, стремление к лидерству, склонность к экстрапунитивным реакциям), имеющие субклинический характер и не вызывающие микросоциальных проблем.

Частота клинических вариантов ПТСР различна: психопатопоподобный вариант ПТСР наблюдался у 36 человек (28,6 %) (без достоверного преобладания в той или иной возрастной группе); состояние характеризовалось вспыльчивостью, агрессивностью, проявляемой чаще по отношению к братьям и сестрам, домашним животным, протестным и оппозиционным поведением в отношении старших. Примечательно, что у половины обследованных после ЧС произошли значительные изменения в обращении окружающих с ними.

Диссомнический вариант был вторым по частоте (34 чел., 27,0%), но наблюдался достоверно реже в группе с высоким уровнем агрессии по сравнению со всеми обследованными (3% против 27,0%). На первый план в клинической картине выступали различные нарушения сна (трудности засыпания, сокращение продолжительности ночного сна, ночные страхи, сногворения и снохождения), при этом у каждого ребенка тип нарушения сна отличался устойчивостью и не менялся на протяжении болезни. с помощью дневного сна.

Фобический вариант ПТСР был определен у 10 чел. (19%). При этом варианте ПТСР на первый план выступали страхи, которые были аффективно насыщены, сопровождалась вегетативными расстройствами. Опасения представлялись пациентам реальными, не поддавались коррекции, возникали или усиливались в вечернее время, отражали содержание перенесенной ЧС и в течение 1-2 месяцев трансформировались в навязчивые, содержание которых уже не было связано с психической травмой. Практически у всех детей с фобическим вариантом ПТСР наблюдались обманы восприятия в виде иллюзий и галлюцинаций с критичным отношением к этим феноменам. Агрессивное поведение у детей этой группы определялась в целом повышенной возбудимостью, нетерпимостью, обидчивостью, быстрыми сменами настроения.

Астено-депрессивный вариант, наблюдавшийся у 5 человек, характеризовался преобладанием в клинической картине повышенной утомляемости, истощаемости, снижением активности, самоуничижающими высказываниями, соматоформными жалобами на головные боли, боли в животе, в ногах с характерным суточным ритмом колебания самочувствия (с ухудшением к вечеру).

Использование рисуночной психодиагностики позволяет выявить признаки психологической агрессии, даже, если она подавляется ребенком.

Выделение двух видов психопатопоподобного поведения у детей и подростков с ПТСР, в основе одного из которых лежат микросоциальные причины, а другого – психопатологические, позволяет выработать адекватную лечебную стратегию.

При преобладании астено-депрессивной и фобической симптоматики целесообразно назначение антидепрессантов (СИОЗС), при диссомнических расстройствах седативные и снотворные (фитотерапия, антигистаминные) препараты, а также в некоторых случаях транквилизаторы и неролептики. Наличие психопатопоподобной симптоматики с грубой агрессией и садистическими тенденциями требует использование нейролептиков корректоров

поведения. Психотерапия проводится в форме групповых занятий и с семьей, что позволяет реадaptировать ребенка и выработать навыки разрешения межличностных конфликтов.

## ОБОСНОВАНИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ

**Ретюнский К.Ю., Петренко Т.С.**

*ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава, г. Екатеринбург*

Гиперкинетическое расстройство (ГР) в силу высокой распространенности является одной из актуальнейших проблем не только детской психиатрии, но и современного общества в целом. Неоднозначное толкование патогенеза ГР обуславливает взаимоисключающие терапевтические подходы, отличающиеся невысокой результативностью.

*Цель.* Установление клиничко-параклинических закономерностей ГР у детей дошкольного и младшего школьного возраста ради разработки эффективной биопсихосоциальной лечебно-реабилитационной модели.

*Материал и методы.* В ходе настоящего исследования на кафедре психиатрии Уральской государственной медицинской академии и ее клинической базе, Свердловской областной клинической психиатрической больнице, комплексному исследованию были подвергнуты 74 ребенка в возрасте 6-9 лет (43 мальчика и 31 девочка), посещавших детские дошкольные учреждения и начальные классы общеобразовательных школ. К критериям включения были отнесены: наличие клинических признаков ГР (в соответствии с МКБ-10 – F 90), возраст 6-9 лет, интеллектуальные показатели не ниже среднего по шкале Векслера. Из исследования исключались нарушения поведения вследствие иных психических расстройств. Контрольное сравнение проводилось с показателями одновозрастных групп детей со средними интеллектом и без клинических признаков ГР в количестве 30 человек, посещавших детские дошкольные учреждения и общеобразовательные средние школы.

Клинический метод являлся основным и преследовал цель установления клиничко-психопатологических и клиничко-динамических закономерностей в сравниваемых группах. С помощью теста Векслера из исследования исключались дети с задержкой психологического развития. Компьютерная ЭЭГ служила верификации нарушений биоэлектрической активности головного мозга. Нейропсихологическое исследование (по А.В. Семенович, 2002), адаптированное для детей данной возрастной группы, на основании топической диагностики предопределяло варианты нейропсихологической коррекции. Ультразвуковая доплерография оценивала состояние кровотока в артерио-венозных магистральных головного мозга, адаптационные возможности ауторегуляторного аппарата церебральных сосудов при нагрузке. Результаты исследования подвергались статистической обработке.

*Результаты и обсуждение.* В результате двухлетнего наблюдения и комплексного исследования были установлены общие клиничческие и патогенетические закономерности возникновения и клиничческой динамики ГР в сравнительно-возрастном аспекте. В происхождении ГР ведущее значение играют биологические факторы, к которым относится резидуально-органическая церебральная недостаточность, выявленная в 100%. Общим для ГР являются признаки стержневого психоорганического синдрома, близкого по своему значению к F 07.9 (МКБ-10), но не соответствующие ему полностью. Клиничческая динамика ГР и коморбидных им психопатологических расстройств обусловлена декомпенсацией и неполной компенсацией нарушенных функций, а также процессами возрастного созревания систем мозга, характерного для динамики расстройств психоорганического круга. В раннем детстве преобладают синдромы органической невропатии (95,8%); в дошкольном возрасте доминирует гиперкинетический синдром; в младшем школьном возрасте гиперактивность дополняют церебрастенические и эмоциональные расстройства с преобладанием аффективно-возбудимых реакций. Среди коморбидных расстройств доминируют тики, неорганический энурез и энкопрез, заикание, мигренеподобные и дисфориеподобные пароксизмы, парасомнии.

Достоверность органической дисфункции мозга при ГР верифицирована с помощью электрофизиологического, нейропсихологического и ультразвукового исследований.

КЭЭГ-показатели при ГР свидетельствуют о преобладании двух ЭЭГ-типов: пограничного (71,0%) и патологического (29,0%). Соотнесение отчетливых эпилептиформных паттернов ЭЭГ с клиническими проявлениями психоорганических расстройств с высокой вероятностью свидетельствуют об эпилептизации мозга. Нейропсихологическое обследование указывает на церебральную дисфункцию с вовлечением лобно-центральных, височных отделов, мезодиэнцефальных структур и межполушарных комиссур. Ультразвуковая доплерография в 90% определила признаки усиления линейной скорости кровотока в артериях вертебробазилярного бассейна с одновременным нарушением венозного оттока, являющегося причиной синдрома внутричерепной гипертензии. Более чем в 70% случаев установлена экстравазальная компрессия сосудов на уровне сегментов С1-С2, что свидетельствовало о перинатальной травме с дислокацией шейных позвонков.

*Выводы.*

1) ГР является расстройством психоорганического круга, в основе которого лежат механизмы схожие с эпилептогенезом.

2) Терапия антиконвульсантами и нейрометаболическими средствами относится к патогенетическим мерам воздействия. Наибольшая эффективность отмечена при применении вальпроатов (конвульсофин), карбамазепина (финлепсин-ретард) и топирамата (топамакс) в возрастных и весовых эквивалентах.

3) В качестве эффективной модели реабилитации детей дошкольного и младшего школьного возраста с ГР следует рассматривать полипрофессиональное воздействие в виде медико-психологической помощи и социально-педагогической коррекции, с большим успехом осуществляемой специалиста многодисциплинарных бригад.

## СИСТЕМАТИКА ДЕЗАДАПТАЦИОННЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ-СИРОТ С ЛЕГКОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

**Рычкова Л.С., Супрун С.А., Смирнова Т.А.**

*ГОУ ДПО Уральская Государственная медицинская академия дополнительного образования  
Росздрава, ГУЗ Областная клиническая специализированная  
психоневрологическая больница № 1, г. Челябинск*

В последние десятилетия отмечается увеличение как числа лиц с умственной отсталостью, особенно ее легких форм, так и количества детей-сирот.

Целью настоящего исследования явилось установление типологии дезадаптивных расстройств у детей-сирот с легкой умственной отсталостью (ЛУО) с определением их возрастных особенностей.

Было обследовано 112 детей-сирот с ЛУО экзогенно-органического генеза, принадлежащих к мужскому полу, в возрасте от 7 до 18 лет, проживающих в школе-интернате и обучающихся по специальной (коррекционной) образовательной программе VIII вида. Все исследованные имели те или иные дезадаптивные расстройства (ДР). Основными методами исследования явились: клинко-психопатологический, психолого-педагогический, экспериментально-психологический и статистический.

Анализ полученных данных привел к необходимости систематизировать выявленные нарушения, которые определяли сущность дезадаптивных состояний. В соответствии с ведущими клиническими проявлениями, обследованный контингент был распределен по трем группам, которые были обозначены в виде основных типов дезадаптивных расстройств: агрессивно-дисфорического, астено-гипобулического и аддиктивного. Преобладающим оказался агрессивно-дисфорический тип (50,9 %, n = 57), аддиктивный тип встречался в 26,8 % (n = 30), астено-гипобулический тип был обнаружен у 22,3 % (n = 25).

Агрессивно-дисфорический тип ДР преобладал у детей в возрасте 13 – 15 лет (50,9%, n = 29), что можно объяснить происходящими в период пубертата изменениями. Достаточно высокими показателями по распространенности были периоды 10 – 12 и 7 – 9 лет, составившие – 22,8% (n = 13) и 19,3% (n = 11) соответственно. Вероятно, это обусловлено тем, что в данном возрасте происходило изменение жизненного стереотипа, связанное с поступлением в государственное учреждение, началом школьного обучения. В наименьшем количестве, всего в

7% (n = 4) данный тип дезадаптации встречался в группе детей 16 – 18 лет, что может быть связано, с одной стороны, с осуществлением в школе-интернате профилактической коррекционной программы, а с другой – переходом части детей в данном возрасте в аддиктивный тип дезадаптации.

Астено-гипобулический тип ДР несколько чаще встречался у детей в возрасте 16 – 18 лет (32%, n = 8) и 13 – 15 лет (28%, n = 7), что вероятно связано с прогрессивным течением и слабой подверженностью методам коррекции дезадаптационных состояний у детей-сирот с преобладанием астенического радикала в структуре общего психического недоразвития. У детей в возрасте 16 – 18 лет с астено-гипобулическим типом ДР преобладали волевые нарушения в виде аспонтанности и адинамии, были слабо развиты трудовые, учебные навыки. В группе 7 – 9 летних количество детей с данным вариантом преобладало (24%, n = 6) над количеством детей в возрасте 10 – 12 лет (16%, n = 4), что можно объяснить началом обучения в школе и проживания в интернате, обуславливающим повышение интеллектуальной нагрузки, увеличение коммуникативных контактов, появлением новых требований, необходимостью соблюдения распорядка учреждения. В этот период возрастная дестабилизация усугубляла и без того низкие интеллектуальные возможности, декомпенсировала экзогенно-органическую церебральную неполноценность, что провоцировалось возрастанием психофизиологических нагрузок. Вследствие этого усиливалась церебральная симптоматика, на фоне которой углублялись невротоподобные расстройства.

Аддиктивный тип ДР не встречался у детей в возрасте 7 – 9 лет, а у 10 – 12 летних составил только 6,7% (n = 2). Резкое увеличение распространенности данного варианта дезадаптации происходило в возрастных группах 13 – 15 и 16 – 18 лет, в каждой из которых он был распространен в 46,7% (n = 14). Вероятно, это связано с началом пубертатного периода, расширением круга общения, знакомством с социальной средой вне государственного учреждения, которая зачастую оказывается асоциальной или криминальной, тем более что первыми, кто приводит детей к началу употребления алкоголя и психоактивных веществ, оказываются сверстники вне интерната и воспитанники с уже сформированными аддиктивными формами поведения. В возрастной группе 10 – 12 лет преобладающими оказались прогулы школы и уходы из интерната, драчливость и хулиганство, вызывающее провокационное поведение, каждое из которых встречалось в 18,2% (n = 2). У 13 – 15 летних значительно чаще определялись прогулы в школе и уходы из интерната (16,4%, n = 12), воровство (16,4%, n = 11), лживость (16,4%, n = 11), вызывающее провокационное поведение (13,4%, n = 9). В 16 – 18 лет наиболее распространенными являются прогулы в школе и уходы из интерната (20,5%, n = 9), лживость (18,2%, n = 8), откровенное постоянное непослушание (18,2%, n = 8), воровство (15,9%, n = 7).

Следует отметить, что выявление клинико-психопатологических и возрастных особенностей дезадаптационных расстройств, формирующихся у детей-сирот с легкой умственной отсталостью, является необходимым условием при разработке дифференцированных лечебно-профилактических и реабилитационных программ с учетом установленных типов, что позволит повысить эффективность оказания помощи лицам с интеллектуальным недоразвитием.

## САМОАКТУАЛИЗАЦИЯ РОДИТЕЛЕЙ И НЕВРОЗЫ У ДЕТЕЙ

**Стаценко А.Н., Соболева Т.Г.**

*г. Омск*

Целью данной работы являлось изучение связи между уровнем самоактуализации родителей, воспитанием ребенка и его невротизацией.

Самоактуализация исследовалась с помощью теста САМОАЛ (Н.Ф. Калина, 1997); для изучения особенностей воспитательного подхода применялся опросник Анализ семейных взаимоотношений (АСВ), разработанный Э.Г. Эйдемиллером и В.В. Юстицкис (1987, 1990); психическое состояние ребенка оценивалось клинико-психопатологическим методом.

Было обследовано 50 родителей (в основном матерей) и детей (32 мальчика и 18 девочек). Среди них 20 человек имели невротические, 11 – невротоподобные расстройства, а 19 были практически здоровыми. Средний возраст детей составлял –  $10,76 \pm 3,51$  лет.

Уровень самоактуализации согласно результатам теста САМОАЛ колебался от 28 до 73 (в среднем –  $51,1 \pm 11,3$ ).

Была обнаружена сильная высоко достоверная отрицательная корреляционная связь между уровнем самоактуализации и выраженностью отклонений в воспитании: чем выше самоактуализация родителей, тем менее они склонны использовать неадекватные воспитательные методы ( $r = -0,6$ ;  $t = -5,3$ ).

Все обследуемые по показателям САМОАЛ были разбиты на 2 группы: 1-ая -  $\leq 50$  (26 человек), 2-ая -  $> 50$  (24 человека). При сравнении указанных групп оказалось, что 1-ая группа по количеству отклонений в воспитании, достигающих диагностического значения, значительно превосходила 2-ую ( $p = 0,002$ ).

При этом обнаружилось, что в группе родителей с невысоким уровнем самоактуализации достоверно чаще встречалось воспитание с чрезмерностью требований-запретов (З+) и проекцией своих нежелательных качеств на ребенка (ПНК), а также отмечалась тенденция к преобладанию гиперпротекции (Г+). Таким образом, преобладало воспитание по типу доминирующей гиперпротекции. Проекция собственных нежелательных качеств на ребенка часто ведет к таким нарушениям воспитания, как эмоциональное отвержение и жестокость (Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис, 2001).

У детей, родители которых обнаруживали низкие показатели самоактуализации, достоверно чаще встречались невротические расстройства, среди которых преобладали общая тревожность, страхи сверхценного характера, фобические расстройства, на втором месте стояли невротические расстройства отдельных функций (тики, заикание), реже наблюдались невротическая депрессия, ипохондрические проявления и навязчивые движения. Указанные симптомы встречались в различных сочетаниях.

Таким образом, уровень самоактуализации родителей существенно влияет на выбор ими стиля воспитания своих детей и напрямую связан с развитием у них невротических расстройств.

## ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПО ДАННЫМ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

**Степанченко В.А.**

*ФГУ, «Московский НИИ психиатрии Росздрава», г. Москва*

Клинико-психологическое исследование проводилось на базе районного центра психолого-медико-социального сопровождения, куда обращались родители с детьми по направлению школьных психологов в связи с различными проявлениями школьной дезадаптации. Гиперкинетические расстройства были диагностированы у 33 детей в возрасте от 6-14 лет (31 мальчик и 2 девочки).

В соответствии с критериями МКБ-10 выделены 2 группы детей: с нарушением внимания и гиперактивностью (F 90.0), и гиперкинетическими расстройствами поведения (F 90.1).

Выявление и оценка депрессивных расстройств проводились традиционным клинико-психопатологическим методом, а также при помощи детского депрессивного опросника (Childrens depression inventory или CDI), разработанного М. Covacs.

По результатам обследования детским депрессивным опросником показатели «более средних» ( $> 55$ ) выявлены у 39% обследованных детей; высокие показатели «выше клинического порога» - у 10% детей. У 51% детей с гиперкинетическими расстройствами показатели депрессивного опросника соответствовали среднепопуляционным показателям. Различия по частоте встречаемости депрессивных проявлений между выделенными группами детей носили статистически достоверный характер при  $t > 2$ , что соответствует 95% вероятностного прогноза.



Анализ данных по отдельным параметрам теста не выявил значимых различий между группами, за исключением субшкалы «межличностные отношения». Показатели «более средних» ( $>55$ ) выявлены у 18% детей с нарушением внимания и гиперактивностью, и у 85% детей с гиперкинетическими расстройствами поведения. Показатели «выше клинического порога» определялись у детей с гиперкинетическими расстройствами только в 7% случаев. Различия между группами носили статистически достоверный характер при  $t > 2$ , что соответствует 95% вероятностного прогноза.

Проведён сравнительный возрастной анализ частоты встречаемости депрессивных проявлений среди детей до 13 лет и старше 13 лет.

Полученные данные свидетельствуют о том, что статистически достоверно, депрессивные проявления при  $t > 2$  чаще встречаются у детей младше 13 лет. Это касается как общего показателя, так и отдельных параметров теста. Показатели «более средних» выявлены у 36% детей до 13 лет и у 11% детей с 13 лет, а «выше клинического порога»-у 14% больных детей до 13 лет.

Таким образом, депрессивные проявления встречаются у 39% детей с гиперкинетическими расстройствами. В 10% случаев они носят клинически очерченный характер. Наиболее часто депрессивные расстройства наблюдаются у детей с гиперкинетическими расстройствами (F 90) в возрасте до 13 лет. Это касается, как детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. (F 90.0), так и детей с гиперкинетическими расстройствами поведения. (F90.1).

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОДИФИЦИРОВАННОГО ВАРИАНТА ХОЛДИНГ-ТЕРАПИИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ

### Цыбенко В.Л.

*ГУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница»  
(Центр психического здоровья детей и подростков), г. Волгоград*

Недостаточная эффективность реабилитации детей с ранним детским аутизмом (РДА) предполагает поиск новых методов оказания им не только медицинской, но и психологической помощи. В частности, с 1990 -х г.г. в России стала апробироваться холдинг-терапия.

В «Центре психического здоровья детей и подростков г. Волгограда» холдинг-терапия применяется с 1999 года, при этом, сначала в предложенной М. Велчем «классическом» варианте. Данный подход использован у 12 детей в возрасте от 4 до 10 лет, которым был установлен диагноз F84.0 и F84.1 (РДА; количество сессий было от одной до двух, во время одной сессии проводилось от 10 до 15 сеансов холдинг - терапии).

Результаты холдинг - терапии были следующими: значительное улучшения состояния наблюдалось у 2-х детей (16,7 %); незначительное улучшение у 4-х детей (33,3 %); не изменилось состояние у 6 детей (50,0 %) и не было отмечено случаев ухудшения состояния.

Далее для повышения эффективности реабилитации детей РДА был разработан модифицированный вариант холдинг-терапии. Модификация заключалась в том, что помимо холдинг-терапии использовали игровая терапия, арт-терапия, поведенческая терапия, семейная психотерапия и другие психотерапевтические техники, которые подключались, как правило, после 2-3 сеансов холдинг-терапии.

Модифицированный вариант холдинг-терапии был применен у 40 детей с диагнозами F84.0 и F84.1 в возрасте от 3 до 12 лет, количество сессий варьировалось от 1 до 3, длительность каждой от 1 месяца до 3-х месяцев. Длительность катмнеза от 1 месяца до 6 лет. Во время проведения холдинг- терапии медикаментозная (психотропная) терапия не проводилась.

Эффективность модифицированного варианта холдинг-терапии была следующей: значительное улучшение состояния было у 26 детей (65,0 %); незначительное улучшение у 10 детей (25,0 %); не изменилось состояние у 4 детей (10,0 %) и случаев ухудшения состояния детей в процессе проведения модифицированного варианта холдинг – терапии не наблюдалось.

Положительная динамика заключалась, в частности, в том, что у 37 детей (92,5 %) редуцировались стереотипные регрессивные движения (постукивание, трясение руками, бег по кругу, разрывание предметов), у 35 детей (87,5 %) исчезла отгороженность от внешнего мира, у 22 детей (55,0 %) стали более яркими эмоциональные реакции.

Таким образом, модифицированный вариант холдинг-терапии оказался более эффективным, поскольку при «чистом, классическом» варианте холдинг представляет собой почти исключительное стрессовое воздействие на ребенка, а не обучает и не развивает мелкую моторику, его эмоциональную реакцию и социальное взаимодействие с окружающим миром, а модифицированный вариант позволяет сделать это за счет включения в первую очередь игры, которая является ведущим видом деятельности в этом возрасте, а также благодаря арттерапии, развивающей мелкую моторику у ребенка, и семейной психотерапии, которая улучшает взаимодействие, помогает пониманию со значимыми взрослыми.

Соответственно, для повышения эффективности реабилитации детей с РДА целесообразно использовать разработанный модифицированный вариант холдинг-терапии.

## ФОРМАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МОДЕЛИРОВАНИЯ ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РАЗРАБОТКЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

**Чашкина Е. А., Ивашев С.П., Новикова Ю.Г.**

*Волгоградский государственный медицинский университет*

*ГУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница»*

*(Центр психического здоровья детей и подростков), г. Волгоград*

Развитие новых компьютерных технологий объективного контроля здоровья детей и взрослых по-прежнему остается одной из актуальных проблем медицинского приборостроения. Особенно остра эта проблема в психоневрологии, техническая оснащенность которой значительно хуже, чем в других отраслях медицины. Одной из причин этого может быть недостаточная теоретическая обоснованность применяемых инструментальных средств и сравнительно малая разработанность концептуальных основ моделирования когнитивных процессов в структуре целенаправленной деятельности человека (Александров Е.А., Боксер О.Я., 2000 и др.).

В настоящее время теоретико-методологической базой для создания новых методов, всё более утверждаются принципы теории функциональных систем, сформулированная акад. П.К. Анохиным (Александров Е.А., 2000; Гавриков К.В., 1987; Журавлев Б.В., 1999, 2001; Завьялов А.В., Плотников В.В., Бердников Д.В., 2002; Иванов А.В., 2001; Судаков К.В., 2001, 2002, 2003; Швырков В.Б., 1978, 1982; Умрюхин Е.А., 2002 и др.), которая создает основу для формального моделирования информационных процессов в функциональных системах организма. Особую актуальность это направление исследований приобретает в разработке программно-аппаратных комплексов скрининговой оценки психического здоровья, проводимой с целью диагностики познавательных процессов, как в норме, так и при психической патологии.

В частности, проведенные исследования (Ивашев С.П., 2006) позволили выделить некоторые особенности системной регуляции целенаправленной деятельности здоровых детей и лиц, страдающих шизофренией. Так, процессы саморегуляции детей среднего школьного возраста в сравнении с взрослыми характеризовались большей относительной автономией, меньшей упорядоченностью; допускаемые ошибки вели к ухудшению эффективности деятельности. Регуляторные процессы больных шизофренией в сравнении со здоровыми испытуемыми отличались высокой степенью интегрированности, уменьшением значимости «внешнего эффекта» деятельности для её системной регуляции. В условиях же произвольной деятельности функциональная организация регуляторных процессов больных и здоровых лиц не обнаруживала значимых различий. В этой связи, актуальность настоящего исследования видится в дальнейшем концептуальном осмыслении системно-информационной природы мыслительной деятельности человека.

Тем самым целью настоящей работы стало построение формальной модели целенаправленной деятельности человека в различных условиях. Основываясь на формальной модели адаптации человека к условиям внешней среды Г. Хакена (1980) можно сделать допущение, что вероятность формирования того или иного поведенческого паттерна связана с сигнальными воздействиями окружающего мира, облегчающими или затрудняющими процесс изменения когнитивных схем конкретного индивида. Под когнитивной схемой в данном случае понимается алгоритмический паттерн мышления, формирующийся в процессе выполнения задачи. Представим взаимосвязь когнитивных процессов и внешних условий через функцию модели Изинга (1) с положительным и отрицательным направлением изменения когнитивной схемы:

$$\begin{aligned} p_{+-}[n_+, n_-] &\equiv p_{+-}(q) = v \exp \left\{ \frac{-(Iq + H)}{\Theta} \right\} = v \exp \{- (kq + h)\}, \\ p_{-+}[n_-, n_+] &\equiv p_{-+}(q) = v \exp \left\{ \frac{-(Iq + H)}{\Theta} \right\} = v \exp \{+ (kq + h)\} \end{aligned} \quad (1)$$

где  $I$  – мера соответствия алгоритмического паттерна мыслительной деятельности условиям задачи;  $H$  – параметр «плотности» когнитивных схем, показывающий направление формирования именно данного паттерна мыслительной деятельности в данных условиях (высоковероятный или маловероятный);  $q$  – пространственно-временная организация саморегуляции.

$$\Theta = kT \quad (2)$$

можно определить как параметр «плотности» интегрального когнитивного процесса, обеспечивающего на информационной основе как высшие формы отражения параметров окружающего мира  $k$ , так и построение всего многообразия адаптивной деятельности человека  $T$ .

Таким образом, вероятность формирования той или иной когнитивной схемы в тех или иных условиях определяется тем, насколько для них оптимален данный паттерн мышления. Факторное представление множества объектов (Лотов В.И., Орлова Н., 2004) позволяет сформировать функцию, обладающую заранее определенными свойствами  $Q_r$  с фиксированными между ними отношениями  $R$ :

$$Q_r = \sum_i p(q_i) = \sum_i r_+(q_i) \cdot r_-(q_i) \quad (3)$$

$$\begin{aligned} r_+(q_i) &= \exp \left\{ - \sum_k \text{sigH}(\exp \{q_i\}; \Delta_k q > 0) \right\} \\ r_-(q_i) &= \exp \left\{ - \sum_k \text{sigH}(\exp \{q_i\}; \Delta_k q \leq 0) \right\} \end{aligned} \quad (4)$$

(4) – это система уравнений для ветвящегося процесса, представленного в виде ряда характеристик, где в качестве коэффициента  $H$  стоит объединяющее случайности дробления величин  $\Delta q_i$ , которые распределены случайным образом, в ряд функции  $r_+(q_i)$ . Данная функция дискретна и при факторизации  $Q_r$  отношением качеств  $r$ , связанных в ряд величин  $q_i$ , может служить индикатором информационных свойств процессов саморегуляции.

Представленная модель может быть осмыслена как отражение базовых аспектов системы когнитивной регуляции. Дальнейшее рассмотрение полученных данных из функций и систем уравнений дает возможность исследовать следующие грани саморегуляции целенаправленного поведения:

- случайных блужданий испытуемого в интересах информационного обогащения процесса поиска;
- автоколебательных процессов саморегуляции в интересах оптимизации надежности деятельности;
- ветвящихся алгоритмов решений, отражающие изменения фазовых состояний системы регуляторных процессов.

Дальнейшая разработка формальных моделей и программно-аппаратных комплексов позволит получить оценку, как интегральных свойств, так и отдельных компонент

когнитивных функций, которые могут быть скрыты при непосредственном наблюдении. Данная работа является перспективной в решении задач дискриминантной оценки познавательных процессов в норме и при психических заболеваниях детей и подростков.

## ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ДРОМАНИИ В СТРУКТУРЕ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У МАЛЬЧИКОВ В ПРЕПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ

**Чижова Т.Н., Рычкова Л.С., Чижов А.В.**

*ГОУ ДПО Уральская Государственная медицинская академия дополнительного образования  
Росздрава, ГУЗ Областная клиническая специализированная  
Психоневрологическая больница № 1, г. Челябинск*

В условиях детского клинического отделения № 14 ГУЗ ОКСПНБ № 1 в период с ноября 2006 года по январь 2007 года было обследовано 24 мальчика с декомпенсацией резидуально-органического психосиндрома, основной причиной госпитализации которых явились уходы и бродяжничество. Были использованы клиничко-анамнестический, клиничко-психопатологический, клиничко-динамический и экспериментально-психологический методы исследования.

В результате исследования были выделены две группы мальчиков, страдающих синдромом дромомании.

В 1 группу вошли дети (45,8 %; n = 11), которые достаточно сознательно, можно сказать спланированно уходили из дома или сиротского учреждения, бродяжничали месяцами на протяжении нескольких лет. У детей из этой группы бродяжничество воспринималось как образ жизни, складывался своего рода патологический социальный стереотип. Время проводили в компании асоциальных детей и подростков. Жили на вокзалах, в подвалах домов, в различных нежилых помещениях и свой образ жизни изменять не хотели. У всех обследованных наследственность была отягощена алкоголизмом хотя бы одного из родителей. В двух случаях родители отказались от детей в роддоме, а воспитание этих детей осуществлялось в приемных семьях. У 45,5 % обследованных (n = 5), родители также бродяжничали, уходили из дома на длительное время. Воспитание осуществлялось в 72,7 % (n = 8) по типу безнадзорности с жестокими взаимоотношениями, в 9,1 % случаев (n = 1) – по типу гипоопеки и в 18,2 % случаев (n = 2) отмечалось воспитание по типу гиперопеки приемными родителями. В дошкольном возрасте наблюдались гипердинамические нарушения в 54,5 % (n = 6), поведенческие нарушения в виде обидчивости, упрямства, агрессивности в 18,2 % (n = 2), нарушения поведения в виде лживости, изворотливости, совершения краж в 9,1 % (n = 1), задержки речевого развития, заикания в 9,1 % (n = 1). Возраст, в котором дети этой группы начали уходить из дома: с 10 до 12 лет – 72,7 % (n = 8), а до 10 лет – 27,3 % (n = 3).

У всех обследованных были признаки школьной дезадаптации (ШД). в 45,5 % случаев (n = 5) ШД проявлялась в виде поведенческих нарушений; в 9,1 % (n = 1) ШД была обусловлена затруднениями усвоения школьной программы; в 45,5 % (n = 5) ШД связана с комбинированным нарушением поведения и усвоения школьной программы.

все обследованные этой группы совершали кражи. Эпизодическое употребление алкогольных напитков наблюдалось в 45,5 % (n = 5); систематическое употребление – в 18,2 % (n = 2), ингаляции препаратов бытовой химии отмечены в 54,5 % (n = 6). В условиях отделения обследованные дети первой группы стремились к общению с асоциальными детьми. К госпитализации относились как к временной необходимости, старались быть вежливыми с сотрудниками отделения, предлагали свою помощь, уточняя возможности скорой выписки.

Во второй группе исследованных детей дезадаптивные уходы, как правило, были связаны с конфликтными ситуациями в семьях или в школе, носили импульсивный характер, продолжительностью 1 – 3 дня. Время проводили в обществе случайных знакомых. Ночевали, как правило, у родственников или знакомых. Возвращались самостоятельно.

В 54,2 % (n = 12) дети второй группы воспитывались в неполных или деформированных семьях с наличием отчима. Наследственность была отягощена алкоголизмом хотя бы одного из

родителей в 76,9 % (n = 10). Употребление наркотических препаратов родителями отмечено в 23,1 % (n = 3). В 30,8 % (n = 4) родители имели судимость (в одном случае за распространение наркотиков, а в трех случаях за убийство). В дошкольном возрасте у обследованных второй группы наблюдались гипердинамические нарушения в сочетании с аффективной возбудимостью в 23,1 %; n = 3), агрессивность в 53,8 % (n = 7), астеноневротические нарушения отмечены в 7,7 % (n = 1). Без нарушений в дошкольном возрасте было двое пациентов, которые составили 15,4 %. У всех 13 обследованных наблюдалась школьная дезадаптация, которая проявлялась поведенческими нарушениями в 46,2 % (n = 6); ШД, причиной которой явилась комбинация поведенческих нарушений с трудностями усвоения школьной программы, составила 53,8 % (n = 7). Если в первой группе школьная дезадаптация наблюдалась с первого года обучения, то во второй группе проявления ШД совпадали с окончанием начальной школы. Как правило, не отмечено стойкого нежелания учиться, причиной школьной дезадаптации родители считали «непонимающих педагогов» и «детский коллектив». Во время уходов 46,2 % детей (n = 6) совершали кражи. В 15,4 % (n = 2) устраивались работать на рынках. Аддитивные нарушения проявлялись в виде эпизодических употреблений алкогольных напитков в 23 % (n = 3) и эпизодических ингаляций паров психоактивных веществ и летучих растворителей в 46,2 % (n = 6), игровая зависимость наблюдалась в 15,4 % (n = 2).

Находясь в отделении, дети второй группы длительное время не могли адаптироваться: конфликтовали с детьми, провоцировали драки, отказывались подчиняться сотрудникам отделения, шантажировали родителей, игнорировали трудовые мероприятия.

Таким образом, необходимы дальнейшие исследования дромоманических расстройств в структуре резидуально-органического психосиндрома для более дифференцированного подхода к разработке лечебно-коррекционных и профилактических мероприятий.

## ТРАНСФОРМАЦИЯ ИНСТИНКТИВНЫХ МЕХАНИЗМОВ САМОРЕГУЛЯЦИИ В ОНТОГЕНЕЗЕ

**Шевченко Ю.С., Корнеева В.А.**

*РМАПО, г. Москва*

В течение более, чем десяти последних лет сохраняются негативные тенденции заболеваемости и распространенности психических расстройств у детей и подростков, в основном за счет пограничных расстройств резидуально-органической, психогенной и социогенной природы. Безусловным психосоциальным фактором возникновения разнообразных психических расстройств пограничного уровня, а также нарушений психоречевого развития являются различные формы нарушения детско-родительских отношений, особенно возникших в раннем возрасте (Лангмейер Й., Матейчек З., 1984.; Шевченко Ю.С., Бобылева Г.И., Морозова Е.И., 1986; Руженков В.А., Тужилова М.Б., 2006).

Ребенок раннего возраста находится на этапе развития, которому соответствует сомато-вегетативно-инстинктивный уровень нервно-психического реагирования (по В.В.Ковалеву). Исходя из этого лечебно-коррекционно-воспитательные мероприятия, призванные гармонизировать его психическую сферу должны во многом ориентироваться на природно-психические, в частности, этологические (врожденно-филогенетические) механизмы поведения ребенка.

Инстинктивные адаптации (этологические модели поведения) можно рассматривать как архетипы коммуникаций (визуальной, аудиальной, тактильной, ольфакторной, социальной). По-видимому, они являются также базой когнитивных процессов. Большинство диалоговых коммуникаций между матерью и ребенком и между детьми в первые годы жизни содержат врожденные элементы, показывающие возможности использования филогенетических адаптаций в педагогике (Самохвалов В.П., 1995).

В контексте онтогенетически-ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии (Шевченко Ю.С., 1995-2005) нами разработаны психопрофилактические, коррекционно-педагогические и психотерапевтические приемы, применимые как в семьях, так и в различных лечебно-воспитательных учреждениях.

В психокоррекционные задачи входит помощь конкретному ребенку в формировании, социализации и субординации всех врожденных уровней саморегуляции базальной аффективности (поскольку «пассивный гуманист» столь же уязвим как и «безжалостный воин»). При таком условии психотерапевтические приемы (от гипнотического внушения до арттерапии, бихевиорально-когнитивных, психоаналитических и коллективно-групповых методик) могут воздействовать не только на индивидуально- и социально-психические уровни личности ребенка, но и на ее природно-психические основы, включающие инстинкты, влечения, темперамент и низшую (базальную) аффективность.

Врожденные психотехнические приемы аффективной саморегуляции (Лебединский В.В. и соавт., 1990; Никольская О.С., 2000), поддерживающие оптимальный психический тонус, остаются актуальными в течение всей жизни человека. Воспитание и жизненный опыт лишь социализируют поведенческие модели, обеспечивающие соответствующие инстинктивные механизмы. Так, на уровне полевого реагирования чередующиеся периоды двигательного возбуждения с поиском внешней сенсорной стимуляции и самоизоляции, минимизирующей поток внешних импульсов, с возрастом сменяются сознательным поведением, характеризующимся сменой бурной активности с многочисленными контактами и разнообразными впечатлениями в условиях города на пассивно- созерцательное уединение дачно-деревенской жизни. Уровень стереотипов, проявляющийся у ребенка в простых двигательных автоматизмах (раскачивания, бег по кругу или от стены к стене, стереотипные манипулирования с собственным телом и проч.), обеспечивающие защищающе-восстанавливающий транс, у взрослых проявляется в различных формах произвольной ритмической деятельности (от «успокающего» вязания, создания орнаментов до увлечения танцами или джазом). Уровень аффективной экспансии, инстинктивно проявляющийся у ребенка в стремлении овладеть «запретным плодом» (груши в соседском саду всегда вкуснее), нарушить устоявшийся порядок, подчинить окружающих собственной воле путем вызывающего поведения, у взрослых эволюционирует в межличностную конкуренцию, экспансивные манеры поведения, увлечение детективами и триллерами, выбор соответствующей профессии или экстремального хобби. Можно сказать, что если уж «солдатами не рождаются», то становятся довольно рано, предпочитая активное овладение окружающим миром прочим формам адаптации. Социальная же направленность саморегулирующей экспансивности (которая формально может быть в равной степени актуальна и у стража правопорядка, пожарного, военнослужащего и у преступника) во многом определяется степенью развития следующего, наиболее зрелого уровня саморегуляции базальной аффективности – уровня социального контроля. У ребенка этот уровень проявляется в инстинктивной жалости к маленьким детям и бессознательной любви к животным, синтонности с эмоциональным состоянием матери, аффективном созвучии с невербальным поведением окружающих, неосознанном стремлении получить их одобрение. На базе этого уровня развиваются произвольные формы поведения, позволяющие регулировать собственный аффективный фон за счет «хороших», «правильных», «красивых», «гуманных» поступков, а также за счет сопереживания героям сказок, мелодрам и реальным людям. Выражение: «Над вымыслом слезами обольюсь» характеризует данный уровень аффективной саморегуляции.

Онтогенетически ориентированная психотерапия (Шевченко Ю.С., 1995-2005) предусматривает целенаправленное использование рассмотренных этологических механизмов в работе как с пациентами самого раннего возраста, так и других возрастов.

# **РАЗДЕЛ III**

## ***СЕКТОР ИНТЕГРАТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКИХ ПСИХИАТРОВ***

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКОГО ДНЕВНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА НА БАЗЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ

**Бочарова И.А., Злоказова М.В.**

*Государственная медицинская академия, г. Киров*

Современный подход к разработке и организации реабилитационного процесса детям с психическими расстройствами основан на междисциплинарном взаимодействии различных специалистов: психиатров, психологов, педагогов, дефектологов, логопедов и социальных работников. Кроме того, он должен осуществляться в условиях максимально приближенных к реальной жизни, что становится возможным при оказании психиатрической помощи в общеобразовательной школе.

Для проведения активной реабилитационной и психопрофилактической работы со школьниками с пограничными психическими расстройствами с 1993 года функционирует детский дневной психиатрический стационар (ДДПС) на базе 6 общеобразовательных школ г.Кирова. Сначала было развернуто 25 мест, но в дальнейшем благодаря достигнутому хорошему результату терапии, а также по многочисленным просьбам педагогов школ города и родителей количество мест было увеличено до 150.

Задачами ДДПС являются:

- углубленная междисциплинарная диагностика психических и психосоматических отклонений в состоянии здоровья дошкольников;
- психологическая, логопедическая, психотерапевтическая и медикаментозная коррекция выявленных отклонений;
- консультирование, психотерапевтическая и психологическая помощь педагогам и родителям;
- психопрофилактическая работа.

На курс стационарного лечения (в течение учебной четверти) набирают 25 школьников с пограничными психическими расстройствами и ЗПР, осложненной различными психопатологическими синдромами: невротоподобным, церебрастеническим, нарушением внимания, поведения и т.д. В начале детей обследует психиатр. Исследуется подробный анамнез развития ребенка, его личностные черты, тип семейного воспитания, жалобы. При беседе с учителями уточняются особенности поведения ребенка в классе, его взаимодействие с другими детьми, участие в играх, предпочтительная деятельность вне занятий и т.д. Проводится экспериментально-психологическое исследование. Все дети осматриваются педиатром и неврологом для выявления сопутствующих соматических заболеваний и неврологической патологии. Логопед дает заключение о состоянии звукопроизношения, фонематических и речевых нарушениях. При необходимости назначаются дополнительные исследования: электроэнцефалография, реоэнцефалография, рентгенография черепа, доплерография сосудов головного мозга, компьютерная томограмма головного мозга.

После заключения всех специалистов составляется индивидуальная реабилитационная программа и назначается необходимое лечение.

В ДДПС применяются: медикаментозное лечение, психотерапия, психологическая, логопедическая и педагогическая коррекция, психопрофилактика, массаж и физиолечение.

Медикаментозная терапия проводится по индивидуальной схеме в зависимости от ведущих психопатологических синдромов. Основными принципами терапии являются: максимально раннее начало, комплексность, индивидуальность и систематичность.

В качестве патогенетической терапии назначаются ноотропы, сосудистые препараты, витамины различных групп. При невротоподобных нарушениях назначаются транквилизаторы. Расторможенность, возбудимость, нарушения поведения корректируются нейролептиками (сонапакс, неупелтил). Используются также фито- и гомеопатические препараты (ново-пассит, баю-бай, нервохель, пион, пустырник, успокаивающий чай и т.д.).

Длительность проведения медикаментозной терапии зависит от психического состояния ребенка и при необходимости может осуществляться постоянно, т.е. и после окончания курса лечения в ДДПС. Также ежедневно с детьми осуществляется педагогическая и логопедическая коррекция.

Психотерапия направлена преимущественно на коррекцию эмоционально-волевых нарушений, которые отмечаются у большинства школьников с пограничными психическими



расстройствами. Предпочтение отдается игровым вариантам групповой психотерапии. В программе психотерапевтических занятий много шумных, подвижных игр, в которые дети играют с большим удовольствием. Для создания проблемных ситуаций на основе сказочных сюжетов и реальных ситуаций используется наглядный материал: игрушки, куклы-марионетки, картинки и т.д. После курса занятий улучшаются адаптационные возможности школьников, стабилизируется эмоциональное состояние, они становятся более открытыми для общения, стараются высказывать свое мнение, активнее поднимают руку на уроках, улучшается поведение. Проводится также когнитивно-поведенческая, арт-терапия, гипносуггестивная, рациональная и семейная психотерапия. Психологическая коррекция проводится индивидуально или в группе.

Дети с дислексией и дисграфией занимаются с логопедом. Все пациенты занимаются лечебной гимнастикой, проводится массаж по показаниям.

Специалисты ДДПС (психиатр, психолог, логопед, педагоги) проводят беседы с родителями об особенностях развития детей с пограничной психической патологией с целью формирования адекватного воспитательного подхода и соответствующей развивающей среды в семейных условиях.

В 2006 году в ДДПС пролечено 719 учащихся. Среди них преобладают дети со школьными трудностями (специфические расстройства развития и задержка психического развития (ЗПР)) – 453 (63%) человека, с органическим поражением ЦНС – 241 (34%), с поведенческими расстройствами – 306 (43%).

Критериями эффективности проведенной терапии считаются: улучшение успеваемости, повышение умственной работоспособности, исчезновение или уменьшение невротических и неврозоподобных расстройств, снижение конфликтности. Улучшение состояния отмечено у 685 (95%) пациентов, выздоровление - у 26 (4%), без перемен – 11 (1%).

Эффективность терапии проводится как по клинической картине, так и по показателям устойчивости внимания и работоспособности по корректурной пробе, по уровню самооценки, тесту тревожности Захарова, тесту словесно-логического мышления Переслени-Мастюковой, по успеваемости (средний балл) и технике чтения.

До лечения у 194 детей наблюдались различные неврозоподобные расстройства (нарушения сна, возбудимость, плаксивость, утомляемость, головные боли и т.д.). После проведенной терапии у 67 (34,5%) неврозоподобные синдромы исчезли, а у остальных детей стали менее выраженными. Показатель тревожности снизился с 14,9 до 12,9. Значительно повысилось качество внимания от 27,9 до 46, возросла работоспособность с 1,3 до 1,5, уменьшилось количество ошибок с 5 до 3,5. Показатели словесно-логического мышления по тесту Переслени-Мастюковой возросли с 21 до 25.

У учащихся со специфическими расстройствами развития средний балл до лечения составлял 2,9, после лечения - 3,3. Улучшилась техника чтения с 45 до 54 слов в минуту.

После проведенной терапии дети с желанием ходят в школу, нет пропусков уроков, появился интерес к учебе, конфликты отмечаются редко, и дети научились конструктивно их разрешать.

Таким образом, в условиях ДДПС осуществляется эффективная помощь школьникам с пограничными психическими расстройствами на основе биопсихосоциального подхода. Деятельность ДДПС имеет также психопрофилактический характер и позволяет предупреждать возникновение невротических и личностных расстройств.

## ДЕТИ ИЗ СОЦИАЛЬНО НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ СЕМЕЙ КАК ОБЪЕКТ ПРОФИЛАКТИКИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ

**Девятова О. Е., Пережогина О. В.**

*ГОУ ЦППРК «Крестьянская застава» ЮВАО, г. Москва*

Традиционно бытует мнение, что злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ) распространено преимущественно в семьях с высоким или средним благосостоянием. Это справедливо, когда речь идет о дорогих наркотических веществах, на приобретение которых

нужны значительные средства. В то же время в семьях с невысоким уровнем достатка проблема стоит не менее остро, только виды ПАВ здесь принципиально иные: место наркотиков прочно занимают алкоголь и токсические вещества (ацетон, бензин, клей «Момент» и др.). Формирование зависимости от этой категории ПАВ наступает значительно быстрее, чем от многих наркотиков, а общее разрушительное воздействие на центральную нервную систему столь выражено, что спустя 2-3 года систематического употребления токсических веществ справедливо говорить о формировании психоорганического синдрома и впоследствии – деменции.

Было обследовано 60 подростков, находящихся в специальной школе закрытого типа (СШЗТ) г. Анна Воронежской обл. и 105 подростков, находившихся в Центре временной изоляции несовершеннолетних правонарушителей (ЦВИНП) ГУВД г. Москвы. Средний возраст обследованных составил 13,5 лет. Все мальчики воспитывались в социально неблагополучных семьях. Работа была построена в три этапа: на первом этапе выявлялись подростки, регулярно употреблявшие ПАВ на протяжении, по крайней мере, 1 месяца; на втором этапе с подростками проводился восьмичасовой тренинг, направленный на формирование мотивации сознательного отказа от ПАВ, подростки, регулярно употреблявшие ПАВ, участвовали в тренинге совместно с другими сверстниками; на третьем этапе оценивалась эффективность тренинга (в СШЗТ повторно обследовались все подростки, в ЦВИНП ГУВД г. Москвы – поступающие повторно в течение года, их число составило 34 чел.).

Тренинг включал: (1) введение, в состав которого входили игра-разминка, подвижные упражнения, знакомство в группе, сообщение тренером условий тренинга, правил работы, (2) оценку уровня информированности участников, их личного опыта, (3) игру «Спорные утверждения» в ходе которой участникам предоставляется возможность высказать свое мнение по самым острым вопросам, (4) показ фильма о зависимостях, (5) игру «Ассоциации», в ходе которой оценивается характер эмоционального восприятия зависимости подростками, (6) игру «Словесный портрет», где на основе выработанных ассоциаций участники описывают образ человека, злоупотребляющего ПАВ, (7) ролевою игру «Семья», где участники, разбившись на команды, представляют сценки из семейной жизни наркоманов, лиц с зависимостью от алкоголя, токсических веществ, (8) ролевою игру «Марионетки», в которой участникам предоставляется возможность почувствовать себя в роли «ведомого», человека, лишённого права самостоятельного волеизъявления, (9) игру «Отказ», в рамках которой участники отрабатывают тактику вежливого, мотивированного отказа от предложений сверстников и старших «попробовать» ПАВ, (10) заключение.

Подобный набор игр был обусловлен важной последовательностью событий, положенных в основу сценария тренинга: от ознакомления с проблемой, постановки вопроса через эмоциональные переживания личного и микросоциального уровня к мотивированному отказу от ПАВ.

Итоги работы свидетельствуют о высокой эффективности выбранной формы профилактической работы. Среди воспитанников СШЗТ число даже эпизодически употребляющих ПАВ (включая курение) снизилось вдвое – с 32 до 16 человек. Среди 34 воспитанников ЦВИНП ГУВД г. Москвы, обследованных повторно, употребление ПАВ снизилось в незначительной степени – с 28 до 24 человек. Важным фактором профилактики злоупотребления ПАВ подростками является, прежде всего, ограждение их от неблагоприятной социальной среды, что вполне выполнялось в условиях СШЗТ. Подростки, находившиеся в ЦВИНП не более 30 дней, как правило, снова возвращались в прежние условия, что способствовало рецидиву употребления ПАВ.

## КОМПЛЕКСНОЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ: ЗАДАЧИ И ВОЗМОЖНОСТИ

**Зверева Н.В.**

*НЦПЗ РАМН, МГППУ, г. Москва*

Патопсихологическая диагностика используется в практике отечественной детской психиатрии уже давно. Фундаментом служат клинические работы Г.Е.Сухаревой, Т.П.Симсон, М.С.Певзнер, С.С.Мнухина, М.Ш.Вроно, В.В.Ковалева, К.С.Лебединской, Д.Н.Исаева,

В.М.Башиной, И.А.Козловой, Н.М.Иовчук и других. Психологическая диагностика строится на базе, заложенной трудами В.М.Бехтерева, Г.И.Россолимо, Л.С.Выготского, Н.И.Озерецкого, А.Р.Лурия, Б.В.Зейгарник, С.Я.Рубинштейн, М.П.Кононовой, Н.П.Морозовой, А.Я.Ивановой и развиваемой в работах В.И.Лубовского, В.В.Лебединского, Н.Я.Белопольской, О.С.Никольской, Т.К.Мелешко, Ю.С.Шевченко, И.М.Никольской, Р.А.Туревской, Н.В.Зверевой, И.И.Мамайчук и многих других.

Применение патопсихологической диагностики традиционно для решения дифференциально-диагностических задач, оценки интеллектуально-личностного состояния ребенка и его динамики, актуальных и потенциальных возможностей его обучения. Диагностика особенностей психического развития аномальных детей связана с психологической квалификацией типа отклоняющегося развития – психического дизонтогенеза. Обозначенные задачи решаются с помощью комплекса экспериментально-психологических методик в сочетании с готовыми психодиагностическими тестами, психиатрическими психометрическими шкалами, материалами проективных методик и техник, данными истории болезни и материалами параклинических исследований. Применяются методы современной «доказательной» медицины и психологии наряду с качественным анализом нарушенного развития в его многообразных проявлениях.

Следует отметить, что подготовка современного патопсихолога-диагноста занимает много времени и требует значительных усилий от учащихся и обучающихся. Систематизация возможных задач работы психолога, классификация и описание соответствующих различным задачам диагностических процедур (технологий диагностики, говоря современным языком), создание современных обучающих программ для подготовки и повышения квалификации специалистов – эти, и некоторые другие направления работы отражают современное состояние патопсихологической диагностики в детской психиатрической (и не только психиатрической) клинике.

В рамках мультидисциплинарного подхода, неотъемлемого принципа научно-практической деятельности второй половины XX и начала XXI века, можно выделить новые задачи совместной деятельности психологов, психиатров и других специалистов-смежников, работающих в детской психиатрии. Перечисленные ниже практические задачи в большинстве случаев отражают не только требования практики, но и теоретическую, научную проблематику совместной деятельности специалистов, работающих в области аномального развития:

- медицинская и психологическая квалификация проявлений болезни осуществляемая по состоянию отдельных психических процессов (мышления, памяти, внимания, эмоций) и по клинической картине (ведущим симптомам и синдромам);
- изучение специфики проявлений и баланса психологических, социальных, биологических, генетических этиологических факторов;
- анализ механизмов формирования дефекта, определение его структуры для построения прогноза течения заболевания и его исхода;
- качественный и количественный анализ связи факторов возраста начала заболевания, тяжести его течения и типологии дефекта при различных нозологических вариантах;
- поиск взаимосвязи болезни и критического периода развития психологической функции (ретардации, акселерации, диссоциации);
- оценка преформации возрастных кризов в условиях болезни по интеграции данных специалистов-психологов, нейрофизиологов, психиатров;
- изучение динамики заболевания на отдаленных этапах (вариант катамнеза) с учетом социальной адаптации детей;
- анализ эффективности лекарственной терапии на близких и отдаленных этапах лечения с помощью психологического инструментария;
- разработка новых специализированных и междисциплинарных средств диагностики отклоняющегося развития;
- создание современных отечественных (возможно, региональных) баз данных по материалам стандартизованных и экспериментальных исследований детей с различными видами психической патологии, для последующего использования в образовательных, диагностических и прогностических целях.

Большинство из перечисленных задач уже реализуются и решаются в рамках совместной работы специалистов, прежде всего в научных и научно-практических центрах, учреждениях по профессиональному образованию и повышению квалификации специалистов. Возможно, нужны новые формы совместной работы специалистов для получения максимально эффективного результата мультидисциплинарного подхода к диагностике, лечению, курации и профилактике психических нарушений в детском возрасте.

## ИНТЕГРАЦИЯ МИКРОПСИХИАТРИИ В ПРАКТИЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

**Коновалова Т.И.**

*ГУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница»  
(Центр психического здоровья детей и подростков), г. Волгоград*

По данным Научного центра психического здоровья РАМН психические нарушения среди детей в возрасте от первых месяцев жизни до трех лет выявляются достаточно часто. Если в начале 80-х годов прошлого столетия на 100 малышей до 3-х лет приходилось 9 с психическими нарушениями и 30 составляли группу риска, то к концу 90-х годов таких детей выявлялось уже 15,5 и 35 соответственно. В настоящее время в России активно формируется чрезвычайно важное для детской психиатрии научно-практическое направление – микропсихиатрия. Если психиатрия детского возраста сложилась как самостоятельная дисциплина в 20-х - 30-х годах, то психиатрия раннего детства является порождением последних нескольких десятилетий. Причины столь позднего выделения этого направления в психиатрии связаны как с социальными факторами, так и с уровнем зрелости психологии детства как самостоятельной науки.

Микропсихиатрия - это особая область психиатрии, патология, которая отличается значительно даже от всей детской патологии. Появление такой специализации связано с требованием времени, с расширением знаний о психике этого возраста и с ростом психической патологии в этой группе:

- ранняя диагностика аутистических расстройств
- депрессивные состояния у младенцев
- нарушения питания и нарушения физического развития, психосоматического этиопатогенеза.

Психиатр обнаруживает подобные проблемы начинает работать с семьей, с формированием устойчивых и адекватных детско-родительских отношений. Профилактика психических расстройств с детства – важнейшая задача учреждений службы детского психического здоровья. Раннее выявление нарушения психического развития – оптимальная основа эффективных лечебно-коррекционных мероприятий.

Для того чтобы специалисты правильно оценивали развитие ребенка в конкретный возрастной период и вовремя провести все необходимые мероприятия по лечению и реабилитации – необходимо четко знать уровень нервно-психического развития детей раннего возраста. Психический статус ребенка необходимо оценивать с точки зрения состояния его перцептивной, двигательной, речевой, конструктивной коммуникативной деятельности в различные возрастные периоды. Формирование психики с первых дней жизни идет по сложному пути взаимодействия различных функциональных систем мозга, организующих элементарное движение, первичное восприятие, а затем более сложное двигательное действие с включением мануальной деятельности и дифференцированное восприятие различных модальностей и др.

К примеру, в возрасте 11 месяцев ребенок должен уметь производить ряд действия:

- проявлять эмоции (радоваться приходу детей; избирательно относится к другим детям);
- ребенок овладевает новыми разученными действиями с предметами, начинает выполнять их по просьбе взрослого (накладывает кубик на кубик, снимает и надевает кольца с большими отверстиями на стержень);

- самостоятельно стоять и делать первые шаги;
- по словесной инструкции выполнять разученные действия, не подсказанные предметами (водит куклу, кормит собачку и др.); появляются первые обобщения в понимаемой речи (по просьбе взрослого находит, дает любую куклу, которую видит среди игрушек, любой мяч, все машины и др.);
- произносить первые слова-обозначения, например «ав-ав», «кис-кис», «дай».

Знание базисных основ нервно-психического развития ребенка позволяет специалисту в области микропсихиатрии правильно оценить психический статус в данном возрастном периоде и сводит к минимуму диагностические ошибки.

На базе ВОДКПБ с 2003 года активно ведется приём детей первых трёх лет жизни. Основной целью обследования было получение данных, способствующих пониманию поведения не только детей, но и воспитывающих их взрослых. Неслучайно психиатрию раннего детского возраста принято называть «психиатрией детско-родительских отношений». В практической работе использовались методики и тесты для оценки нервно-психического развития детей: тест развития детей первого года жизни – О.В.Баженовой; оценка уровня психомоторного развития ребёнка, разработанный Л.Т.Журбой, Е.М.Мастюковой.

Практическая деятельность в этом направлении позволяет заключить, что в настоящее время среди населения возросло осознание необходимости осмотра у специалиста в области микропсихиатрии с целью раннего выявления и профилактики у детей нервно-психических расстройств и поведенческих девиаций.

## ПСИХОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ФЕТАЛЬНЫМ АЛКОГОЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

**Коновалова В.В., Куприянова Т.А., Прилепская Т.Н., Маринчева Г.С.**

*ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава», г. Москва*

Среди нозологически специфических форм умственной отсталости фетальный алкогольный синдром (ФАС) по распространенности в контингенте умственно отсталых детей значительно опережает другие наиболее частые специфические формы интеллектуального дефекта. Так, частота детей с ФАС среди учащихся коррекционных школ-интернатов и детских домов УШ вида г. Москвы составляет 9,4%.

С целью изучения интеллектуального уровня детей с ФАС было проведено обследование психометрическим тестом Векслера учащихся коррекционных детских домов и школ-интернатов УШ вида, воспитанников детских домов с массовой программой обучения, в том числе для детей с задержкой психического развития и группы обучаемых детей школьного возраста в домах-интернатах системы социальной защиты. Контрольной группой были дети с неспецифической (главным образом семейной формой) умственной отсталости. Всего методикой Векслера обследовано 289 учащихся с ФАС (151 мальчик и 138 девочек) и 146 - контрольной группы (92 мальчика и 54 девочки) в возрасте от 5 лет 10 мес. до 19 лет. Исследование показало, что дети с ФАС по уровню интеллекта практически не отличаются от всего контингента учащихся коррекционных учреждений: средний общий интеллектуальный показатель (ОИП) составляет 75,5 ед. (разброс показателей от 42 до 112 ед.) и 79,5 ед. (разброс от 42 до 121) – в контрольной группе (различия статистически недостоверно). Не выявлено также различий между группами при анализе профиля отдельных субтестов. В дальнейшем проводился суммарный анализ психометрических данных детей, воспитывающихся в школах-интернатах и детских домах УШ вида системы образования (296 человек).

Выявлено, что при среднем ОИП=71,6 структура интеллекта неравномерна: средний невербальный интеллектуальный показатель (НИП) преобладает над средним вербальным интеллектуальным показателем (ВИП) – 80,4 ед. (разброс от 32 до 122) и 68,2 ед. (разброс от 45 до 111) соответственно, при этом превышение НИП над ВИП на 20 ед. и более отмечено у 25,4% детей. УQ равный и более 80 ед. имели 23,3% детей, а УQ равный и более 90 ед. (что соответствует нормальному интеллектуальному развитию) – 7,1%. Детей с уровнем интеллектуального развития, соответствующим умеренной умственной отсталости было 4,4%

(IQ менее 50 ед.). Анализ отдельных субтестов показал, что «западение» вербального интеллекта связано с крайне скудным словарем детей, так, средний показатель субтеста «словарь» составил 2,6 ед., при том, что показатели других вербальных субтестов находились в границах от 4,6 до 6 ед. Кривая профиля невербальных субтестов носила более равномерный характер, разброс показателей составил от 6,2 до 8,5 ед.

Получены данные, свидетельствующие о некотором различии в уровне и структуре интеллекта у детей-сирот (168 человек) и «домашних» детей (128 чел.), воспитывающихся в коррекционных школах-интернатах: у первых ОИП был незначительно выше (73,3 и 69,3 ед.), ВИП практически не различался (68,4 и 67,8 ед.), НИП у социальных сирот был достоверно выше (83,6 и 76,3 ед.). При этом разница между НИП и ВИП в 20 ед. и более отмечена у 32,4 % сирот и у 16,4% «домашних» детей, что свидетельствует о более выраженном недоразвитии речи у сирот. Число детей с IQ, выходящим за границы легкой умственной отсталости среди сирот также оказалось большим: 26,2% имели ОИП равный и более 80 ед., у «домашних» детей таковых было 19,5%, а ОИП равный и более 90 ед. был у 8,3% сирот и 5,5% «домашних». Соотношение детей с YQ менее 50 оказалось обратным: 2,4% и 7% - соответственно. Анализ отдельных субтестов показал, что вербальный профиль в обеих группах практически одинаков, в то время как невербальные задания сироты выполняли лучше по всем субтестам (кроме «повторения цифр», где дети в обеих группах показали равные результаты). Основная причина в различии уровня и структуры интеллекта у детей с умственной отсталостью из разных социальных условий очевидно заключается в отрицательном влиянии на ребенка ранней депривации, что в первую очередь сказывается на формировании вербального интеллекта.

Анализ данных по полу показал, что уровень интеллектуального развития несколько выше был у мальчиков: средний ОИП=74 ед., ВИП=70,4, НИП=82,8, у девочек ОИП=68,1 ед., ВИП=65,1, НИП=77,2. Существенных различий в структуре интеллекта не выявлено: в обеих группах невербальные показатели превышали вербальные на 12 ед. Число мальчиков с превышением НИП над ВИП на 20 и более единиц было несколько больше (26,2% и 20,2% соответственно). Значительно большая разница выявлена у детей с IQ равным и более 80 ед.: таких мальчиков было 27,9%, девочек – 16,9%, среди детей с IQ равным и более 90 ед. мальчиков - 9,3%, девочек - 4%. И, наоборот, в числе детей с низким интеллектом (IQ < 50 ед.) преобладали девочки, их было 7,3%, мальчиков – 2,3%. Выраженных отличий в выполнении отдельных субтестов в обеих группах не отмечено: все субтесты мальчиками выполнялись несколько лучше. Большее количество мальчиков с пограничным уровнем интеллекта объясняется тем, что диагноз легкой умственной отсталости мальчику будет поставлен чаще, так как к невысокому интеллекту у мальчиков чаще присоединяются нарушения поведения, двигательная расторможенность и другие явления, затрудняющие обучение.

## ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА БАЗЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

**Лопатин А.А., Кокорина Н.П., Кирина Ю.Ю.**

*ГУЗ «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер», г. Кемерово*

На сегодняшний день проблема употребления психоактивных веществ, особенно среди детей и подростков, является одной из наиболее значимых. В связи с этим особенно актуальными становятся разработки эффективных лечебно-реабилитационных мероприятий для несовершеннолетних с наркологическими расстройствами.

В реабилитации наркологических больных можно выделить несколько направлений: медицинское, психологическое, педагогическое, социальное. Каждое из этих направлений в отдельности не может способствовать достижению конечной цели реабилитации, которая заключается в восстановлении физического и психического здоровья и формировании социального статуса пациентов.

Учитывая, что у подростков, злоупотребляющих ПАВ, прекращается социальный прогресс, появляются трудности в получении образования, в профессиональной ориентации и

приобретении специальности, часто возникают конфликты с законом, необходим межведомственный подход к решению этих проблем.

В 2000г. в рамках межведомственной модели городского центра психического здоровья, в соответствии с приказом МЗ РФ от 18.03.1997г. №76 «О наркологических реабилитационных центрах», в г. Кемерово было создано первое в Кемеровской области отделение социально-медицинской реабилитации для детей и подростков с наркологическими расстройствами.

С целью функционирования этого отделения заключено многостороннее соглашение с управлениями образования, социальной защиты, здравоохранения, молодежной биржей труда и центром образования «Смена».

Отделение социально-медицинской реабилитации является структурным подразделением ГУЗ «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер», расположено на базе городского центра образования «Смена» и рассчитано на 25 мест.

Сотрудниками отделения социально-медицинской реабилитации являются, как медицинские работники (врач психиатр-нарколог, медицинский психолог, фельдшер), так и работники образовательной сферы (мастера производственного обучения). В работе с подростками активное участие принимают консультанты из числа химически зависимых лиц, старше 18 лет, прошедших полный курс реабилитации и находящихся в ремиссии не менее двух лет.

Набор пациентов в отделение реабилитации несовершеннолетних с наркологическими расстройствами осуществляется в основном по направлению врачей районных амбулаторных наркологических кабинетов, реже, при необходимости, по направлению врачей после прохождения курса лечения в детско-подростковом наркологическом стационаре.

За время работы отделения разработаны следующие критерии принимаемых на реабилитацию несовершеннолетних пациентов:

- в отделение реабилитации принимаются подростки с диагнозами: хронический алкоголизм, наркомания 1-2 стадии, токсикомания и лица с эпизодическим или систематическим приемом ПАВ, при необходимости прошедшие курс лечения в детско-подростковом наркологическом стационаре, находящиеся в состоянии терапевтической ремиссии;
- диагноз не должен быть отягощен сопутствующими психическими, соматическими, неврологическими или травматическими заболеваниями в остром периоде;
- возраст пациентов, подлежащих реабилитации в отделении от 12 до 18 лет;
- в отделение реабилитации принимаются подростки, дезадаптированные в плане обучения и получения профессиональной подготовки (нигде не учатся и не работают);
- реабилитации подлежат несовершеннолетние, имеющие родителей или опекунов, способных оказать помощь в реабилитационном процессе и постоянно поддерживать связь с сотрудниками отделения.

Программа реабилитации рассчитана на 6-9 месяцев, как правило, на «учебный год». Все пациенты отделения, помимо прохождения реабилитационной программы, обучаются в школе в соответствии с индивидуальной учебной программой и получают профессиональную подготовку по специальностям: автослесарь, столяр, токарь, художник-дизайнер и др. По окончании курса обучения выдается свидетельство государственного образца о завершении профессиональной подготовки, в результате чего пациенты получают возможность работать по специальности или продолжить обучение в других учебных заведениях.

Отделение социально-медицинской реабилитации работает в режиме дневного стационара, в результате чего подростки находятся в обычной социальной среде, не оторваны от реальной жизни, что впоследствии способствует более быстрой интеграции в общество и не приводит к развитию вторичной социальной недостаточности.

Таким образом, завершив полный курс реабилитации, пациенты овладевают основными жизненными навыками, бытовыми умениями, способностью к регулярной учебе и труду, получают профессию. В результате реабилитации у несовершеннолетних с наркологическими расстройствами восстанавливается не только физическое и психическое здоровье, но и формируется положительно ориентированный социальный статус.

## ИНТЕГРИРОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ В РАЗЛИЧНЫЕ ОТРАСЛИ СОЦИУМА КАК ФОРМА ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ И ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

**Михайленко Е.В.**

*ГУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница»  
(Центр психического здоровья детей и подростков), г. Волгоград*

Открытие в 1999 году в Волгоградской области Центра психического здоровья детей и подростков позволило увидеть новые перспективы оказания комплексной медико-психолого-психотерапевтической помощи населению.

Особую роль в формировании психического здоровья играет детский и подростковый период. На этом этапе формируется личность человека, основа поведения на всю последующую жизнь, и именно этот период особенно уязвим к воздействию различных неблагоприятных факторов.

Прежде всего, решающее значение в формировании психического здоровья детей и подростков имеет семья, но неоспоримым фактом является влияние социума на развитие ребёнка.

Адекватной формой оказания помощи ребёнку, имеющему психологические проблемы, является комплексный подход к их разрешению. Работа специалистов: психиатров, психологов, психотерапевтов направлена не только на самого ребёнка, но и на его ближайшее окружение – семью. Такой подход к оказанию помощи является классическим и осуществляется специалистами Центра с момента его открытия. Понимая высокую значимость для формирующейся личности социального окружения, мы видим одним из перспективных направлений в своей работе – интегрирование психологических знаний в различные сферы жизни, а особенно в различные отрасли медицины.

Психологи нашего Центра имеют опыт межведомственного и внутриведомственного сотрудничества с целью психопрофилактической помощи детскому населению. Организация внутриведомственной и межведомственной работы специалистов психологов Центра представлена на рис. 1



*Рис. 1 Интегрирование психологических знаний во внутриведомственную межведомственную работу*



Важность и актуальность вопросов охраны психического здоровья, психопрофилактики подчёркивают многие современные авторитетные учёные в области психиатрии: Ю.С. Шевченко, Э.Г. Эйдемиллер, И.М. Никольская и др.

Учитывая отличительные черты психопрофилактики – тесную связь с современностью, динамичность под влиянием меняющихся условий среды, а также интердисциплинарный характер, считаем, что усилия врачей, психологов, педагогов должны концентрироваться в едином направлении – повышения устойчивости личности к неблагоприятным условиям среды.

## ГЕНДЕРНЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ В СТАРШЕМ ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

**Новикова Ю.Г.**

*Волгоградский государственный медицинский университет  
ГУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница» (Центр психического здоровья детей и подростков), г. Волгоград*

Целью настоящей работы стало выявление гендерной специфики системы адаптивных механизмов, определяющих качество социально-психологической адаптации в старшем подростковом возрасте

Выборку составили 87 учащихся средней школы в возрасте 15 – 16 лет. Испытуемые были разделены на 2 группы по полу: 33 юношей (38%) и 55 девушек (62%).

Для описания особенностей адаптационного процесса применялись следующие методики: опросник социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда (шкалы интегрального уровня адаптивности и дезадаптивности, 11 независимых подшкал). При этом шкалы данной методики возможно структурировать следующим образом: состояние когнитивного звена социально-психологической адаптации определяли шкалы внутреннего и внешнего локуса контроля; состояние аффективного звена – шкалы принятия-непринятия себя и других, эмоционального комфорта и дискомфорта; поведенческого – шкалы доминирования, ведомости и ухода от проблем («эскапизма»).

В ходе статистической обработки данных использовался метод парных корреляций Пирсона, факторный анализ, сравнение групп осуществлялось по  $t$  – критерию Стьюдента.

Сравнение средних величин выраженности признаков, описывающих адаптивные и дезадаптивные стратегии приспособления юношей и девушек, показало статистически значимые отличия на уровне когнитивного и отчасти – аффективного звена адаптации. В частности, девочки обнаруживали более выраженные установки на внутренний локус контроля ( $p < 0,05$ ) и в то же время – сравнительно более высокий, чем у юношей, уровень экстернальности ( $p < 0,01$ ), что можно рассматривать, как принятие на себя ответственности за сложившиеся обстоятельства при неуверенности в своей способности влиять на них. Отличия, выявленные в аффективном звене системы адаптивных механизмов, касались лишь более выраженного эмоционального дискомфорта у девушек ( $p < 0,01$ ). В остальном же представители обоих полов не различались: и в той, и в другой группе общий уровень адаптивности и дезадаптивности был в границах среднего.

Для изучения системного аспекта социально-психологической адаптации, проведен факторный анализ. Под факторами здесь понимаются условия более высокого порядка – внутреннее (особенности личности) или внешние (благополучие социального окружения), благодаря которым складывается определённая система отношений между компонентами адаптационного процесса. Оказалось, что при незначительных количественных отличиях, функциональная организация системы адаптивных механизмов юношей и девушек имела качественную специфику.

Так, в группе девушек статус адаптивной системы определялся тремя факторами. Первый, ведущий фактор складывался из «реципрокных» отношений между большинством показателей, описывающих адаптивные и дезадаптивные тенденции на уровне всех звеньев адаптации – аффективного, когнитивного и поведенческого. Другими словами, этот фактор обуславливал такую системную связь характеристик адаптационного процесса, при которой рост конструктивных стратегий приспособления – начиная установками и кончая паттернами

поведения (например, стремление к доминированию) – приводил к уменьшению дезадаптивных проявлений. Второй гранью социально-психологической адаптации девушек (2-й фактор) стал рост адаптации, который уже не был связан с редукцией деструктивных стратегий приспособления и достигался за счет принятия себя, непринятия других, внутреннего локуса контроля, стремления к доминированию и уходу от проблем. Наконец, третий фактор обуславливал прямую связь принятия других, внешнего локуса контроля и тенденций к ведомости в межличностном общении.

Основной чертой стратегий приспособления у девушек можно назвать то, что действие каждого из выделенных факторов определяет изменения на уровне всех звеньев адаптационного процесса – аффективном, когнитивном и поведенческом. Отсюда следует и возможная специфика подходов к психологической коррекции дезадаптации: в данном случае это могут быть психологические вмешательства, ориентированные на изменение в одном из звеньев адаптации, что приведёт к изменению в других в силу их взаимосвязанности. Так, например, работа на повышение самопринятия «откликнется» ростом принятия других, эмоционального комфорта, уменьшением влияния дисфункциональных установок, связанных с приписыванием ответственности за происходящее внешним обстоятельствам; редукция склонности к уходу от проблем и подчиняемости в межличностном взаимодействии.

Система механизмов адаптации юношей, в отличие от девушек, представлена четырехфакторной моделью и характеризовалась относительной независимостью, отсутствием линейной связи между конструктивными и деструктивными стратегиями приспособления – они определялись автономными факторами. С первым фактором оказались связаны дезадаптивные проявления всех звеньев социально-психологической адаптации: непринятие себя и других, эмоциональный дискомфорт, экстернальность, ведомость и эскапизм. При этом сильная взаимосвязь перечисленных характеристик с данным фактором никоим образом не сказывалась на выраженности адаптивных стратегий. Второй фактор, напротив, обуславливал связь адаптивных тенденций на аффективном (принятие себя и других) и когнитивном (внутренний локус контроля) уровнях. Третий фактор системно связывал механизмы адаптации поведенческого уровня – склонность к доминированию и уходу от проблем. Четвертый фактор – механизмы аффективного и поведенческого уровней – эмоциональный комфорт и склонность к доминированию (чем выраженнее положительный эмоциональный фон, тем меньше «мотив власти» над партнером по общению).

Таким образом, звенья социально-психологической адаптации юношей более автономны, что определяет соответствующую стратегию психологического вмешательства – комплексное воздействие на когнитивные структуры, эмоциональную сферу и поведение. Так, работа только с одним «звеном» системы адаптивных механизмов – например, повышение самопринятия – хотя и приведёт к росту толерантности к другим и внутреннему локусу контроля, эти изменения не скажутся на выраженности дезадаптивных тенденций, сосуществуя наряду с переживанием эмоционального дискомфорта, подчиняемостью, непринятием себя и т.п.

Несмотря на сходство в количественной выраженности адаптивных и дезадаптивных проявлений, функциональная организация системы адаптивных механизмов юношей создает высокий риск для дезадаптации. По-видимому, эти различия могут носить временный характер, и обусловлены гетерохронностью созревания физиологических и психических функций мальчиков и девочек.

Выявленные закономерности социально-психологической адаптации позволяют более дифференцированно подходить к разработке здоровьесформирующих технологий и планированию психологических вмешательств.

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ГРАНЬ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

**Новикова Ю.Г.**

*Волгоградский государственный медицинский университет*

*ГУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница»*

*(Центр психического здоровья детей и подростков), г. Волгоград*

Роль влияния социальных факторов на психическое здоровье оценивается различными исследователями неоднозначно (М.С.Keown, 1982, Mirowsky & Ross, 1995; Dohrenwend, 1975; Dohrenwend & Skodol 1986; Brown & Harris, 1978; 1989; Siegrist, 1996). Социальный контекст развития ребёнка может принимать как непосредственное «участие» в этиопатогенезе психического расстройства, так и опосредовать его возникновение, выступая «спусковым крючком» для «срыва» адаптации или манифестации скрытого психопатологического процесса. Так, работы последних 30 лет (Петраков Б.Д., 1996; Gillberg, 1985; Mirowsky & Ross, 1995 и др.) показали, что состояния со значимым биологическим компонентом составляют лишь 17% от всех психических проблем детей и подростков, а доля пограничных психических нарушений колеблется от 50 до 80%.

Всё сказанное выше стало основой для того, чтобы сформулировать цель настоящего исследования – изучение социального контекста психических заболеваний на различных этапах развития ребёнка.

Для достижения поставленной цели проанализирована учетная документация стационара ВОДКПБ – статистические карты выбывших из стационара за 2000 – 2005 годы. Выборку составили 1770 детей до 18 лет, прошедших стационарное лечение в Волгоградской областной детской клинической психиатрической больнице. Оценена структура психических заболеваний по данным статистической отчётной документации (формы №10 и №36) и особенности социально-экономических условий (место жительства, источник дохода, факторы, описываемые рубрикой Z по МКБ – 10) у детей в различных возрастных группах.

Сравнение групп осуществлялось с применением t-критерия Стьюдента.

Проанализировано 5 возрастных групп пациентов: – раннее детство (до 3-х лет, 19 пациентов, 1,07%), дошкольники (4 – 6 лет, 244 пациента, 13,9%), младшие школьники (7 – 11 лет, 746 человек, 42,56%), подростки (12 – 15 лет, 668 пациентов, 38,67%), юноши (16 – 19 лет, 64, 3,78%).

Были выделены следующие возрастные особенности социального контекста психических заболеваний.

На ранних этапах развития ребёнка (от 0 до 7 лет), в сравнении с другими возрастными группами, доля детей из Волгограда преобладает над таковой из городов и районов Волгоградской области. Это можно объяснить большей доступностью учреждений здравоохранения, оказывающих специализированную (психиатрическую) помощь, лишь для жителей города, что обусловлено отсутствием достаточного числа специалистов в районах области. Семейный фактор, по-видимому, также играет немаловажную роль: уровень образования и притязаний родителей в отношении ребенка, ориентация на его ускоренное развитие, степень подверженности предубеждениям относительно лечения в психиатрическом стационаре влияют на толерантность родителей к психическому неблагополучию собственных детей, которая, очевидно, будет ниже у жителей города. Можно также предположить, что в сельской местности боязнь стигматизации – навешивания ярлыка «психически больного», вследствие неосведомленности населения о причинах и основных проявлениях психических заболеваний является основной причиной запоздалых обращений за психиатрической помощью.

Мера участия социально-экономических и психосоциальных факторов, влияющих на обращаемость в учреждения здравоохранения (оцениваемых рубрикой Z по МКБ – 10), имеет нелинейную возрастную динамику: в раннем детском возрасте такие факторы выявляются чаще, чем на других этапах социализации. Такой фактор, как потенциальная опасность для здоровья, связанная с социально-экономическими и психосоциальными обстоятельствами (Z55-Z65) оказался наиболее значимым в дошкольном, младшем школьном и юношеском возрастах.

Фактор семьи также оказывал немаловажное влияние на время обращения за психиатрической помощью. Так, если контингент пациентов дошкольного возраста

представлен, главным образом, «домашними» детьми (82,9%), то к подростковому возрасту, доля пациентов из детских домов достигает максимума и составляет 1/3 (!) от всех подростков, получающих стационарную психиатрическую помощь. Отсюда можно предположить, что, с одной стороны, психические расстройства у подростков становятся более отчетливыми и сравнительно легко идентифицируются и направляются на госпитализацию. С другой, - именно на данном этапе социализации отсутствие родительской семьи приобретает максимальную значимость как социального предиктора психического неблагополучия ребенка.

Однако, несмотря на то, что социальный контекст обнаруживал определенную специфику для отдельных возрастных групп пациентов, в целом он оказался не связанным со структурой психических заболеваний, их исходом. Вместе с тем, все рассмотренные условия обнаружили нелинейную возрастную динамику. Это позволяет рассматривать социальный контекст заболевания как относительно неспецифический фактор, «фон», определяющий, по большей части, вероятность своевременного обращения за психиатрической помощью.

Результаты проведенного исследования позволяют сформулировать актуальные проблемы психиатрической службы – организация просветительской и психообразовательной работы с пациентами и их родственниками с целью улучшения комплайенса и своевременной обращаемости за психиатрической помощью. Кроме того, представляется перспективным изучение типологии семей детей и подростков, страдающих психическими расстройствами в связи с особенностями региона (типичные «городские» и «сельские» семьи).

## СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ: ТИПОЛОГИЯ ФОРМ И ПОДХОДЫ К ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ

**Новикова Ю.Г., Новикова Е.Г.**

*Волгоградский государственный медицинский университет*

*ГУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница»*

*(Центр психического здоровья детей и подростков), г. Волгоград*

Целью настоящей работы стало выявление типологических закономерностей социально-психологической адаптации лиц старшего подросткового возраста и определение подходов к коррекции состояний дезадаптации.

В исследовании приняли участие 87 учащихся 10-11 классов средней школы.

Для описания особенностей адаптационного процесса применялись следующие методики: опросник социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р.Даймонда (шкалы интегрального уровня адаптивности и дезадаптивности, 11 независимых подшкал: принятие себя, непринятие себя, принятие других, непринятие других, эмоциональный комфорт, эмоциональный дискомфорт, интернальность, внешний локус контроля, склонность к доминированию, ведомость, тенденции к уходу от проблем (эскапизм)), методика диагностики субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюсона, шкала «фрустрация» из методики самооценки психических состояний (по Г.Айзенку). Статус в коллективе, степень эмоциональности и конгруэнтности индивида в межличностных отношениях диагностировался методикой социометрии. Степень замкнутости и количество психоэмоциональных затрат на процесс обучения оценивались по 5-бальной шкале.

В ходе статистической обработки данных использовался метод парных корреляций Пирсона, кластерный и факторный анализ, *t* – критерий Стьюдента.

Выделено 3 типа социально-психологической адаптации, каждому из которых соответствует своя архитектура системы адаптивных механизмов:

*1-й тип:* сочетание низкой дезадаптивности и высокой адаптивности. Такие лица принимают себя и других, испытывают удовлетворение и не чувствуют себя одиночками, устойчивы к фрустрации, открыты и адекватны в общении. Структура адаптивной системы складывается из общего влияния экстернальности, непринятия себя, принятия других и эмоционального дискомфорта на другие её компоненты.

*2-й тип:* средняя дезадаптивность при средневысокой адаптивности. Уровень самопринятия и выраженность других характеристик находится в границах среднего. Ведущие

адаптивные механизмы – положительное восприятие себя, непринятие других, внешний локус контроля, склонность к доминированию и устойчивость к фрустрации. Выраженность адаптивных и дезадаптивных тенденций, как и у лиц 1-й группы, находится в обратных отношениях.

*3-й тип:* сочетание высокой дезадаптивности со средней адаптивностью. Лиц этой группы отличают выраженные признаки эмоционального неблагополучия (эмоциональная лабильность, переживание одиночества, неустойчивость к фрустрации), амбивалентное отношение к себе, колебания между внешним и внутренним локусом контроля ситуации, замкнутость, инконгруэнтность в межличностных контактах. В коллективе имеют статус «отгесняемых». «Ядром» адаптивной системы становятся такие взаимосвязанные характеристики, как непринятие себя, замкнутость, неустойчивость к фрустрации, субъективное ощущение одиночества, эмоциональный дискомфорт и психоэмоциональные затраты на процесс обучения. Здесь адаптивные и дезадаптивные тенденции сосуществуют как бы «параллельно друг другу», обуславливая в некоторых случаях одинаково яркую выраженность как конструктивных, так и деструктивных форм поведения у одного и того же субъекта. Адаптивные тенденции, таким образом, при любой их выраженности прямо не влияют уровень дезадаптивности. Подобные функциональные взаимоотношения между адаптивными и дезадаптивными проявлениями наводят на мысль о мультифакторной природе нарушений адаптации.

Для каждого выделенного типа социально-психологической адаптации определены подходы к психологическому вмешательству в соответствии с выявленными системными рычагами:

В случае относительного социально-психологического благополучия (1-й тип) актуальны психопрофилактические мероприятия, направленные на поддержания имеющегося оптимума функционирования адаптивной системы.

При втором типе социально-психологической адаптации, где адаптивные и дезадаптивные тенденции находятся в «реципрокных» отношениях (2-й тип), возможны «симптом-ориентированные» психологические вмешательства, где «мишенями» коррекции будет любое из ключевых звеньев адаптивной системы, целенаправленное воздействие на которое приведёт к изменению состояния остальных. Пример: повышение фрустрационной устойчивости усилит стремление к доминированию в межличностных отношениях и положительное самовосприятие.

В случае отсутствия какой-либо функциональной связи между выраженностью адаптивных и дезадаптивных проявлений (3-й тип), подходы, ориентированные только на повышение уровня адаптации или снижение дезадаптации окажутся неэффективными. Отсюда следует, что мишенями реадaptации будут не только дезадаптивные проявления, но и те факторы более высокого порядка – особенности личности или социального окружения, благодаря которым адаптивные и дезадаптивные формы реагирования приобретают системную взаимосвязь. Возможен также комплексный подход, включающий работу, как с конструктивными, так и с деструктивными стратегиями приспособления.

Разработанная типология функциональных состояний адаптивной системы и подходов к психологическому вмешательству может использоваться в психокоррекционной и психотерапевтической практике (расстройства адаптации, неврозы), реабилитации.

## ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ

**Пронина Л.А.**

*ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», г. Москва*

Целью работы являлось выявление у детей младшего школьного возраста легких, начальных признаков нарушений психического здоровья и отношение к этим изменениям их родителей.

В качестве инструмента исследования была использована эпидемиологическая карта, состоящая из нескольких разделов с общей информацией о раннем периоде жизни ребенка, условиях воспитания, семейном и школьном окружении, наличии психопатологических

проявлений. Обследование проводилось с согласия родителей и в их присутствии. Задачей врача-психиатра являлась оценка психического здоровья детей начальной школы.

Всего обследовано 110 школьников от 6,5 до 11 лет одной из начальных общеобразовательных школ г. Москвы (60 детей первоклассников и 50 детей – из 4-го класса). Дети анализируемой сплошной выборки, в основном, воспитывались в условиях полной семьи (78,4%), проживали в хороших (56%) и удовлетворительных жилищно-бытовых условиях (29,8%). При поступлении в школу все дети прошли психологическое исследование когнитивных функций, которое подтвердило их готовность к школьному обучению и отсутствие у них нарушений интеллекта. В 81% случаев дети до поступления в школу посещали массовые детские сады и подготовительные группы в психолого-педагогических центрах и 94% обследованных были ориентированы к поступлению в общеобразовательную школу и начали обучение с 7 лет. Несмотря на это, дети значительно отличались друг от друга по уровню дошкольных знаний, поведению. В дальнейшем отмечались различия по степени усвоения нового школьного материала в классе, мотивации к учебе, способности концентрировать внимание, быть усидчивыми и дисциплинированными.

Исследование показало, что в первой группе 53 ребенка (48,2% случаев) были психически здоровы.

Во второй группе в 51,8% случаев у школьников (57 человек) выявлены различные психические расстройства в виде невротоподобных, легких церебральных, фобических, психопатоподобных проявлений. У детей отмечались отдельные симптомы неразвернутых психопатологических синдромов, (в группе были ученики 4-го класса в 68,8% случаев). Из этой группы можно было выделить 11 детей (19,3%), у которых описанные проявления были представлены, как следствия перенесенных до обследования соматических заболеваний. Спектр неразвернутых, частичных, кратковременных проявлений был разнообразен и расценен, как «донозологические» психические реакции. Эти дети нуждались в оздоровлении соматического состояния.

У остальных детей из этой группы (46 человек, или 80,7%) эпизоды психопатологических состояний были затяжные, связанные с определенной ситуацией, часто повторяющиеся, относящиеся к психическим расстройствам пограничного типа. Психические нарушения характеризовались стойкой симптоматикой церебрального типа, аффективными, невротоподобными, психопатоподобными состояниями. В неврологическом статусе этих детей выявлены выраженные симптомы резидуальной церебрально-органической недостаточности в виде гипертензионно-гидроцефального синдрома, вегетативной дисфункции, минимальной мозговой недостаточности. Под влиянием фактора школьной нагрузки, стрессовых состояний микросоциальной среды симптоматика субклинических психических нарушений легко перерастала в клинически выраженные состояния, в основном непсихотического характера. Дети становились раздражительными, возбудимыми, расторможенными, эмоционально лабильными, гиперактивными с дефицитом внимания. Появлялись нарушения сна, заикание, навязчивости, страхи и др.

Эти проявления чаще всего не замечались родителями или расценивались как простая усталость ребенка, «вредность», капризность. Необходимость проведения терапии или консультации психолога, предотвращающей закрепление подобных состояний, родителями отрицалась.

При сравнении развития психических расстройств у детей первой и второй групп было выявлено, что дети второй группы еще в дошкольном возрасте, со слов родителей, имели очень ранимую нервную систему с проявлениями утомляемости, нарушения поведения и настроения, необъяснимых страхов. Причинами, вызвавшими подобные нарушения, были родовые травмы, соматические заболевания, психотравмирующие факторы микросреды (конфликты между родителями, алкоголизм родителей, болезнь родителей, снижение уровня родительской эмпатии к детям).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о неовыявляемости начальных признаков психических расстройств у детей в начальный период обучения, о непонимании или незнании родителями детских проблем, о неблагоприятной микросоциальной обстановке, что способствует ухудшению психического здоровья школьников младшего возраста. В дальнейшем очевидна необходимость разработки профилактических, коррекционных,

психотерапевтических тренингов и организационных внутриведомственных и межведомственных программ, направленных на нивелирование субклинических нарушений у учащихся и повышение информированности по поводу проблем родителей и педагогов.

## ДЕТСКИЕ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ИНТЕРНАТЫ: (ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ)

**Сухотина Н.К., Крыжановская И.Л.**

*ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава», г. Москва*

Проблема сиротства является одной из наиболее важных социальных проблем в России, насчитывающей около 700 тысяч официально признанных сирот. Из них 36,2 тысячи являются инвалидами в связи с отклонениями в психическом развитии и воспитываются в специализированных психоневрологических интернатах для детей и подростков, общее количество которых по стране насчитывает 152.

В наиболее тяжелом положении находятся дети-инвалиды, воспитывающиеся в психоневрологических интернатах. Они не всегда и не в полном объеме обеспечиваются квалифицированной медицинской помощью. Им недоступно образование, поскольку по решению ПМПК они признаны необучаемыми. И хотя в отношении именно этого контингента наиболее часто допускаются ошибки диагностики, переосвидетельствование детей не проводится даже при отсутствии соответствующих психических расстройств. Так, выборочные обследования воспитанников психоневрологических интернатов, показали, что пресловутые ошибки перевода из-за неправильной оценки познавательных способностей детей составляют 10-16 %. Это дети и подростки, уровень психического развития которых соответствует легкой и пограничной умственной отсталости, в единичных случаях – низкой интеллектуальной нормой.

Несмотря на то, что психоневрологические интернаты принято рассматривать в качестве стационарных учреждений с преимущественно реабилитационной направленностью, мероприятия по социально-трудовой и психологической реабилитации, за исключением отдельных учреждений данного типа, не проводятся. Нередко все сводится к медикаментозной коррекции отклоняющегося поведения воспитанника, а в случае ее неэффективности – направлению воспитанника в психиатрическую больницу на лечение. И это не случайно, поскольку большинство психоневрологических интернатов не укомплектованы в большинстве психологами и социальными работниками, воспитатели имеют низкую психолого-педагогическую подготовку. В связи с этим взаимоотношения взрослых с детьми строятся без учета индивидуальных психологических и психопатологических особенностей, лишены доверительности, носят эмоционально уплощенный характер. Все это в сочетании с отсутствием занятости, нецеленаправленностью и непродуктивностью использования свободного времени способствует замедлению психического развития воспитанников психоневрологических интернатов, их эмоционально-личностной деформации, формированию вторичных психопатологических расстройств, в первую очередь, стойких расстройств поведения, невротических феноменов, склонности к аддикции.

О неэффективности и негативных последствиях институционального воспитания различных категорий сирот, включая умственно отсталых, известно давно. Однако альтернативные формы решения проблемы сиротства по разным причинам не могут пока полностью заменить затратную и неэффективную интернатную систему воспитания. В связи с этим сохраняется необходимость в оптимизации мер по социальному устройству и социальной защите умственно отсталых сирот. Ниже приводятся предложения для практического внедрения, способные, на наш взгляд, разрешить некоторые из остро стоящих проблем.

1) Необходимо серьезное улучшение диагностики умственной отсталости, которая должна проводиться на основе стандартизированной комплексной оценки диагностических данных, полученных в результате интегративной деятельности врача-психиатра, психолога, педагога-дефектолога.

2) Необходимы повторные диагностические осмотры умственно отсталых детей, находящихся в психоневрологических интернатах, психиатром и психологом с правом

направления на повторную ПМПК с тем, чтобы исправить возможные «ошибки перевода». Для этого необходимо разработать положение о направлении на повторное обследование ПМПК.

3) Психоневрологические интернаты повсеместно должны быть укомплектованы штатным психиатром, специализирующимся в области детской и подростковой психиатрии, и медицинским психологом, в обязанности которых наряду с решением текущих вопросов должны входить профилактические психодиагностические осмотры воспитанников с выявлением лиц, представляющих группу риска по формированию отклоняющегося поведения и невротических расстройств, с проведением соответствующих коррекционно-воспитательных и психотерапевтических воздействий.

4) Распорядок дня в интернате должен включать занятия по дифференцированным в зависимости от уровня психического развития воспитанников программам, рассчитанным на формирование элементарных школьных навыков чтения, письма, счета, расширение знаний об окружающем мире, расширение навыков самообслуживания и практических навыков в различных областях жизнедеятельности. Необходимым условием нормального развития ребенка и подростка является приобщение к труду, в связи с чем. Психоневрологические интернаты должны располагать современными трудовыми мастерскими, учитывающими возможности воспитанников и потребительский спрос населения. Востребованная продукция, позволяющая воспитанникам зарабатывать деньги, значительно повышает их мотивацию к трудовой деятельности, знакомит с товарно-денежными отношениями, способствует снижению иждивенческих установок.

5) На фоне реорганизации работы психоневрологических интернатов, направленных на улучшение условий психосоциального развития детей, необходимо развитие замещающих форм интернатного воспитания: патронатные семьи, социальные гостиницы и другие формы группового проживания умственно отсталых лиц без полной социальной изоляции.

## ОПЫТ РАБОТЫ ДЕТСКОГО ПСИХИАТРА В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ КОРРЕКЦИОННОГО И КОМПЕНСИРУЮЩЕГО ВИДА.

**Шалимов В.Ф.**

*ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», г. Москва*

В рамках концепции дифференцированного образования детей с проблемами обучения и развития выявился существенный разрыв между констатируемым увеличением количества детей с отклонениями психической деятельности пограничного характера и разработкой методологических основ коррекционно-развивающего обучения. В настоящее время нарушения психического развития и расстройства поведения у несовершеннолетних представлены трех рубриках МКБ-10, дифференцированных по этиопатогенетическому принципу: «Расстройства психологического развития» (F-80 - F-89), «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F-40 - F-46), «Органические психические расстройства» (F-00 - F-09). В этих рубриках нарушений не выделены пограничные психические расстройства (ППР) у детей дошкольного и младшего школьного возраста, которые обуславливают у них специфические расстройства школьной адаптации. На практике такой квалификационный подход приводит либо к гипердиагностике, либо к сведению всего многообразия отклонений в психическом развитии пограничного уровня к двум диагнозам – задержка психического развития (ЗПР) и общее недоразвитие речи (ОНР). В определенной степени это обусловлено положениями «Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», согласно которым участковый психиатр выведен из диспансеризации детей. На фоне ухудшения психического здоровья детей отмечается обострение проблем раннего донологического выявления начальных проявлений пограничных психических расстройств у детей на начальной ступени их обучения в общеобразовательной школе. К негативным тенденциям коррекционной образовательной системы следует отнести превышение психологами, работающими в учреждениях Минобразования России, предела профессиональной компетенции при оказании консультативной, психокоррекционной, психотерапевтической помощи, в том числе, сугубо психиатрической лечебной



медикаментозной помощи, с частым игнорированием индивидуальной картины психического расстройства.

Недифференцированность диагнозов «ОНР» и «ЗПР» обусловило создание в общеобразовательных учреждениях дополнительной структуры компенсирующего вида в организационном и методическом плане не получившей необходимого научно-практического обоснования. Это привело к смешиванию образовательного вектора коррекционного обучения для детей с аномальным, нарушенным онтогенетическим развитием

Пограничные психические расстройства у детей младшего школьного возраста характеризуются возрастной специфичностью и полисиндромальностью. Полисиндромальность расстройств определяется включением в их структуру следующих нарушений:

- клинически выраженные функционально-динамические психические расстройства;
- клинико-психологические признаки нарушений темпа психического развития;
- клинические и нейропсихологические признаки нарушений формирования высших корковых функций.

Разработанная для образовательных учреждений компенсирующего вида типология пограничных психических расстройств у детей младшего школьного возраста, включает следующие типы ППР: дизонтогенетический, церебральной альтерации и депривационный. Сохраняя этиопатогенетический подход в классификации, мы дифференцируем возможные нарушения по степени выраженности и динамике течения, что предполагает разработку критериев психопатологической оценки расстройства с обязательным использованием нейропсихологических, нейрофизиологических и социально-психологических критериев. Данная типология пограничных психических расстройств определяет для каждого типа ППР дифференцированную полипрофессиональную программу медико-социальной помощи детям младшего школьного возраста в условиях образовательного учреждения компенсирующего вида, ориентированную на возвращение их в нормативную образовательную среду. Ключевым моментом, запускающим интегрированный коррекционно-реабилитационный процесс, является осуществляемая детским психиатром первичная квалификация психического расстройства пограничного уровня. Вместе с тем уже на первом этапе постановки диагноза возникает ряд проблем. Прежде всего, это необходимость постановки дифференцированного в рамках предлагаемой типологии ППР диагноза, что может быть обеспечено только при проведении совместных патопсихологических, нейропсихологических и нейрофизиологических исследований. Соответствующих методических указаний необходимых для постановки диагноза детские психиатры диспансеров или детских поликлиник не имеют, в связи с этим решение диагностических вопросов перекладывается на другое ведомство, а именно психолого-медико-педагогические комиссии (ПМПК) при Окружных управлениях образования. Целесообразно, с нашей точки зрения, определить приоритет в вопросах диагностики пограничных психических расстройств в пользу медицинского ведомства, сохранив в структуре Окружных управлений образования Медико-педагогические комиссии по рассмотрению спорных вопросов диагностики психических расстройств, введя в их состав наиболее квалифицированных представителей специальностей: детской психиатрии, клинической и специальной психологии, коррекционной педагогики. В связи с этим актуальным становится проблема подготовки и переподготовки специалистов смежных специальностей для работы в новом

Проблемным остается вопрос об участии детского психиатра в коррекционно-реабилитационной работе непосредственно в условиях образовательного учреждения компенсирующего вида. После установления клинического диагноза и направления ребенка с пограничным психическим расстройством в соответствующее его психическому здоровью образовательное учреждение, детский психиатр практически не включен (другое ведомство) в систему динамического медико-психолого-педагогического сопровождения ребенка, ограничиваясь участием в работе ежегодных консилиумов, определяющих эффективность коррекционно-реабилитационной работы государственного образовательного учреждения (ГОУ).

Для осуществления службы охраны психического здоровья (Макушкин Е.В., 2006) модернизации коррекционно-реабилитационной работы необходимо решить следующие задачи:

- определить коррекционно-реабилитационные объекты терапевтического, социотерапевтического, реабилитационного воздействия в соответствии типами ППР;
- разработать «маршрут» сочетания усилий заинтересованных специалистов включая лечебно-профилактический, образовательный, социотерапевтический компоненты;
- разработать показания и методические основания динамического наблюдения детского психиатра за результатами лечебно-профилактической и коррекционно-реабилитационной работы с учетом типологии ППР у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста.

Опираясь на опыт работы ряда регионов страны по оказанию внебольничной помощи населению путем внедрения полипрофессионального метода работы мобильной бригады, оснащенной портативным дорогостоящим инструментально-диагностическим оборудованием, целесообразно при административных округах, городах, мегаполисах создать полипрофессиональные бригады с участием детского психиатра в целях оказания диагностической, лечебно-коррекционной и развития полипрофессиональной помощи непосредственно в местах пребывания детей.

Дальнейшее развитие этого направления профилактической деятельности сдерживается положениями «Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», которые вывели детского психиатра из диспансеризации детей. Целесообразно разработать дополнительные законодательные предложения в рамках «Концепции охраны здоровья детей в Российской Федерации» (на период до 2010 г.), которые позволят оптимально разрешить существующую проблему обеспечения консультативной, психотерапевтической и реабилитационной помощи детям.

## ОПЫТ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В СИСТЕМЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ПСИХОГЕННЫХ НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ В ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ

**Шелкопляс Е.В., Бобошко И.Е., Бобошко В.А., Ширстов А.М., Ширстов Д.А.**

*НИИ здоровья сберегающих технологий и социальной адаптации в образовании» Шуйского государственного педагогического университета,  
Ивановская государственная медицинская академия, г. Иваново*

Достижение всесторонней гармонии в развитии человека относится к важнейшим целям современной цивилизации. До приобретения человеком социальной зрелости, решение этой задачи входит в сферу ответственности семьи, учреждений образования и общества в целом. В детском и подростковом возрасте формируются все основные стереотипы биологической и социальной адаптации человека в последующей жизни, создается тот фундамент физического и психического здоровья, на котором будет формироваться личный и социальный потенциал будущего гражданина страны.

Общественное психическое здоровье – есть важнейший медико-социальный ресурс и потенциал общества, способствующий оптимальному уровню качества жизни людей и обеспечению национальной безопасности (Дмитриева Т.Б., 2006).

Социально-психологические нагрузки, которые испытывает население в ходе преобразований осуществляемых в Российской Федерации, оказывают существенное влияние на качество здоровья и социальной адаптации детей подросткового возраста. В период 1992 - 2005 годов, по данным госстата, удельный вес подростков в контингентах учтенных психически больных в России увеличился с 6,5 до 7,1 %. Заболеваемость за данный период

времени возросла с 320 до 523, 3 человек на 100 тыс. населения, болезненность – с 3500 до 4047, самоубийства с 2,8 – до 4,9 подростков на 100 тыс. населения.

Наряду с временными социально-экономическими факторами, увеличивающими адаптационную нагрузку на современного человека, имеет место влияние факторов долгосрочного порядка, таких, например, как ускорение темпов изменения характеристик социальной среды в ходе научно-технической прогресса. Инфекционный характер массовых видов заболеваний, характерных для предыдущих эпох, во все большей степени сменяется широко распространенными в современном обществе болезнями социо- и психогенной природы. По данным Петракова Б.Д. (1990) распространенность психогенных заболеваний в XX-м столетии, среди населения развитых стран мира, возросла более чем в 56 раз.

Современные подходы к решению проблемы охраны и укрепления здоровья подростков базируются на признании многофакторности процессов определяющих вероятность и специфику возникновения заболевания. Ведущими факторами принято считать свойства патогенных факторов среды и особенности индивидуальных конституциональных свойств (Дмитриева Т.Б., 1998, Шелкопляс Е.В., Бобошко И.Е., 2003, Боев И.В., 2006).

В Ивановской области с 1991 года, в качестве принципиально нового подхода к профилактике и ранней коррекции состояний дезадаптации и разнообразных психогенных расстройств у детей и подростков, ведется работа по формированию системы медико-психолого-педагогического сопровождения детей (МППСД) в учреждениях образования (Шелкопляс Е.В., 2000).

Первая медико-психолого-педагогическая программа была реализована при поддержке Ивановского городского отдела образования в детском комбинате №6. В дальнейшем ее развитие осуществлялось в детских яслях №9, детском комбинате №143, школе №21 и ее дошкольном отделении, затем в 44-й гимназии г. Иваново. В 2006г. при Шуйском государственном педагогическом университете был создан НИИ здоровье сберегающих технологий и социальной адаптации в образовании. В настоящее время ведется формирование системы медико-психолого-педагогического сопровождения детей во всех образовательных учреждениях г. Шуи Ивановской области.

В учреждениях образования в основе функционирования системы МППСД находится деятельность медико-психолого-педагогического совета, в состав которого входят педагоги, психологи и медицинские работники учреждения. Плановые заседания совета проводятся ежемесячно. Совместное обсуждение позволяет специалистам оптимизировать индивидуальные программы повышения качества здоровья и адаптации детей к условиям социально-психологического окружения.

Участие учреждений здравоохранения в новой системе МППСД заключается в основном в том, что дети, нуждающиеся в проведении углубленных медицинских и психологических реабилитационных программ, направляются в амбулаторное отделение медико-социальной помощи клиники Ивановской государственной медицинской академии (Приказ МЗ РФ № 154 от 05.05.99). Стационарное лечение проводится в условиях нейро-соматических отделений той же клиники или других специализированных отделений лечебных учреждений.

Социальный аспект формирования общей системы МППСД реализуется благодаря взаимодействию системы МППСД учреждений образования и здравоохранения с органами территориального общественного самоуправления (ТОСами) при поддержке Ивановской городской думы и администрации г. Иваново и г. Шуи.

Проблемам межведомственного взаимодействия в системе МППСД была посвящена выездная коллегия администрации Ивановской области, которую провел губернатор области на базе 44-й гимназии г. Иваново.

Развития системы МППСД в Ивановской области базируется также и на новых теоретических принципах. В настоящее время одним из наиболее перспективных направлений изучения качества развития и реализации потенциала, как отдельного человека, так и различных социальных групп, является исследование адаптационных или объект-субъектных отношений в рамках системного подхода (Волков П.П., 1976, Мерлин В.С., 1988, Кржижановский Д.Н., 2002).

В рамках указанного подхода нами с 1980 года разрабатывается концепция «системного оптимума адаптации человека», которая в настоящее время в основном опубликована,

защищена рядом диссертационных работ и прошла многолетнюю практическую проверку (Шелкопляс Е.В., 1981, Шелкопляс Е.В., Бобошко И.Е 2000, 2006).

Разработанная концепция позволяет оценивать:

1) Мотивационную сферу на основе трехуровневой спиральной модели адапционных свойств (четыре базовые биологические, социально-психологические и метафизические потребности на каждом из уровней).

2) Тип психосоматической конституции ребенка (шесть конституциональных типов различающихся степенью проявления качества базового признака - экстраверсии-интроверсии).

3) Особенности влияния первичной (первые годы жизни) и актуальной социальной среды на стиль социально-биологической адаптации ребенка.

4) Соотношения манипулятивных (дисгармоничных) и открытых (гармоничных) стереотипов в сформированной системе способов адаптации ребенка.

5) Комплексные медико-психолого-педагогической программы достижения индивидуального и группового оптимума адаптации для детей в организованных детских коллективах.

При разработке программ МППСД в качестве примера значимости конституциональных свойств может быть приведен проведенный нами анализ структуры заболеваемости старшеклассников (медицинская документация 117 учащихся десятых и одиннадцатых классов) в зависимости от типа их психической конституции (оценка по тесту Айзенка) в одной из крупнейших школ г. Иваново.

Установлено, что у подростков с экстравертивным типом конституции гораздо чаще (66,2% всех случаев) регистрировались заболевания ЦНС, заболевания позвоночника (нарушения осанки, остеохондроз и др.) и органов зрения (преимущественно миопия) - 70% учтенных подростков.

Центраверты преобладают среди старшеклассников страдающих заболеваниями ЛОР органов (52,2%), сердечно-сосудистой системы (50,05%), кожи(40,0%). Вместе с тем, среди старшеклассников центравертов не отмечено ни одного случая задержки психического развития.

Дети с интровертивным типом психосоматической конституции доминируют только в одной группе заболеваний (до 40% старшеклассников) – аллергические расстройства. Интроверты составляют 1/3 детей страдающих задержками физического и полового развития (экстраверты - 2/3 всех случаев). Заболевания желудочно-кишечного тракта и щитовидной железы у интровертов встречаются чаще, чем у центравертов (более 20% случаев), но существенно реже, чем у школьников экстравертов.

При разделении по признаку пола выявлено, что у девочек относительно реже встречаются заболевания ЛОР органов, но чаще заболевания органов зрения, щитовидной железы, почек, опорно-двигательного аппарата (различия не превышают 5% случаев). Повышенный уровень невротизации у девочек фиксировался у девочек в 47,6%, у мальчиков – в 29,2 % случаев. Установлена тесная корреляция длительного эмоционального напряжения и вегетативных дисфункций у подростков между уровнем невротизации и степенью выраженности у них вегетативных расстройств (на уровне + 0,7). Различия в структуре заболеваемости старшеклассников, таким образом, в большей степени зависят от признака конституции, чем от признака пола.

Известно, что за период обучения в школе количество случаев СВД, возникающего преимущественно под влиянием стойкого эмоционального напряжения, возрастает более чем в 16 раз (Лепарский Е.А., Таточенко В.К.,1989).

Установленная наукой тесная морфо-функциональная связь эмоциональной сферы и вегетативной нервной системы (Кубергер М.Б., 1987, Вейн А.М., 2002, Белоконь Н.А., Кушнир С.М., 2000) позволяет в значительной степени переместить акцент в ранней диагностике психогенных расстройств адаптации и здоровья детей с медицинских учреждений на учреждения образования, где первые признаки стойкой дезадаптации при скрининговых исследованиях детей легко могут выявлять специалисты-психологи системы образования. Таким образом, в рамках функционирования системы МППСД возникает возможность своевременно блокировать эмоционально-вегетативный шунт формирующихся психосоматических

расстройств, составляющих основную массу заболеваний детей, уменьшить влияние социо- и психогенных факторов на весь спектр соматических и психических расстройств здоровья у детей.

Формирование межведомственной системы медико-психолого-педагогического сопровождения на уровне муниципального образования или региона в принципе позволяет:

- отслеживать состояние здоровья и адаптации практически любого ребенка проживающего на данной территории;
- принимать весь комплекс необходимых мер для профилактики социогенных заболеваний, девиантного и делинкветного поведения детей;
- создавать условия максимально полной и социально гармоничной реализации потенциала ребенка;
- своевременно выявлять детей с отставанием или риском отставания в развитии с диагностикой причин отставания;
- осуществлять специальное консультирование семьи по проблемам нарушений возрастного психологического развития и уровня навыков ребенка;
- организовать раннюю медицинскую и психопрофилактическую помощи в дошкольных и средних учреждениях системы образования, в высших учебных заведениях;
- осуществлять поэтапные программы межведомственного семейно-центрированного обслуживания детей всех возрастов;
- специалистам и руководителям ТОСов принимать участие в подготовке и разработке необходимых ведомственных приказов и законодательных инициатив;
- реализовывать инициативы в разработке новых видов полипрофессиональной помощи сиротам, детям с нарушениями социально-психологической адаптации;
- успешно внедрять современные формы коррекции нарушений адаптации детей к условиям социальной среды;
- повышать психологическую и социальную грамотность населения;
- повышать качество межведомственного взаимодействия и согласования;
- содействовать формированию нового государственного подхода в области охраны здоровья и реализации личностного потенциала детей, улучшению финансирования научных исследований и социальной практики с решением профилактических задач.

## ПРОГРАММА МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ МЕДИЦИНСКОГО И ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УРОВНЯ В СТРУКТУРЕ ЗАЩИТЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

**Шмакова М.А., Белоусова М.В.**

*Республиканский Психотерапевтический Центр РКПБ МЗ РТ, г. Казань*

Состояние здоровья подрастающего поколения в настоящее время характеризуется высокой частотой пограничных психических расстройств. Значимость и актуальность проблемы характеризуется следующими тенденциями: ухудшением соматического и психического здоровья детей и подростков; тенденцией к росту психосоматических расстройств в детском возрасте; ростом нервно-психических расстройств в детском и подростковом возрасте; сохраняющимися высокими показателями наркотической и игровой зависимости среди молодежи; ростом правонарушений среди несовершеннолетних.

Соответственно, назрела необходимость объединять усилия врачей – психотерапевтов, психологов, специалистов в области образования для разработки и внедрения психогигиенических мероприятий по ранней диагностике и своевременной адекватной коррекции.

На базе Республиканского психотерапевтического центра РКПБ МЗ РТ была разработана программа интегрального биопсихосоциального подхода к проблеме психического здоровья населения, профилактическое направление которой включало в себя: формирование

здорового образа жизни, формирование позитивных нравственных ценностей, психообразовательная программа, направленная на использование своих психологических ресурсов, умение строить конструктивные взаимоотношения в семье и школе, умение противостоять манипуляциям информационно-деструктивного характера.

Работа проводилась в общеобразовательных школах г. Казани с учениками 1-3 и 7 классов. Цели работы: ранняя диагностика, своевременная адекватная психокоррекция, психосоциальная адаптация.

Задачи работы: улучшение микроклимата в классе, максимальное самовыражение каждого ученика, повышение стрессоустойчивости детей, выработка эффективных методов защиты от переутомления, управление эмоциональностью и агрессивностью, контакт в системе «ученик-учитель-родитель».

В структуре программы выделялись 3 этапа взаимодействия: этап психодиагностики, этап психокоррекции, этап социальной реабилитации или последующего сопровождения.

На этапе психодиагностики определялись школьная и личностная тревожность, переживание социального стресса, страх самовыражения, страх не соответствовать ожиданиям окружающих, проблемы и страхи в отношениях с учителями и родителями, уровень агрессивности и др.

Психокоррекция осуществлялась с учениками, учителями и родителями и включала в себя индивидуальное консультирование, групповой тренинг, психотерапевтическое консультирование членов семей, семейную психотерапию, тематические семинары для родителей и педагогов.

Индивидуальное консультирование проводилось с выявлением негативных личностных проявлений агрессии, тревожности, застенчивости. Групповой тренинг – группа личностного роста, коммуникативный тренинг, группы творческого самовыражения, коррекция межличностных отношений в школе. Работа с родителями – диагностика благополучия семейных отношений. С учителями – индивидуальное консультирование, помощь в решении межличностных конфликтов, обучение эффективным методам взаимодействия с «проблемными» учениками и родителями, методы релаксации и медитации, тренинги, направленные на предотвращение синдрома эмоционального выгорания, тренинги эффективных коммуникаций.

Этап социальной реабилитации включал социальную адаптацию ребенка к изменившимся в результате психотерапии взаимоотношениям в классе и семье, ролевые игры, решение личностных возможностей улучшения качества жизни в школе и дома.

В результате совместные усилия психотерапевтической бригады, педагогов и родителей помогли: улучшить состояние психического и соматического здоровья школьников, сформировать доброжелательную обстановку в классах, способствовали оптимизации внутрисемейных отношений, нормализовали отношения в системе дети-родители-педагоги. Предлагаемая нами методика показала свою актуальность и значимость и может быть рекомендована для практического внедрения в структуру образовательных программ.

# **РАЗДЕЛ IV**

***СЕКТОР МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ И  
ПРАВОВЫХ ПРОБЛЕМ ДЕТСТВА***

## О КОМОРБИДНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В ПРАКТИКЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

**Александрова Н.А.**

*ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», г. Москва*

Наблюдающееся в последнее десятилетие существенное увеличение числа несовершеннолетних лиц, злоупотребляющих различными психоактивными веществами (ПАВ), приводит к большой распространенности зависимости от ПАВ у подростков с различными формами психической патологии. В судебно-психиатрической практике все чаще приходится сталкиваться с проблемой «двойных диагнозов». Присоединение наркологического заболевания видоизменяет течение имеющейся у подростка основной психической патологии, вызывая полиморфизм и атипичность клинической картины того и другого заболевания, что, в свою очередь, неизбежно приводит к трудностям диагностики и судебно-психиатрической оценки лиц с такой формой коморбидной психической патологии. Многофакторная детерминированность клинической картины требует более сложного анализа, чем просто дифференцированный диагноз, когда устанавливается факт наличия одного заболевания в противовес существованию другого (Кондратьев Ф.В., 1991). Развитие различных форм зависимости от ПАВ сопровождается учащением привлечения этих лиц к уголовной ответственности, при этом структура преступности среди них зависит от вида ПАВ, в отношении которого формируется зависимость (Ларин Н.С., 1983; Зурабашвили А.Д., 1986; Дмитриева Т.Б. с соавт., 2003).

Мотивом наркотизации у подростков с психическими нарушениями (шизофрения, органическое расстройство личности) служат, как правило, имеющиеся болезненные расстройства психической деятельности. Согласно литературным данным, анализ особенностей психического состояния больных шизофренией, в котором началось злоупотребление ПАВ, показал, что в большинстве случаев ведущим в клинической картине заболевания был психопатоподобный синдром с расторможенностью влечений, нарушением поведения, агрессией, тенденцией к формальной группировке с личностями, имеющими антисоциальные установки; реже субдепрессивный с психастеноподобными нарушениями, деперсонализационными переживаниями, депрессией с угнетенностью и чувством безрадостности существования (Пузиенко В.А. с соавт., 1978; Кондратьев Ф.В., Василевский В.Г., 1987; Асанов Т.А., 1990; Гофман А.Г. с соавт., 1999). Сходные клинические проявления, способствующие приобщению подростков к употреблению ПАВ, отмечаются и при церебрально-органической патологии (Гурьева В.А., Дмитриева Т.Б., Гиндикин В.Я., Макушкин Е.В., Морозова Н.Б., 2001). Одной из основных причин систематического употребления психоактивных веществ больными с психической патологией большинство исследователей, занимавшихся этой проблемой, называли «потребность в самолечении», «купировании» имеющейся симптоматики, нивелировке различных тягостных ощущений. Однако если сначала при употреблении наркотических веществ у подростков появлялось субъективное ощущение улучшения состояния, то в дальнейшем на этапе формирования синдрома зависимости, наркотики не только не «улучшали состояние», а наоборот, являлись «пусковым механизмом» для заострения и углубления имеющихся психических расстройств. Раннее начало злоупотребления психоактивными веществами приводило к грубым и необратимым изменениям дизонтогенеза, что выражалось нарушениями психомоторного развития с преобладанием эмоционально-волевых, поведенческих и когнитивных расстройств, углублению и усложнению эндогенной симптоматики, что в свою очередь приводило к выраженной социальной дезадаптации подростков, сопровождавшейся активным противоправным поведением. Таким образом, создавался «порочный круг».

Следует отметить, что при проведении судебно-психиатрического освидетельствования подростков наличие сочетанной с психическим заболеванием наркологической патологии, как правило, не учитывается. Экспертное заключение и предлагаемые меры медицинского характера определяются только наличием и особенностями основного психического заболевания без учета обусловленных зависимостью от ПАВ психических расстройств. Это



значительно снижает результативность проводимого лечения и негативно сказывается на эффективности профилактики повторных ООД среди подростков.

Значительная распространенность аддиктивного поведения в подростковой среде требует дальнейшего изучения патогенетических механизмов аддиктивных состояний, их клинико-биологических закономерностей формирования и течения, влияния на основные клинические закономерности течения различных психических расстройств, а также характер и динамику противоправной активности подростков, выбора адекватных мер медицинского характера с учетом коморбидной наркологической патологии.

## СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

**Бадмаева В.Д.**

*ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», г. Москва*

Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних (СПЭН) проводится в соответствии с общими нормами производства судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ). Вместе с тем она подчинена своим правилам, специфическим для подросткового возраста, связанным с особенностями законодательства, методологией обследования, клиническими проявлениями психических расстройств, сложностями диагностики и экспертной квалификации (Гурьева В.А., 2001). Выделение в Российской Федерации СПЭН в самостоятельный раздел медицинской деятельности было продиктовано потребностями юридической и судебно-психиатрической практики и основано на узаконенном представлении об особом правовом положении несовершеннолетних.

К настоящему времени действует целый ряд международных правовых документов, касающихся вопросов обеспечения прав ребенка и правосудия в отношении несовершеннолетних. Так, ООН приняты 4 документа:

- 1) Международная Конвенция о правах ребенка (1989).
- 2) Стандартные минимальные правила, касающиеся отправления правосудия в отношении несовершеннолетних («Пекинские правила», 1985).
- 3) Руководящие принципы для предупреждения преступности среди несовершеннолетних («Руководящие принципы, принятые в Эл-Риаде», 1990).
- 4) Правила защиты несовершеннолетних, лишенных свободы (1990).

Эти документы являются руководящими и основополагающими как в деятельности детских специалистов, так и подростковых судебно-психиатрических экспертов.

В Уголовный кодекс Российской Федерации включен специальный раздел, посвященный уголовной ответственности несовершеннолетних, что отражает комплексный подход к изучению проблем, связанных с особенностями уголовной ответственности и наказания несовершеннолетних.

В соответствии со ст.87 УК РФ основанием уголовной ответственности является совершение деяния, содержащего все признаки состава преступления. Одним из обязательных признаков субъекта преступления является достижение лицом возраста уголовной ответственности, установленного законом. В ч.1 ст.87 УК РФ устанавливается, что несовершеннолетними признаются лица, которым ко времени совершения преступления исполнилось четырнадцать, но не исполнилось восемнадцати лет.

В условиях непрекращающихся социально-экономических преобразований в обществе отмечается учащение и омоложение подростковой преступности. Современные тенденции преступности несовершеннолетних характеризуются прежде всего опережением роста правонарушений с участием несовершеннолетних по сравнению с преступностью взрослых лиц, при этом в структуре общественно-опасных действий доля агрессивного-насильственных действий против личности составляет более 60%; все более возрастает число детей правонарушителей не достигших 14 летнего возраста (возраста уголовной ответственности). У подавляющего большинства подростков обнаруживаются различной степени и выраженности психические отклонения. Вместе с тем на судебно-психиатрическую экспертизу направляются в среднем лишь 10% несовершеннолетних, привлеченных к уголовной ответственности.

Одним из важнейших требований СПЭН является адекватность выбора вида экспертизы и квалификация специалистов. Однако на практике судебно-психиатрические экспертизы несовершеннолетним проводятся преимущественно в амбулаторных условиях, как правило, экспертами, малознакомыми со спецификой психических расстройств в подростковом возрасте что, несомненно, отражается на эффективности и качестве СПЭ. По данным отделения судебно-психиатрической экспертизы детей и подростков ГНЦ ССП им. В.П.Сербского отмечается постепенный рост повторных судебно-психиатрических экспертиз, назначаемых судебно-следственными органами. Так, в 2004г. повторные экспертизы составляли 16,3%, в 2005г. – 19%, а в 2006г. – 23% от числа стационарных СПЭ. При этом достаточно высок уровень диагностических, зачастую и экспертных расхождений с предыдущей экспертизой. Диагностические ошибки все еще сопряжены с недостаточными знаниями закономерностей клиники в детско-подростковом возрасте, с недоучетом фактора нарушенного психического развития и возрастной динамики психических расстройств.

Чрезвычайная сложность диагностики психических расстройств в пубертатном периоде, связанная с атипичностью и полиморфизмом психопатологических проявлений, а также специфическими биологическими, психологическими особенностями свидетельствуют о предпочтительности проведения в отношении несовершеннолетних стационарных комплексных психолого-психиатрических экспертиз специализированными подростковыми судебно-психиатрическими экспертными комиссиями.

Таким образом, дальнейшая разработка организационных, правовых, теоретических и методологических аспектов производства комплексных судебно-психиатрических экспертиз несовершеннолетних продолжает оставаться наиболее актуальной задачей подростковой судебной психиатрии.

## СТРУКТУРА И ДИНАМИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

**Боброва Н.А.**

*РМАПО, г. Москва*

Цель работы: разработка принципов диагностики и лечения психосоматических расстройств (ПСР) в условиях многопрофильной детской поликлиники. Обследовано 140 пациентов (72 мальчика, 68 девочек, в возрасте от 3 до 16 лет), с атипичными расстройствами пищеварительной системы неинфекционной природы. Критерии атипичности: несоответствие клинической картины параклиническим показателям; нетипичность динамики соматического состояния; атипичный ответ на традиционное соматотропное лечение.

Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-психологический, клинико-физиологический и клинико-динамический.

Результаты. У 126 человек (66 мальчиков и 60 девочек) выявлены аффективные расстройства невротического уровня, не достигающей психопатологической завершенности. Наиболее представленными явились типологические варианты депрессии с тревожным радикалом.

В большинстве случаев (96%) депрессия имела психогенное происхождение.

В 66% случаев аффективные нарушения определяли клиническую картину, а в 34% сочетались с первично-дизонтогенетическими расстройствами, такими как тики, синдром гиперактивности, энурез, патологические привычные действия, диссомнические расстройства, синдром страхов, энкопрез.

Из числа негативно-дизонтогенетических нарушений 76.98 % имели в анамнезе синдром невропатии, 82.5% имели доклинические аномалии личности на уровне акцентуации (по А. Е. Личко, 1983). В формировании ПСР расстройств данные проявления расценивались нами как pathos (по А.В. Снежневскому, 1969).

Во всех наблюдениях отмечены вегетовисцеральные нарушения. У 22.22% пациентов расстройства пищеварительной системы были определяющими, имеющими моносистемный характер, а у 77.78% пациентов сочетались с нарушениями в других органах и системах.

По качественным особенностям, степени выраженности и динамическим характеристикам соматовегетативных проявлений гастроэнтерологические нарушения были

расценены (по Ю.Ф. Антропову, 1997) как психосоматические: реакции (22.22%); состояния (75.39%); заболевания (2.38%).

Анализ соотношений между изменениями вегетативного обеспечения и качественными особенностями ПСР показал, что в случаях психосоматических реакций, по существу являющихся донозологическим маркером преобладающим ( $p < 0.05$ ) вегетативным тоном являлась симпатикотония, при психосоматических состояниях и заболеваниях преобладало ( $p < 0.05$ ) парасимпатическое обеспечение, с характерной тенденцией реактивности вегетативной нервной системы в сторону гиперсимпатикотонии.

В зависимости от проводимого лечения дети составили 2 группы.

В отношении детей 1 группы (86 человек) оказывалось комплексное патогенетически обоснованное лечение, включающее психофармакотерапию, с обязательным назначением антидепрессантов, соматотропную (гастроэнтерологическую) терапию и психотерапевтическую коррекцию.

Дети 2 группы (40 человек) получали только традиционную соматотропную терапию.

По исходным данным (пол, возраст, возраст манифестации и продолжительность заболевания) 1 и 2 группы сопоставимы между собой. По степени выраженности как соматической, так и психической патологии состояние (при первичном исследовании) детей 2 группы можно расценить как менее тяжелое. Доказано со статистической достоверностью ( $p < 0.05$ ), что эффективность лечения в 1 группе значительно выше, чем во 2 группе.

Динамика психогенных ПСР определялась сменой этапов преходящих психогенных реакций, психогенного психосоматического состояния и психосоматического формирования личности. Отметим, что динамика психосоматического синдрома не всегда совпадает с динамикой психогении.

*Выводы.*

1) Психопатологическое обследование детей и подростков с атипичными гастроэнтерологическими нарушениями в условиях общесоматической поликлиники позволяет в 90% случаев расценить их как психосоматические.

2) Фактор психического дизонтогенеза является значимым в формировании психосоматической патологии.

3) Признаками, позволяющими предположить ПСР на раннем этапе диагностики в условиях амбулаторного педиатрического приема являются: а) учащение эпизодов соматовегетативных расстройств при отсутствии объективных нарушений со стороны органов и систем, либо увеличение их продолжительности; б) временная связь соматических нарушений с эмоциональными расстройствами; в) сочетание сомато-вегетативных дисфункций с другими признаками дизонтогенеза нервно-психической сферы; г) нетипичное для собственно-соматического заболевания нарастание полиморфизма психовегетативных симптомов, вместо их характерной структуризации в определенной анатомо-функциональной системе.

4) Применение комплексной, патогенетически обоснованной терапии, учитывающей характеристики аффективных, вегетативных, соматических, неврологических, личностных, психосоциальных нарушений и включающий соответствующий круг лечебных и профилактических мероприятий статистически достоверно повышает эффективность терапии ПСР и позволяет предотвратить формирование психосоматических заболеваний и нарушений развития личности.

## ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ, ПОДВЕРГШИХСЯ СЕКСУАЛЬНОМУ НАСИЛИЮ

**Вакула И.Н., Чебуракова Т.А., Горбунова З.Х.**

*Кубанский Государственный Медицинский Университет, г. Краснодар, Специализированная клиническая психиатрическая больница №1, г. Краснодар*

По данным специалистов Центра социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского и данным органов внутренних дел в РФ, ежегодно регистрируют 7-8 тыс. случаев сексуального насилия над детьми, по которым возбуждаются уголовные дела. Меняющаяся сложная социально-экономическая ситуация в стране, модификация стереотипов эмоций,

нестабильность общественных отношений привели к различным проблемам, в том числе, и к повышению агрессивности части населения. В этой связи особое беспокойство вызывает рост сексуальных насилий в обществе в целом и в детско-подростковой популяции, в частности. Проблема сексуального насилия над детьми является актуальной и социально значимой.

Целью исследования явилось изучение психоэмоционального состояния детей, подвергшихся сексуальному насилию и социальный статус их семьи. В течение года нами были обследованы 46 детей, направленных на амбулаторную судебную психолого-психиатрическую экспертизу в СКПБ №1. Возраст детей варьировал от 5 до 18 лет, при этом дети до 10 лет составили около половины группы (47,8%). По полу обследуемые распределились следующим образом: мальчиков 14 (30,4%), девочек 32 (69,6%). Более детальный анализ показал, что если в группе до 10 лет число мальчиков (9) и девочек (13) было примерно одинаково ( $t=0,8$ ;  $p>0,05$ ), то в группе старше 10 лет достоверно преобладали девочки - 19 и 5 (79,2% и 20,8%, соответственно;  $t=2,5$ ;  $p<0,01$ ).

Однократно подвергались насилию 29 детей, многократно – 17, причем 21,7% детей подверглись групповому изнасилованию. Подавляющее большинство жертв были изнасилованы извращенными способами. В семье были изнасилованы 5 детей (10,8%), остальные посторонними лицами, причем в 9 случаях это были подростки. Преобладали дети из сельской местности – 32 (69,6%), при этом большинство обследованных детей были из неполных и неблагополучных семей – 33 (71,7%).

Всем детям было проведено экспериментально-психологическое обследование с использованием следующих проективных методик: «рисунок человека», «рисунок человека под дождем», «рисунок семьи». Диагноз ПТСР устанавливался на основании критериев ПТСР, для оценки которых использовался адаптированный для данного исследования опросник.

При обследовании с помощью указанных проективных методик были выявлены общие признаки, указывающие на наличие стрессового расстройства:

- маленькие неустойчивые, шаткие фигуры изображенных людей;
- отсутствие рук, либо графическое выделение рук и пальцев у самого ребенка или его близких;
- заштрихованные отдельные части или фигуры целиком;
- особое внимание к нижним частям тела, наблюдавшееся преимущественно у подростков (прорисовывание молний, пуговиц на брюках);
- отсутствие зонта, плаща, либо иного средства защиты от дождя в «рисунке человека под дождем»;
- большое количество туч, молний, символизирующих стресс;
- множество луж, свидетельствующих о застревании на негативных эмоциональных переживаниях, глубоком стрессе, фиксации на нем.

В рисунках детей нашли свое отражение сниженное настроение с ощущением угрозы со стороны окружающего мира (36,8%), тревога с оппозиционной установкой (39,5%), усиленная защитная установка (24,6%). В наибольшей степени были выражены психологическая напряженность (42,0%) и чувство дефицита эмоционального тепла, комфорта в семье (46,2%).

Представленные выше результаты экспериментально-психологического исследования перекликались с данными клинической оценки состояния детей. У обследованных были диагностированы: посттравматическое стрессовое расстройство - 16 случаев, депрессивный эпизод на резидуально-органическом фоне – 15, синдром выраженной эмоционально-волевой неустойчивости – 4; без психических расстройств – только 4. В рамках этих расстройств в дошкольном и младшем школьном возрасте были выявлены тревожные, тревожно-фобические и депрессивные симптомы. В подростковом возрасте наблюдались психопато-одобный синдром с агрессивными проявлениями и делинквентным поведением в структуре.

Всем детям с выявленной патологией было назначено адекватное лечение, проведена психотерапевтическая беседа с ребенком и с родителями (или одним из родителей). Практически все родители воздержались от госпитализации детей, но согласились проводить лечение в амбулаторных условиях. Осуществить комплексное психотерапевтическое и психофармакологическое лечение этому контингенту детей в условиях районов

Краснодарского края, где практически отсутствуют детские психотерапевты, не представляется возможным.

Соответственно полагаем, что в крае необходимо провести следующие мероприятия:

- создать центр для оказания медико-социальной помощи детям-жертвам насилия и детям, оказавшимся в тяжелой стрессовой ситуации;
- осуществить подготовку кадров детских психотерапевтов, клинических психологов для работы с данным контингентом детей;- в целях профилактики насилия привлекать к работе с неблагополучными семьями и с детьми сотрудников учреждения образования, социальной защиты, общественные организации;
- разработать программу межведомственного и межведомственного взаимодействия специалистов.

## НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МАЛОЛЕТНИХ ПОТЕРПЕВШИХ И СВИДЕТЕЛЕЙ В РАМКАХ СУДЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

### Дьякова Н.В.

*ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», г. Москва*

Привлечение нейропсихологических методов в психиатрию и судебно-экспертную практику является современным, не требующим дорогостоящего оборудования и длительного клинического наблюдения подходом к психологической оценке психического состояния подэкспертных, выявлению их уровня психического развития, к решению диагностических и экспертных вопросов.

В настоящей работе рассматривается вопрос о нейропсихологических методах исследования уровня психического развития детей дошкольного, младшего и среднего школьного возраста - свидетелей или потерпевших по уголовным делам и направляемых на комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу.

Несмотря на то, что в литературе и практике существует большое количество методов психологического обследования детей - квалифицированная диагностика состояния высших психических функций при нормальном развитии и диагностика нарушений при их патологии (или несформированности) до сих пор является актуальной проблемой современной психологии, психиатрии, дефектологии и педагогики.

Дети каждого возрастного периода обладают рядом психологических, нейропсихологических и поведенческих особенностей, знание которых необходимо для того, чтобы получить достоверные результаты в процессе их психодиагностического обследования. В литературе существуют различные точки зрения относительно используемых сегодня стандартизированных методов обследования как здоровых детей, так и с отклонениями от возрастной нормы. Однако бесспорным является тот факт, что методика обследования детей должна не только определять уровень интеллектуального, психического развития ребенка, но и предусматривать анализ различных аспектов имеющегося у него дефекта – психологического, психофизиологического, клинко-физиологического, нейропсихологического. Каждый аспект должен вносить свой специфический вклад в понимание происхождения и структуры дефекта.

Такой методикой, позволяющей получить общую картину психической сферы ребенка (раннего, младшего, среднего и старшего дошкольного возраста, а также младшего и среднего школьного возраста), вычленив сильные и слабые стороны, дефицитарные зоны в его психическом развитии, обнаружить факторы, лежащие в основе нарушения (или несформированности), ответить на вопрос, как частный дефект связан со всей психической сферой ребенка - является нейропсихологическая методика обследования детей, созданная А.Р.Лурией и его сотрудниками.

Вниманию читателей предлагается современный метод нейропсихологического обследования детей в возрасте от 4-х до 14 лет, выступающих в качестве свидетелей или потерпевших по уголовным делам.

В основу метода положены три методики: нейропсихологическая методика диагностики детей, разработанная Л.С.Цветковой (2000), методика нейропсихологической диагностики и коррекции младших школьников, предложенная Ю.В.Микадзе и

Н.К.Корсаковой (1994), методика исследования вербально-логического мышления детей дошкольного, младшего школьного возраста с нормальным развитием и с задержкой психического развития, предложенная Л.И.Переслени (1996). Предлагаемые детям задания по степени сложности варьируются для разных возрастных групп. Используются следующие классы методических приемов.

Обследование детей начинается с ознакомительной беседы, во время которой исследуется устная экспрессивная диалогическая речь ребенка, богатство лексики и конструкций предложений связной речи, понимание обращенной к ним речи. Далее, при помощи специальных субтестов исследуется речевое мышление и эффективность слухоречевой памяти, в том числе ее прочность, способность удержания смысла воспринятой информации. Следующие задания направлены на исследование зрительной памяти и памяти на лица; внимание (произвольное и произвольное); на особенности восприятия (зрительно-предметного, пространственных отношений); наглядно-образное мышление; вербально-логическое мышление; эмоционально-волевой сферы.

По результатам тестирования проводится качественная и количественная (в баллах) оценка параметров психической деятельности обследуемого. Время полного исследования ребенка (исключая беседу о криминальных событиях) составляет 30-40 минут.

Таким образом, описанный нейропсихологический метод исследования позволяет за короткий промежуток времени в условиях амбулаторной судебной экспертизы выяснить состояние и сформированность высших психических функций у детей, тем самым являясь важным дополнительным инструментарием для полного и высоко квалифицированного решения экспертных вопросов о способности малолетних потерпевших и свидетелей правильно воспринимать важные для уголовного дела обстоятельства, и давать по ним в дальнейшем показания.

## ОТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ГОЛОСА – К ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЧНОСТИ

**Зубарева Т.В.**

*Волгоградский муниципальный институт искусств им. А. Серебрякова, г. Волгоград*

Первым криком человек заявляет о своём появлении в этом мире. В дальнейшем развитии человека его голос является выразителем не только элементарных состояний (детский плач), но и высших проявлений нервной деятельности, к таковым относится певческий процесс.

По модуляциям голоса мы судим о состоянии человека, даже если разговариваем с ним по телефону. Это относится и к психическому состоянию индивидуума, к его поведению. Голос означает также и мнение: отдавать голос, голосовать, соглашаться и т.д. В немецком языке от слова *stimme* (голос) происходит слово *Stimmung* (настроение). От латинского глагола *sonare* (звучать) происходит слово *persona* – маска, применяемая в античные времена в спектакле. Её меняли несколько раз в зависимости от характера персонажа.

Модуляции голоса, как правило, сопровождаются почти всегда движениями лица, рук, поворотом головы, что зрительно обогащает и усиливает экспрессивную речь при визуальной передаче информации.

Голосовая функция занимает одно из первых мест среди основных функций организма и первое место среди функций высшей нервной деятельности. Человеческая речь, являясь продуктом второй сигнальной системы, позволяет человеку не только влиять на окружающий его мир, но и изменяться самому благодаря уникальной функции голосового аппарата – пению. Голос человека, его речь формируют энергоинформационное пространство.

В современном мире агрессия звуковой окружающей среды приносит ощутимый вред физическому и психическому здоровью человека.

Формирование певческой системы как системы функциональной, помогает решить ряд проблем, имеющих на данный момент у подростков. Это проблемы дыхания, как наиболее часто встречающиеся, напряжение артикуляционного аппарата, ограничение динамики голоса –

его интонационной выразительности. Но особенно актуальна проблема психоэмоционального состояния.

Если принять во внимание зависимость голоса от характера человека, типа его нервной системы, то интроверты это, как правило, обладатели тихих голосов, с недостаточной динамикой и очень ограниченными модуляциями голоса. Все эти недостатки связаны с коротким слабым дыханием и не достаточно активной работой артикуляционного аппарата. На уроке они чаще всего испытывают чувство неуверенности, стеснительны.

Экстраверты напротив, решительны, дыхание поверхностное, короткое, довольно экспрессивная, сбивчивая речь, сопровождаемая активными жестами.

В стрессовых ситуациях пение помогает снять мышечное напряжение, поскольку активизация вдоха увеличивает максимальный объём вентиляции лёгких, ритм дыхания стабилизируется.

При бинауральной работе слуха, в пении, возникающая в верхнем отделе глотки – замыкающем глоточном кольце, реверберация или, говоря иначе, резонанс стимулирует работу всех систем, участвующих в голосообразовании, создаёт ощущение комфорта в области гортани. В эмоциональной памяти оно закрепляется как положительная эмоция. Особенно важную роль в этом процессе играет «фонематический слух – слух о правильности своего слуха». Поскольку слог в системе является единицей произносительной и не несёт смысловой нагрузки, слово будет выражать предметность, как у детей в период формирования эгоцентрической речи. Звук как конечный результат певческого процесса на начальном этапе обучения исключается.

Пение – это психологический процесс погружения человека в свой внутренний мир. И на помощь ему приходит слово и музыка. Интроверт почувствует защищённость от внешнего мира и уверенность в своих силах. Экстраверт более спокойно и внимательно прислушается к своим внутренним ощущениям. В этой ситуации основным мотивационно осознаваемым стимулом будет слово, а слог – квант, произносительной единицей. Кроме того, слог несёт в себе архитектуру всей формирующейся системы голосообразования.

С позиции системогенеза «узнавание слога «здесь и сейчас» формирует весь процесс голосообразования, включая эмоцию как механизм оценки результата в системе». Ощущение в пении своего, свободного, «живого голоса», вызывает у детей и подростков чувство, напоминающее эйфорию. Непривычные ощущения, возникающие вначале обучения пению, постепенно переходят в зону незамечаемости.

Целесообразность данного метода не только позволяет улучшить звучание голоса ребёнка, но и обеспечивает положительный психоэмоциональный контакт с окружающими. Выработывает психологический иммунитет в агрессивной окружающей среде. Работа внутреннего слуха в пении способствует концентрации внимания ребёнка, улучшает память. Общеизвестно, что поющие дети лучше успевают в школьных занятиях.

## ВНУТРЕННИЕ КОНФЛИКТЫ У ПОДРОСТКОВ С ДЕЛИНКВЕНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

**Крештапова М. А.**

*ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», г. Москва*

На фоне делинквентного поведения и систематической криминальной активности у несовершеннолетних возникают специфические искажения личностного реагирования, обозначаемые в клинической психологии как последствия внутренних конфликтов. Для их диагностики предложена авторская методика Е. Б. Фанталовой «Диагностика внутреннего конфликта», которая включает четыре субшкалы: «Уровень соотношения ценности и доступности в различных жизненных сферах», «Семь состояний», «Шкала оценки дискомфорта» и «Свободный выбор ценностей». Исследование было проведено на 50 несовершеннолетних (12-16 лет) воспитанниках специализированной школы открытого типа для подростков с асоциальным поведением. Контрольную группу составили 50 московских школьников сопоставимого возраста. Несмотря на существенные различия по социальным и клиничко-психологическим параметрам, наблюдаемым между группами, использование методики «Диагностика внутреннего конфликта» не выявило статистически достоверных

различий по ключевым параметрам оценки внутреннего конфликта (ощущение внутренней напряженности, разлада с самим собой; ощущение внутренней пустоты, отсутствие интереса к чему-либо; тоска, подавленность). Параметр «внутренняя тревога» достоверно чаще выявлялся в группе подростков с нормативным поведением.

Полученные результаты могут быть интерпретированы с различных позиций: они могут говорить как о низкой валидности методики либо недостаточности выборки, так и о важной особенности личности подростков с делинквентным поведением: достижении компенсации внутреннего конфликта через аномальное, в том числе – противоправное поведение. В пользу второго предположения косвенно свидетельствует высокий уровень внутренней тревоги в контрольной группе.

## ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛЕЧЕНИЕ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ В ПРАКТИКЕ СУДЕБНОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

**Макушкин Е.В., Ошевский Д.С., Шемчук Н.В., Чибисова И.А.**

*ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», г. Москва*

Увеличение числа несовершеннолетних, страдающих патологическим влечением к азартным играм – один из очевидных факторов риска криминализации молодежной среды. Подростки, зависимые от азартных игр представляют собой группу риска противоправного поведения не только в силу необходимости постоянного поиска материальных средств для продолжения игровой деятельности, но и серьезных изменений психики, которые могут выступать в качестве обстоятельств нарушающих регуляцию правового поведения. Не случайно подростки с патологической зависимостью от азартных игр все чаще попадают в поле зрения судебных психологов и психиатров. Исследований, касающихся разработки экспертных критериев оценки состояния подростков-правонарушителей в связи с патологическим влечением от азартных игр в отечественной психологии и психиатрии практически нет. В связи с этим нами предпринята попытка анализа случаев из практики комплексной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ) подростков, с патологической зависимостью, которые совершили различные общественно опасные деяния (ООД). Очевидно экспертная оценка должна включать изучение преморбидной «почвы» (органическое поражение головного мозга, интеллектуальная недостаточность, личностная незрелость, патохарактерологические девиации и др.) на которой развивается расстройство влечения, динамику формирования нарушений, а также исследование структуры негативных изменений, которые наступают у подростка в результате вовлечения в игровую деятельность.

В качестве биологической предрасположенности к патологическому влечению от азартных игр могут выступать наследственная отягощенность алкоголизмом, как правило, со стороны отца, раннее поражение центральной нервной системы, синдром гиперактивности и дефицита внимания. Имеющаяся «почва» усугубляется негативными социально-психологическими факторами, такими как эмоциональная депривация, диссоциальное окружение, парциальной интеллектуальной недостаточностью, заострением дезадаптивных характерологических черт (эмоциональной неустойчивости, гипертимности, ригидности, повышенной потребности в яркой сенсорной стимуляции и др.). Указанные особенности заостряются в период пубертатного криза, который носит, как правило, дисгармоничный характер. Предварительный анализ показывает, что такие особенности как эмоциональная неустойчивость, напряженная потребность в ярких сенсорных впечатлениях, гедонистическом времяпрепровождении, незрелая социальная позиция, включающая в стремление достичь материального благополучия без затраты усилий, обуславливают вовлечение подростка в игровую деятельность, а за счет ригидности закрепился способ удовлетворения трансформированных потребностей.

Динамика патологического влечения к азартным играм в подростковом возрасте имеет достаточно высокую прогредиентность. Примерно в течении полугода расстройство оформляется в четкую клиническую картину и приводит к нарушениям социальной адаптации, нарастанию криминальных тенденций.



Наиболее ярко девиации проявляются в эмоционально-волевой сфере. Эмоции утрачивают свою регулирующую функцию. Для подростков, зависимых от азартных игр характерен высокий уровень импульсивности, сниженный ситуационный контроль (подросток не фиксирует количество потраченных денег, проведенное время в игорном заведении), а также неодолимое влечение к игровой деятельности, которое при общем уплощении эмоционального фона, сопровождается яркими аффективно окрашенными переживаниями в основном отрицательного знака. Происходит постепенная утрата произвольности поведения. Игровая деятельность прекращается только в силу отсутствия материальных средств для ее продолжения.

При возникновении побуждения к игре наблюдались существенные трудности контроля над собственным поведением, несмотря на негативный предыдущий опыт (постоянные проигрыши, большие долги), которые проявлялись в доминирующих некорректируемых повторных эпизодах участия в азартных играх, ситуационном характере действий, чрезвычайной зависимости от негативной внешней и внутренней стимуляции (овладевающие мысли и представления, связанные с игрой, ее повышенная значимость, достигающая сверхценного уровня, фиксированность восприятия на залы игровых автоматов).

Значительные изменения происходят в интеллектуальной сфере. Даже при относительной сохранности операциональной сферы мышления в силу дизрегуляции эмоций наблюдаются элементы аффективной логики, которые препятствуют целостному восприятию, интерпретации и оценке ситуаций, построению отдаленного прогноза последствий собственных действий. Когнитивные нарушения могут иметь большую глубину. На высоте патологического влечения в момент игры у таких подростков даже отмечается аффективное сужение сознания.

Большинство социальных мотивов теряют свою значимость, в то же время высокую побудительную силу приобретают стереотипная игровая деятельность и поиск материальных средств для ее продолжения. Напряженная потребность в игре, становится доминирующей в сознании и подчиняет себе другие социально обусловленные мотивы.

В периоды вынужденного отказа, появляются симптомы синдрома отмены (беспокойство, тревога, раздражительность, вплоть до дисфорий). Даже в индифферентной обстановке, без объективной внешней стимуляции могут возникать навязчивые мысли и представления связанные с игрой, которые, часто достигают уровня сверхценных образований. Указанные нарушения во многих случаях обуславливают мотивацию совершения ООД.

Рассмотренные особенности позволяют заключить, что при патологическом влечении к азартным играм у подростков часто происходят нарушения произвольной регуляции собственного поведения. Данные аспекты необходимо учитывать при вынесении экспертных решений (вменяемость, невменяемость, «ограниченная вменяемость в уголовно релевантный период).

## ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ НАРУШЕНИЙ В СТРУКТУРЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА НА СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ (ПО ДАННЫМ КАТАМНЕСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА)

**Музыченко Е.Н.**

*ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», г. Москва*

В последнее десятилетие к проблеме социального функционирования и качеству жизни детей и подростков с психической патологией привлечено внимание многих зарубежных и отечественных авторов. Эти показатели становятся важными для определения эффективности оказываемой психиатрической помощи и учитываются при планировании развития психиатрической помощи.

С целью выяснения качества жизни в постпубертатном периоде у лиц с выявленной в подростковом возрасте психической патологией были проанализированы (по данным архива) 150 историй несовершеннолетних обвиняемых. Расстройства личности в исследовании

составили 7 %. В большей части наблюдений у детей этой группы в дошкольном и младшем школьном возрасте наблюдались гипердинамические нарушения. С началом негативной фазы пубертата происходит усиление личностных расстройств, присоединяются аффективные нарушения, расторможенность влечений, что значительно нарушает школьную адаптацию подростка. В 36,6% - подростки наблюдаются в инспекциях по делам несовершеннолетних. Однако по окончании пубертатного периода эта группа характеризуется относительно удовлетворительным социальным функционированием - 18%. В группе со стабилизацией личностных расстройств (37%) социальная адаптация низкая. Это связано с нестойкостью психопатического состояния, и легким возникновением субкомпенсаций под действием дополнительных вредностей и конфликтными отношениями в микросреде, которые играют роль дестабилизирующего фактора.

При органических психических расстройствах личностные нарушения встречаются в 42% наблюдений. В дошкольном возрасте у этих детей на фоне органической неполноценности ведущее место занимают гипердинамические расстройства (43%). В подростковом возрасте личностная патология становится более очерченной, углубляется микросоциальная запущенность. К концу позитивной фазы и по ее завершению происходит постепенное сглаживание личностных расстройств. В тех наблюдениях, где в последующем отсутствовало действие дополнительных экзогенно-органических вредностей или выраженность была незначительной, социальная адаптация была относительно удовлетворительной.

Личностные расстройства, как ведущие при шизофрении в подростковом возрасте, представлены утрированными чертами «пубертатной психики» (псевдопубертатный синдром по Наджарову Р.А., 1965), гебоидным синдромом. При катамнестическом анализе в постпубертатном периоде во всех случаях происходит постепенное сглаживание личностных расстройств. У некоторых больных происходит формирование психопатоподобной ремиссии. Но, как показывает катамнез, социальные и межличностные отношения остаются нарушенными.

Полученные данные при катамнестическом анализе наблюдений с верифицированным диагнозом олигофрении (9%) показали, что эти подростки имеют выраженные личностные нарушения. По завершению пубертатного периода тенденция к благоприятной динамике у них отсутствует. Усвоенный этими подростками стереотип асоциального поведения, отсутствие положительных установок и действие дополнительных экзогенно-органических вредностей (травмы головы, алкоголизация) в дальнейшем обуславливают неблагоприятное течение, социальную дезадаптацию и совершение повторных правонарушений (причем тяжелее, чем были при первичном поступлении на экспертизу).

Таким образом, результаты исследования показали, что наличие в клинической картине личностных нарушений, значительно снижает полноценное социальное функционирование, как в подростковом возрасте, так и на последующих этапах онтогенеза.

## РАЗВИТИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ У ПОДРОСТКОВ, СОВЕРШИВШИХ АГРЕССИВНЫЕ ДЕЛИКТЫ

**Ошевский Д.С.**

*ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», г. Москва*

Волевой компонент в произвольной регуляции рассматривается как необходимый для любого вида ответственности. Без возможности свободно реализовывать, осуществлять свою волю, регулировать собственное эмоциональное состояние не может быть правовой дееспособности. В подростковый период в норме человек с помощью социальных институтов овладевает умением подчинять свое поведение требованиям морали и нормам, принятым в обществе, решать сложные задачи. Однако при аномальном развитии возможны девиации формирования эмоционально-волевой сферы, в результате чего заостряются дезадаптивные индивидуальные свойства и повышается риск противоправных, в том числе агрессивных правонарушений. Выявление этих отклонений является актуальной задачей профилактики криминальной агрессии у несовершеннолетних.

Целью исследования было выявление тех особенностей эмоционально-волевой сферы у подростков-правонарушителей, которые могут рассматриваться в качестве факторов риска совершения агрессивных общественно опасных деяний (ООД).

Обследовались 119 несовершеннолетних мужского пола, направленных в период с 2001 по 2004 гг. на стационарную комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу. Из них: 92 подростка обвинялись в совершении агрессивных деликтов (основная группа), 27 подростков, привлекаемых к уголовной ответственности за имущественные правонарушения (контрольная выборка). В качестве группы сравнения были обследованы 28 московских школьников (ученики 9 – 11 классов) с нормативным поведением. Средний возраст обследуемых –  $16,1 \pm 0,9$  года.

Для выявления особенностей развития эмоционально-волевой сферы несовершеннолетних использовался Индивидуально-типологический диагностический опросник (ИТДО) (Собчик Л.Н., 1998, 2002). С целью направленного изучения склонности к агрессии и механизмов ее сдерживания применялись «Тест Руки» Э.Вагнера (Ратинова Н.А., 1989) и тест фрустрационной толерантности С.Розенцвейга (Тарабрина Н.В., 1984).

Сравнительное исследование индивидуально-психологических особенностей школьников и подростков, совершивших агрессивные ООД, показало, что у последних обнаруживается значимое ( $p < 0,01$ ) заострение таких черт, как агрессивность, спонтанность, ригидность, эмотивность, сензитивность. Типичным для основной группы несовершеннолетних, как и следовало ожидать, является высокий уровень агрессивности. При этом повышенная сензитивность, низкий порог фрустрации делают подростков, совершивших агрессивные деликты, чрезвычайно чувствительными к ситуационным влияниям. За счет ригидности происходит фиксация и накопление отрицательных переживаний, что создает крайне неблагоприятный эмоциональный фон, который может рассматриваться в качестве predispositions агрессивного реагирования. Для подростков-правонарушителей, совершивших агрессивные ООД, характерны повышенная эмотивность и спонтанность, что свидетельствует об их эмоциональной неустойчивости, трудностях волевого контроля собственного поведения.

Повышенная агрессивность у подростков основной группы выявляется не только в сравнении с законопослушными школьниками, но и с правонарушителями совершившими имущественные деликты ( $p < 0,05$ ). При этом механизмы сдерживания агрессии у них сформированы в гораздо меньшей степени. Анализ показал, что у несовершеннолетних контрольной группы страх наступления негативных для самого подростка последствий может рассматриваться как один из факторов, сдерживающих агрессивные тенденции. Однако подобный механизм не является эффективным, его нарушение весьма вероятно при воздействии дополнительных факторов, например, группового давления. Наиболее адекватной формой сдерживания агрессивных побуждений является активное стремление к конструктивному разрешению проблемной ситуации при доброжелательном отношении к своему оппоненту. В группе подростков-правонарушителей отмечается явная дефицитарность данного механизма, наиболее резко она прослеживается у несовершеннолетних основной группы ( $p < 0,05$ ).

Одним из механизмов сдерживания агрессии является эмпатия, или способность к сопереживанию, умение внутренне принять позицию другого человека. В широком смысле эти характеристики предполагают способность испытывать чувство вины и принимать на себя ответственность в проблемных ситуациях. Полученные данные свидетельствуют о том, что подростки, совершившие агрессивные ООД, значимо менее склонны к проявлению подобных свойств по сравнению не только с законопослушными школьниками, но и с правонарушителями, совершившими имущественные деликты ( $p < 0,001$ ). Для несовершеннолетних основной группы характерна эгоцентрическая позиция, которая препятствует адекватному пониманию социального контекста, что также повышает риск проявления агрессии и насилия.

Таким образом, исследование развития эмоционально-волевой сферы выявило, что именно для подростков, совершивших агрессивные деликты, характерна повышенная агрессивность, проявляющаяся как индивидуальная черта, спонтанная и реактивная готовность к агрессии. Кроме того, повышенная сензитивность, эмоциональная неустойчивость, сочетающиеся с ригидностью, способствуют проявлениям агрессии. У таких подростков

обнаруживается недостаточная сформированность сдерживающих механизмов агрессии в виде сниженного прогноза негативных последствий агрессивного поведения, дефицита эмпатии, чувства вины и ответственности, просоциальной направленности.

Выявленные особенности следует учитывать при организации реабилитационной работы и вторичной профилактике агрессивных правонарушений у подростков.

## ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ С БЕЗНАДЗОРНОСТЬЮ И КРИМИНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ: СИСТЕМАТИКА И КОРРЕКЦИЯ

**Пережогин Л. О.**

*ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», г. Москва*

Социальная ситуация развития ребенка оказывает существенное влияние на его возрастное психическое развитие, личностное развитие, обуславливает риск формирования социально-зависимых динамических психических расстройств, спровоцированных стрессом. Социальная ситуация развития, протекающая с явлениями безнадзорности, беспризорности и вовлечением в криминальную среду существенным образом влияет на перечисленные аспекты психического здоровья ребенка и обнаруживает непосредственную зависимость от специфических особенностей действия социальных факторов.

Данные исследования получены в ходе статистической обработки (выполнялась в соответствии с ГОСТ 11.004-74 и ГОСТ 11.006-74) индивидуальных показателей (1) несовершеннолетних правонарушителей (НП) в возрасте 12-14 лет (150 наблюдений); (2) несовершеннолетних беспризорных и безнадзорных (ББ) в возрасте 12-14 лет, воспитанников социального приюта (115 наблюдений); (3) контрольной группы (К) из 116 московских школьников в возрасте 12-14 лет; (4) группы несовершеннолетних, прошедших через реабилитационные психотерапевтические и психокоррекционные программы (РК): из них 77 - несовершеннолетние правонарушители, 49 – воспитанники социального приюта; все несовершеннолетние обследовались дважды (до и после реабилитационной программы).

В соответствии со стандартами ВОЗ, нами использована многоосевая классификация психических расстройств у детей, базирующаяся на МКБ-10 в качестве клинической классификации психических расстройств (Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders. WHO. Cambridge university press, 1996), включающая следующие оси: (1) Клинические психопатологические синдромы; (2) Специфические расстройства психического развития; (3) Уровень интеллекта; (4) Соматические состояния; (5) Сопутствующие аномальные психосоциальные ситуации; (6) Степень нарушения психосоциальной продуктивности. Таким образом, первые три оси составляют собственно психические расстройства, вторые три оси – конгруэнтные им клиничко-социальные сопутствующие явления, в целом указывающие на уровень социальной адаптации.

По оси 4 и 5 группы НП и ББ оказались очень схожи между собой и обе существенно отличались от группы К. Из соматических расстройств преобладали ЧМТ (S06), токсическая энцефалопатия (G92), задержка развития (R62). Показатели, диагностируемые по оси 5, отражены в таблице 1.

В группе НП из 150 наблюдений психические расстройства были диагностированы у 113 человек (37 несовершеннолетних правонарушителей – психически здоровы, 24,7% группы). Из 113 наблюдений у 16 (10,7% группы) диагностирована умственная отсталость (кодируются по оси 3), у 16 – специфические расстройства психического развития (10,7% группы) (кодируются по оси 2). По оси 1, таким образом, диагностированы психические расстройства у 81 человека (54,0% исходной группы). В группе ББ из 115 наблюдений психические расстройства были диагностированы у 106 человек (9 несовершеннолетних (7,8% от группы) - психически здоровы). Из 106 наблюдений умственная отсталость диагностирована у 23 человек (20,0% от группы) (показатель достоверно выше ( $t \geq 2$ ,  $p \leq 0,05$ ) группы НП), специфические расстройства психического развития – у 18 человек (15,7% от группы). Таким образом, по оси 1

диагностированы психические расстройства у 65 человек (56,5% от группы). Данные диагностики по оси 1 по группам отражены в таблице 2.

Таблица 1

*Сопутствующие аномальные психосоциальные ситуации*

| Диагностические рубрики  | Диагноз по МКБ-10             | Группа НП                      | Группа ББ                     | Группа К                      |
|--|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Аномальные отношения в семье, в том числе - сексуальное насилие      | Z62.4 Z62.3<br>Z63.8<br>Z61.4 | 74<br>(49,3%)<br>11 (7,3%)     | 86 (74,8%)**<br>9 (7,8%)      | 11 (9,5%***)<br>1 (0,9%)      |
| Психические расстройства у родственников (не F10.x)                  | Z58.8 Z63.8                   | 31<br>(20,7%)                  | 42<br>(36,5%)                 | 7 (6,0%***)                   |
| Аномальные формы и стили воспитания                                  | Z62.1 Z62.0<br>Z62.5 Z62.6    | 114 (76,0%)                    | 107 (93,1%)                   | 32<br>(27,6%***)              |
| Аномалии ближайшего окружения, в том числе - воспитание в учреждении | Z80.1 Z60.8<br>Z59.1<br>Z62.2 | 96<br>(64,0%)<br>19<br>(12,7%) | 78<br>(67,8%)<br>91 (79,1%)** | 13<br>(11,2%***)<br>-         |
| Неблагоприятные события жизни, в том числе - сексуальное насилие     | Z61.0 Z61.3<br>Z61.7<br>Z61.5 | 41<br>(27,3%)<br>6<br>(4,0%)   | 83<br>(72,2%)<br>11 (9,6%)**  | 8<br>(6,9%)<br>1<br>(0,9%***) |
| Хронический стресс по месту учебы*                                   | Z55.4 Z55.8                   | 112 (74,7%)                    | 93<br>(80,9%)                 | 34<br>(29,3%***)              |
| Всего  |                               | 137 (91,3%)                    | 102 (88,7%)                   | 41<br>(35,3%***)              |

\* - для оставивших школу детей групп НП и ББ – в анамнезе

\*\* - показатели группы ББ статистически значимо отличаются от показателей группы НП ( $t \geq 2$ ,  $p \leq 0,05$ )

\*\*\* - показатели контроля статистически значимо отличаются от показателей групп НП и ББ ( $t \geq 2$ ,  $p \leq 0,05$ )

Таблица 2

*Психические расстройства в группах НП и ББ*

| Виды расстройств   | Группа НП    | Группа ББ  |
|--|--------------|------------|
| Гиперкинетические расстройства (F90), включая нарушения внимания и гиперкинетические расстройства поведения                  | 7 (8,6%)     | 7 (10,8%)  |
| Расстройства поведения (F91), включая несоциализированное, оппозиционно-вызывающее поведение                                 | 32 (39,5%)** | 18 (27,7%) |
| Расстройства личности и поведения органической природы (F07.x)   | 24 (29,6%)   | 22 (33,8%) |
| Зависимость от ПАВ (F10.x) и поведенческие расстройства, обусловленные зависимостью*   | 4 (4,9%)     | 5 (7,7%)   |
| Аффективные расстройства (изолированные), включая депрессивные эпизоды (F32.x) и хронические расстройства настроения (F34.x) | 5 (6,2%)     | 3 (4,6%)   |
| Невротические расстройства, включая расстройства адаптации (F43.x)   | 9 (11,1%)    | 10 (15,4%) |
| Всего  | 81           | 65         |

\* - здесь не учитывается сопутствующее другим расстройствам злоупотребление алкоголем и зависимость от алкоголя и др. ПАВ

\*\* - различия между группами статистически достоверны ( $t \geq 2, p \leq 0,05$ )

Таким образом, исходя из концепции криминального и делинквентного поведения как механизма компенсации социальной дезадаптации несовершеннолетних (Вострокнутов Н. В., 2002-2006), можно выделить несколько клинически обусловленных типов дезадаптации несовершеннолетних, обуславливающих противоправное поведение и антисоциальный образ жизни. В первую группу попадают расстройства поведения (в том числе – зависимость от ПАВ), во вторую – органически детерминированные расстройства, включая гиперактивные, в третью – невротические и аффективные состояния, в четвертую – здоровые дети и дети со школьной неуспешностью, не обусловленной когнитивным дефицитом, в пятую – дети с когнитивными нарушениями (таблица 3).

Таблица 3.

*Типы дезадаптации у несовершеннолетних правонарушителей и беспризорных*

| Тип дезадаптации          | Группа НП  | Группа ББ   |
|---------------------------|------------|-------------|
| Органически-обусловленная | 31 (20,7%) | 29 (25,2%)  |
| Личностно-обусловленная   | 36 (24,0%) | 23 (20,0%)  |
| Реактивно-обусловленная   | 14 (9,3%)  | 13 (11,3%)  |
| Когнитивно-обусловленная  | 16 (10,7%) | 23 (20,0%)* |
| Социально-обусловленная   | 37 (24,7%) | 9 (7,8%)*   |

\* - различия между группами статистически достоверны ( $t \geq 2, p \leq 0,05$ )

Каждый из указанных типов дезадаптации характеризуется собственными групповыми характеристиками, этиопатогенетической связью с развитием аномального, включая противоправное, поведения, требует разработки собственных лечебно-реабилитационных подходов.

В ходе реабилитационных мероприятий мы использовали оценку по оси 6 (в нашем исследовании не встречались показатели социального функционирования ниже 5 баллов, что было обусловлено, прежде всего, нозологическим составом исследуемых групп) в качестве промежуточного критерия успешности. Реабилитационные программы с группой несовершеннолетних правонарушителей (группа РК НП) осуществлялись в течение 1 года. Контроль осуществлялся через 6 и 12 месяцев (таблица 4).

Таблица 4

*Оценка нарушения психосоциальной продуктивности в группе НП в ходе и после завершения реабилитационных программ.*

| Балл  | Группа РК НП | Группа РК НП (6 мес.) | Группа РК НП (12 мес.) |
|-------|--------------|-----------------------|------------------------|
| 0-1   | 8 (10,4%)    | 10 (13,0%)            | 18 (23,4%)*            |
| 2-3   | 53 (68,8%)   | 54 (70,2%)            | 53 (68,8%)             |
| 4-5   | 16 (20,8%)   | 13 (16,9%)            | 6 (7,8%)*              |
| Всего | 77           | 77                    | 77                     |

\* - достоверные ( $t \geq 2, p \leq 0,05$ ) отличия показателей группы РК НП (12 мес.).

Опыт работы в Центре временной изоляции несовершеннолетних правонарушителей ГУВД г. Москвы, специализированной школе закрытого типа для несовершеннолетних с девиантным поведением и социальном приюте показал: полноценная реализация реабилитационных программ возможна усилиями группы специалистов социальных практик: врача-психиатра, психолога, социального работника, юриста, взаимодействие которых должно быть закреплено на межведомственном уровне.

## КОНФЛИКТ ПОЛОВОГО САМОСОЗНАНИЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ДЕЛИНКВЕНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

**Сыроквашина К.В.**

*ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», г. Москва*

Одной из актуальных проблем современного общества продолжает оставаться рост подростковой преступности. При этом растет число правонарушений, совершаемых девочками. Ряд психологических исследований личностных особенностей подростков с делинквентным и противоправным поведением включали вопросы их гендерного, или полоролевого, развития (Каган В.Е., Исаев Д.Н., 1987; Дозорцева Е.Г., 2004; Терехина С.А., 2006). Наряду с этим исследований полоролевой сферы как составляющей личностного развития при различных вариантах отклоняющегося поведения немного.

В ходе изучения полового самосознания и полоролевых качеств личности у агрессивных девочек подросткового возраста А. Hardy и D. Howitt (1998) предприняли попытку выяснить, какая же модель является наиболее удачной для объяснения проявлений агрессивного поведения: полоролевого конфликта или же полоролевого смещения (то есть принятия качеств, свойственных другому полу). Они пришли к выводу, что полоролевым конфликт мог быть свойственен для предыдущих поколений, однако в настоящее время для девочек с агрессивным поведением характерен именно переход к качествам противоположного пола, сознательный выбор маскулинного стиля поведения, обусловленный субъективной необходимостью защиты своего образа, желания быть свободными и независимыми.

Отечественные исследователи также обращались к теме изучения полоролевых качеств личности при отклонениях в поведении, при этом акцентируя внимание именно на девиантных и делинквентных девочках. В.Е.Каган и Д.Н.Исаев (1987) предположили наличие полоролевого конфликта в характере принятия гендерных ролей у девочек с девиантным поведением. Ими выделяются два варианта половой идентичности у девочек с девиантным поведением в соответствии со структурой, предложенной В.Е.Каганом (1984), которая имеет три уровня: базовая идентичность (принадлежность тому или иному полу), ролевая (соотнесение поведения и полоролевых стереотипов), персональная (два предыдущих уровня рассматриваются в контексте индивидуального опыта). Первый характеризуется базовой маскулинной идентичностью и фемининной идентичностью на ролевом и персональном уровне, при этом защитная феминизация носит компенсаторный характер. Второй тип девочек имеет базовый и персональный уровень фемининной идентичности, а на ролевом уровне демонстрирует маскулинные формы поведения.

Свойственность черт маскулинности девочкам с агрессивным поведением подчеркивается другими авторами, при этом девочками не только перенимается мужской стиль во внешности и поведении, но и происходит идентификация с мужским полом (Буторина Н.Е. и др., 1999). Терехина С.А. (2003) считает, что соотнесение себя девочками с делинквентным поведением с мужской психосоциальной ролью может быть связано с их восприятием себя как активных, а также агрессивных, что традиционно связывается с мужским стилем поведения.

Резюмируя данные приведенных выше исследований, можно выделить следующие альтернативные варианты формирования полового самосознания девочек при девиантном и делинквентном поведении: принятие мужской роли либо конфликтность гендерной сферы. В то же время для коррекционной работы с девочками с делинквентным поведением, а также для оценки риска девиантного поведения в дальнейшем важно более полное понимание структуры полоролевого самосознания. В соответствии с этим, целью настоящего исследования является определение особенностей когнитивной и эмоциональной составляющих полоролевой идентичности и полоролевых образов у девочек подросткового возраста с делинквентным поведением по сравнению с их сверстницами с просоциальным поведением.

В качестве основной экспериментальной группы выступили 54 девочки подросткового возраста с делинквентным поведением, воспитанницы специального закрытого учебно-воспитательного учреждения №1 г. Покров и воспитательной колонии г.Рязани. Контрольную группу составили 35 девочек, учениц московских школ.

Когнитивная составляющая полоролевой идентичности исследовалась при помощи методики измерения маскулинности и фемининности «МиФ» (Бессонова Т.Л., 1994;

Дворянчиков Н.В., 1998). Для оценки эмоционального аспекта полоролевой идентичности и соответствующих смысловых структур использовался Цветовой тест отношений (ЦТО) (Эткинд А.М., 1988) в психосемантической модификации Е.Г. Дозорцевой (1999), невербальный диагностический метод, отражающий сознательный и неосознаваемый уровни отношений человека.

Анализ полученных данных с учетом интеграции когнитивного и эмоционального аспектов полоролевого самосознания, можно сделать следующие выводы. У девочек с просоциальным поведением полоролевые образы более согласованы на когнитивном и эмоциональном уровнях, выявляется нормативность ориентации, стремление к соответствию женскому полоролевому стереотипу. В группе делинквентных девочек влияние эталона мужчины оказывается доминирующим, что свидетельствует о стремлении к идентификации прежде всего с мужской фигурой. При этом на уровне эмоционального отношения девочки с делинквентным поведением отрицательно оценивают фигуру мужчины, что демонстрирует наличие внутреннего конфликта в структуре полового самосознания: с одной стороны, желание идентифицироваться с мужской фигурой, с другой стороны, негативное отношение к образу мужчины. Рассмотренные выше варианты полового самосознания выступают не как альтернативные, а как взаимодополняющие: маскулинная ориентация полоролевой идентичности выступает наряду с ее конфликтностью.

Полученные результаты исследования могут учитываться при коррекционной работе с девочками-подростками с делинквентным поведением.



## **РАЗДЕЛ V**

### ***ПОСТУПИВШИЕ СТАТЬИ***

## «ДИДАКТОГЕННЫЕ» ДЕПРЕССИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

**Иовчук Н. М., Северный А. А.**

*Ассоциация детских психиатров и психологов, Московский городской психолого-педагогический университет, Научный центр психического здоровья РАМН (Москва)*

В семидесятые годы прошлого века получил распространение гипотетический тезис западных педопсихиатров: «Чем тяжелее депрессия у ребенка, тем хуже прогноз» (Nissen G., 1972; Spiel W., 1972; Penot B., 1972). В данном случае речь шла о том, что у детей развернутые депрессии психотического уровня, по своим проявлениям приближающиеся к клинической картине депрессий у взрослых, являются дебютом эндогенного заболевания, преимущественно шизофрении.

Между тем, в последние 10 лет среди наблюдаемых нами детей отмечается неуклонный рост тяжелых и затяжных депрессивных состояний, определенно связанных со школьным обучением, а именно с неадекватностью воспитательных мер, несправедливым отношением учителя, в том числе занижением оценок, применением «невротизирующих» тестов (прежде всего теста на скорость чтения), психологическим и физическим насилием. Если еще 5-8 лет назад такие состояния в практике детского психиатра встречались как единичные случаи, то в течение последних 2-3 лет приходится наблюдать десятки «дидактогенных» депрессий, названных так благодаря их тесной связи с школьным фактором, а точнее – с «фактором учителя».

Хотя само понятие «дидактогении» было введено еще в 30-е годы XX века харьковским психиатром К. И. Платоновым, в последующем психические расстройства у детей, обусловленные школьным обучением, не привлекали особого внимания детских и подростковых психиатров. Даже в недавнем пособии для врачей Н. А. Мазаевой, О. П. Шмаковой (2005) «Типология, диагностика и коррекция нарушений школьной адаптации у детей и подростков с психическими расстройствами» понятие дидактогении даже не упоминается и сама проблема никак не освещается ни в патогенетическом, ни в клиническом, ни в коррекционном плане. Дидактогенные расстройства у детей и подростков до настоящего времени были зоной интересов преимущественно психологов, на которые указывали (Якобсон П. М., 1961; Хохлов Л. К., Хохлов А. Л., Шипов А. А., 1998; и др.), что в тех случаях, когда важнейшие потребности ребенка, отражающие позицию школьника, не удовлетворены, он может переживать устойчивое эмоциональное неблагополучие, выражающееся в ожидании постоянного неуспеха в школе, плохого отношения к себе со стороны педагогов и одноклассников, боязни школы, нежелания посещать ее. В литературе оно обозначается по-разному: «школьный невроз», «школьная фобия», «дидактогенный невроз», «дидактоскалогения», «дидактогения», «школьная тревожность». Все эти термины используются для того, чтобы указать - тревога, страх ребенка вызваны непосредственно системой обучения. Здесь имеется в виду несправедливое, нетактичное поведение учителя. Для всех перечисленных выше видов характерно достаточно тяжелое течение, такие случаи часто требуют вмешательства психоневролога. В то же время, естественно, психологи не могли дать ни психопатологического, ни клинического анализа этих психических нарушений.

Настоящее сообщение касается 80 случаев «дидактогенной» депрессии у детей младшего школьного и препубертатного возраста – 8-13 лет, учащихся массовых общеобразовательных школ и гимназий. У всех обследованных детей с раннего возраста отмечались черты сенситивности, тормозимости, инертности, гиперсоциальности и почти в половине случаев – интровертированности при отсутствии снижения интеллекта или даже при высоких познавательных способностях. Нельзя не отметить, что почти во всех случаях дети отличались чертами перфекционизма и симбиотичности, были чрезмерно привязаны к одному из родителей, стремились соответствовать их ожиданиям и получать похвалу. В связи с этим уместно вспомнить утверждение R. Kuhn (1963), который, обсуждая связь депрессии у ребенка с внешними факторами, писал: «Общий психиатрический опыт показывает, что здоровые дети выносливее, чем мы склонны предполагать; поэтому неблагоприятные условия среды влияют особенно на нездоровых детей, идет ли при этом речь о циклотимических нарушениях, интеллектуальных или характерологических аномалиях или органическом повреждении мозга» и утверждал таким образом роль психогении у детей как пускового фактора депрессии.

Известно, что в разных возрастных периодах детства доминируют различные психогенные факторы, вызывающие или провоцирующие эндогенную депрессию. Начиная с 7-летнего возраста наиболее значимым психогенным фактором являются проблемы, связанные со школой, - незначительные, с точки зрения взрослого человека, но чрезвычайно актуальные в детстве: смена класса, учителя, переезд на новую квартиру или переход в другую школу, отставание от сверстников в связи с длительным соматическим заболеванием, подавляющее поведение педагога и т. п. Порой депрессивное состояние возникало сразу же после поступления в 1 класс при неправильном педагогическом подходе с запугиванием, угрозами, унижением ребенка, тормозимого и ранимого. При этом сложные отношения с одноклассниками, которым родители нередко склонны приписывать решающую роль в происхождении болезненного состояния у ребенка, являются не причиной, а уже следствием болезненного состояния.

У наблюдаемых нами школьников после 1-4 лет благополучного обучения с хорошими или отличными оценками и не вызывающей никаких опасений адаптацией среди сверстников депрессивные состояния начинаются, как правило, в связи с изменением ситуации обучения – чаще всего смены учителя. При этом ребенок далеко не всегда подвергается непосредственно сам негативному воздействию со стороны педагога, но, наблюдая несправедливость (крик, оскорбления, угрозы) по отношению к другим одноклассникам, начинает испытывать страх быть униженным на глазах у всего класса. Здесь не имеет смысл перечислять или классифицировать все выявленные нами «дидактогенные» психотравмирующие обстоятельства, они чрезвычайно разнообразны и ситуативно, и межперсонально. Важно то, что в определенный момент обстановка обучения, поведение педагога, взаимодействие ученика с ним становятся источником эмоционального напряжения ребенка, его тревоги, страха, опасений, вызывающих поначалу преходящие стертые депрессивные реакции, которые, закрепляясь и утяжеляясь в условиях хронической психотравмирующей ситуации, переходят в развернутое депрессивное состояние.

В инициальном периоде «дидактогенной» депрессии ребенок утрачивает желание ходить в школу, ноет по утрам, жалуясь на недомогание и усталость, неохотно делает уроки, используя любую возможность пропустить занятия или не выполнять домашние задания. Он редко высказывает отчетливый страх перед посещением школы и, вероятно, в связи с присущей этому возрасту алекситимией не может вербализировать перемену в своем настроении и тем более определить ее причину. В некоторых случаях уже на этом этапе развития депрессии отмечаются неотчетливые психосоматические включения: утренние тошноты и даже рвоты перед выходом в школу, эпизоды беспричинного субфебрилитета, головных болей, болей в животе, учащение и затягивание респираторных заболеваний и т. п.

Формирование развернутой клинической картины «дидактогенной» депрессии происходит постепенно - в течение 3–6 месяцев. Депрессивные состояния имеют сложную психопатологическую структуру. В развернутом болезненном состоянии прослеживается сложный спектр психопатологических расстройств: собственно аффективных, идеаторных, поведенческих и психосоматических. У разных детей, в зависимости от возраста возникновения депрессии и особенностей личностного склада, а также иногда от поведения в этой ситуации родителей, то или иное из перечисленных расстройств выступает на первый план, формируя картину боязливой, соматизированной, ступидной депрессии или депрессии с поведенческими нарушениями.

Как всегда в детском возрасте, проявляется сложное сочетание, мерцание, чередование различных видов патологического аффекта - подавленности, апатии, скуки, тревоги, дистимии, порой дисфории, но главное – страха (18 наблюдений). Фон настроения характеризуется преимущественно чередованием насыщенного тревожно-боязливого аффекта и периодов подавленности и апатии. При этом отмечается, как правило, «эндогенный» суточный ритм аффекта с преобладанием вялости, разбитости, апатии с анорексией в утренние часы и тревоги, страха, дистимии – в вечерние. Нередко нарушается, становится поздним засыпание, и удлиняется утренний сон. Фабула страха в первое время ограничивается учебными проблемами, но претерпевает быструю генерализацию, охватывая все новые сферы жизни ребенка; происходит как бы актуализация прежних детских страхов – темноты, одиночества, присоединяются немотивированные, неспровоцированные фобии обыденного (страх за

родителей, страх высоты, лифта, нападения «бандитов» и т. п.) и изредка фантастического содержания. Депрессивные состояния, как правило, протекают с единичными или множественными невротическими симптомами (тиками, заиканием, элективным мутизмом, энурезом, энкопрезом) и сопровождаются развитием упорной «школьной фобии» - вплоть до полного отказа от посещения школы.

Функциональные психовегетативные расстройства в структуре «дидактогенной» депрессии возникают с абсолютной закономерностью, но нередко приобретают столь массивный характер, что формируют картину «маскированной» депрессии, как правило, с выраженным сенестопатическим компонентом (23 наблюдения): наиболее типичны боли в животе, утренние тошноты и рвоты, далее - необоснованные пароксизмальные либо длительные повышения температуры, боли в ногах, «усталые» ноги, «беспокойные» ноги, головные боли, боли в сердце, диспноэ, устойчивый беспричинный кашель и т. п.). Довольно характерны проявления соматопсихического синергизма (Северный А. А., 1987) в виде частых и затяжных неспецифических «простудных» заболеваний. Дети с такого рода расстройствами могут месяцами безуспешно обследоваться и лечиться в общепедиатрической сети, все более глубоко дизадаптируясь, отставая в школьном обучении, теряя контакты со сверстниками.

Для школьников препубертатного возраста более характерны «дидактогенные» депрессии с «интеллектуальным крахом» и депрессии с поведенческими нарушениями.

Что касается первых (11 наблюдений), то здесь бросается в глаза внезапное и необъяснимое «поглупение» ребенка, полная учебная несостоятельность. Дети сами жалуются, что они «перестали соображать», им «трудно думать», не понимают простых задач и т. п. В таких состояниях преобладает аффект апатии с вялостью, безразличием, утратой побуждений, бездеятельностью, нередко с удлинненным сном. Затяжные депрессии приводят к глубокой школьной дизадаптации, порой детей начинают расценивать как умственно отсталых, направляют в соответствующие учебные заведения.

В депрессиях с поведенческими нарушениями (28 наблюдений) преобладает дистимический аффект с выраженным тотальным недовольством окружающими, собой, всей жизненной ситуацией, выливающимися в словесную, а нередко и физическую агрессию, направленную на соучеников, родственников. Дети категорически отказываются идти в школу, убегают с уроков, уходят из дома. Возможны эксцессы самоповреждения, суицидальные попытки, носящие демонстративный характер. Состояние обычно утяжеляется во второй половине дня, сопровождаясь выраженным тревожным беспокойством, непоседливостью, витальным ощущением тягостного «душевного волнения», стремлением уйти из дома или разрушительной агрессией.

Выявление депрессии у детей и подростков с девиантным поведением представляет актуальнейшую задачу ввиду ее высокого суицидального риска (Schaffer H. R., 1974; Lesse S., 1975; Carlson G.A. and Cantwell D. P., 1980; Marriage K. et al., 1986). Школьная дизадаптация с нарушением успеваемости и «школьной фобией» является одной из составляющих «смешанных» расстройств (сочетание расстройств поведения, депрессии и суицидальных тенденций), по мнению J. Puig-Antich (1982), J. Kashani и J. Simmonds (1979).

Дидактогенные депрессии отличались во всех случаях длительным течением (от 6 мес. до 3 лет), требовали психофармакологического лечения (антидепрессанты, транквилизаторы, ноотропы седативного действия) в сочетании с обязательным соблюдением щадящего режима и сменой ситуации обучения (сменой учителя, а иногда класса или даже школы). В коррекционной работе чрезвычайно важно участие родителей, которые, как правило, не понимают характера и глубины психических нарушений ребенка, поначалу отказываются принять психиатрическую, особенно психофармакологическую терапию, склонны обвинять ребенка в «симуляции», лени, хулиганстве и т. п. При неправильном поведении родителей депрессия принимает еще более затяжной характер и приводит к глубокой школьной дизадаптации (незаконченная школа, необходимость перевода в экстернат, школу индивидуального обучения для детей с ослабленным здоровьем и детей-инвалидов). Тем не менее, при настойчивой психотерапевтической работе с родителями чаще всего удается вовлечь их в психокоррекционный процесс в интересах больного ребенка. Чего, к сожалению, почти никогда нельзя сказать о педагогах. Мы можем сослаться лишь на единичные случаи, когда попытки взаимодействия с учителем, послужившим причиной «дидактогенной»

депрессии, с администрацией школы привели к какому-либо позитивному результату. Приходится сказать и о роли школьного психолога, вернее, об ее отсутствии в описываемых случаях. Практически никогда нам не удавалось получить от учеников и их родителей каких бы то ни было сведений об активном участии школьного психолога в нормализации взаимоотношений педагогов с учащимися, о его рекомендациях для педагогов относительно индивидуальных особенностей конкретного ученика, его проблемах, путях их решения в процессе обучения.

Тяжесть и полиморфизм клинической картины дидактогенных депрессий в школьном возрасте в первые месяцы после начала психиатрического наблюдения вызывали серьезные сомнения в отношении их принадлежности именно к невротическим или реактивным. Особая сложность создавалась нечеткостью словесного отчета больных, их недостаточной критичностью к своему состоянию, трудностью вербализации ими своих ощущений и переживаний. Оказывались нередко недостаточными и объективные сведения от родителей, которые далеко не всегда знали исходные мотивы измененного поведения и состояния больных. Тем не менее, выявление отчетливого страха школы, выяснение четкой временной связи ухудшения состояния больного с негативным изменением учебной ситуации, яркое звучание школьных проблем в его переживаниях, заметное улучшение самочувствия вне обязательного посещения школы (каникулы, интеркуррентное заболевание), особенно явная редукция функциональных вегетосоматических расстройств во внеучебные дни позволяли предположить «дидактогенный» характер депрессивного состояния. Это подтверждалось в дальнейшем быстрым позитивным откликом на мягкую психотропную терапию, значительным улучшением состояния при временном освобождении от учебы, переводе на индивидуальные формы обучения. Невротический характер депрессии подтверждался и отсутствием личностных сдвигов после ее завершения, а также повторных депрессивных и маниакальных эпизодов в процессе динамического наблюдения.

При этом необходимо все же помнить, что возникающие в школьном возрасте эндогенные депрессивные состояния могут вследствие снижения активности больного ребенка, утраты им мотивации, проявлений дистимического аффекта и других стертых, нераспознанных инициальных проявлений депрессии значительно ухудшать учебную ситуацию школьника, вызывая чаще всего репрессивное давление на него со стороны педагогов и родителей и, соответственно, вторично «школьную фобию» с полиморфной невротоподобной, вегетосоматической и поведенческой симптоматикой. Все это делает дифференциальную диагностику «дидактогенных» депрессий достаточно сложной задачей, для разрешения которой требуется тщательный психопатологический анализ и длительное динамическое наблюдение.

В заключение приводим в качестве иллюстрации одну из типичных историй болезни школьницы, перенесшей «дидактогенную» депрессию.

*Н., 15 лет, ученица 9 класса. Наблюдается нами с 10-летнего возраста. Обратились с жалобами на страхи разнообразного содержания, снижение успеваемости, отказ от посещения школы, частые простудные заболевания, длительное повышение температуры, жалобы на головные боли и неприятные ощущения в ногах.*

*Беременность, роды без патологии. Вес при рождении 3400, закричала сразу. Раннее развитие речи и моторики - с некоторым опережением. Росла спокойной, активной, была очень привязана к родителям, особенно к матери. Отличалась боязливостью, плохо привыкала к новой обстановке, к новым людям, не сразу подходила к детям, подруг не имела. Не нравилось, когда в дом приходили чужие люди, была всегда немногословна, неоткровенна. В детский сад не ходила, воспитывалась дома матерью в связи с трудностями адаптации. Сама говорила, что в детский сад не хочет, повторяла: «Я от тебя никуда не уйду». Отличалась хорошей памятью, рано научилась читать, считать, знала много стихов. В школу пошла 6,5 лет, подготовленная. В первом классе училась отлично, была тихой, ранимой, чувствительной, медлительной, молчаливой, без близких подруг. Была очень старательна, всегда вовремя готовила уроки, остро переживала неудачи. С середины 2 класса стала получать «4» по чтению в связи с тем, что не соответствовала нормативам «скорости чтения». Переживала, плакала, много занималась с матерью дома. Трудности в скорости чтения сохранились и в 3 классе. В конце 3 класса (9 лет ребенку) стала жаловаться на головные боли, начала часто болеть, причем, заболела, с точки зрения матери, необычно: повышалась температура до*

38,6<sup>0</sup> на одни сутки, ни насморка, ни кашля, ни боли в горле при этом не отмечалось; в дальнейшем на протяжении длительного времени сохранялась субфебрильная температура. Летом в связи с ремонтом в квартире была отправлена на дачу к бабушке; несмотря на привычную обстановку, в отсутствие матери не спала всю ночь, плакала. Осенью пошла в переформированный класс, к новой учительнице по русскому языку. Успеваемость снизилась еще больше в самом начале 5 класса: появилось много «3». Учительница жестко говорила с девочкой и с ее родителями по поводу «недостаточной техники чтения», в разговоре с соучениками и их родителями подчеркивала, что наша обследуемая совсем «не сильная ученица», как это считали раньше. Кричала в классе, что никого, и в том числе и нашу обследуемую, не переведет в 6 класс. С этого времени девочка с трудом поднималась по утрам, неохотно одевалась, не скрывала, что не хочет ходить в школу, что боится учительницу. К вечеру становилась беспокойной, плаксивой, стала бояться, что в окно или в дверь залезут воры, проверяла замок. Неохотно ездила в лифте: «Вдруг испортится?». Появился страх за мать, отца, брата. Все видела в «черном свете». Любые слова матери понимала по-своему, видя во всем только плохое. Так, например, на высказывание матери, что она «с ними поседела», с тревогой спросила: «А ты не умрешь?». В любой поездке постоянно думала о том, что хочет в туалет, не могла из-за этого длительно находиться в транспорте. Особенные трудности возникли с засыпанием: не спала, проверяя, не заснули ли родители, спала очень чутко, постоянно спрашивая, не спят ли они, боялась, что они заснут раньше нее и ей будет страшно от одиночества. Не могла находиться дома одна, не отпускала мать; даже оставаясь с отцом, не верила, что он дома, без конца проверяла его присутствие. Стала резка, порой груба с братом. В течение осени и начала зимы почти непрерывно болела, в основном без кашля и насморка, лишь с повышением температуры - сначала до 38,60, а затем - с длительным субфебрилитетом. Часто жаловалась на головную боль, боли в ногах при ходьбе, усталость. Занимаясь с матерью, стала еще медленнее читать, делать элементарные ошибки в вычислениях, не могла коротко пересказать текст, откровенно признавалась, что «ненавидит» читать.

Анализ мочи и крови, ЭЭГ - норма. По настоянию матери была направлена к районному детскому психиатру, который сказал буквально: «Пусть бы педиатры лучше лечили, чем ко мне ребенка направлять».

Впервые осмотрена психиатром в возрасте 10 лет. На приеме: пониженного питания, бледная, синева под глазами. Шаркающая походка, согбенная поза, сидит, опустив голову, мимика скорбная, совсем нет улыбки. На вопросы отвечает односложно, тихим монотонным голосом. При расспросе о школе на глазах слезы. Признается, что боится учительницу, хочет учиться хорошо, но раньше получалось, а теперь почему-то не получается. Стала еще хуже не только читать, но и считать. Учительница к ней плохо относится, занижает оценки, кричит на весь класс, грозит многих оставить на второй год. Испытывает постоянную тревогу, вечером и ночью страшно - боится, что все уснут раньше, чем она, и тогда будет особенно страшно остаться «одной во всем мире». Чувствует себя плохо, потому что часто болеет, жалуется на слабость, часто болит голова, трудно ходить, так как болят ноги, ноги «усталые». Через 5 дней после назначения лечения (3 раза в день амитриптилин 6,25 мг с элениумом 5 мг) стала веселее, спокойнее, играла с детьми, стала засыпать быстро, спала спокойнее. В конце декабря нормализовалась температура, но в школу девочка ходить отказалась. Во время каникул была такой же, как раньше, однако при любом упоминании о школе замолкала, сердилась, плакала. Если матери удавалось заставить ее начать заниматься, не хотела отвечать на вопросы, занималась крайне неохотно и непродуктивно. После каникул в резкой форме отказалась ходить в школу. Мать готова была перевести ребенка в другую школу, но когда она пришла за документами, вмешалась администрация - девочке позвонила завуч и уговорила остаться в школе на индивидуальном обучении и с другой учительницей литературы. С 18 января до середины марта девочка посещала только индивидуальные занятия, успевала в основном на «4» и «5». С середины марта начала посещать в классе все уроки, кроме литературы и русского языка. В первых числах мая одноклассники высказали девочке претензии в том, что она выглядит здоровой, играет, гуляет на улице, но почему-то ей разрешается не посещать уроки учительницы, которую все не любят. И снова девочка отказалась ходить в класс и закончила учебный год индивидуально.

С начала 6 класса была переведена в другой класс, училась без напряжения, на «4», иногда получала и «3». К отметкам стала относиться спокойнее, но все же отмечалась неуверенность в себе, опасения перед контрольными и зачетами. Исчезли страхи, болевые ощущения, хорошо засыпала. В то же время осенью (11 лет) дважды перенесла состояния с повышением температуры, но без катаральных явлений. В отличие от предыдущих, они были более короткими. Продолжала получать небольшие дозы amitriptилина, элениума и этаперазина. В летнее время была спокойна, весела, активна, ничем не отличаясь в поведении от преморбидного уровня. В 7 классе стала еще более уверенной в себе, спокойной в отношении обучения, более самостоятельной. Появилось несколько подруг, много времени проводила с ними на улице. Перестала к этому времени посещать курсы английского языка, бросила и большие танцы. Осенью в 7 классе (12 лет девочке) перенесла скарлатину в тяжелой форме. Не посещала школу 2,5 мес. Тем не менее после выписки без всяких возражений и переживаний пошла в школу и быстро догнала класс.

С весны 2001 г. (13 лет, 7 класс) психотропных препаратов не получала. Сильно выросла, похорошела, стала очень привлекательной. Держится скромно, доброжелательно. Немного словна, нетороплива, рассудительна. Дома ее называют «Царевной Несмеяной» из-за сдержанности чувств: может не смеяться даже если ей смешно, может оставаться индифферентной, если ее ругают или над ней подтрунивают. Очень настойчива, если ей приходится отстаивать свое мнение. Сердится, обижается, когда семейные проблемы решаются без ее участия. Сейчас к отцу привязана больше, чем к матери, по-видимому, ему многое доверяет. Несколько меньше стала встречаться с девочками, в свободное время предпочитает слушать музыку и мечтать. Считает себя красивой. Очень интересуется нарядами, вертится перед зеркалом. Купила с помощью отца наряд к выпускному вечеру, который поразил мать своей смелостью и некоторой утрированностью молодежной моды. В течение всего 9 класса занималась на подготовительных курсах для поступления в социально-педагогический колледж, но в апреле неожиданно объявила, что будет продолжать учиться в школе, чтобы поступить в ВУЗ.

В данном случае девочка перенесла длительное депрессивное состояние сложной структуры: на первом месте стоит аффект страха; фабула страха, в первое время ограничивающаяся школьными проблемами, быстро генерализуется, охватывая и другие сферы жизни ребенка; массивный психосоматический компонент (частые простудные заболевания, необоснованное и длительное повышение температуры, боли в ногах, головные боли) выступает в сочетании с выраженным «интеллектуальным крахом» и элементами психопатоподобного поведения; депрессивное состояние сопровождается упорной «школьной фобией». Перенесенное депрессивное состояние имело четкую психогенную природу, возникло у чувствительного, тормозимого, медлительного ребенка в ответ на подавляющее поведение учителя. Невротический (дидактогенный) характер депрессии подтверждается и благополучным выходом из этого состояния при устранении учебного психотравмирующего фактора, и отсутствием характерных дефицитарных личностных проявлений по завершении длительного болезненного периода.

## ПРИМЕНЕНИЕ ПРИНЦИПОВ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ

**Реверчук И.В.**

ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», г. Москва,  
ГОУ ВПО «ИГМА», г. Иркутск

Термин «evidence based medicine» («доказательная медицина») был введен во второй половине XX века для обозначения медицинской практики, основанной на данных методологически корректных, научных в собственном смысле этого слова клинических исследований. Клиническая практика, основанная на строго доказанных научных фактах, в качестве новой парадигмы давно и прочно завоевала свои позиции во многих отраслях медицины. Между тем в некоторых отраслях медицины процесс внедрения научно

обоснованных стандартов терапии существенно отстает от общих тенденций и одной из таких отраслей является отечественная детская психиатрия. Причины этого отставания можно разделить на две группы: общие для медицинской практики в целом и частные причины, специфичные для психиатрии. К общим причинам относятся традиционная консервативность медицины, большая роль авторитетных мнений, накопленного опыта, традиции медицинского образования. Частные причины, специфичные для психиатрии, заключаются в том, что в психиатрии значительную роль играют социокультуральные факторы - семья, традиции, культура, квантифицированная стандартизованная оценка которых весьма затруднена. В реальной практике субъективизм психиатра зачастую обусловлен как в решении диагностических так и лечебно - реабилитационных вопросов принадлежностью к различным научным «школам», отсутствием нейрофизиологической базы визуализации состояния больного, шаблонностью мышления, а также неуклонно возрастающим количеством медицинской литературы.

В 1962 г. Food and Drug Administration (FDA) в США подготовило первый законодательный акт, в котором были декларированы принципы доказательной медицины (Drug Amendment Act). В 1964 г. вышла Декларация Всемирной медицинской ассоциации (World Medical Association), в которой были сформулированы и закреплены в виде законов правила проведения качественных клинических испытаний. Наконец, в 1977 году в США были разработаны Правила качественной клинической практики (Good Clinical Practice - GCP), регламентирующие проведение исследований новых методов лечения и испытаний новых лекарственных средств. Эти правила усовершенствовались и стали основой для Рекомендаций о принципах клинических испытаний (Draft Guidelines on Good Clinical Practice - WHO GCP), опубликованных Всемирной организацией здравоохранения в 1992 г. В настоящее время в США для регистрации любого нового препарата требуется не менее 2 GCP-исследований, выполненных в соответствии с принципами доказательной медицины.

Лишь спустя 20 лет подобные нормативные акты начали разрабатываться в России. В 1998 г. был опубликован отраслевой стандарт (ОСТ 42-51 - 99) «Правила проведения качественных клинических испытаний в Российской Федерации». И хотя до настоящего времени регулирование процесса внедрения новых методов лечения в клиническую практику детской психиатрии не столь жестко регламентировано, необходимо стремиться, чтобы в России утверждение новых методов лечения и разработка отраслевых стандартов проходили только на основе результатов исследований, выполненных в соответствии с принципами доказательной медицины.

Научная идеология доказательной медицины предлагает оперировать только измеряемыми величинами, четко определять процедуры их измерения и правила проведения экспериментов, находить между этими измеряемыми величинами статистические взаимосвязи и таким образом выводить законы, обладающие воспроизводимостью и предсказательной силой. Доказательная медицина предлагает количественно определять выраженность симптомов болезни и эффектов лечебных воздействий с помощью валидных оценочных шкал и тестов, регламентирует стандартные правила проведения клинических исследований, позволяющие находить статистически достоверные взаимосвязи измеряемых величин, и обеспечивает получение воспроизводимых результатов исследования и научно обоснованных практических рекомендаций.

Накопленный опыт проведения клинических исследований и детальный анализ их методологической состоятельности позволили ранжировать основные виды научно-медицинских исследований следующим образом (в порядке убывания доказательности их результатов):

- 1) Рандомизированные клинические испытания - применяются для исследования новых методов лечения и профилактики.
- 2) Проспективные когортные исследования - позволяют исследовать факторы риска или прогностические факторы. При данном подходе большая группа испытуемых прослеживается в течение длительного периода времени, выделяются подгруппы, в которых факторы риска присутствуют или отсутствуют, и затем оценивается влияние данных факторов на исследуемые клинические переменные. Примером такого рода исследований может явиться оценка влияния употребления алкоголя на динамику и течение шизофрении.



3) Исследование типа «случай-контроль» - это ретроспективное исследование, предназначенное для изучения трудно моделируемых в клиническом эксперименте или достаточно редких событий. В рамках данного подхода по интересующим исследователя параметрам сравнивается группа больных, у которых заболевание присутствует, с группой здоровых испытуемых. Например, для исследования влияния генетической предрасположенности к развитию генуинной эпилепсии сравнивают частотное распределение аллелей определенных генов в популяциях больных эпилепсией и здоровых испытуемых.

4) Исследования серий случаев - исследование характеристик контингента больных или естественного течения болезни.

5) Описания отдельных случаев - например, описание клинических случаев парадоксального эффекта лекарственного препарата или психопатологических феноменов.

Убывающий порядок доказательности результатов исследований в приведенном перечне обусловлен вероятностью появления систематических ошибок в результатах исследования. Чем выше эта вероятность, тем более спорными являются выводы, сделанные на основании результатов исследования. В соответствии с этим принципом наиболее высокой силой доказательности обладают рандомизированные клинические испытания (randomized controlled trials). Это наиболее методологически близкий к классическому научному эксперименту вид клинических исследований, который при правильном планировании позволяет свести к минимуму систематические ошибки.

Первый вопрос, который ставит экспертиза в отношении клинического научного исследования – это законность и легитимность его проведения на основании «Номенклатуры работ и услуг в здравоохранении», разработанной системой стандартизации МЗ и СР РФ. Далее обоснованность вмешательства рассматривается с позиции основных законодательных приказов: Приказа № 346 от 31.12.2004, регламентирующего требования на разрешение применения медицинских технологий; Приказа №341 от 06.08.1999 «Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств» и ряда законодательных актов по каждому направлению детской психоневрологии.

Экспертиза научных исследований, в том числе в психиатрии, должна заключаться далее в анализе соблюдения и оформления основных этапов работы: планирование; цели; отбор испытуемых; критерии включения; критерии исключения; проведение вмешательства; оценка результатов исследования.

Основным документом, определяющим порядок проведения исследования, является протокол исследования. В нем формулируется цель исследования, четко обозначается его дизайн, детально описываются методика отбора испытуемых, формирования групп, проведения вмешательства, регистрации результатов и статистической обработки данных. Четкая формулировка цели исследования облегчает задачу выбора дизайна исследования. Дизайн рандомизированного контролируемого испытания может быть: моделью исследования в параллельных группах, факториальным дизайном, перекрестной моделью исследования. Рандомизированное клиническое испытание всегда является проспективным. При этом возможны следующие варианты контроля: плацебо, отсутствие лечения, другое активное лечение, другая доза того же препарата, «обычное лечение» (usual care), контроль исходного состояния (Baseline measures). Группы испытуемых формируются на основе отбора по показателям, которые оказывают или могут оказать влияние на исход заболевания или эффект исследуемого препарата с помощью критериев включения и критериев исключения. Критерии включения определяют главные характеристики, которые должны быть представлены в интересующей исследователя конкретной группе больных. Критерии исключения направлены на обеспечение безопасности исследований благодаря исключению тех пациентов, у которых действие лекарственного средства может привести к проблемам, связанным со здоровьем. Они также обеспечивают исключение тех факторов, которые могут оказать влияние на результаты исследования. При отборе групп необходимо обеспечить нозологическую определенность и гомогенность групп испытуемых с учетом современных классификаций (МКБ-10 или DSM-IV). Рандомизированные клинические испытания отличаются от других видов клинических исследований формированием основной и контрольной групп методом рандомизации - случайным способом распределения больных в группы, позволяющим исключить все возможные различия между сравниваемыми группами, потенциально способные повлиять на

результат исследования. Наряду с рандомизацией при формировании основной и контрольной групп применяют метод стратификации. Стратификация обеспечивает пропорциональное распределение испытуемых по группам с учетом факторов, существенно влияющих на результаты лечения. Для минимизации осознанной или неосознанной возможности повлиять на результаты исследования со стороны его участников в доказательной медицине применяется метод «ослепления» (blinding). Различают простое слепое (single-blind), двойное слепое (double-blind), с ослеплением третьих лиц (third party blinding), тройное слепое (triple-blind) и открытое исследование (open-label).

При исследовании препарата важно соблюдать принцип монотерапии - необходимо следить, чтобы пациент во время исследования какого-либо лекарственного средства не принимал другие препараты. Когда состояние здоровья пациента требует дополнительных назначений, их количество должно четко фиксироваться. Отличительной чертой испытаний новых методов лечения в детской психиатрии является контроль комплаенса. Дело в том, что больные психическими расстройствами, особенно детского возраста, часто не принимают назначенные им препараты и не следуют программе лечения. Для контроля комплаенса были разработаны два основных метода: рибофлавиновый маркер и микрочипы. Оценку выраженности симптоматики следует проводить с помощью общепризнанных надежных объективных и валидных клинических шкал, опросников и тестов, доказанных для применения в каждый детский возрастной период. Все используемые диагностические методики должны пройти валидизацию в той языковой и культурной среде, в которой их планируется применять. Это особенно важно потому, что при переводе опросников на другой язык их диагностические свойства могут отличаться от оригинала. Главными характеристиками диагностических тестов являются их чувствительность и специфичность.

Очень важным компонентом оценки результатов в клинических исследованиях в психиатрии является объективизация клинических данных с помощью лабораторных методов исследования. Оценка результатов вмешательства должна проводиться на основе клинически релевантных критериев эффективности, которые делятся на первичные и вторичные, с обязательной оценкой результатов исследования в определенных временных точках. Неотъемлемым компонентом клинического исследования, особенно важным для детской психиатрии вследствие большого влияния социокультуральных факторов, является учет наиболее значимых ковариат - факторов, оказывающих влияние на результаты лечения. Тщательный учет ковариат помогает идентифицировать группы респондентов - пациентов, положительно отвечающих на данный метод лечения, а также установить связь таких факторов с величиной терапевтического эффекта.

Первичные данные, получаемые в ходе исследования, организуются в виде компьютерных баз данных. На этом этапе часто применяется так называемый метод двойного ввода (double entry), когда одни и те же данные параллельно вводят два оператора, периодически осуществляя автоматическое сравнение обеих баз данных при помощи специальных программ для выявления ошибок ввода. Соблюдение этических принципов является неотъемлемым атрибутом клинических испытаний по принципам GCP, которому уделяется особенно много внимания. Основным этическим принципом проведения исследований в области детской психиатрии в доказательной медицине является получение информированного согласия родителей или опекуна на участие в исследовании на основании конфиденциальности и добровольности. Одобрение этического комитета требуется во всех случаях испытаний лекарственных препаратов и прочих исследований на детях.

Научный исследователь еще до начала работы должен четко представлять, что и как он будет делать на каждом этапе. Нарушать порядок проведения исследования, зафиксированный в протоколе, можно только в исключительных случаях, и все отклонения необходимо регистрировать в отчетных документах, которые являются материалом экспертизы. Результаты исследования, не соответствующего строгим научным принципам, теряют универсальность, так как они привязаны к уникальным условиям данного клинического наблюдения. Только стандартизовав и формализовав условия клинического эксперимента, мы можем выявить определенные объективные закономерности и взаимосвязи, существующие в природе, понимание как самой патологии, так и подходов к ее эффективному лечению.

## СОДЕРЖАНИЕ

|  |    |
|--|----|
| <b>РАЗДЕЛ I. СЕКТОР ОРГАНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ<br/>ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ</b> .....  | 7  |
| <i>МАКУШКИН Е.В., ВОСТРОКНУТОВ Н.В., РАЕВСКАЯ Л.Г.</i> СТРАТЕГИЯ СОЦИАЛЬНОЙ<br>ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ: МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ, ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И<br>КЛИНИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПОМОЩИ .....   | 8  |
| <i>АГАРКОВ А.П., АГАРКОВ А.А., КУБЛИНСКАЯ М.М.</i> ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И<br>ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ В ТОМСКОЙ<br>ОБЛАСТИ .....  | 12 |
| <i>БАГАЕВ В.И., ЗЛОКАЗОВА М.В., БОЧАРОВА И.А.</i> ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ<br>МЕРОПРИЯТИЯ ПО УЛУЧШЕНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В<br>КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....   | 14 |
| <i>ВАСИЛЬЕВА Е.Н., ПАЛЯЕВА С.В.</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ<br>МОДЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО<br>ОБЩЕПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ .....  | 16 |
| <i>ВОСТРОКНУТОВ Н.В.</i> СОЦИАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И<br>ПОДРОСТКОВ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ И КОРРЕКЦИОННЫЙ АСПЕКТЫ.....  | 18 |
| <i>ДОЗОРЦЕВА Е.Г., МОРОЗОВА Е.И.</i> ПРОБЛЕМЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ В<br>ОБЛАСТИ ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ.....  | 20 |
| <i>ЕВТУШЕНКО Е.М.</i> АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ<br>НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН В 2006 ГОДУ .....  | 22 |
| <i>ЖДАНОВА Н.В., ЕФИМОВА О.В.</i> ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ<br>РАБОТЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТРУКТУРЫ ВЕДУЩЕГО НАРУШЕНИЯ В ДЕТСКОМ<br>ВОЗРАСТЕ.....  | 23 |
| <i>ЗАБОЗЛАЕВА И.В., МАЛИНИНА Е.В., СЕЛИВЕРСТОВА Л.Е., УТЕМОВА Е.Б.</i><br>ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО – РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С АУТИЗМОМ В<br>Г. ЧЕЛЯБИНСКЕ .....  | 25 |
| <i>ЗАВРАЖНОВА А.Б.</i> ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАК<br>ВАЖНЕЙШЕЕ ЗВЕНО УПРАВЛЕНИЯ ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ<br>ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБОЙ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ .....  | 26 |
| <i>ЗАЙЦЕВ И.А., ФЕДОРОВА Л.В., БАШИРОВА Н.Н.</i> ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЛАСТНОГО<br>ДЕТСКОГО ЭПИЛЕПТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА .....  | 29 |
| <i>ЗИНЬКОВСКИЙ А.К., КОЧЕГУРОВ В.В., СЕДОВА А.А., КОРНЮШО Е.М.</i><br>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ СРЕДИ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ<br>ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ.....   | 30 |
| <i>КАНАРСКИЙ И.А., ДЕТКОВ Д.В.</i> ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ И<br>МНОГОДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ<br>НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЕКАТЕРИНБУРГА .....  | 32 |
| <i>КОЛЕСНИКОВА И.А.</i> ОПЫТ РАБОТЫ ВЫЕЗДНЫХ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ<br>БРИГАД (НА ПРИМЕРЕ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ).....  | 33 |
| <i>КОЛОСОВА Т.А., АГАРКОВ А.П., АГАРКОВ А.А.</i> РОЛЬ И МЕСТО МЕДИКО-<br>ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ СЛУЖБЫ ТОМСКОЙ<br>КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ<br>ПСИХОЛОГО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ<br>ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ ..... | 34 |
| <i>КОРЕНЬ Е.В., КАШНИКОВА А.А., ТАТАРОВА И.Н., КОВАЛЕНКО Ю.Б., МАРЧЕНКО А.М.</i><br>К ВОПРОСУ О СТАНДАРТИЗАЦИИ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ.....   | 36 |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>КРАХМАЛЕВА О.Е., ИВАНОВА Т.И.</b> НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ ДО 14 ЛЕТ – ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ.....  | 37        |
| <b>КОНДРАТОВИЧ А.В.</b> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛАЙЕНСА, КАК ВАЖНЕЙШЕГО ФАКТОРА РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ .....  | 38        |
| <b>ЛОПАТИН А.А., КОКОРИНА Н.П., КИРИНА Ю.Ю.</b> ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА БАЗЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ.....            | 40        |
| <b>МАЛАХОВА А. В.</b> ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ.....  | 41        |
| <b>ПОРТНОВА А.А., СЕРЕБРОВСКАЯ О.В., ГОЛУБ С.В.</b> ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ ПРИ ЗАХВАТЕ ЗАЛОЖНИКОВ .....   | 42        |
| <b>МАЛИНИНА Е.В., СМЕРНОВА Т.А., КВЯТКОВСКАЯ Н.В., КОЗИНА Е.В., ЕФИМОВА И.Д.</b> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, БОЛЬНЫМ ЭПИЛЕПСИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ .....                     | 43        |
| <b>МОРОЗОВА Е.И., ДОЗОРЦЕВА Е.Г., ВЕНГЕР А.Л.</b> ЭТАПЫ И ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕРТВАМ ТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ АКТОВ .....  | 45        |
| <b>ОНЕГИН В.Г., ПРУДНИКОВ А.М., СУРКОВА В.Ю., СИДОРОВА Н.В., ОНЕГИН А.В.</b> ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ .....                                    | 47        |
| <b>ПУШИНА В.В.</b> ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ АЛКОГОЛИЗМА У ПОДРОСТКОВ.....   | 48        |
| <b>СЕРЖПИНСКАЯ С.В.</b> О РАЗРАБОТКЕ КОНЦЕПЦИИ ВНУТРИВЕДОМСТВЕННОГО И МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ В РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ..... | 49        |
| <b>УРЫВАЕВ В.А.</b> ПЕДИАТР, ПСИХОЛОГ И ПСИХИАТР В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ (ОПЫТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ 2002 ГОДА).....  | 51        |
| <b>ШУРЫГИНА Т.Е., ШАРАВИНА О.А.</b> ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ ПО ОКАЗАНИЮ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ.....   | 52        |
| <b>РАЗДЕЛ II. СЕКТОР ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ, КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И КОРРЕКЦИОННО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СТРАТЕГИЙ.....</b>   | <b>55</b> |
| <b>АППЕНЯНСКИЙ А.И., БОЙКО Ю.П.</b> СОВРЕМЕННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ .....   | 56        |
| <b>БАРЫЛЬНИК Ю.Б., КАРАБАНОВА Е.В.</b> КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ПРОЦЕССУАЛЬНОГО РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА, РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ НА ФОНЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ПСИХИЧЕСКОГО ОНТОГЕНЕЗА ДЕТЕЙ .....                              | 57        |
| <b>БАШИРОВА Н.Н.</b> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СКАЗКОТЕРАПИИ ПРИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ДЕТЕЙ.....  | 59        |
| <b>БЕЛОУСОВ В.И., КОГЕЛЬМАН Е.Ю., СЕРЕБРЯКОВА С.В.</b> СИНДРОМ АФАЗИИ-ЭПИЛЕПСИИ (СИНДРОМ ЛАНДАУ-КЛЕФФЕНЕРА) .....  | 60        |
| <b>БЕЛИКОВ Ф.Ф.</b> КОРТИЗОЛ КАК МАРКЕР ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ .....  | 61        |
| <b>БЕЛЯЕВ О.В.</b> ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ .....   | 63        |

|  |    |
|--|----|
| <b>БЕЛЯЕВ О.В.</b> ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ .....                                       | 65 |
| <b>БЕЛЯЕВ О.В.</b> ИЗУЧЕНИЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ .....   | 66 |
| <b>БЕЛЯЕВА Е.Н.</b> ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОДРОСТКОВ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С РЕМИССИЕЙ ПРИСТУПОВ .....   | 68 |
| <b>БЕНЬКО Л.А., БУТОРИН Г.Г., БУТОРИНА Н.Е.</b> КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОГРАНИЧНОЙ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА .....       | 70 |
| <b>БЕРЕЗАНЦЕВ А.Ю., ЧАЙНОВА В.Н.</b> НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ .....                         | 71 |
| <b>БУТОРИНА Н.Е.</b> БАЗИСНЫЕ СИНДРОМЫ В КЛИНИКЕ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ .....   | 73 |
| <b>ВАССИНА М.С.</b> ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА В «ЦЕНТРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ» .....                                 | 75 |
| <b>ВЕЛИКАНОВА Л.П.</b> АФФЕКТИВНЫЙ ДИСБАЛАНС И ЕГО РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ НАРУШЕНИЙ АДАПТАЦИИ .....  | 77 |
| <b>ВОРОНИНА Н.И., ЗАПОЛЬСКАЯ О.В., ГРИГОРЯН А.А.</b> СИНДРОМ НАРУШЕНИЯ ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ПСИХИАТРА .....                             | 78 |
| <b>ВЬЮГОВА О.В., ГЕНАЙЛО С.П.</b> ПАРАНОИДНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ .....   | 81 |
| <b>ГЕНГЕР М. А.</b> АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ, СТРАДАЮЩИМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДИКИ «РИСУНОК НАСТРОЕНИЯ» .....                                     | 81 |
| <b>ЖДАНОВА Н.В.</b> ОБОСНОВАННОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ПЕДАГОГИКИ В СТРУКТУРЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ .....                                       | 83 |
| <b>ГОВОРИН Н.В., ЗЛОВА Т.П., АХМЕТОВА В.В.</b> ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ: КЛИНИКА, ПАТОГЕНЕЗ, РЕАБИЛИТАЦИЯ ..... | 84 |
| <b>ЕЛАТОНЦЕВА Н.Л., КОГЕЛЬМАН Е.Ю.</b> ФЕНОМЕНОЛОГИЯ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ .....   | 85 |
| <b>ИВАНОВА Т.И.</b> СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ДЕТЕЙ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ .....  | 87 |
| <b>ИВАШЕВ С.П.</b> СИСТЕМНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ КОГНИТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ: «ТОЧКИ ОПОРЫ» И «МЕСТА НАИМЕНЬШЕГО СОПРОТИВЛЕНИЯ» .....                        | 88 |
| <b>ИВАШЕВ С.П.</b> ВОЗРАСТНЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ФЕНОМЕНОЛОГИИ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХОЗАХ .....   | 89 |
| <b>ИГНАТОВА Г.В.</b> ЛЕЧЕНИЕ ТИКОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ .....  | 91 |
| <b>ИСУПОВА Н.В.</b> ВЛИЯНИЕ МУЗЫКАЛЬНЫХ И ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ МЕТОДИК НА ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ АДЕКВАТНОГО ГРУППОВОГО ОБЩЕНИЯ .....                             | 92 |
| <b>КАЛАЧЕВА И.О., КАРНАУХОВА Е.Н.</b> ЭТАПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И НАРУШЕНИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ .....   | 94 |
| <b>КАРИМУЛЛИНА Е.Г., МАНЯТКИНА Н.В.</b> МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СТРАТЕГИИ МЫШЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ .....   | 95 |
| <b>КОЛМАЧ И.Л., ДОБРОВОЛЬСКИЙ А.П., НОВОЖИЛОВА Т.Ф.</b> ОПЫТ НЕЙРОМЕДИАТОРНОЙ ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКАМИ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ .....                  | 96 |
| <b>КОЛМАЧ И.Л., ДОБРОВОЛЬСКИЙ А.П., НОВОЖИЛОВА Т.Ф.</b> ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С СДВГ, КАК ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ ДЕВИАНТНЫХ И АСОЦИАЛЬНЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ .....                | 97 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>КОКАРЕВА Т.С.</b> ОСОБЕННОСТИ СОСУДИСТО-ТРОМБОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ .....   | 98  |
| <b>КРАЕВА Л.С., ГРЕБЕНЮК О.В., АЛИФИРОВА В.М.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ СИНДРОМА ВЕСТА СОВРЕМЕННЫМИ АНТИКОНВУЛЬСАНТАМИ .....   | 99  |
| <b>КРЫЛОВА Е.С., БЕБУРИШВИЛИ А.А.</b> ОБ ОДНОМ ИЗ ВАРИАНТОВ ПУБЕРТАТНОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ПСИХОПАТИИ.....  | 101 |
| <b>ЛИХОДЕЕВА И.А.</b> АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ВОЗНИКНОВЕНИИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ У ДЕТЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В УЧРЕЖДЕНИИ ИНТЕРНАТНОГО ТИПА .....   | 102 |
| <b>МЕНЬШОВА В.В.</b> ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ВОССТАНОВЛЕНИЮ РЕЧИ У ДЕТЕЙ СО СТЕРТОЙ ФОРМОЙ ДИЗАРТРИИ.....  | 104 |
| <b>МИХЕЙКИНА О.В., БАШИРОВА Н.Н., ЗАЙЦЕВ И.А.</b> ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ВЫДЕЛЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ И ЛЕЧЕНИИ СДВГ .....  | 105 |
| <b>МОЛЛАЕВА Н.Р., ШЕВЧЕНКО Ю.С., АБУСУЕВ С.А.</b> ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ЗОБНОЙ ЭНДЕМИИ.....  | 106 |
| <b>МОСКВИТИН П.Н.</b> ПОЗИТИВНАЯ ПСИХОДРАМА В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОТИЗАЦИИ У ПОДРОСТКОВ КУЗБАССА.....   | 107 |
| <b>МОСТОВСКАЯ Л.С.</b> ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ РОДИТЕЛЕЙ НА ТЕЧЕНИЕ ПОСТСТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ .....   | 108 |
| <b>НОВИКОВА Е.Г.</b> СТРУКТУРИРОВАНИЕ ДАННЫХ О ПАЦИЕНТЕ И ПРОФИЛЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ПСИХОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ .....  | 110 |
| <b>НОВИКОВА Е.Г.</b> ВОЗРАСТНЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ СТРУКТУРЫ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ .....  | 111 |
| <b>ПОТАПОВА В.А.</b> ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.....   | 113 |
| <b>ПОРТНОВА А.А., СЕРЕБРОВСКАЯ О.В., МИХАЛЕВСКАЯ О.В., ГОЛУБ С.В.</b> АГРЕССИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В СТРУКТУРЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА.....  | 115 |
| <b>РЕТЮНСКИЙ К.Ю., ПЕТРЕНКО Т.С.</b> ОБОСНОВАНИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ.....   | 117 |
| <b>РЫЧКОВА Л.С., СУПРУН С.А., СМИРНОВА Т.А.</b> СИСТЕМАТИКА ДЕЗАДАПТАЦИОННЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ-СИРОТ С ЛЕГКОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ.....  | 118 |
| <b>СТАЦЕНКО А.Н., СОБОЛЕВА Т.Г.</b> САМОАКТУАЛИЗАЦИЯ РОДИТЕЛЕЙ И НЕВРОЗЫ У ДЕТЕЙ.....  | 119 |
| <b>СТЕПАНЧЕНКО В.А.</b> ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПО ДАННЫМ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ .....  | 120 |
| <b>ЦЫБЕНКО В.Л.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОДИФИЦИРОВАННОГО ВАРИАНТА ХОЛДИНГ-ТЕРАПИИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ.....   | 121 |
| <b>ЧАШКИНА Е. А., ИВАШЕВ С.П., НОВИКОВА Ю.Г.</b> ФОРМАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МОДЕЛИРОВАНИЯ ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РАЗРАБОТКЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА..... | 122 |
| <b>ЧИЖОВА Т.Н., РЫЧКОВА Л.С., ЧИЖОВ А.В.</b> ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ДРОМАНИИ В СТРУКТУРЕ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У МАЛЬЧИКОВ В ПРЕПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ.....  | 124 |
| <b>ШЕВЧЕНКО Ю.С., КОРНЕЕВА В.А.</b> ТРАНСФОРМАЦИЯ ИНСТИНКТИВНЫХ МЕХАНИЗМОВ САМОРЕГУЛЯЦИИ В ОНТОГЕНЕЗЕ .....  | 125 |

|   |     |
|---|-----|
| <b>РАЗДЕЛ III. СЕКТОР ИНТЕГРАТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКИХ ПСИХИАТРОВ</b> .....   | 126 |
| <i>БОЧАРОВА И.А., ЗЛОКАЗОВА М.В.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКОГО ДНЕВНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА НА БАЗЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ .....  | 128 |
| <i>ДЕВЯТОВА О. Е., ПЕРЕЖОГИНА О. В.</i> ДЕТИ ИЗ СОЦИАЛЬНО НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ СЕМЕЙ КАК ОБЪЕКТ ПРОФИЛАКТИКИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ .....   | 129 |
| <i>ЗВЕРЕВА Н.В.</i> КОМПЛЕКСНОЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ: ЗАДАЧИ И ВОЗМОЖНОСТИ.....   | 130 |
| <i>КОНОВАЛОВА Т.И.</i> ИНТЕГРАЦИЯ МИКРОПСИХИАТРИИ В ПРАКТИЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ.....   | 132 |
| <i>КОНОВАЛОВА В.В., КУПРИЯНОВА Т.А., ПРИЛЕПСКАЯ Т.Н., МАРИНЧЕВА Г.С.</i> ПСИХОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ФЕТАЛЬНЫМ АЛКОГОЛЬНЫМ СИНДРОМОМ.....  | 133 |
| <i>ЛОПАТИН А.А., КОКОРИНА Н.П., КИРИНА Ю.Ю.</i> ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА БАЗЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ.....   | 134 |
| <i>МИХАЙЛЕНКО Е.В.</i> ИНТЕГРИРОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ В РАЗЛИЧНЫЕ ОТРАСЛИ СОЦИУМА КАК ФОРМА ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ И ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ .....   | 136 |
| <i>НОВИКОВА Ю.Г.</i> ГЕНДЕРНЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ В СТАРШЕМ ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....  | 137 |
| <i>НОВИКОВА Ю.Г.</i> МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ГРАНЬ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА.....   | 139 |
| <i>НОВИКОВА Ю.Г., НОВИКОВА Е.Г.</i> СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ: ТИПОЛОГИЯ ФОРМ И ПОДХОДЫ К ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ .....  | 140 |
| <i>ПРОНИНА Л.А.</i> ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ.....  | 141 |
| <i>СУХОТИНА Н.К., КРЫЖАНОВСКАЯ И.Л.</i> ДЕТСКИЕ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ИНТЕРНАТЫ (ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ) .....   | 143 |
| <i>ШАЛИМОВ В.Ф.</i> ОПЫТ РАБОТЫ ДЕТСКОГО ПСИХИАТРА В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ КОРРЕКЦИОННОГО И КОМПЕНСИРУЮЩЕГО ВИДА .....  | 144 |
| <i>ШЕЛКОПЛЯС Е.В., БОБОШКО И.Е., БОБОШКО В.А., ШИРСТОВ А.М., ШИРСТОВ Д.А.</i> ОПЫТ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В СИСТЕМЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ПСИХОГЕННЫХ НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ В ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ..... | 146 |
| <i>ШМАКОВА М.А., БЕЛОУСОВА М.В.</i> ПРОГРАММА МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ МЕДИЦИНСКОГО И ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УРОВНЯ В СТРУКТУРЕ ЗАЩИТЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ .....  | 149 |
| <b>РАЗДЕЛ IV. СЕКТОР МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ И ПРАВОВЫХ ПРОБЛЕМ ДЕТСТВА</b> .....   | 151 |
| <i>АЛЕКСАНДРОВА Н.А.</i> О КОМОРБИДНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В ПРАКТИКЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ.....  | 152 |
| <i>БАДМАЕВА В.Д.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ .....   | 153 |
| <i>БОБРОВА Н.А.</i> СТРУКТУРА И ДИНАМИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ.....   | 154 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>ВАКУЛА И.Н., ЧЕБУРАКОВА Т.А., ГОРБУНОВА З.Х.</b> ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ, ПОДВЕРГШИХСЯ СЕКСУАЛЬНОМУ НАСИЛИЮ .....  | 155 |
| <b>ДБЯКОВА Н.В.</b> НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МАЛОЛЕТНИХ ПОТЕРПЕВШИХ И СВИДЕТЕЛЕЙ В РАМКАХ СУДЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ .....   | 157 |
| <b>ЗУБАРЕВА Т.В.</b> ОТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ГОЛОСА – К ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЧНОСТИ .....  | 158 |
| <b>КРЕШТАПОВА М. А.</b> ВНУТРЕННИЕ КОНФЛИКТЫ У ПОДРОСТКОВ С ДЕЛИНКВЕНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ .....   | 159 |
| <b>МАКУШКИН Е.В., ОШЕВСКИЙ Д.С., ШЕМЧУК Н.В., ЧИБИСОВА И.А.</b> ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛЕЧЕНИЕ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ В ПРАКТИКЕ СУДЕБНОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ..... | 160 |
| <b>МУЗЫЧЕНКО Е.Н.</b> ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ НАРУШЕНИЙ В СТРУКТУРЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА НА СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ (ПО ДАННЫМ КАТАМНЕСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА) .....               | 161 |
| <b>ОШЕВСКИЙ Д.С.</b> РАЗВИТИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ У ПОДРОСТКОВ, СОВЕРШИВШИХ АГРЕССИВНЫЕ ДЕЛИКТЫ .....   | 162 |
| <b>ПЕРЕЖОГИН Л. О.</b> ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ С БЕЗНАДЗОРНОСТЬЮ И КРИМИНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ: СИСТЕМАТИКА И КОРРЕКЦИЯ .....   | 164 |
| <b>СЫРОКВАШИНА К.В.</b> КОНФЛИКТ ПОЛОВОГО САМОСОЗНАНИЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ДЕЛИНКВЕНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ .....   | 167 |
| <b>РАЗДЕЛ V. ПОСТУПИВШИЕ СТАТЬИ</b> .....  | 168 |
| <b>ИОВЧУК Н. М., СЕВЕРНЫЙ А. А.</b> «ДИДАКТОГЕННЫЕ» ДЕПРЕССИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ .....   | 170 |
| <b>РЕВЕРЧУК И.В.</b> ПРИМЕНЕНИЕ ПРИНЦИПОВ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ .....  | 175 |