

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Научно-практический рецензируемый журнал
психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин

ISSN 2305-9133

2016(16), № 1

«Вопросы психического здоровья
детей и подростков»

(Научно-практический журнал
психиатрии, психологии,
психотерапии
и смежных дисциплин)

Учредитель – Ассоциация детских
психиатров и психологов

Включен в перечень ВАК

Журнал представлен
в информационной базе РИНЦ
(Российский индекс научного
цитирования)

Выходит 4 раза в год.

Журнал основан в 2001 г.

Подписной индекс
в «Пресса России» **29010**

Контакты редакции:

Почтовый адрес: 125009, Москва,
ул. Тверская, д. 12, стр. 8, пом. 12
Телефон/факс: +7 499 251 4306
E-mail: acpp@inbox.ru

Тираж 500 экз.

Материалы для публикации в
журнале «Вопросы психического
здоровья детей и подростков»
направляются электронной почтой
вложенным файлом в формате rtf
либо doc на адрес: acpp@inbox.ru.

Перепечатка запрещена.
При цитировании ссылка
обязательна.

Свидетельство о регистрации
ПИ № 77-17348 от 12.02.04 г.
© Ассоциация детских
психиатров и психологов. 2016

Главный редактор

Н.М. Иовчук

Заместители главного редактора

А.А. Северный, Э.Г. Эйдемиллер

Редакционная коллегия:

Т.А. Басилова, И.В. Добряков, В.В. Зарецкий,
Н.В. Зверева, С.А. Игумнов, Н.К. Кириллина,
И.В. Макаров, В.Д. Менделевич, Л.Е. Никитина,
И.М. Никольская, Е.О. Смирнова, В.С. Собкин,
Ю.С. Шевченко, А.М. Щербакова

Выпуск журнала осуществляется при
финансовой поддержке Института Гармоничного
Развития и Адаптации («ИГРА»)
и организационно-технической поддержке
ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей».

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Н.М. Иовчук

ОДАРЕННОСТЬ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ
НАРУШЕНИЯМИ: ДИНАМИКА И ПРОГНОЗ. ЧАСТЬ II. ОДАРЕННОСТЬ
У БОЛЬНЫХ ЦИРКУЛЯРНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С МАНИФЕСТАЦИЕЙ В
ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ..... 4

М.А. Калинина, А.И. Боровова, Н.С. Галкина, Шимонова Г.Н.

КЛИНИКО-НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ
С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗОВ..... 12

Ж.В. Альбицкая, Л.Н. Касимова, В.В. Дворянинова

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО
ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ..... 21

А.М. Щербакова, А.А. Забавская

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СТАЦИОНИРОВАННЫХ
ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ..... 27

Д.Ю. Шигашов, Ю.А. Фесенко

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ВИТКТИМНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ..... 33

И.С. Карауш, И.Е. Куприянова

ТРЕВОГА И ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА УЧАЩИХСЯ
КОРРЕКЦИОННЫХ ШКОЛ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА И ЗРЕНИЯ..... 39

ПРОФИЛАКТИКА, ТЕРАПИЯ, КОРРЕКЦИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПОМОЩИ

И.Н. Вакула, И.С. Бахтин, В.Д. Калинин, И.А. Демьянов

РОЛЬ НОВЫХ АЭП В ПРЕОДОЛЕНИИ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ
ПРИ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ..... 49

М.Н. Тетерина, И.М. Арефьев

БИОЛОГИЧЕСКИ ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ В КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ
НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ..... 56

А.Е. Соболева

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ
У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
И ИХ КОРРЕКЦИЯ ИГРОВЫМИ СРЕДСТВАМИ..... 63

И.Н. Галасюк

УСТРОЙСТВО В СЕМЬЮ РЕБЕНКА С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ
НАРУШЕНИЯМИ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА..... 71

Г.А. Головина

АНАЛИЗ СОСТАВА ВОСПИТАННИКОВ С ВЫРАЖЕННЫМИ
МЕНТАЛЬНЫМИ ПРОБЛЕМАМИ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ
ПОДГОТОВКУ В КОЛЛЕДЖЕ..... 80

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

А.В. Горюнова

АУТИЗМ И РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ
(ЛЕКЦИЯ, ЧАСТЬ 1)..... 86

А.И. Булатников

ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ КОМПОНЕНТЫ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ
НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ (КОНЦЕПТУАЛЬНЫЙ ОБЗОР)..... 97

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ..... 104

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ, ИНФОРМАЦИЯ

ОТЧЕТ О ЕЖЕГОДНОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ..... 125

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ..... 126

CONTENTS

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

N.M. Iovchuk

A GIFTEDNESS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS SUFFERING FROM
MENTAL DISORDERS: DYNAMICS AND PROGNOSIS.

PART 2. A GIFTEDNESS IN PATIENTS SUFFERING FROM CIRCULAR
SCHIZOPHRENIA IN CHILDHOOD AND ADOLESCENTS..... 4

M.A. Kalinina, A.I. Boravova, N.S. Galkina, G.N. Shimonova

CLINICAL AND NEUROPHYSIOLOGICAL CHARACTERISTICS

OF CHILDREN WITH HIGH RISK OF ENDOGENOUS PSYCHOSES..... 12

Zh.V. Albitskaya., L.N. Kasimova, V.V. Dvorayninova.

THE FEATURES OF SOCIAL ADAPTATION OF CHILDREN OF EARLY AGE

WITH VARIOUS MENTAL DISORDERS..... 21

A. Shcherbakova, A. Zabavskaja

PSYCHOLOGICAL AND EDUCATIONAL PROBLEMS OF CHILDREN WITH

MENTAL ILLNESSES WHO UNDERGO AN EXTENDED TREATMENT IN AN

ENVIRONMENT OF A HOSPITAL..... 27

D.Yu. Shigashov, Yu.A. Fesenko

PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL CHARACTERISTIC

VICTIMAGE BEHAVIOR IN ADOLESCENCE..... 33

I.S. Karaush, I.E. Kupriyanova

ANXIETY AND MENTAL STATUS OF CHILDREN WITH HEARING

AND VISUAL IMPAIRMENT, STUDENTS OF CORRECTIONAL

SCHOOLS..... 39

PREVENTION, THERAPY, CORRECTION, REHABILITATION, MANAGEMENT OF INVESTIGATION AND TREATMENT

I.N. Vakula, I.S. Bakhtin, V.D. Kalinichenko, I.A. Dem'yanov

THE ROLE OF NEW AEDS IN OVERCOMING PHARMACORESISTANCE

IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH EPILEPSY..... 49

M.N. Teterina, I.M. Arefiev

BIOFEEDBACK IN CORRECTION OF EMOTIONAL VIOLATIONS

AT PATIENTS OF NERVOUS ANOREXIA 56

A.E. Soboleva

THE CHARACTERISTICS OF THE HIGHER MENTAL FUNCTIONS

DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH MENTAL RETARDATION AND THEIR

CORRECTION BY MEANS OF THE PLAY THERAPY..... 63

I.N. Galasyuk

PLACEMENT OF A CHILD WITH MENTAL DISABILITIES INTO A FOSTER

FAMILY: THEORY AND PRACTICE..... 71

G.A. Golovina

STUDYING THE POPULATION OF PERSONS WITH SEVERE MENTAL

DISORDERS WHO RECEIVE VOCATIONAL EDUCATION IN COLLEGE..... 80

LITERATURE REVIEWS, LECTIONS, METHODOICAL MATHERIALS

A.V. Goryunova

AUTISM AND DISORDERS OF AUTISTIC SPECTRUM (LECTION, PART 1)..... 86

A.N. Bulatnikov

BASIC COMPONENTS OF REHABILITATION'S SYSTEM AT SUBSTANCE

ABUSE (CONCEPTUAL REVIEW)..... 97

INTERPROFESSIONAL CONSILIUM..... 104

OFICIAL MATHERIALS, CRITIQUES, INFORMATION

REPORT ANNUAL SCIENTIFIC CONFERENCE 125

THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS 126

Н.М. Иовчук

**ОДАРЕННОСТЬ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ
НАРУШЕНИЯМИ: ДИНАМИКА И ПРОГНОЗ.**

**ЧАСТЬ II. ОДАРЕННОСТЬ У БОЛЬНЫХ ЦИРКУЛЯРНОЙ
ШИЗОФРЕНИЕЙ С МАНИФЕСТАЦИЕЙ
В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

**Ассоциация детских психиатров и психологов, Московский городской
психолого-педагогический университет (Москва).**

Резюме. Настоящее исследование касается больных циркулярной шизофренией с манифестацией процесса в возрасте 10-15 лет. 27 больных, с детства отличавшихся особой одаренностью, удалось проследить катamnестически сроком от 17 до 42 лет. После наступления устойчивой ремиссии только у 5 больных отмечался высокий уровень адаптации, соответствующий их способностям. У остальных больных, по-прежнему отличавшихся высоким способностями, не являлась экстраординарной, что было обусловлено легкими личностными изменениями, мешающими реализации природной одаренности, и отсутствием комплексной медико-психологической системы сопровождения.

Ключевые слова: детская одаренность, циркулярная шизофрения у подростков, опережающее развитие, динамика одаренности, постпроцессуальные изменения личности, социальная адаптация.

Настоящее сообщение является продолжением опубликованной в предыдущем номере журнала статьи о динамике одаренности у больных шизофренией, заболевших в детском возрасте [3]. Здесь речь пойдет о динамике одаренности и социальном прогнозе больных циркулярной шизофренией с манифестацией в детско-подростковом возрасте.

Вопросы течения эндогенных заболеваний с преобладающими аффективными расстройствами и дебютом в пубертатном возрасте (в основном циркулярной шизофрении) получили аргументированное освещение в работах российских детских психиатров. Относя к шизоаффективному психозу циркулярные формы с атипичными депрессивными и маниакальными состояниями в подростковом возрасте, А.Е. Личко [6], А.Е. Личко и С.Д. Озерецковский [7] выделяют два типа его течения: «взрослый», соответствующий течению шизоаффективного психоза у взрослых и характеризующийся развитием умеренного апатоабулического дефекта или психопатоподобного поведения с признаками эмоционального снижения, и «пубертатный», присущий только подросткам, при котором серии фаз с короткими интервалами между ними обрываются по завершении полового созревания и не возобновляются, о чем свидетельствует 10-15-летний катamnез. Отдельные апатоабулические или психопатоподобные черты, очевидные в начале ремиссии, постепенно исчезают, т. е. отмечается «дозревание» ремиссий.

Сходные закономерности были обнаружены нами [4] при клинικο-динамическом изучении малопрогрессирующей шизофрении с циклотимоподобными дебютами. Течение на протяжении нескольких лет, совпадающих с пубертатным периодом, характеризовалось затяжной многолетней депрессией, серией или континуальной сменой моно- и биполярных фаз. По миновании пубертатного

периода происходило литическое исчезновение продуктивной симптоматики и формирование ремиссий трех типов с особой личностной структурой: глубокими чертами психического инфантилизма и нивелировкой личности, полярным характерологическим сдвигом или заострением преморбидных шизотимических особенностей. Личностные изменения затрагивали преимущественно эмоциональную сферу без редукции энергетического потенциала с сохранением возможностей высокой социально-трудовой адаптации.

Стереотип развития болезни в данном случае во многом совпадает с описанными вариантами юношеской одноприступной шизофрении [10, 11]. Г.П. Пантелеева [9]. Р.А. Наджаров с соавт. [8] выделили вариант подростковой шизофрении, клиническая картина которой ограничивается кругом психопатоподобных, неврозоподобных, фазных аффективных расстройств, гротескно видоизмененных пубертатной психикой. Заболевание длится 5-7 лет и заканчивается своеобразным личностным дефектом с более выраженными эмоциональными изменениями, чем редукция энергетического потенциала. В дальнейшем процесс не всегда обнаруживает тенденцию к возобновлению.

Результаты исследования И.Л. Комлача [5], проанализировавшего динамику возникших после 10-летнего возраста эндогенных депрессий в аспекте 22-летнего катамнеза, также свидетельствуют о возможности постепенной редукции аффективных расстройств после 20-летнего возраста и формировании крайних вариантов ремиссий - от интермиссий с незначительными личностными изменениями по типу астенической или стенической аутизации до ремиссий с выраженными негативными изменениями в виде пассивности, бездеятельности, эмоционального обеднения, нарушения мышления.

Нами были выделены два варианта течения шизофрении с биполярными аффективными расстройствами при манифестации в детском возрасте [1, 2]. При первой варианте (циклотимоподобном течении) сохраняется амбулаторный уровень фазных аффективных расстройств на протяжении периода активных проявлений болезни, равного нескольким годам. По достижении подросткового или юношеского возраста обнаруживаются тенденции к постепенному редуцированию аффективной симптоматики и формированию длительной устойчивой ремиссии, во многих случаях, вероятно, пожизненной.

При втором варианте наряду с очерченными моно- или биполярными фазами отмечается возникновение полиморфных психотических приступов, клиническая картина которых включает не только очевидные депрессивные или маниакальные расстройства, но и массивную бредовую, галлюцинаторную, кататоническую симптоматику. В юношеском возрасте отмечаются длительные ремиссии, равные 3-7 годам, после чего вновь возникает фазное аффективное течение, нередко прерывающееся полиморфным психозом шизоаффективной структуры.

В настоящем сообщении речь идет только о больных, отличавшихся особой одаренностью с ранних лет жизни. Катamnестически удалось проследить 27 больных (14 мужчин и 13 женщин), заболевших циркулярной шизофренией в возрасте 10-15 лет. Во всех случаях сроки катamnестического наблюдения были не менее 17 лет, а у 9 больных составили 40-42 года. В настоящее время возраст больных насчитывает не менее чем 32 года, у 12 больных – более 50 лет. 17 больных в предподростковом или пубертатном возрасте проходили стационарное лечение от 1 до 3 раз в Московской городской психоневрологической больнице № 6 или в подростковых отделениях Московской психиатрической больницы № 15. 10 больных лечились только амбулаторно. 12 больных, начиная с подросткового возраста, получали превентивную терапию литием в течение 10 лет и более (до 38 лет). В

некоторых случаях профилактическая терапия литием была заменена на многолетнюю профилактическую терапию финлепсином. На протяжении превентивной терапии отмечались длительные ремиссии, полностью лишённые аффективных фаз, или возникало существенное снижение количества аффективных фаз, их глубины и длительности.

Циклотимоподобное течение в виде единственного пубертатного пролонгированного приступа наблюдалось всего у 6 больных; в остальных случаях наблюдался второй вариант течения циркулярной шизофрении с чередованием моно- или биполярных фаз и возникновением на этом фоне приступов шизоаффективной структуры.

Преморбидный личностный склад детей в большинстве случаев определялся экспансивно-шизоидными чертами с высокой активностью, настойчивостью в достижении целей, гиперсоциальностью, внешней общительностью при некоторой формальности, отсутствии глубоких эмоциональных привязанностей и трудностях адаптации в новом детском коллективе. Реже дети отличались в преморбиде сенситивно-шизоидными или шизотимическими особенностями, характеризовавшимися сочетанием интровертированности с повышенной чувствительностью, ранимостью, обидчивостью, застенчивостью при сохранении тонкой способности к сопереживанию или, напротив, при эмоциональной индифферентности к окружающим. Изредка на первый план в структуре преморбидной личности выступали истероидные черты с демонстративностью, стремлением быть в центре внимания, легкостью возникновения реактивно обусловленных истероформных эпизодов. Синтонный личностный склад в преморбиде являлся для больных этой группы редкостью и отмечался всего в 3 случаях.

У всех больных отмечалось опережающее развитие с ранними сроками формирования интеллектуальных и моторных функций (гармоничное развитие) или, реже, диспропорциональное развитие с преждевременным созреванием идеаторно-речевых функций при отставании в становлении двигательных функций и навыков самообслуживания. Такие дети значительно раньше своих сверстников начинали говорить фразами, их речь поражала правильностью и чистотой произношения. Благодаря прекрасной памяти они уже в раннем дошкольном возрасте знали много стихов, песенок, наизусть цитировали сказки, могли рассказать содержание мультфильмов. У них быстро возникала сюжетная игра – и дома в одиночестве, и в коллективе сверстников, где они каждый раз придумывали что-то новое, интересное. Без посторонней помощи дети овладевали чтением и начинали читать книжки без всякой стимуляции со стороны взрослых задолго до начала посещения школы.

Наряду с опережающим интеллектуальным развитием у этих детей рано проявлялись признаки одаренности в той или иной сфере: математические способности, особые способности в усвоении иностранных языков, в поэзии, музыкальная, артистическая, художественная одаренность, тотальная одаренность с одинаковым интересом к разным областям знаний и равномерными успехами во всех занятиях. Всем этим детям были присущи высокая активность, настойчивость в достижении цели, организованность, инициативность, продуктивность интеллектуальной деятельности. Большинство из них отличалось перфекционизмом, гиперсоциальностью, им нравились успех, поощрение, внимание. С первых классов школы такие дети радовались новым знаниям, были самостоятельны, трудолюбивы, отлично успевали. Дома, в школе, в кружках и студиях они были не только особенными в своих успехах, но и яркими в эмоциональных проявлениях. Благодаря отличной успеваемости, успехам на экзаменах, победам в конкурсах и олим-

падах ни у родителей, ни у педагогов не было сомнений в блестящем будущем этих детей.

В большинстве случаев продромальные аффективные расстройства в силу их стертости, кратковременности и атипичности оставались нераспознанными, и у ребенка, не получавшего адекватной медицинской и психолого-педагогической помощи, появлялись первые признаки школьной дизадаптации: постепенно снижалась успеваемость, появлялась неуверенность в своих возможностях, возникали пропуски, а затем и страх перед посещением школы.

Манифестные тяжелые и частые депрессивные и маниакальные фазы и полиморфные шизоаффективные приступы, приходившиеся на пубертатный период (13–17 лет), требовали интенсивного и нередко стационарного лечения, что лишало подростка возможности регулярного школьного и дополнительного обучения. Особенно тяжелой была дизадаптация у подростков с континуальным (фазно-непрерывным) течением циркулярной шизофрении. Некоторое исключение составляли больные с «продуктивными» гипоманиакальными фазами, позволявшими благодаря нарастанию энергии, активности, скорости восприятия восполнить упущенное в депрессивных фазах. В связи с невозможностью посещения школы или отказом от ее посещения при «школьной фобии» 11 подростков в последних классах учились индивидуально или заканчивали вечернюю школу. На протяжении нескольких лет наиболее активных проявлений болезни у подростка отмечался период крайнего замедления темпа накопления знаний, приостановки в приобретении социальных и профессиональных навыков. Несмотря на высокую одаренность, ее воплощение во многом зависело от совершенствования, требующего непрерывной работы и постепенного, многолетнего пополнения. Однако большой аффективным психозом подросток на несколько лет, приходящихся именно на подростковый возраст, утрачивал такую возможность и вследствие этого значительно отставал от менее способных сверстников.

По завершении пубертатного периода во всех случаях наступала ремиссия: многолетняя (естественная или терапевтическая, обусловленная применением превентивной терапии) или пожизненная после циклотимоподобного пролонгированного шуба.

В период ремиссии отмечалось очень незначительное снижение активности, что выражалось прежде всего в сужении спектра деятельности. Если до болезни активности распространялась кроме предмета своего профессионального увлечения на спорт, искусство, поездки, встречи с друзьями и т. п., то после завершения активного периода болезни сужался, хотя и незначительно, круг интересов, несколько замедлялся темп деятельности; больные, жалуясь на быструю утомляемость, стремились ограничить учебную нагрузку, делая акцент на любимых или нужных для поступления в институт предметах. Эти изменения были малозаметными для окружающих, поскольку больные по-прежнему многим интересовались, имели определенный круг общения, обладали прекрасной памятью, способностью к абстрактному мышлению, обобщению, накоплению и переработке знаний. Между тем, почти все больные восстанавливали активность, целенаправленность, организованность, касающуюся приложения своих способностей и профессиональной ориентации.

Таковыми же легкими оказывались и постпроцессуальные эмоциональные изменения в виде заострения преморбидно присущих эмоциональных черт либо появления новых: хрупкости, ранимости, чувствительности или, напротив, эмоциональной приглушенности, блеклости, а в некоторых сочетания этих особенностей в форме психестетической пропорции. При этом возникали также черты ригидно-

сти, что сказывалось в соблюдении особого режима, ритма жизни, стереотипных привычках, особого стиля одежды, в трудностях при необходимости смены сложившегося жизненного уклада, перемены места, обстановки, коллектива. Нередко после выздоровления на всю жизнь оставался особый суточный ритм самочувствия и активности: сниженная работоспособность или полная невозможность продуктивной деятельности в первой половине дня при ее полном восстановлении или чрезмерном повышении в вечернее и ночное время.

Больные, отличавшиеся с раннего возраста опережающим развитием и обладавшие высокими интеллектуальными и творческими способностями, после завершения активного периода болезни при применении правильной реадаптационной тактики не только заканчивали среднюю школу, но и получали профессиональное образование. Из 27 больных, вошедших в настоящее исследование, 21 получил высшее образование: 7 окончили различные факультеты МГУ (1 – исторический, 1 – психологический, 1 – механико-математический, 1 – химический, 3 – журналистики), 14 больных получили юридическое, экономическое, инженерное, высшее музыкальное образование в других московских ВУЗах. Трое больных сумели закончить только колледж (музыкально-педагогический, библиотечный, экономический), и трое не смогли получить профессионального образования, закончив лишь среднюю школу. После завершения учебы в ВУЗе 9 человек поступили в аспирантуру, но кандидатскую диссертацию защитили только трое из них.

Все больные в молодом возрасте сохраняли интерес к новым знаниям и высокую способность к обучению, совершенствуя знание иностранных языков, легко заканчивали профессиональные курсы, не соответствующие их основной профессии (бухгалтерские, аудита, менеджмента, дизайна, автомобильные и т. п.). При этом, несмотря на приобретение профессии и сохранение способностей к обучению, социальная адаптация таких больных, достигших зрелого возраста, не отличалась экстраординарностью, а была очень средней даже по сравнению со значительно менее способными сверстниками. Их соученики по художественной, музыкальной, математической школам, значительно менее одаренные, но психически здоровые и не имевшие периода школьной декомпенсации, демонстрировали заметные творческие успехи, в то время как отличавшиеся блестящими способностями больные циркулярной шизофренией, сохраняя свою одаренность, утрачивали способность к ее творческой реализации. Многие из них, так и не сумев воплотить в жизнь свой талант, навсегда меняли форму профессиональной деятельности на крайне далекую от их прежних интересов и полученного образования.

Высокого профессионального успеха достигли только пятеро одаренных, среди которых успешные журналист, генетик, онкогематолог, бизнесмен и пианист. Все эти больные выросли в полных семьях с внимательными, понимающими, дружными и хорошо обеспеченными родителями, находившимися в постоянном контакте с лечащим врачом и ведущим педагогом одаренного ребенка. Больные постоянно находились под наблюдением психиатра и получали адекватную медикаментозную и психотерапевтическую помощь.

10 больных, не достигших реализации своих природных талантов, работают, занимая скромные должности, часто не соответствующие их профессии.

12 больных работали всего несколько лет после получения профессионального образования, но навсегда ушли с работы и занимаются домашним хозяйством и воспитанием детей. Следует заметить, что четверо из них – мужчины, которые выполняют всю домашнюю работу по согласованию с женой и живут на ее доходы и доходы от сдачи квартир.

Таким образом, после периода активных проявлений болезни и связанной с

ними длительной школьной дизадаптации, полностью восстанавливались способности больного, но значительно ослабевала или утрачивалась возможность их реализации, что, по-видимому, обусловлено совокупностью нескольких факторов:

- Изменением радикала эмоциональности с его приглушением или диспропорциональностью и вследствие этого появлением ранимости, мнительности, тормозимости, препятствующих достижению цели, или снижением уровня мотивации.
- Легким, почти незаметным в обыденной жизни, снижением активности и, в результате, недостатком энергии для охвата сохраняющегося широкого спектра интересов, непродуктивным растрачиванием сил на повседневность и мало-значимую деятельность.
- Появлением фиксации на своем психическом здоровье и сознательным или неосознанным стремлением уклониться от длительного психоэмоционального и интеллектуального напряжения, необходимого для любого творческого процесса, во избежание обострений болезни.
- Возникновением в результате болезненного процесса признаков ригидности, отсутствием гибкости, в связи с чем появлялись незыблемый уклад жизни, режим, привычки, застревание на мелочах с невозможностью выделения главной линии жизни.
- Возникшим в результате болезни особым суточным ритмом с нарастанием активности, улучшением самочувствия и настроения в вечернее время при их невысоких показателях в первой половине дня.
- Наконец, одним из наиболее важных факторов, мешающих реализации природной одаренности, вероятно, является отсутствие нормального пубертатного периода, необходимого каждому ребенку для гармоничного превращения во взрослого. У большинства больных аффективными психозами в пубертатном периоде отмечаются наиболее выраженные болезненные расстройства, вследствие чего наступает дизадаптация, что крайне искажает созревание социальной приспособляемости, социальных навыков, социальных связей.

При сопоставлении с предыдущим сообщением об одаренности [3] становится очевидным, что при разных формах течения шизофрении, начавшейся в детско-подростковом возрасте динамика одаренности имеет существенные различия. Если при рано начавшейся малопрогрессирующей шизофрении диссоциированность развития, постпроцессуальный личностный дефект в виде глубокой интровертированности, ригидности, эмоциональной дефицитарности, выраженной редукции энергетического потенциала, стереотипизации и монотонности психических процессов катастрофически влияют на одаренность, со временем полностью ее нивелируя, то при циркулярной шизофрении природный талант сохраняется, несмотря на многие годы течения процесса, но неглубокие личностные изменения мешают реализации природной одаренности.

Поддержка больных циркулярной шизофренией для реализации их способностей встречает значительные трудности при отсутствии комплексной системы сопровождения. Такая система должна опираться на принцип преемственности между детскими, подростковыми и «взрослыми» психиатрами, внебольничными психиатрами и стационаром, психиатрами и врачами-интернистами и включать адекватную профилактическую медикаментозную терапию, ее замену при появлении соматических осложнений, своевременную смену лечения при инверсии аффекта, активную психологическую помощь больному и его семье. К сожалению, судьбы одаренных больных циркулярной шизофренией далеко не во всех случаях оказались удачными. Больных с высокой степенью реализации одаренности могло быть много больше при правильной медико-психологической поддержке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иовчук Н.М. Биполярные аффективные расстройства в детском возрасте // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2013 (13), № 1. – С. 15–24.
 2. Иовчук Н.М. Биполярные аффективные расстройства в детском возрасте (продолжение) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2013 (13), № 2. - С. 86-93.
 3. Иовчук Н.М. Одаренность у детей и подростков с психическими нарушениями: динамика и прогноз. Часть I. Особенности динамики одаренности у детей с малопрогрессирующей детской шизофренией // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2015 (15), N 3-4. - С. 8-16.
 4. Иовчук Н.М., Козюля В.Г. Клинико-динамическое исследование пубертатных психозов с циклотимическими и аффективными дебютами // Ж. невропатол. и психиат. - 1981, т. 81, в. 10. - С. 1509-1514.
 5. Комлач И.Л. Особенности клиники и динамики эндогенных депрессий, возникших в подростковом возрасте // Ж. невропатол. и психиат. - 1984, т. 84, в. 10. - С. 1552 -1555.
 6. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. – Л.: Медицина, 1985. – 416 с.
 7. Личко А.Е., Озерецковский С.Д. Особенности клиники и течения шизоаффективных психозов у подростков // Ж. невропатол. и психиат. -/ 1980, т. 80, в. 10. - С. 1524 -1528.
 8. Наджаров Р.А., Штернберг Э.Я. Клиника и течение шизофрении в возрастном аспекте // Ж. невропатол. и психиат. – 1975, т. 75, вып. 10. – С. 1374–1379.
 9. Пантелеева Г.П. Об исходах затяжных шизофренических гебоидных состояний // Ж. невропатол. и психиат. – 1973, т. 73, № 6. – С. 909–915.
 10. Смулевич А.В., Мазаева Н.А., Голованова Л.А. и др. Малопрогрессирующая шизофрения, приступообразная и непрерывная (вопросы клиники и дифференциальной диагностики) // Шестой съезд невропатол. и психиат. - М., 1975. – Т. III. – С. 122–126.
 11. Цуцельковская М.Я., Пекунова Л.Г. Клинико-катамнестическое изучение юношеской медленно текущей шизофрении // Ж. невропатол. и психиат. – 1978, т. 78, № 1. – С. 86–94.
-
1. Iovchuk N.M. Bipoljarnye affektivnye rasstrojstva v detskom voz-raste // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. - 2013 (13), № 1. – S. 15–24.
 2. Iovchuk N.M. Bipoljarnye affektivnye rasstrojstva v detskom voz-raste (prodolzhenie) // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. - 2013 (13), № 2. - S. 86-93.
 3. Iovchuk N.M. Odarennost' u detej i podrostkov s psihicheskimi narushenijami: dinamika i prognoz. Chast' I. Osobennosti dinamiki odarennosti u detej s maloprogredientnoj detskoj shizofreniej // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. - 2015 (15), N 3-4. - S. 8-16.
 4. Iovchuk N.M., Kozjulja V.G. Kliniko-dinamicheskoe issledovanie pu-bertatnyh psihozov s ciklotimicheskimi i affektivnymi debjutami // Zh. nevropatol. i psihiat. - 1981, t. 81, v. 10. - S. 1509-1514.
 5. Komlach I.L. Osobennosti kliniki i dinamiki jendogennyh depressij, vznikshih v podrostkovom vozraste // Zh. nevropatol. i psihiat. - 1984, t. 84, v. 10. - S. 1552 - 1555.
 6. Lichko A.E. Podrostkovaja psihiatrija. – L.: Medicina, 1985. – 416 s.
 7. Lichko A.E., Ozereckovskij S.D. Osobennosti kliniki i techenija shizoaffektivnyh psihozov u podrostkov // Zh. nevropatol. i psihiat. -/ 1980, t. 80, v. 10. -

S. 1524 -1528.

8. Nadzharov R.A., Shternberg Je.Ja. Klinika i techenie shizofrenii v vozrastnom aspekte // Zh. nevropatol. i psihiat. – 1975, t. 75, vyp. 10. – S. 1374–1379.

9. Panteleeva G.P. Ob ishodah zatjazhnyh shizofrenicheskikh geboidnyh sostojanij // Zh. nevropatol. i psihiat. – 1973, t. 73, № 6. – S. 909–915.

10. Smulevich A.V., Mazaeva N.A., Golovanova L.A. i dr. Maloproгредиernaja shizofrenija, pristupoobraznaja i nepreryvnaja (voprosy kliniki i differencial'noj diagnostiki) // Shestoj s#ezd nevropatol. i psihiat. - M.,1975. – T.III. – S. 122–126.

11. Cucul'kovskaja M.Ja., Pekunova L.G. Kliniko-katamnesticheckoe izuchenie junosheskoj medlenno tekushhej shizofrenii // Zh. nevropatol. i psihiat. – 1978, t. 78, № 1. – S. 86–94.

N.M. Iovchuk

A GIFTEDNESS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS SUFFERING FROM MENTAL DISORDERS: DYNAMICS AND PROGNOSIS.

PART 2. A GIFTEDNESS IN PATIENTS SUFFERING FROM CIRCULAR SCHIZOPHRENIA IN CHILDHOOD AND ADOLESCENTS

Association of Child Psychiatrists and Psychologists, Moscow City Psychological-Pedagogical University (Moscow).

Summary. The present study concerns patients with schizophrenia circular process of manifestation in the age of 10-15 years. 27 patients with childhood distinguished by a special giftedness, managed to track follow-up period of 17 to 42 years old. After the onset of sustained remission in only 5 patients had a high level of adaptation appropriate to their abilities. In the remaining patients, it is still characterized by a high ability, was not extraordinary, which was due to mild personality changes that hinder the realization of the natural giftedness, and the lack of comprehensive medical and psychological support systems.

Keywords: children's giftedness, circular schizophrenia in adolescents, advanced development, the dynamics of giftedness, postprocessual personality changes, social adaptation.

М.А. Калинина*, А.И. Боровова**, Н.С. Галкина**, Шимонова Г.Н.*
**КЛИНИКО-НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ
С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗОВ**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», **ФГБНУ «Научный центр неврологии» (Москва).

Резюме. Цель. Поиск биологических предикторов, открывающих новые возможности для ранней диагностики психических расстройств в детском возрасте. Проспективно в течение более 20 лет проводилось изучение клинико-биологических взаимосвязей у детей из группы высокого риска по шизофрении. **Материалы и методы.** Дети обследовались клиническими методами, включая адаптированную шкалу PANSS. Особенности энергетического метаболизма головного мозга оценивались путем измерения уровня постоянных потенциалов головного мозга (УПП) в сопоставлении с ЭЭГ, снятой в состоянии спокойного бодрствования. **Результаты.** Анализ полученных данных выявил как клинические, так и нейрофизиологические различия между двумя группами, в частности статистически значимое снижение активности левой височной области у детей, больных шизофренией. **Выводы.** Асимметричные функциональные сдвиги могут принимать участие в модуляции психопатологической картины в клинике расстройств шизофренического спектра.

Ключевые слова: ЭЭГ, уровень постоянных потенциалов (УПП), межполушарная асимметрия, PANSS, группа высокого риска по шизофрении, дети дошкольного и младшего школьного возраста.

Одной из актуальных задач современной психоневрологии является изучение общих закономерностей формирования различных вариантов психического дигенеза в детском возрасте [1, 2]. В понимании патогенетических механизмов девиаций развития важнейшая роль отводится изучению различных аспектов деятельности головного мозга [3, 6, 7]. Особое внимание среди них уделяется исследованию функциональной межполушарной асимметрии, связанной с изменением функционального состояния организма, регулируемой неспецифическими системами активации мозга [8]. Долгое время существовало мнение о строгой специализации функций полушарий головного мозга. Левому приписываются рациональность, логический анализ, словесные способы познания, ответственность за социальную адаптацию в привычных условиях жизни, правому полушарию – способности к интуитивности, спонтанности, образности. Правое полушарие считают ответственным за произвольные формы реализации психических процессов, целостную и одномоментную обработку больших массивов информации, контроль интегративно-синтетического, структурно-смыслового опознания входных сигналов, формирование новых стратегий адаптации в изменяющихся условиях.

Работы последних лет развеяли миф о том, что левое полушарие выполняет более сложные функции, чем правое. В современной научной литературе показано, что в восприятии окружающего мира задействованы оба полушария и нарушения деятельности любого из них могут нарушить взаимодействие человека с внешним миром. Значительное число фундаментальных исследований свидетельствует о том, что человеческий мозг работает как единая система, совместная деятельность полушарий которого складывается из активности многих областей, вносящих свой специфический вклад в определенную психическую деятельность. К настоящему времени уже есть сообщения, что полушария головного мозга не только отвечают за разные психические функции, но при избирательном пораже-

нии одного из них наблюдаются определенные психопатологические расстройства. Например, при поражении правого полушария описываются аффективные, онейроидно-кататонические нарушения, при поражении левого – тревога, симптомы психического автоматизма, относящиеся к симптомам 1 ранга по К. Шнайдеру [8].

Делаются также попытки объяснить психические нарушения поражением той или иной зоны коры. Характерные для шизофрении негативные изменения связывают с недостаточной активностью левосторонних фронтальных отделов мозга, маниакальные нарушения – с гиперфункцией лобных отделов правого и левого полушарий и одновременно задних теменных отделов справа, симптомы психического дефекта, аффективную уплощенность и снижение энергетического потенциала рассматривают как результат недостаточной активности фронтальных отделов мозга [13].

По сообщениям Ю.Ф. Полякова [цит. по 8], В.А. Орловой [5], в патогенезе шизофрении ключевую роль играют нарушения системного взаимодействия подкорковых образований и ассоциативных зон коры (лоб, висок) – с левосторонней локализацией поражения. В частности, снижение формально-динамических показателей психической активности – нарушения внимания, избирательность психической деятельности у больных шизофренией и их родственников могут быть обусловлены нарушением взаимодействия лобно-подкорковых связей, играющих роль в обеспечении самоконтроля за психической деятельностью и состоянием психической активности.

Последнее, по современным представлениям, тесно связано с энергетическим состоянием головного мозга. Такой показатель, как Уровень Постоянного Потенциала (УПП) является непрямой характеристикой энергетического состояния мозга, которое обеспечивает текущее ресурсное состояние полушарий мозга [9, 10]. Источником УПП являются в основном потенциалы гематоэнцефалического барьера и сосудистые потенциалы капилляров головного мозга, зависящие от изменения pH венозной крови. В норме более высокие значения УПП соответствуют более высокой физиологической активности структурных образований головного мозга и большей степени ацидоза в крови.

Особенности нейрофизиологических механизмов, отражающих нарушение межполушарного взаимодействия при шизофрении у взрослых, обсуждались в работах ряда авторов [4, 11, 15, 16], но только некоторые из них посвящены изучению особенностей изменения энергетического обмена мозга у больных шизофренией [12, 14, 17]. Можно предположить, что при различных формах психических нарушений, возникающих в детско-подростковом возрасте, также имеет место изменение энергетического обмена мозга с нарушением межполушарного взаимодействия, связанного с формой и характером течения психических заболеваний.

Целью исследования являлось выяснение особенностей энергетических характеристик мозга с помощью ЭЭГ и УПП при разных формах эндогенных психических расстройств в детско-подростковом возрасте, а также поиск возможных клинико-нейрофизиологических корреляций, имеющих отдаленное прогностическое значение для оценки психического состояния детей из группы высокого риска по шизофрении.

Материал и методы. Исследования выполнялись в лаборатории возрастной физиологии мозга НИИ мозга совместно с отделом НЦПЗ начиная с 1991г. в течение более 20 лет. Изучение психической патологии раннего возраста у детей первых лет жизни из группы высокого риска по шизофрении проходило в несколько этапов, сопровождалось анализом спонтанной активности мозга детей по данным

ЭЭГ, УПП. В дальнейшем проводился корреляционный анализ клинических и биоэлектрических показателей. В зависимости от направленности отклонений в психическом развитии были описаны различные патологические паттерны. В настоящем сообщении представлен фрагмент этой работы.

Критерии включения в исследование: дети дошкольного и младшего школьного возраста с расстройствами шизофренического спектра. Исключались дети с тяжелыми органическими поражениями ЦНС и эпилепсией.

Экспериментальную выборку составили 60 человек с шизофренией и шизотипическими расстройствами. Сравнительный анализ данных проведен для двух групп детей, отвечающих диагностическим критериям МКБ-10. Первую группу составил 31 больной (24 мальчика и 7 девочек) шизофренией (F20.8). Во вторую диагностическую группу вошли 29 детей (20 мальчиков и 9 девочек) с шизотипическими расстройствами личности разной степени выраженности (F21.8). Средний возраст пациентов двух клинических групп был достаточно сбалансирован и составил $8,8 \pm 3,5$ и $8,0 \pm 3,6$ лет в 1-й и 2-й группах соответственно. Психическое состояние детей оценивалось с помощью традиционных клинических методов (психопатологический, неврологический) и с использованием психодиагностической шкалы PANSS, адаптированной к детскому возрасту. Для проведения статистического анализа подсчитывались так называемые «сырые» баллы по подшкалам PANSS, отражающие выраженность позитивных и негативных синдромов, проявление общей психопатологии и суммарный балл в целом. Также вычислялись баллы по кластерам признаков – анергии, параноидного поведения, депрессии, нарушений мышления, возбуждения.

Нейрофизиологические данные касались особенностей протекания энергетических процессов в различных корковых областях, установленных на основании измерения УПП. Регистрация УПП осуществлялась в состоянии спокойного бодрствования в пяти стандартных отведениях (Fz, Cz, Oz, Td, Ts) по методике, описанной в работе В.Ф. Фокина и Н.В. Пономаревой [8]. Как было показано авторами, в норме более высокие значения УПП соответствуют более высокой физиологической активности структурных образований головного мозга. Особенности изменения энергетического обмена оценивались с учетом электроэнцефалографических (ЭЭГ) признаков нарушения деятельности мозга, в частности, регуляторного характера, обусловленных дисфункцией стволовых структур. Эти признаки определялись частотой возникновения и грубостью проявления билатерально-синхронных комплексов «альфа-тета-волна» в задних отделах полушарий. Статистическая обработка проведена с помощью программы Statistica-7.

Результаты. Первую группу больных составили дети с текущими процессуальными расстройствами в виде непрерывной и приступообразно-прогредиентной шизофрении в стадии обострения или частичной ремиссии. У 7 больных с течением шизофрении, приближающимся к злокачественному, клиническую картину определяли, прежде всего, негативные расстройства в рамках олигофреноподобного дефекта личности, аутистическое поведение, регресс речи, стойкие нарушения навыков самообслуживания (энурез, энкопрез). На этом фоне временами возникали отрывочные психотические симптомы (бредоподобные, галлюцинаторные, регрессивно-кататонические).

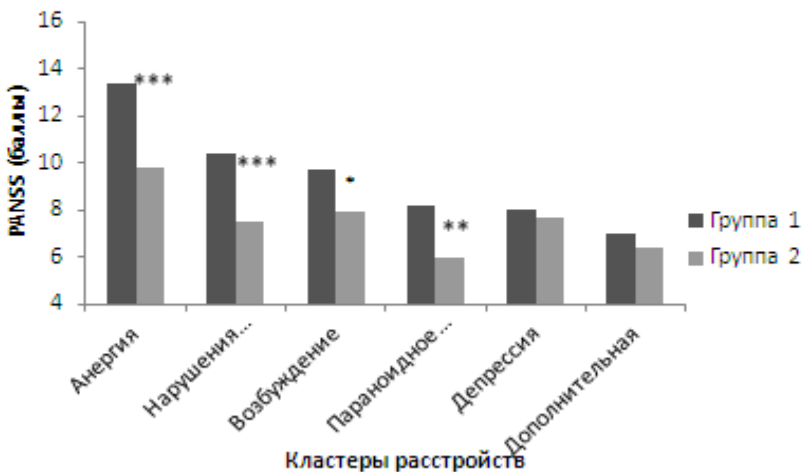
У 24 детей с течением шизофрении, приближающимся к вялому в виде стертых психотических приступов и неполных ремиссий, в клинической картине болезни преобладали полиморфные продуктивные расстройства фрагментарного характера. У 11 отмечались диффузные страхи, бредоподобные фантазии с элементами бредового восприятия, галлюцинаторными обманами, нестойкими идеатор-

ными автоматизмами на фоне циркадных аффективных нарушений депрессивного или маниакального круга. У остальных 13 детей на момент обследования на первый план в клинической картине выступали неврозоподобные и психопатоподобные расстройства, эмоциональная дефицитарность, диссоциированные нарушения мышления, внимания. На этом фоне отмечались стертые аффективные колебания преимущественно смешанного типа с отдельными эпизодами кататонического возбуждения.

Во вторую группу отбирали детей с личностными расстройствами развития разной степени выраженности, которые проявлялись в виде парадоксальных поступков в поведении, колебаний настроения, кратковременных шизофреноподобных реакций субпсихотического уровня, не носивших длительный или развернутый характер. Несмотря на длительность в ряде случаев фазных состояний выход из них не сопровождался признаками шизофренического дефекта, а ограничивался прежним уровнем шизотипальных дисфункций.

Сравнительный анализ клинических проявлений психической патологии показал, что у пациентов 1-й клинической группы среднегрупповые оценки по всем подшкалам PANSS были значимо выше ($p < 0,02-0,0003$) по сравнению со 2-й группой детей. Отмечаемая в обеих группах патологическая симптоматика в форме анергии, нарушения мышления, возбуждения, параноидного поведения также была грубее выражена у детей, больных шизофренией, - $p < 0,002-0,0005$ (рис. 1).

Рисунок 1. Сравнение среднегрупповых значений психопатологической симптоматики (в баллах) в двух диагностических группах;
*** - $p < 0,001$, ** - $p < 0,01$, * - $p < 0,05$



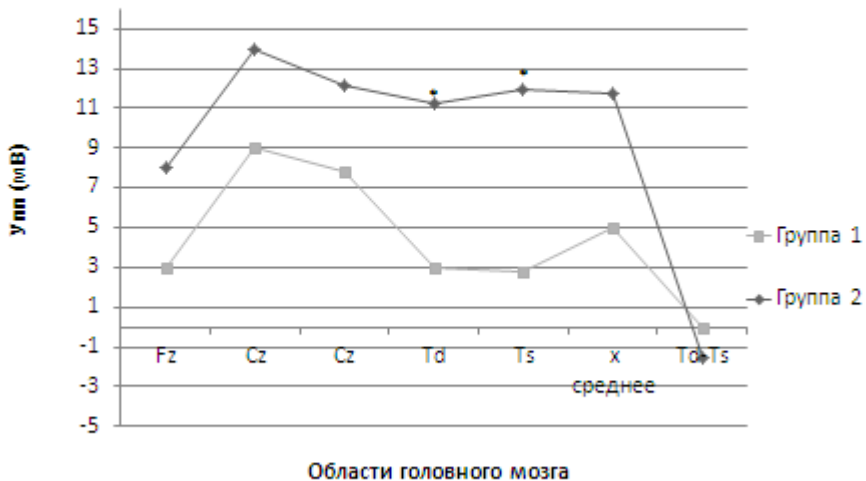
При сопоставлении показателей энергетического обмена между двумя клиническими группами оказалось, что УПП в 1-й группе был ниже во всех регистрируемых областях без достоверных различий.

Для выяснения роли нейрофизиологических факторов (данные УПП и ЭЭГ) в оценке специфики и выраженности психопатологической симптоматики был проведен многосторонний анализ соотношения полученных показателей для всей выборки в целом и отдельно в каждой клинической группе. В результате были выделены подгруппы больных с наличием и без ЭЭГ-признаков дисфункции стволовых структур мозга. Для выявления значимости ЭЭГ-показателей было проведено

количественное сопоставление показателей по шкале PANSS у пациентов исследуемой когорты больных в подгруппах с наличием и отсутствием ЭЭГ-признаков дисфункции стволовых структур мозга. Найдено, что на фоне ожидаемого их увеличения у больных шизофренией по сравнению с группой пациентов с шизотипическим расстройством отмечается ограниченное, узконаправленное влияние фактора «отсутствие-наличие» ЭЭГ-стволовой дисфункции. Наличие данного ЭЭГ-отклонения незначительно сказалось на среднегрупповых оценках всех подшкал PANSS у больных шизофренией, тогда как у пациентов с шизотипическим расстройством показатели психических отклонений нарастали при наличии дисфункции стволовых структур мозга более заметно. Наряду с этим для всей выборки в целом, независимо от диагноза, у больных с наличием на ЭЭГ признаков дисфункции стволовых структур мозга наблюдалась тенденция к незначительному повышению уровня энергетического обмена с более четким увеличением УПП в височных областях.

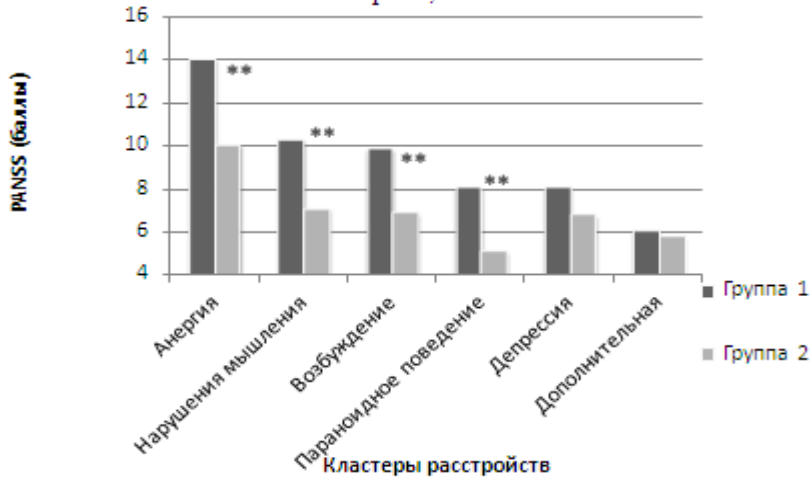
Однако наибольший интерес представляют данные, касающиеся энергетического обмена мозга у детей 1-й и 2-й клинических групп с отсутствием ЭЭГ-признаков дисфункции стволовых образований мозга, т. е. без органических проявлений на уровне ствола. Было выявлено, что у таких детей 1-й группы (11 человек) наблюдалось выраженное снижение энергетического обмена во всех областях. При этом значимые отличия установлены лишь с той частью пациентов 2-й группы, которая также не имела стволовой ЭЭГ-симптоматики (12 человек). Достоверное различие между выделенными детьми 1-й и 2-й группы касалось энергетического обмена в правой ($p < 0,03$) и левой ($p < 0,05$) височных областях (рис. 2).

Рисунок 2. Сопоставление средних данных УПП головного мозга (мВ) в подгруппах пациентов из обеих диагностических групп без ЭЭГ признаков дисфункции стволовых структур мозга; * $p < 0,05$



Существенные различия между первой и второй группой в этих наблюдениях обнаружены и при анализе клинических симптомов. У пациентов с шизофренией среднегрупповые оценки по шкале PANSS в «сырых баллах» и кластерных оценках были выше, чем у детей с шизотипическим диатезом с достоверным различием по суммарному баллу шкалы PANSS и кластерам анергии, нарушения мышления, возбуждения, параноидного поведения (рис. 3).

Рисунок 3. Средние оценки психопатологических симптомов у пациентов без признаков ЭЭГ дисфункции стволовых структур мозга; ** - $p < 0,01$



Сопоставление психометрических оценок и УПП показало, что в группе шизофрении наблюдается тесная обратная корреляционная связь УПП левой височной области и подшкалы общих психологических симптомов ($r=-0,71$), суммарной оценки ($r=-0,67$) шкалы PANSS (таблица), а также с индивидуальными показателями параноидного поведения ($r=-0,63$) и анергии ($r=-0,7$). В то же время у детей с шизотипическим диатезом прослеживается тесная положительная корреляционная связь выраженности общей психопатологической симптоматики с УПП левой височной области ($r=0,6$) и отрицательная связь с межполушарной разницей УПП по Td-Ts ($r=-0,58$). Кроме того, УПП правой височной области отрицательно коррелирует с позитивной симптоматикой ($r=-0,76$). Обращает на себя внимание тот факт, что активность левой височной области имеет отношение к проявлению общей психической патологии в каждой группе детей без органического нарушения мозга с тем отличием, что в одном случае эта связь обратная, а в другом прямая. Помимо этого у детей с шизотипическим диатезом в отличие от случаев шизофрении отсутствует тесная связь УПП левой височной области с кластерами анергии и параноидного поведения (таблица).

Таблица

Коэффициенты корреляции между патологической симптоматикой и активностью височных областей головного мозга в подгруппах пациентов с отсутствием ЭЭГ признаков дисфункции стволовых структур мозга

Височные области	1 группа	2 группа		
Симптоматика по PANSS	Ts	Ts	Td	Td-Ts
Общая психопатология	-0,71	0,6	-	-0,58
Позитивная	-	-	-0,76	-
Суммарная оценка PANSS	-0,67	-	-	-
Кластер Параноидное поведение	-0,63	-	-	-
Кластер Анергия	-0,7	-	-	-

Заключение. Полученные результаты указывают на важную роль уровня энергозатратных процессов головного мозга, в особенности активности височных областей, на возможную взаимосвязь психопатологических нарушений с обнаруженными в исследуемой когорте больных нейрофизиологическими паттернами.

Показанное в работе снижение энергетического метаболизма в височной области левого полушария, наблюдаемое у части больных шизофренией, свидетельствует о недостаточности левого полушария, дефицит функции которого, по-видимому, играет ключевую роль в патогенезе шизофрении [6]. Изучение уровня метаболизма и кровотока в различных регионах правого и левого полушария у больных шизофренией [12] позволило показать связь снижения психической активности и аффективного уплощения с недостаточной активностью левого полушария. Таким образом, недостаточность мозгового кровообращения, сопровождающаяся изменением кислотно-щелочного равновесия мозговой ткани, может быть потенциальным механизмом метаболических изменений, ведущих к снижению церебрального энергетического обмена [11].

Выводы. Проведенное исследование позволило прийти к следующим важным выводам. При отсутствии в ЭЭГ признаков органического поражения мозга у детей с шизофренией в отличие от пациентов с шизотипическим диатезом отмечается снижение энергетического обмена головного мозга с достоверным его уменьшением в височных отделах полушарий.

При шизофрении установлена обратная корреляционная связь энергетического метаболизма левой височной области с показателями параноидного поведения и анергии, то есть, чем больше выражена тяжесть психических расстройств, тем ниже уровень мозгового метаболизма левой височной области.

У детей с шизотипическим диатезом активность правой височной области отрицательно коррелирует с тяжестью позитивной симптоматики. Это свидетельствует о том, что чем менее выражена тяжесть психических расстройств, тем выше активность правой височной области у этих больных. Общей особенностью для детей с шизофренией и пациентов с шизотипическим расстройством является наличие тесной корреляционной связи активности левой височной области с общей психопатологической симптоматикой с тем отличием, что в первом случае эта связь обратная, а во втором прямая.

Установленное в работе снижение активности левой височной области у больных шизофренией, связанное с комплексом психопатологических симптомов, дает основания предположить, что асимметричные функциональные сдвиги могут принимать участие в модуляции психопатологической картины в клинике расстройств шизофренического спектра. Полученные результаты имеют теоретическое и прогностическое значение. С теоретической точки зрения, полученные данные дополняют современные представления о патогенезе развития эндогенных нарушений. Использование результатов нейрофизиологических обследований в практике психиатра позволит повысить точность клинической диагностики и своевременно начать адекватную терапию и коррекционные мероприятия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брин И.Л., Дунайкин М.Л., Шейнкман О.Г. Вегетативная регуляция и нейропсихологические синдромы в детском возрасте // Асимметрия. 2014. № 8(4). С. 6-23.
2. Козловская Г.В. Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология и вопросы реабилитации): Автореф. дисс... д-ра. мед. наук. М., 1995. 48 с.
3. Ковязина М.С., Балашова Е.Ю. Межполушарное взаимодействие при нормальном и отклоняющемся развитии: мозговые механизмы и психологические

особенности // Руководство по функциональной межполушарной асимметрии. М.: Научный мир, 2009. С. 185-20.

4. Малина Д.Д., Пономарева Н.В., Орлова В.А., Михайлова И.И. Функциональная межполушарная асимметрия ритмической активности ЭЭГ при шизофрении: связь с когнитивными показателями и возрастом больных // Фундаментальные проблемы нейронаук. Функциональная асимметрия. Нейропластичность. Нейродегенерация (Сб. мат-лов Всероссийской научной конференции с международным участием). М.: Научный мир, 2014. С. 214-228.

5. Орлова В.А., Щербак Н.П., Корсакова Н.К. и др. Характеристики левых подкорково-лобных, левых подкорково-височных и других подкорковых зон головного мозга как многомерные нейропсихологические факторы генетического риска шизофрении // Функциональная межполушарная асимметрия. Хрестоматия. 2004. М.: Научный мир. С. 610-617.

6. Ротенберг В. Межполушарная асимметрия, ее функция и онтогенез // Руководство по функциональной межполушарной асимметрии. М.: Научный мир, 2009. С. 164-184.

7. Фишман М.Н. Функциональная специализация полушарий у детей с задержкой психического развития и с умственной отсталостью // Функциональная межполушарная асимметрия. Хрестоматия. М.: Научный мир, 2004. С. 630-635.

8. Фокин В.Ф., Боровова А.И., Галкина Н.С., Пономарева Н.В., Шимко И.А. Стационарная и динамическая организация функциональной межполушарной асимметрии // Руководство по функциональной межполушарной асимметрии. М.: Научный мир, 2009. С. 389-428.

9. Фокин В.Ф., Пономарева Н.В. Интенсивность церебрального энергетического обмена: возможности его оценки электрофизиологическим методом // Вестник РАМН. 2001. № 8. С. 38-43.

10. Фокин В.Ф., Пономарева Н.В. Энергетическая физиология мозга. Москва, «Антидор». 2003. С. 59-67.

1. Brin I.L., Dunajkin M.L., Shejnkman O.G. Vegetativnaja reguljacija i nejropsihologicheskie sindromy v detskom vozraste // Asimetrija. 2014. № 8(4). S. 6-23.

2. Kozlovskaja G.V. Psihicheskie narushenija u detej rannego vozrasta (klinika, jepidemiologija i voprosy abilitacii): Avtoref. diss... d-ra. med. nauk. M., 1995. 48 s.

3. Kovjazina M.S., Balashova E.Ju. Mezhpolutsharnoe vzaimodejstvie pri normal'nom i otklonjajushhemsja razvitii: mozgovyje mehanizmy i psihologicheskie osobennosti // Rukovodstvo po funkcional'noj mezhpolutsharnoj asimmetrii. M.: Nauchnyj mir, 2009. S. 185-20.

4. Malina D.D., Ponomareva N.V., Orlova V.A., Mihajlova I.I. Funkcional'naja mezhpolutsharnaja asimmetrija ritmicheskoj aktivnosti JeJeG pri shizofrenii: svjaz' s kognitivnymi pokazateljami i vozrastom bol'nyh // Fundamental'nye problemy nejronauk. Funkcional'naja asimmetrija. Nejroplastichnost'. Nejrodegeneracija (Sb. mat-lov Vserossijskoj nauchnoj konferencii s mezhdunarodnym uchastiem). M.: Nauchnyj mir, 2014. S. 214-228.

5. Orlova V.A., Shherbakova N.P., Korsakova N.K. i dr. Harakteristiki levyh podkorkovo-lobnyh, levyh podkorkovo-visochnyh i drugih podkorkovyh zon golovnogogo mozga kak mnogomernye nejropsihologicheskie faktory geneticheskogo riska shizofrenii // Funkcional'naja mezhpolutsharnaja asimmetrija. Hrestomatija. 2004. M.: Nauchnyj mir. S. 610-617.

6. Rotenberg V. Mezhpolutsharnaja asimmetrija, ee funkcija i ontogenez // Rukovodstvo po funkcional'noj mezhpolutsharnoj asimmetrii. M.: Nauchnyj mir, 2009.

S. 164-184. .

7. Fishman M.N. Funkcional'naja specializacija polusharij u detej s zaderzhkoj psihicheskogo razvitija i s umstvennoj otstalost'ju // Funkcio-nal'naja mezhpolusharnaja asimmetrija. Hrestomatija. M.: Nauchnyj mir, 2004. S. 630-635.

8. Fokin V.F., Boravova A.I., Galkina N.S., Ponomareva N.V., Shim-ko I.A. Stacionarnaja i dinamicheskaja organizacija funkcional'noj mezhpolusharnoj asimmetrii // Rukovodstvo po funkcional'noj mezhpolusharnoj asimmetrii. M.: Nauchnyj mir, 2009. S. 389-428.

9. Fokin V.F., Ponomareva N.V. Intensivnost' cerebral'nogo jenergeticheskogo obmena: vozmozhnosti ego ocenki jelektrofiziologicheskimi metodami // Vestnik RAMN. 2001. № 8. S. 38-43.

10. Fokin V.F., Ponomareva N.V. Jenergeticheskaja fiziologija mozga. Moskva, «Antidor». 2003. S. 59-67.

11. Bruder G., Kayser J., Tenke C. et al. Left temporal lobe dysfunction in schizophrenia // Arch. Gen. Psychiatry. 1999. Vol. 56. P. 267-276.

12. DeLisi L.E., Buchbaum M.S., Holcomb H.H. et al. Increased temporal lobe glucose use in chronic schizophrenic patients // Biol. Psychiat. 1989. Vol. 25. P. 835-838.

13. Liddle P., Friston K., Frith C et al. Patterns of cerebral blood flow in schizophrenia // British J. Psychiatry. 1992. Vol. 160. P. 179-186.

14. Loo S. K., Lenartowicz A., Makeig S. Research Review: Use of EEG biomarkers in child psychiatry research – current state and future directions // Journal of Child Psychology and Psychiatry. Vol. 57, Issue 1, pages 4–17, January 2016.

15. Oertel-Knochel V, Knochel C, Stablein M, Linden DE. Abnormal functional and structural asymmetry as biomarker for schizophrenia.// Curr Top Med Chem. 2012, 12(21): 2434-51. doi: 10.2174/1568026611212210014 // ISSN (print): 1568-0266/ ISSN (online): 1873-5294.

16. Salisbury D.F., Shenton M.E., Sherwood A.R. et al. First-episode schizophrenic psychosis differs from first-episode affective psychosis and controls in P300 amplitude over left temporal lobe // Arch Gen Psychiatry. 1998. Vol. 2, 55. P. 173-180.

17. Shenton M.E., Kikinis R., Jolesz F.A. et al. Left-lateralized temporal lobe abnormalities in schizophrenia and their relationship to thought disorder: A computerized, quantitative MRI study // New England J. Medicine. 1992. Vol. 327. P. 604-607.

M.A. Kalinina*, A.I. Boravova, N.S. Galkina**, G.N. Shimonova***
CLINICAL AND NEUROPHYSIOLOGICAL CHARACTERISTICS
OF CHILDREN WITH HIGH RISK OF ENDOGENOUS PSYCHOSES
FGBNU MHRC, Moscow*, FGBNU NSC, Moscow.**

Summary. Aim. Search for possible neurophysiological correlations with remote predictive value for evaluating the mental state of children at high risk for schizophrenia. **Methods.** Prospectively more than for 20 years was to study the clinic and biological interactions in children from high-risk for schizophrenia. The children were examined by clinical methods, and tested by adapted the PANSS. The features of energy metabolism in the brain were assessed by measuring the level of cortical direct current (DC) potential in comparison with EEG taken in the state of quiet wakefulness. **Results.** In children with schizophrenia detected a decrease in the level of energy metabolism brain in all areas compared with the comparison group, in particular a statistical significant decrease in activity in the left temporal region. **Conclusion.** Asymmetric functional changes may be involved in the modulation of psychopathological picture in schizophrenia spectrum disorders clinic.

Keywords: EEG, the level of cortical direct current (DC) potential, hemispheric asymmetry, PANSS, high risk schizophrenia, children of preschool and younger school age.

Ж.В. Альбицкая, Л.Н. Касимова, В.В. Дворянинова
ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО
ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ
ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»
(Нижний Новгород).

Резюме. В статье рассматриваются особенности социальной адаптации детей раннего возраста (1-5 лет) с различными психическими расстройствами, состоящими на диспансерном учете у детского психиатра. Описаны клинические проявления в различные возрастные периоды социальной адаптации и дизадаптации у детей с умственной отсталостью, резидуально-органическими нервно-психическими нарушениями и ранним детским аутизмом.

Ключевые слова: психические расстройства, социальная адаптация, дизадаптация, умственная отсталость, ранний детский аутизм, резидуально-органические нервно-психические нарушения.

Актуальность исследования. Психическое здоровье детей и проблемы, связанные с его расстройствами, с течением времени становятся все более актуальными, как в клиническом, так и в социальном аспекте [1, 4, 7, 8]. Это прежде всего связано с тем, что большинство состояний, манифестирующих в раннем возрасте, в дальнейшем в большинстве случаев приводят к инвалидизации детей и возлагают серьезную психологическую нагрузку на семьи, имеющие детей-инвалидов [7, 10]. По данным многочисленных исследований, за последнее десятилетие отмечается рост психической патологии в детской популяции в 1,8—2 раза, преимущественно за счет поведенческих и эмоциональных расстройств [3, 4, 5, 7], а также нарушений социальной адаптации. Особенно это касается состояний психического недоразвития, которые являются для общества дополнительным источником серьезных проблем, к основным из которых следует отнести социальную дизадаптацию и неполноценную социальную интеграцию таких детей в общество. Социальная адаптация детей с нарушениями психического развития в значительном проценте случаев протекает в специфических социально-психологических условиях, которые являются источником негативных и деструктивных влияний на все основные сферы их личности и формирующих широкий спектр вторичных нарушений поведения и деятельности [9, 15, 16]. Спектр психических расстройств, в структуре которых отмечаются симптомы социальной дизадаптации, достаточно широк, однако указанные нарушения чаще отмечаются при умственной отсталости [11, 13], резидуально-органических нарушениях центральной нервной системы [2] и раннем детском аутизме. [3, 6, 10].

Однако до настоящего времени большая часть исследований данной проблемы в основном касалась школьного и подросткового возраста, хотя начальные проявления социальной дизадаптации возникают в раннем детстве [4, 7, 10]. Необходимость углубленного изучения особенностей нарушений социальной адаптации в раннем детском возрасте обусловлена тем, что возрастной фактор оказывает отчетливое патогенетическое и патоπλαстическое влияние на закономерности психического развития ребенка и его дальнейшей жизни в обществе [8, 13, 14].

Целью исследования было определение особенностей клинической картины нарушений социальной адаптации у детей раннего возраста с психическими расстройствами в зависимости от нозологической принадлежности заболевания.

Материал и методы исследования. Для реализации цели исследования проведено клинико-катамнестическое изучение группы больных (538 детей), состоя-

щих на учете психиатра за период 2009–2014 гг. Все дети проходили первичное клиническое и патопсихологическое обследование, предметом которого являлось выявление детей с синдромом социальной дизадаптации, приводящим к выраженным нарушениям поведения и качества жизни детей и их семей. Все дети были разделены на 3 группы: **первую** составили дети (n=172) с диагнозом умственной отсталости (УО) средней степени (F70-71, по МКБ-10); во **вторую** (n= 161) вошли дети с резидуально-органическими нервно-психическими расстройствами (РОНПР) - (F07, по МКБ-10); **третью** группу (n=205) –дети с ранним детским аутизмом (РДА) - (F84.0 по МКБ-10).

Результаты и обсуждение

В группе детей с УО средней степени процесс социальной адаптации в значительной степени был затруднен вследствие отставания в вербальной коммуникации. Задержка развития речи в возрасте 2-3 лет у 75,4% детей и отсутствие фразовой речи после 3 лет (43,9%), сопровождающиеся нарушением звукопроизношения, заметно снижали способность детей к общению со сверстниками, а выраженное отставание темпов интеллектуального развития от биологического возраста в 100% случаев обуславливало стремление к общению с младшими детьми. При поступлении таких детей в общеобразовательные группы сверстников в детском саду (n=134) они обнаруживали неспособность к полноценному усвоению предлагаемой программы, а также отставание в развитии игровой деятельности, невозможность понимать и применять правила общей игры, выбирать соответствующий образ поведения при установлении контакта - излишняя навязчивость (73,8%) или, наоборот, пассивность в общении (26,2%), что значительно нарушало процесс адаптации детей в группе. Это приводило к быстрой потере интереса к предлагаемым занятиям и играм и затрудняло процесс общения, а у 14,7% детей данной группы – к «избеганию и уединению». Перечисленные факторы в сочетании с недооценкой родителями способностей такого ребенка и непониманием особенностей его поведения, проявлением излишней требовательности к нему приводило к формированию невротических расстройств в виде плаксивости, тревожности, страхов, нарушений сна и аппетита, нежелания посещения детского сада. Нарушения в виде невротоподобных тиков, заикания, энуреза и энкопреза были диагностированы у 24 детей (14,9%). Дополнительно ухудшало социальную адаптацию значительное замедление формирования элементарных навыков самообслуживания и опрятности у 89,6% детей. Выраженное повреждение основных предпосылок интеллекта – памяти, внимания, мышления – обуславливало грубые задержки в речевом развитии и, как следствие, полную неспособность к общению, играм и образовательным занятиям в группе сверстников. Также в клинической картине в данной группе детей были ярко выражены нарушения поведения, проявляющиеся реакциями отказа, раздражительностью, конфликтностью, драчливостью и демонстративным непослушанием, что практически в 100% случаев утяжеляло процесс социальной адаптации. Более того, выраженные расстройства в поведенческой сфере у 34,3% детей (n=59) делали практически невозможным не только различные формы образовательной и игровой деятельности, но и просто присутствие детей среди сверстников. Важно отметить, что посещение детьми с УО (n=38) специальных коррекционных групп, где развивающие мероприятия соответствовали интеллектуальному и речевому развитию ребенка, а темп усвоения материала совпадал с темпом остальных детей, социальная адаптация намного облегчалась. Нахождение ребенка среди сверстников со сходным уровнем развития позволяло ему адекватно участвовать в игровой деятельности и сохранять интерес к общению.

Во 2й группе детей с РОНПР (n=161) состояния социальной дизадаптации в основном были обусловлены проявлениями 2-х синдромов – церебрастенического (36%) и гипердинамического (64%). Детей с церебрастеническим синдромом (n=58) отличали повышенная утомляемость и быстрый отказ от различных видов деятельности несмотря на первоначальное желание контактировать со сверстниками и участвовать в общих занятиях. При усиленном вовлечении их в общую деятельность у детей продолжали нарастать расстройства внимания, раздражительность и снижение активности, недостаточное по сравнению со здоровыми сверстниками любопытство, слабая познавательная активность и «апатичность» в поведении. Противоположная картина наблюдалась в группе детей с преобладанием гиперактивности (n=103). В этом случае крайняя неусидчивость, постоянная потребность в движении, значительно выраженные расстройства внимания не позволяли детям усваивать инструкции и правила поведения как среди сверстников, так и среди взрослых. Слабая реакция ребенка на замечания с быстрым возвратом к прежнему поведению дополнительно затрудняли его адаптацию в коллективе и семье. У таких детей в клинической картине отмечались раздражительность, вспыльчивость с агрессией, «неуправляемость» поведения, отсутствие или неадекватная реакция на замечания.

Важную роль в возникновении адаптационных расстройств у таких детей в 100% случаев играли перинатальные факторы, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез и, как следствие, в дальнейшем присоединение неврозоподобных нарушений (86,2% детей данной группы) - заикания, тиков, энуреза, энкопреза, что еще более утяжеляло социальную адаптацию детей в группе сверстников и усугубляло отставание в нервно-психическом развитии.

У 73 детей (45,3%) нами был выделен соматовегетативный уровень реагирования на стрессы, что более характерно для раннего возраста и проявлялось в данной группе расстройствами сна, снижением веса и частыми заболеваниями, в результате чего резко сокращалась частота посещения детских учреждений и еще более провоцировало их отгороженность от коллектива и нарушало социальную адаптацию.

Группа РДА в нашем исследовании была представлена 205 детьми (38,1% от общей выборки). Клинические проявления дизадаптации в данной группе были крайне вариабельны. Наиболее частыми являются депрессивные (33,4%), гипердинамические, (49,9%), фобические (73,1%), смешанные симптомы (57,2%) и стереотипии, встречающиеся практически у 100% детей. Вышеназванные симптомы сопровождалось подавленным настроением, грустью, тревогой или беспокойством. Тревожность у таких детей проявляется диффузными, неопределенными страхами, ощущением угрозы, чувством напряжения, повышенной раздражительностью, плаксивостью. На фоне пониженного настроения отмечались ограничение привычных интересов, желаний, физическое истощение, снижение концентрации внимания, ухудшение памяти, регресс приобретенных навыков. Социальные нарушения становились заметными уже в раннем детстве. В возрасте от 2 до 3 лет все дети практически не демонстрировали способность к пониманию социального окружения, не приближались к другим людям, не реагировали на проявление чужих эмоций, не имитировали чужое поведение и не участвовали в невербальном общении. Все дети из группы РДА были не способны чувствовать состояние других людей, то есть у них отсутствовала способность к эмпатии. Социальные взаимоотношения в обществе для них были чужды и непонятны. В возрасте после 3 лет проявления социальной дизадаптации усиливались. Так, если обычные дети в раннем возрасте повторяли все за взрослыми, то детям с РДА это было не свойст-

венно. Они не понимали невербального общения, избегали контакта с незнакомыми людьми, не контактировали со сверстниками, при этом в 71,7% случаев (n=147) они были очень привязаны к одному из родителей. В детском коллективе ребенок практически не играл с другими детьми и взрослыми, не понимал суть групповой игры, плохо запоминал лица. Большинство детей либо отдалялось от любого контакта, либо впадало в так называемый «коммуникативный негативизм», крайним проявлением которого в 90% случаев была аутоагрессия. Неврологические знаки у таких детей выявлялись в 4,7% случаев.

Выводы

1. Во всех трех группах исследования выявлены признаки нарушения социальной адаптации, которые не просто значительно затрудняли познавательную и игровую деятельность ребенка, но и делали его адаптацию в группе сверстников практически невозможной.

2. В группе детей с УО ведущими факторами, приводящими к нарушению социальной адаптации, были задержка речевых навыков, особенности поведенческих реакций и, что особенно важно, нахождение детей в группах сверстников, значительно отличающихся от них по уровню интеллектуального развития.

3. Для детей с РОНПР в большей степени, чем в других группах, было характерно возникновение невротических расстройств в виде заикания, тиков, энуреза, энкопреза и нарушений сна и аппетита.

4. В группе детей с РДА на социальную адаптацию влияли особые формы аутистического мышления. Утяжеляло процесс социальной адаптации присоединение депрессивных, фобических, гипердинамических и смешанных форм расстройств, что создавало переход к пассивному (избегающему) поведению. Такие состояния у детей с РДА, по нашему мнению, являлись провоцирующим эндогенным фактором в условиях психопатологического процесса и еще более формировали тенденции к отрыву ребенка от реальности и его социальной дизадаптации.

Таким образом, в связи с большой распространенностью психических расстройств и высокой степенью инвалидизации у детей раннего возраста данная проблема относится к наиболее актуальным в детской психиатрии, психологии и коррекционной педагогике. Своевременное выявление социальной дизадаптации, комплексное лечение, применение адекватных методов психолого-педагогической коррекции и междисциплинарное взаимодействие помогут выявить проблему на ранних этапах и предупредить патологическое развитие личности и переход в психосоматические расстройства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белова Л.И. Психологические особенности социальной адаптации детей и подростков с различными формами аутистического мышления: автореф. дис. ... канд. псих. наук. Ярославль, 2012. – 28 с.

2. Благина Н.А. Смешанные специфические расстройства развития резидуально-органического генеза у детей младшего школьного возраста : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2009. – 27 с.

3. Варанкова, Л.В. Клинико-динамическая характеристика и реабилитация больных, страдающих ранним детским аутизмом (по материалам Томской области): автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2004. – 31 с

4. Гранкина И.В., Иванова Т.И., Крахмалева О.Е. Факторы формирования и особенности поведенческих нарушений у детей с психическими расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 5 (74). – С. 43–47.

5. Иванова Т.И. Депрессивные нарушения у детей: формирование, клиническая динамика, лечение и реабилитация: автореф. дис. ... д-ра мед. наук.– Томск,

2008. – 50 с.

6. Карауш И.С., Куприянова И.Е. Медико-психологическое сопровождение детей с нарушениями слуха // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 3. – С. 47—49.

7. Козловская Г.В. Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология, вопросы абилитации): Дис. ... д-ра. мед. наук. М., 1995.

8. Копыл О.А., Баженова О.В., Баз Л.Л., Выделение факторов и условий психологического риска для будущего развития ребенка // Синапс. - 1994. - № 5. - С. 35-42.

9. Коробейников И.А. Особенности социализации детей с легкими формами психического недоразвития: дис. д-ра псих... наук. М., 1997..

10. Летунова В.Е. «Дети группы риска» в системе работы ПМПС-Центра // Дети группы риска: Материалы международного семинара. СПб. Издательство РГПУ им. А.И. Герцена, 1998. -178 с.

11. Рычкова Л.С. Клиническая типология школьной дизадаптации у детей с умственной отсталостью (клинико-психопатологические и социально-психологические аспекты): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Томск, 2004.

12. Семке В.Я. Психическое здоровье подрастающего поколения как показатель социального благополучия общества // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2004. – № 3. – С. 7—14.

13. Психическое здоровье детей: клиническое и социальное исследование (обзор иностранной литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 3. – С. 71—76.

1. Belova L.I. Psihologicheskie osobennosti social'noj adaptacii de-tej i podrostkov s razlichnymi formami autisticheskogo myshlenija: avto-ref. dis. ... kand. psih. nauk. Jaroslavl', 2012. – 28 s.

2. Blaginina N.A. Smeshannye specificheskie rasstrojstva razvitija rezidual'no-organicheskogo geneza u detej mladshego shkol'nogo vozrasta : avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Tomsk, 2009. – 27 s.

3. Varankova, L.V. Kliniko-dinamicheskaja harakteristika i rehabilitacija bol'nyh, stradajushhij rannim detskim autizmom (po materialam Tomskoj oblasti): avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Tomsk, 2004. – 31 s

4. Grankina I.V., Ivanova T.I., Krahmaleva O.E. Faktory formirovanija i osobennosti povedencheskih narushenij u detej s psihicheskimi rasstrojstvami // Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii. – 2012. – № 5 (74). – С. 43–47.

5. Ivanova T.I. Depressivnye narushenija u detej: formirovanie, klinicheskaja dinamika, lechenie i rehabilitacija: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk.– Tomsk, 2008. – 50 s.

6. Karaush I.S., Kuprijanova I.E. Mediko-psihologicheskoe soprovozhdenie detej s narushenijami sluha // Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii. – 2011. – № 3. – С. 47—49.

7. Kozlovskaja G.V. Psihicheskie narushenija u detej rannego vozrasta (klinika, jepidemiologija, voprosy abilitacii): Dis. ... d. med. n. Moskva, 1995.

8. Kopyl O.A., Bazhenova O.V., Baz L.L., Vydelenie faktorov i uslovij psihologicheskogo riska dlja budushhego razvitija rebenka. Sinaps. 1994. № 5. S. 35-42.

9. Korobejnikov I.A. Osobennosti socializacii detej s legkimi formami psihicheskogo nedorazvitija: dis. d-ra psih... nauk / A.A. Korobejnikov. – М., 1997., s.323 .

10. Letunova V.E. «Deti gruppy riska» v sisteme raboty PMPS- Cen-tra// Deti gruppy riska: Materialy mezhdunarodnogo seminar. SPb. Izdatel'stvo RGPU im. A.I.

Gercena, 1998.-178s.

11. Rychkova L.S. Klinicheskaja tipologija shkol'noj dizadaptacii u de-tej s umstvennoj otstalost'ju (kliniko-psihopatologicheskie i social'no-psihologicheskie aspekty): avtoref. dis. ... d-ramed. nauk. – Tomsk, 2004. – 43 s.

12. Semke V.Ja. Psihicheskoe zdorov'e podrastajushhego pokolenija kak pokazatel' social'nogo blagopoluchija obshhestva // Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii. – 2004. – № 3. – S. 7—14.

13. Psihicheskoe zdorov'e detej: klinicheskoe i social'noe issledovanie (obzor inostrannoj literatury) // Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii. – 2011. – № 3. – S. 71—76.

14. Boylan K., Vaillancourt T., Boyle M., Szatmari P. Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder // European Child and Adolescent Psychiatry. – 2007. – V. 16 (8). – P. 484—494.

15. Kuzmichev B.N., Zinkovskiy A.K. Comparative analysis of clinical and social characteristics of adolescents, with the mental retardation of mild and moderate degree // World Psychiatry 2008. — 17 (3). — P. 15—19.

16. Links P.S.; Offord D.R., Boyle M.H. Correlates of emotional disorder from a community survey // Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie. – 1990. – V. 35 (5). – P. 419—425.

Zh.V. Albitskaya., L.N. Kasimova, V.V. Dvoraynina.
THE FEATURES OF SOCIAL ADAPTATION OF CHILDREN OF EARLY
AGE WITH VARIOUS MENTAL DISORDERS

GBOU VPO «Nizhegorodskaya State Medical Academy» (Nizhnij Novgorod).

Summary. The article considers the peculiarities of social adaptation in children of early age (1-5 years old) with various mental disorders, consisting in the dispensary at the children's psychiatrist. Described the clinical manifestations in different age periods of social adaptation and dysadaptation in children with mental retardation, residual-organic mental disorders, and early infantile autism.

Keywords: mental disorders, social adaptation, maladjustment, mental retardation, early infantile autism, residual organic neuro-psychiatric disorders.

А.М. Щербакова, А.А. Забавская

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ
СТАЦИОНИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ
С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

Резюме. В статье описывается исследование, посвященное выявлению психолого-педагогических проблем детей с психическими заболеваниями, проходящих длительное лечение в условиях стационара. Дана характеристика среды пребывания в лечебном учреждении с точки зрения самих пациентов. Показана связь выявленных аспектов среды лечебного учреждения с понятием качества жизни. Даны рекомендации, направленные на повышение дружелюбности среды к ребенку, находящемуся в условиях длительной госпитализации.

Ключевые слова: дети с психическими заболеваниями, длительная госпитализация, реабилитационная среда, качество жизни, самореализация.

Качество жизни (КЖ) – это многомерная конструкция, включающая в себя весь спектр основных областей жизни – от интимно-личностных отношений до осознания своих прав и обязанностей. Субъективная оценка КЖ, отражающая восприятие и переживание своего благополучия самим человеком, играет ведущую роль в определении степени его удовлетворенности жизнью. «Качество жизни» – универсальное понятие, которое также приложимо к людям с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), как и ко всем другим людям в обществе [3].

Одной из ключевых задач психологической реабилитации является повышение КЖ людей с ОВЗ как в его объективных показателях, так и в субъективной оценке. С учетом направленности на повышение КЖ суть реабилитационной помощи можно сформулировать в обобщенном виде следующим образом [1]:

1. Помочь людям с ОВЗ получать удовлетворение от жизни.
2. Поддержать этих людей в стремлении жить настолько независимо, насколько это возможно, и так, как они сами хотят жить.

Возможность достижения этих целей тесно связана с характеристиками среды пребывания людей с ОВЗ [2].

ДеВульф [1] указывает следующие компоненты среды, отражающиеся на субъективном ощущении КЖ:

1. **Выбор:** удовольствие от жизни больше, когда дана возможность делать выбор.
2. **Соответствие нормам** («нормальность»): среда такая же, как и те обычные среды, в которых живут, проводят время люди БЕЗ ограничений.
3. **Индивидуализация:** среда соответствует желаниям и потребностям людей; их возрасту, физическим ограничениям и т. д.
4. **Предпочтения:** знание о том, что люди любят, и забота о том, чтобы эти вещи присутствовали в среде пребывания постоянно.

Не соответствующая этим параметрам среда становится препятствием на пути социализации и самореализации ребенка.

Тяжело болеющие дети, переживающие неоднократные госпитализации, нуждаются в создании дружелюбной им среды в лечебном учреждении. Это тем более важно, что длительный отрыв от естественной для ребенка семейной обстановки, компании сверстников, возможности посещать школу и развиваться в соответствии со своим возрастом вместе с другими детьми ставит этих детей в положение психологической и социальной депривации.

Среди заболеваний, требующих длительного пребывания ребенка в стационаре, следует указать на связанные с психическим неблагополучием. Учитывая многократность и длительность медицинских и реабилитационных мероприятий, необходимых при тяжелых психических заболеваниях, важно понимать, что дети-пациенты не просто лечатся, а живут в больнице. На первый план выступает задача создания адекватной детским потребностям организации быта и досуга в больнице – реабилитационной среды. Решение этой задачи требует изучения психологического климата лечебных учреждений с акцентом на выявление возможностей повышения КЖ детей-пациентов: наличие личностно-ориентированной индивидуализированной среды, возможности реализации деятельностного аспекта реабилитации и проч.

Такое исследование было предпринято на базе Городской детской психиатрической больницы. Использовались индивидуальная беседа, анкетирование (также осуществлявшееся индивидуально), психологический эксперимент. Всего в исследовании принял участие 71 человек.

Из 62 детей, участвовавших в анкетировании, 27 человек находились на лечении первый раз, 15 человек проходили курс лечения 2-й раз, 14 человек – 3-й раз, и еще 5 детей были в больнице более 3 раз.

Все опрошенные дети вне больничной жизни посещают массовые общеобразовательные школы. Одним из важнейших видов деятельности детей школьного возраста является обучение. Поэтому большое внимание было уделено возможности госпитализированных детей получать образовательные услуги. В условиях госпитализации пятая часть детей посещает школу на территории больницы. Почти половина обучается в отделении, к ним приходят учителя из школы, обслуживающей больницу. Незначительная часть детей выполняет домашние задания, полученные от своих школьных учителей по месту жительства и принесенные родителями. Четвертая часть опрошенных на момент пребывания в больнице не учится (как правило, по медицинским противопоказаниям).

Дети, обучающиеся в больнице, изучают все основные предметы, предусмотренные общеобразовательной программой. На вопрос о занятиях физкультурой, изобразительной деятельностью, технологией лишь третья часть опрошенных ответила, что участвует в дополнительных занятиях по музыке и пению, творчеству, пантомиме и ЛФК.

Между уроками как в школе, так и в отделении, устраивают перемены. Третья часть детей-пациентов указала, что время перемены они посвящают активной досуговой деятельности (рисование, оригами, игры и др.). Почти столько же детей свидетельствуют о пассивном времяпрепровождении («ничего не делаю», «сижу-жду» и др.) Небольшая часть опрошиваемых ответила, что на переменах готовятся к следующему уроку.

Более половины - 54,5% испытуемых отметили, что им не нравится учиться в больнице. При этом на вопрос: где больше нравится учиться (при больнице или в общеобразовательной школе по месту жительства) - 78,4% детей отметили свою «домашнюю» школу, аргументируя это знакомой обстановкой, друзьями, тем, что из школы забирают домой, и т. п. Исходя из пояснений, можно предположить, что речь идет не о качестве той или иной школы, а о самом пребывании в условиях стационара, которое воспринимается как негативное и переносится на больничную школу.

На вопрос о трудностях в обучении, с которыми пациенты сталкиваются в больничной жизни, 44% учащихся ответили, что никаких трудностей не испытывают. 37% от остальных ответов указывали на академические трудности (неуспеш-

ность по тем или иным предметам, сложность задач и пр.), 46% - на организационные трудности (плохая дисциплина, незнакомые учителя, родители не помогают с домашними заданиями), а также упоминалось отсутствие мотивации (17%).

Вопрос о том, что мешает учиться другим детям, пребывающим в больнице, оказался не менее информативен. Опрошенные указывали на проблемы, связанные с «шумом», поведением других детей и ощущением незащищенности. Также дети отмечали особую «больничную обстановку», «больничное напряжение» и «тоску по дому» (около четверти ответов). Интересно, что отдельно дети выделяли трудности, связанные с их заболеваниями. Были получены такие ответы как «лекарства», «психика», «состояние здоровья» (10% ответов).

На вопрос «что, по твоему мнению, нужно сделать, чтобы учиться в больнице было интереснее и приятнее» дети высказали следующие пожелания:

- сделать уроки более увлекательными, чем в обычной школе («больше активности, т. к. мы здесь грустные», «викторины и игры», «больше практики», «больше наглядных пособий» и др.);
- изменить позицию учителя («чтобы учителя были добрее», «чтобы учителя лучше объясняли» и т. д.);
- внедрить компьютерные технологии («использовать интернет», «планшеты и компьютеры» и др.);
- решать вопросы дисциплины («утихомирить всех», «сделать классы меньше», «плохих детей в отдельное отделение» и др.);
- отказаться от традиционного обучения («сделать перемены больше уроков», «только ИЗО и перемены» и т. д.).

Как говорилось выше, большинство из опрашиваемых не посещает школу. Многие ребята в разговоре жаловались на то, как тяжело находиться целый день в отделении, как они завидуют тем, кто посещает школу. Так как для многих пациентов госпитализация длится месяцы и повторяется неоднократно на протяжении года, необходимо оценить комфортность условий нахождения в отделении. Изучению этой проблемы послужили ответы на следующие вопросы.

Весьма важным показался нам вопрос о восприятии детьми личного пространства. Только 33% детей сказали, что у них «есть свое место» в больнице. В большинстве ответов в качестве этого места фигурировали кровать, парта, стул. Остальные 67% детей сказали, что не чувствуют, что у них есть такое место. Половина из всех опрошенных хотела бы иметь свое личное пространство или же увеличить его размеры. При этом многие ребята представляют себе его крайне нереалистично («Класс, где все по моим правилам», «Иметь свой бокс, личную комнату», «Большая комната с личным холодильником»).

Согласно ответам детей, 42% из них не имеют личных вещей, взятых с собой из дома. В положительных ответах были перечислены игрушки, журналы, книги, учебники, школьные принадлежности, одежда, реже плееры и телефоны без сим-карт.

Возможность и желание дружить также является неотъемлемой частью благоприятного психологического климата. На вопросы о дружбе большинство опрошенных (76 %) ответило, что имеют друзей в больнице. А вот поддерживать из больницы связь со своими старыми друзьями оказалось проблематичным практически для всех детей: 57% не имеют такой возможности, а те, кто связывается с друзьями, может это делать в основном только через родителей.

В больнице данного профиля тема запретов является крайне сложной и противоречивой. Тем не менее, мы попытались выяснить отношение ребят к существующим в стационаре правилам и то, насколько они им понятны. На вопрос о том,

что им хотелось бы делать, находясь в больнице, но было запрещено, ответили все опрошенные дети. 16% детей ответили, что таковых запретов для них в больнице нет. Остальные ответы разделились на следующие группы:

- игра на компьютере, планшете и т. п. - 16 %;
- использование телефона для звонков - 13%;
- прогулки за территорию - 8%;
- еда (есть домашнюю еду, есть ночью и т. д.) - 6%;
- занятия спортом - 5%;
- азартные игры – 5%;
- не спать днем – 5%;
- слушать музыку, используя плеер - 3%;
- использовать интернет – 3%;
- другие (обниматься с мамой, фотографировать, привезти животных и др.) - 9%.

Только 58% ребят однозначно ответили, что понимают, почему «это» запрещено. 24% - не понимают. Остальные воздержались от ответа. Невозможность пользоваться телефоном дети объясняют тем, что «взрослые боятся, что мы позвоним в милицию», а запрет на использование дорогостоящей техники тем, что «могут украсть» или «воспитатель не хочет нести за это ответственности».

Ответы на вопросы о волонтерах, приходящих в больницу, сильно варьировали от отделения к отделению: к некоторым ребятам волонтеры приходят систематически, по два раза в неделю; некоторые видят их только на праздниках; в некоторых отделениях ребята отмечают, что волонтеры приходят только к «сиротам». Так или иначе, 61% пациентов, ответивших на этот вопрос, общался с волонтерами в больнице, и большая часть из них хотела бы встречаться с ними чаще. Большинство опрашиваемых предпочитает быть в роли активного участника (а не зрителя) в этом процессе.

Выводы и рекомендации

Исследование показало, что для большинства детей с психическими заболеваниями, получающих лечение в условиях стационара, длительная госпитализация является тяжелым переживанием. Полученные данные помогли выявить особенности среды в детском лечебном учреждении, которые требуют переосмысления и коррекции в направлении повышения качества жизни ребенка с психическим заболеванием, прежде всего о расширении его возможностей самореализации и позитивной социализации в условиях длительного стационарирования.

Наравне с академическими трудностями в обучении дети сталкиваются с трудностями организационного порядка, в том числе с последствиями плохой дисциплины и переполненности классной или игровой комнат, что мешает сосредоточиться и заниматься уроками. Существенными являются также мотивационные трудности, в которых нередко признаются сами дети.

Основные предложения пациентов по улучшению процесса обучения связаны с «улучшением» личностных и профессиональных качеств педагогов, а также с увеличением доли интерактивных технологий в процессе обучения. Также существенное место занимают предложения по поводу улучшения дисциплины в классе.

Для создания более «защищенной» обстановки в больнице необходимо переосмысление организации ее пространства: большее количество помещений, более насыщенная игровая и учебная среда; а также пересмотр штатных нормативов: предусмотреть большее количество воспитателей на отделение, с тем чтобы в группе находилось меньшее количество детей.

Особую роль для детей, пребывающих в лечебном учреждении, играют заня-

тия, имеющие креативную, творческую, досуговую направленность (занятия занимательным ручным трудом, изобразительной деятельностью, участие в театральных постановках, посильные спортивные занятия и проч.). Такие занятия помогают детям наиболее полно выразить себя, пережить состояние успеха, отвлекают от негативных переживаний, закладывают полезные навыки для дальнейшей социализации в обществе, несут коррекционно-развивающую направленность.

Ответы детей дают основания сделать вывод о том, что в целом недостаточно продумана их досуговая деятельность. Необходимы увеличение различных занятий творческими видами деятельности, привлечение для их проведения не только основного воспитателя, но отдельных кружководов – как педагогов дополнительного образования, так и волонтеров. Участие волонтеров интересно и приятно большинству пациентов. Необходимо внедрение такой практики в те отделения, где ее пока нет.

Ответы на блок вопросов, касающихся личного пространства пациентов, позволили нам оценить недостаток этой важной составляющей организации больничного быта. Возможно, необходим пересмотр списка вещей, разрешенных для принесения в больницу, создание большего количества «безопасных» мест для уединения, уменьшение количества детей, пребывающих в одной комнате, для создания более психологически комфортной обстановки.

Имея ввиду многократность и длительность пребывания детей с психическими заболеваниями в стационаре, необходим пересмотр правил, связанных с «общением с внешним миром» (телефон, интернет и т. д). Дети не должны чувствовать свою изолированность и беспомощность.

ЛИТЕРАТУРА

1. ДеВульф М.Дж. Использование различных видов позитивной поддержки поведения. Психологическая реабилитация / Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья: Материалы международной научно-практической конференции / Отв. ред. А.М. Щербакова. - М., 2011.

2. Щербакова А.М. Роль среды в формировании субъектной позиции ребенка с ОВЗ// Сб. материалов Международной научно-практической конференции «Искусство как творчество социальности и проблемы социокультурной реабилитации» 12-13 мая 2010 г.

3. Щербакова А.М., Забавская А.А. Субъективная оценка качества жизни молодыми инвалидами с ментальной недостаточностью [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование PSYEDU.ru 2012. № 4. URL: <http://psyedu.ru/> (дата обращения: 08.10.2013)

1. DeVul'f M.Dzh. Ispol'zovanie razlichnyh vidov pozitivnoj podderzhki povedenija. Psihologicheskaja reabilitacija / Aktual'nye problemy psihologicheskoy reabilitacii lic s ogranichennymi vozmozhnostjami zdorov'ja: Materialy mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii / Otв. red. A.M. Shherbakova. - M., 2011.

2. Shherbakova A.M. Rol' sredy v formirovanii sub#ektnoj pozicii rebenka s OVZ// Sb. materialov Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii «Iskusstvo kak tvorchestvo social'nosti i problemy sociokul'turnoj reabilitacii» 12-13 maja 2010 g.

3. Shherbakova A.M., Zabavskaja A.A. Sub#ektivnaja ocenka kachestva zhizni molodymi invalidami s mental'noj nedostatocnost'ju [Elektronnyj resurs] // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie PSYEDU.ru 2012. № 4. URL: <http://psyedu.ru/> (data obrashhenija: 08.10.2013)

A. Shcherbakova, A. Zabavskaja

**PSYCHOLOGICAL AND EDUCATIONAL PROBLEMS OF CHILDREN
WITH MENTAL ILLNESSES WHO UNDERGO AN EXTENDED TREATMENT
IN AN ENVIRONMENT OF A HOSPITAL**

Moscow City University of Psychology and Education (Moscow).

Suumary. The article describes a study dedicated to finding psychological and educational problems of children with mental illnesses who undergo an extended treatment in an environment of a hospital. We give a characteristic of an environment at a hospital from the point of view of children. The connection is shown between revealed environmental aspects and the definition of quality of life. Finally, we give recommendations directed at increasing friendliness of the environment towards children who experience extended hospitalization.

Keywords: children with mental illnesses, extended hospitalization, rehabilitational environment, quality of life, self-realization.

Д.Ю. Шигашов, Ю.А. Фесенко

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ВИКТИМНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**
**СПб ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия»
им. С.С. Мнухина» (Санкт-Петербург).**

Резюме. В статье рассмотрены вопросы клинической и психолого-педагогической коррекции дальнейшего воспитания и развития детей и подростков, подвергшихся сексуальному насилию. Отмечено, что имеющиеся противоречия в современной организации психолого-педагогического сопровождения таких детей препятствуют выработке адекватных социально-педагогических мер воздействия по профилактике развития аномально-личностных новообразований и коррекции личностного развития подвергшихся насилию. Показана важность интегрированного подхода в клинико-профилактической и психолого-педагогической помощи детям для оптимизации субъектных отношений и коррекции развития личности подрастающего человека.

Ключевые слова: сексуальное насилие, личность, аномалия, виктимное поведение, психолого-педагогическая коррекция.

Психолого-педагогическое и клиническое изучение подвергшихся сексуальному насилию подростков ставит во главу угла проблему не столько диагностического анализа возникающих и формирующихся у них аномально-личностных образований, сколько в условиях различного уровня их пребывания в той или иной социальной ситуации – взаимодействия потерпевших со сверстниками и окружающими взрослыми [3, 8]. Образовательные учреждения уделяют особое внимание воспитанию и обучению подрастающего поколения, основываясь в своей работе на законодательных правах, предоставляемых институту семьи [5, 7].

Необходимо учитывать, что современная организация психолого-педагогического сопровождения детей и подростков, подвергшихся насилию, осложняется наличием ряда общих противоречий, между:

а) структурным реформированием ряда социальных институтов («Психологическая служба школы», «Социальная служба помощи семье и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации», «Государственное учреждение социального обслуживания детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья», «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних» и др.) и усложнившимися задачами профилактической и реабилитационной практики, при которой отмечалась бы эффективность воздействия воспитательных и клинико-психологических мер;

б) фактическим оказанием помощи детям и подросткам, подвергшимся насилию, и пролонгированным воздействием социокультурной среды обитания – семьи, школы, неформальных организаций, других социальных институтов;

в) условиями жизнедеятельности детей и подростков и эффективностью мер социальной защиты, осуществляемыми социально-психологическими, медицинскими и правоохранительными службами.

Актуальность проблемы обусловлена также потребностью современной педагогической и психологической науки в разработке вопросов, в которых бы раскрывались особенности поведения лиц детского и подросткового возраста, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, с тем чтобы определить адекватные социально-педагогические меры воздействия по профилактике развития аномально-личностных новообразований, скорректировать личностное развитие подвергшихся насилию детей и подростков в рамках установленных норм жизнедеятельности человека.

Проблема насилия остается одной из важных в юридической практике, однако эта проблема непосредственно связана не только с детьми, подвергающимися насилию, но и с рядом социальных институтов, осуществляющих сопровождение в воспитании и обучении подрастающего поколения – семьей, школой, формальными, неформальными объединениями и прочими организациями. Изучение социальных феноменов, обуславливающих насилие детей и подростков, становится предметом исследования не только юристов, но и клиницистов, педагогов, психологов, социологов.

В семьях, имеющих высокие показатели жестокости над детьми, наблюдается дефицит нравственности в отношениях между полами и высокая вероятность сексуального насилия [4, 9]. Дети, воспитывающиеся в подобных семьях, часто становятся жертвами сексуальных преступлений. В качестве причины возникновения насилия выделяют не только безнравственность и асоциальность родителей, но и клинически выраженные личностные «аномалии» в виде высоких показателей жестокости, гнева, раздражительности, прослеживаемых в одной семье на протяжении нескольких поколений.

Примечательно, что среди пострадавших от внесемейного сексуального насилия не встречалось нарушений воспитания по типу повышенной моральной ответственности и жестокого обращения. По-видимому, для подростков из семей с жестоким обращением возможные агрессивные намерения становятся легко осознаваемыми. Эти подростки быстро распознают угрозу насилия и своевременно предпринимают попытки ее предотвращения. Повышенная моральная ответственность также практически не встречается в группе сексуально-виктимизированных подростков. Вероятно, в результате этого типа воспитания агрессия и принуждение воспринимается подростками негативно потому, что они имеют четкие представления об обстоятельствах насилия и его последствиях.

Сформированное в данных условиях представление собственной исключительности и легкой доступности желаемого побуждает взрослеющего подростка к вынесению требований и запросов за пределы семьи. Поведение в ситуации насилия в целом выражает его отношение к референтной группе. Развитое на примере родительского воспитания чувство вседозволенности проецируется на других актуальных членов социума. Контакты с посторонними лицами, интересующими подростка, инфантильно идеализируются. Создается неправильное представление о попустительствующем поведении со стороны окружающих. Подросток надеется на достижение поставленных задач не по средствам собственных произвольных действий, а за счет попустительства окружающих. Он рассчитывает, что, привлекая внимание к собственной личности, добьется расположения окружающих и получит необходимые поблажки. В данном контексте его ожидания и требования к окружающим не позволяют ему адекватно оценивать первоначальные преступные намерения посягателя. На этапе знакомства с преступником подросток не удивляется тем «подаркам», которые получает от него, а саму личность преступника воспринимает без критики (по аналогии с родительской).

Дети и подростки, подвергшиеся насилию, обнаруживают специфические индивидуальные особенности развития психической сферы, отражающиеся на адаптивных способностях, успеваемости в школе, отношениях в кругу сверстников, в условиях семьи и школы. Конфликтные переживания, развивающиеся в ситуации виктимного поведения, усиливают динамику влияния биологических и социальных факторов, детерминирующих аномально-личностное развитие у подвергшихся насилию подростков, что становится предметом исследования уже клиницистов и психологов.

Проблема взаимовлияния биологического и социального в развитии и формировании личности остается одной из актуальных областей научного познания о человеке. Одни авторы пытаются уделить больше внимания биологическим условиям, отстаивая тем самым генетическую предрасположенность индивида к тем или иным проявлениям психического развития; другие же акцентируют внимание на значении социальных факторов, считая условия воспитания и обучения доминирующими в развитии психических свойств индивида. Отечественные психологи рассматривают онтогенез психического развития с позиций комплексного подхода к человеку, где влияния и тех, и других факторов не уравниваются и в то же время не акцентируются как доминирующие. Эти условия рассматриваются с позиции теории культурно-исторического развития психики, согласно которой индивидуально-психологические свойства личности формируются под влиянием различных форм и методов обучения.

Исследования сотрудников школы Л.С. Выготского убедительно показали, что социальная ситуация развития не есть простая совокупность отдельных элементов, характеризующих независимо друг от друга внешние условия ситуации и внутренние качества субъекта. Л.С. Выготский не случайно отмечал, что внешние элементы среды могут сами по себе не изменяться, но социальная ситуация развития в то же время может коренным образом перестроиться за счет совершившихся внутренних изменений субъекта [2]. Однако в реальных жизненных условиях конкретной личности социальная ситуация развития может включать в себя как имеющиеся в данный момент представления (образ, составляющие его элементы) об окружающем, так и отсутствующие. Они открываются для личности в процессе познавательной деятельности, общения. Кроме того, они могут быть актуализированы личностью в перспективе будущего и влиять таким образом на формирование субъективного представления, открывать его возможную или желательную динамику. Эти вопросы особенно актуальны для подрастающего человека, накапливающего социальный опыт общения, деятельности. Здесь следует отметить, что не всегда этот опыт оказывает то необходимое влияние, которое определяется условиями воспитания и обучения или воздействия и является как для самой личности, так и для окружающих ее лиц положительным. То есть формирующиеся позитивные и негативные личностные образования следует рассматривать сквозь призму так называемой «внутренней позиции» [1] – оценки и самооценки личности по отношению к себе самому и жизни в целом.

Именно внутренняя картина психического состояния субъекта (его потребности, иерархия мотивов поведения и деятельности, познавательные психические процессы, проявления критичности, переживания и пр.), которая на том или ином этапе онтогенетического развития в определенной социальной ситуации может выступать как с позитивными, так и негативными личностными образованиями, явилась предметом настоящего исследования в целях изучения особенностей формирования аномалий личности на ранних этапах ее развития.

В специальной психологии, коррекционной педагогике термин «аномалии» употребляется в следующем сочетании: «аномальные дети», дефект которых обусловлен диффузным поражением коры головного мозга (умственно отсталые), нарушением деятельности анализаторов (глухие, слабослышащие, слепые, слабовидящие, слепоглухонемые), недоразвитием речи при сохранении слуха (алалики, афазики). Первичный дефект в этих случаях вызывает многообразные и сложные вторичные изменения в психике аномального ребенка и его личности [2]. А поэтому основными задачами специальной психологии и коррекционной педагогики является изучение закономерностей психического (компенсаторного) развития за счет замещения и перестройки нарушенных функций, формирования личности у разных категорий аномальных детей под воздействием специальных методов и

приемов воспитания и обучения.

Таким образом, общим в предмете исследования различных научных дисциплин о человеке является психика и, прежде всего, в том ее аспекте, когда речь идет о психических нарушениях, отклонениях, аномально-личностных образованиях, первичных и вторичных дефектах и их компенсации в процессе специального обучения и воспитания.

Психолого-педагогическое изучение аномалий личности у детей и подростков, подвергшихся насилию, у которых вследствие этого изменилось поведение – наблюдались устойчивые признаки учебной (более широко – социальной) дезадаптации, конфликтные переживания, психогенно-невротические реакции и прочие аномалии, осуществлялось в условиях психиатрического стационара в несколько этапов. **На первом этапе** изучались анамнестические сведения об испытуемом, анализировались задачи, которые стояли перед психологическим обследованием, а также обсуждались с лечащим врачом возможные социально-психологические и прогностические оценки личности испытуемого, его психической сферы. **На втором этапе** подбирались экспериментальные методики и планировался ход проведения обследования. **На третьем этапе** осуществлялась обработка полученных данных, формулировались выводы с учетом сведений, имеющихся в истории болезни.

Исследования проводились на базе Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина (главный врач – кандидат медицинских наук Д.Ю. Шигашов). Результаты исследования были систематизированы и проанализированы в контексте особенностей работы службы медико-социального и психолого-педагогического сопровождения подростков, подвергшихся насилию, в условиях детского психиатрического стационара, а также психологического изучения аномалий личности и их коррекции психолого-педагогическими средствами [6, 7].

Причины госпитализации детей в целях обследования отличались неоднородностью. Практически у всех поступавших на обследование детей выявлено от двух и более причин, а поэтому при анализе особенностей воспитательно-педагогической запущенности речь идет как об отдельных симптомах ее, так и об их сочетанности, то есть симптомокомплексах воспитательно-педагогической запущенности.

Все обследованные – подростки, посещающие различные учебно-воспитательные заведения. Для подростков основной причиной госпитализации являлись неуспеваемость в учебе и низкая посещаемость занятий в школе. Для мальчиков характерны уходы из дома, бродяжничество, выявленные в 55% случаев. Наряду с этим также были отмечены конфликты с педагогами, родителями. При этом практически не было выявлено различий по указанным причинам среди мальчиков и девочек. Тенденция к курению, употреблению алкоголя более выражена среди мальчиков и достигает 66,7% и 32,1% среди девочек. Для девочек характерной явилась ранняя половая жизнь (25%) и связанные с нею перенесенные венерические заболевания. Поступление испытуемых данной возрастной подгруппы на обследование было обусловлено, таким образом, не только их запущенностью в интеллектуальной и морально-этической сферах, но и проявлением склонностей к девиантному поведению.

Исследованные группы были подобраны так, что исследователям удалось нивелировать возможные влияния возрастных, образовательных и других социальных факторов в определении различий результатов экспериментально-психологических исследований познавательной и личностной сфер в норме и при различных вариантах дизонтогенетического развития у детей и подростков, подвергающихся насилию.

Использование экспериментально-психологических методик в проведенном исследовании имело целенаправленный характер, то есть, изучая особенности того или иного психического процесса, свойства личности, в экспериментальной ситуации авторы стремились к моделированию поведенческих реакций, свидетельствующих об уровне саморегуляции поведения испытуемого. Это имело значение и для уточнения клинических признаков болезни, и для определения терапевтической, психокоррекционной и педагогической тактики по нивелированию явлений психической дизадаптации и выявленных аномалий личности.

Обследование испытуемого имело заранее подготовленную схему и включало: анализ материалов истории болезни; исследование его сенсомоторной и интеллектуально-мнестической деятельности; изучение особенностей личностной сферы в целях квалификации особенностей формирования аномалий личности. Личностные аномалии, с одной стороны, диагностировались клинически, с другой, описывались психологическими и педагогическими понятиями.

Исследованию сенсомоторной сферы и внимания уделялось особое внимание, так как это позволяет выявить особенности прижизненно формирующихся психофизических свойств, влияющих на продуктивность психической деятельности, выработку тех или иных форм адаптивного поведения.

В экспериментально-психологических исследованиях не последнее место занимало и наблюдение за поведением испытуемого во время эксперимента. В протоколе исследования фиксировалось, как обследуемый воспринимает инструкцию, предложенное задание, как реагирует на ситуацию успешного или неуспешного решения задачи. При этом эмоциональная окраска во многом зависела от того, как испытуемый актуализировал для себя ситуацию эксперимента (например, понимал, что результаты исследования могут повлиять на определение его способностей, возможностей в овладении им учебными знаниями и пр.).

При использовании методик патопсихологического обследования в каждом конкретном случае учитывали уровень общего интеллектуального развития, степень выраженности тех или иных аномалий, личностные характеристики. Поэтому выбор наиболее оптимального сочетания экспериментальных заданий позволял даже в случаях выраженного интеллектуального и личностного дефекта обнаружить наличие сохранных компонентов деятельности подростка и проследить их динамику в процессе лечения, психокоррекционных и педагогических мероприятий.

Авторы исследования надеются, что полученные объективные научные результаты в своей совокупности будут способствовать решению важной научной проблемы – становлению теории и практики психологии развития и педагогики по психологической коррекции и социально-педагогическому сопровождению подвергшихся насилию подростков на основе интегрированного подхода в клинικο-профилактической и психолого-педагогической помощи детям и их родителям, педагогам школы в оптимизации субъектных отношений и коррекции в развитии личности подрастающего человека.

ЛИТЕРАТУРА

1. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. СПб.: Питер. 2008. 400 с.
2. Выготский Л.С. Собрание сочинений. М.: Педагогика. 1983. Т.3. 366 с.
3. Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В. (ред.). Агрессия и психическое здоровье. СПб, 2002. 460 с.
4. Ивлева Т.Г. Семейная развивающая среда и ее роль в становлении личности ребенка: Матер. Всерос. науч. конф. Психологические проблемы современной российской семьи. Ч. 2. М., 2003. С. 89-93.

5. Фесенко Ю.А., Шигашов Д.Ю. Детская психиатрия. Карманный справочник. СПб.: Наука и техника. 2011. 416 с.

6. Шигашов Д.Ю. Предиспонирующие факторы в развитии виктимного поведения подростков при насилии в семье. Вестник ЛГУ им. А.С. Пушкина. 2013. №. 3. Т. 5 (Психология). С.105-111.

7. Шигашов Д.Ю., Фесенко Ю.А., Худик В.А. Психологические аспекты профилактики насилия над детьми в семье и школе: Матер. V Междунар. конгресс. Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья. М.: ООО ONEBOOK.RU. 2013. С. 64.

1. Bozhovich L.I. Lichnost' i ee formirovanie v detskom vozraste. SPb.: Piter. 2008. 400 s.

2. Vygotskij L.S. Sobranie sochinenij. M.: Pedagogika. 1983. T.3. 366 s.

3. Dmitrieva T.B., Shostakovich B.V. (red.). Agressija i psihicheskoe zdo-rov'e. SPb, 2002. 460 s.

4. Ivleva T.G. Semejnaja razvivajushhaja sreda i ee rol' v stanovlenii lichnosti re-benka: Mater. Vseros. nauch. konf. Psihologicheskie problemy sovremennoj rossijskoj sem'i. Ch. 2. M., 2003. S. 89-93.

5. Fesenko Ju.A., Shigashov D.Ju. Detskaja psihiatrija. Karmannyj spravochnik. SPb.: Nauka i tehnika. 2011. 416 s.

6. Shigashov D.Ju. Predisponirujushhie faktory v razvitii viktimnogo povedenija podrostkov pri nasilii v sem'e. Vestnik LGU im. A.S. Pushkina. 2013. №. 3. Т. 5 (Psihologija). S.105-111.

7. Shigashov D.Ju., Fesenko Ju.A., Hudik V.A. Psihologicheskie aspekty profilaktiki nasilija nad det'mi v sem'e i shkole: Mater. V Mezhdunar. kongress. Molodoe pokolenie XXI veka: aktual'nye problemy social'no-psihologicheskogo zdorov'ja. M.: ООО ONEBOOK.RU. 2013. S. 64.

8. Fergusson D.M., Boden J.M., Horwood L.J. Exposure to childhood sexual and physical theoretically important relationship. Behavior Research and Therapy. 2008. N 45. Pp.539-547.

9. Kerig P.K., Sink H.E., Cuellar R.E. et al. Implementing Trauma-Focused CBT With Fidelity and Flexibility: A Family Case Study. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2010. Vol. 39(5). Pp.713-722.

D.Yu. Shigashov, Yu.A. Fesenko

PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL CHARACTERISTIC VICTIMAGE BEHAVIOR IN ADOLESCENCE

Rehabilitation Center «Children's psychiatry» named after S.S. Mnukhin (St. Petersburg).

Summary. In the article the questions of clinical and psycho-pedagogical correction further education and development of children and adolescents who are victims of violence. It is noted that the contradictions existing in the modern organization of psycho-pedagogical support of these children impede development of adequate socio-pedagogical interventions in the prevention of development of abnormally-personality tumors and correction of personal development of victims of violence. Shows the importance of an integrated approach to clinical-prophylactic and psycho-pedagogical assistance to children to optimize subjective relations and the correction of personal development of the younger man.

Keywords: violence, personality, abnormality, victimization behavior, psycho-pedagogical correction.

И.С. Карауш, И.Е. Куприянова

**ТРЕВОГА И ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА
УЧАЩИХСЯ КОРРЕКЦИОННЫХ ШКОЛ
С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА И ЗРЕНИЯ
НИИ психического здоровья (Томск).**

Резюме. В статье описана структура и особенности клинических проявлений психических расстройств у детей и подростков с нарушениями слуха и зрения, учащихся коррекционных школ. Проведено сплошное обследование 368 учащихся 7-18 лет. Обсуждаются проявления тревоги (невербальные, соматические), определен уровень тревоги по шкале явной тревожности для детей СМАС. Повышенный и высокий уровень тревоги выявлен у 33% детей, значимо чаще – у слабослышащих учащихся. С помощью метода логистической регрессии определены факторы, имеющие прогностическое значение в возникновении повышенного и высокого уровня тревоги у детей с нарушениями зрения.

Ключевые слова: дети с нарушениями слуха и зрения, психические расстройства, тревога.

Для детей с дефицитарным типом дизонтогенеза, наглядным примером которого являются дефекты слуха и зрения, характерны проблемы функционирования на разных уровнях – здоровья, коммуникации и социализации [0, 0, 0, 0]. Часто встречающимися являются нарушения познавательной деятельности, интеллекта и социального развития [0, 0], обусловленные трудностями взаимодействия с окружающей средой [0, 0]. Степень выраженности последствий дефекта слуха для познавательного, социального и эмоционального развития ребенка определяется не только степенью тугоухости, наличием современных слуховых аппаратов или кохлеарных имплантатов, но и такими факторами, как вторичные нарушения развития, уровень IQ, родительские ресурсы и учебные обстоятельства [0].

Трудности взаимодействия со слабослышащими и глухими детьми (специфика восприятия речи, дефицит коммуникативных навыков), использование стандартизированных для нормально слышащих детей вербальных тестов определяют разный уровень показателей распространенности у них психических расстройств от 15% до 60% [0]. Комплексные медицинские исследования взаимосвязи сенсорных нарушений и психического состояния детей, а также данные о распространенности и особенностях проявления тревоги практически отсутствуют. В целом, несмотря на то что тревожные расстройства являются одними из наиболее распространенных среди психических нарушений в педиатрической практике и часто являются началом психопатологических проявлений у взрослых [0, 0], детская тревога редко признается родителями и самими детьми как медицинская проблема, что уменьшает вероятность своевременного оказания квалифицированной помощи [0, 0]. Врачи также не всегда выявляют и оценивают значимость тревоги у детей, обращающихся за медицинской помощью [0, 0]. Одной из задач клинко-психологического исследования детей с нарушениями в развитии является выявление тревожных и аффективных симптомов, которые часто остаются нераспознанными.

Результаты эпидемиологических исследований, помимо подтверждения высокого роста показателей болезненности и заболеваемости, а также повсеместной неполноты выявления пограничной психической патологии, показали наличие расстройств, не имеющих четких клинических форм и нозологической специфичности, которые однозначно не могут быть отнесены ни к норме, ни к патологии – так на-

зываемых донозологических или психодизадаптационных состояний [0]. Это состояния, не соответствующие клиническим критериям расстройств, согласно МКБ-10, включающие единичные или нечетко выраженные симптомы. По данным НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБУ «НЦЗД», клинически очерченные формы пограничных психических нарушений диагностируются примерно у 10% учащихся образовательных учреждений, в то время как у 60% подростков определяются так называемые «предболезненные психические расстройства» [0]. Можно предположить, что большинством врачей данные состояния не учитываются и, соответственно, без психокоррекционных и психопрофилактических мероприятий формируются уже клинически выраженные расстройства.

Цель представляемого фрагмента исследования - изучение психического здоровья детей с тяжелыми нарушениями слуха и зрения, учащихся специализированных специальных (коррекционных) школ 7-18 лет, как одной из категорий детей с ограниченными возможностями здоровья и описание специфики клинической картины психических расстройств и уровня тревоги.

Материал и методы исследования. Методом сплошной выборки были обследованы 368 учащихся 7-18 лет специализированных специальных (коррекционных) школ: 186 учащихся Школы-интерната для обучающихся с нарушениями слуха (100% имеют статус инвалида) и 182 учащихся Школы-интерната для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья III-IV вида (45%, 82 чел., имеют статус инвалида).

Критерии включения в исследование: наличие выраженных нарушений слуха и зрения (сенсоневральная тугоухость III- IV степени, глухота, врожденные аномалии органа зрения), обуславливающие обучение в коррекционных школах I, II, III, IV вида; получение информированного согласия на обследование от родителей (законных представителей) и от самого ребенка при достижении им 14 лет; возраст 7–18 лет и отсутствие обострения соматической патологии. *Критерии исключения:* отказ родителей (опекунов) и/или самого ребенка от участия в исследовании; возраст младше 7 и старше 18 лет; наличие психотических расстройств; наличие острой или обострение хронической соматической патологии в период исследования. Речевое общение было основным средством связи со всеми детьми с нарушениями зрения и слабослышащими; общение с глухими детьми проходило в письменном виде (вопросы и ответы), при затруднениях понимания ребенком письменной речи – с участием сурдопереводчика.

Использованы клинический, психологический и статистический методы. Применялась шкала явной тревожности для детей CMAS (The Children's Form of Manifest Anxiety Scale), выявляющая поведенческие, соматические и психические составляющие тревожности как относительно устойчивого свойства личности и реакции на ситуацию у детей 8-12 лет, но в связи с особенностями изучаемого контингента (инфантилизм, интеллектуальные и когнитивные нарушения) в настоящем исследовании данная шкала использовалась у детей до 18 лет. Результаты обрабатывались с использованием программы STATISTICA v.8.0. Проверка гипотезы о нормальности распределения осуществлялась с помощью критериев Колмогорова-Смирнова, Лиллиефорса. Распределение признаков было признано отличным от нормального, вследствие чего для статистического анализа использовались непараметрические методы статистики (U-критерий Манна-Уитни, критерий χ^2 с определением уровня значимости p и числа степеней свободы $d.f.$, метод логистической регрессии), а средние тенденции и дисперсии представлены медианой (Me) и квартилями ($Q25\%$; $Q75\%$)[0].

Результаты исследования. Средний возраст детей двух групп значимо не

отличался ($p=0,39$ по критерию U Манна-Уитни), составил по медиане 12,0 (интерквартильный размах 9,0-15,0) для учащихся с нарушениями зрения и 13,0 (интерквартильный размах 10,0-15,0). В исследование включены 227 мальчиков (62%) и 141 девочка (38%). Независимо от сенсорного дефекта ребенок с сенсорным нарушением – это чаще первый ребенок в семье (Me 1; 64%), 31% детей имеют старшего брата или сестру, остальные родились третьим или четвертым ребенком.

Значительная часть – 74,2% детей с нарушениями зрения и 76,3% детей с нарушениями слуха – имели сопутствующую неврологическую патологию, относящуюся к группе резидуально-органических расстройств (энцефалопатия, миотонический синдром, гипертензионный синдром, хроническая цервикальная недостаточность). По определению Ю.С. Шевченко, «перинатальная энцефалопатия», отмечаемая в анамнезе большинства пациентов, по поводу которой они до года (или позже) наблюдались у детского невролога, после чего были сняты с учета, констатируя в неврологическом статусе наличие «рассеянной резидуально-органической микросимптоматики», никуда не исчезает» [0]. Ее влияние проявляется в измененной реактивности и сниженной устойчивости мозга в отношении экзогенных вредностей и перегрузок.

Среди всех семей – 50% полные, 30% детей воспитываются в неполной семье, 10,6% детей – неродными родителями, 5,4% – опекунами. Беременность матери в 81,8% случаев протекала с осложнениями, осложненное течение родов отмечалось в 74%. Наследственность по сенсорному заболеванию была отягощена у 16% детей, 12,5% родителей имели психические расстройства, значимо чаще – родители детей с нарушениями слуха. В раннем возрасте 60,3% детей перенесли тяжелые интоксикации или травмы. У большей части детей отмечались отставание в раннем развитии или дисгармоничное развитие.

Спектр психических расстройств и нарушений у детей с сенсорными нарушениями представлен в табл. 1. Среди слабослышащих и глухих детей психические расстройства выявлены у большинства учащихся; преимущественно это смешанные специфические расстройства развития, умственная отсталость и органические расстройства; спецификой дефекта этих детей является высокая частота (94,6%) возникновения расстройств речевого развития. У детей с нарушением зрения чаще отмечались донозологические состояния, смешанные специфические расстройства развития, органические расстройства.

Клиническая картина *специфических расстройств психического развития (F83)* отличалась вариативностью, представляла собой комплекс нарушений эмоционально-волевой, социально-личностной сфер, недостатки мышления, внимания, памяти, произвольной регуляции деятельности. У детей с нарушениями слуха в большей степени проявлялись сочетание симптомов нарушений мышления, познавательной и психомоторной сферы, внимания, восприятия и памяти. В отдельных случаях интеллектуальное развитие к старшему школьному возрасту приближалось к нижним возрастным границам нормы. Для детей с нарушениями зрения чаще были характерны эмоциональная лабильность, нарушения внимания, восприятия.

Для детей с сенсорными нарушениями и *органическими расстройствами* чаще был типичен астеногиподинамический вариант церебрастенического синдрома [0, 0] с наличием слабости, утомляемости, медлительности, отсутствием инициативы в различных ситуациях, трудностями социального взаимодействия. Для части детей были характерны эмоциональная лабильность, раздражительность, трудности освоения учебной программы.

Таблица 1.

Психическое здоровье детей с сенсорными нарушениями

Нозология	Дети с нарушениями зрения (n=182)	Дети с нарушениями слуха (n=186)	Всего (n=368)	Уровень значимости	Значение χ^2 при d.f.=1
Норма псих. развития	27 (14,8%)	6 (3,2%)	33 (9%)	p=0,0001	$\chi^2=15,19$
Предболезненные (психодисадаптационные) состояния	41 (22,5%)	3 (1,6%)	44 (12%)	p=0,0000	$\chi^2=38,22$
Аффективные расстройства F3	3 (1,6%)	-	3 (0,8%)	—	—
Невротические, связанные со стрессом расстройства F4	9 (4,9%)	-	9 (2,4%)	—	—
Психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга F06	35 (19,2%)	14 (7,5%)	49 (13,3%)	p=0,001	$\chi^2=10,92$
Умственная отсталость F70-79	6 (3,3%)	40 (21,5%)	46 (12,5%)	p=0,0000	$\chi^2=27,89$
Специфические расстройства психического развития (F81, F83)	37 (20,3%)	119 (63,9%)	156 (42,4%)	p=0,0000	$\chi^2=71,77$
Гиперкинетические расстройства F90	24 (13,2%)	4 (2,2%)	28 (7,6%)	p=0,0001	$\chi^2=15,94$
Расстройства развития речи F80	37 (20,3%)	176 (94,6%)	213 (57,9%)	p=0,0000	$\chi^2=208,27$

Основными характеристиками психического статуса детей с сенсорными нарушениями при *умственной отсталости (УО)* являлись: недостаточность абстрактного мышления, низкий общий запас знаний и представлений об окружающем, низкая работоспособность в учебной деятельности при сохранности ориентации в привычных бытовых ситуациях. Динамическое исследование детей с УО выявило чередование периодов относительно стабильного психического состояния с периодами декомпенсации. Причинами последних были психотравмирующие ситуации, возрастные критические периоды (пубертат), острые респираторные или соматические заболевания. После перенесенных инфекций или интоксикаций возникали астенические состояния с повышенной истощаемостью психических процессов, раздражительностью, эмоциональной лабильностью и т. п. Декомпенсации в пубертатный период сопровождаются чередованием или сочетанием аффективной симптоматики (дисфории, дистимии, колебания настроения) и патологических поведенческих реакций (двигательная расторможенность, повышенная возбудимость, реакции протеста, побег из дому и бродяжничество, патологические влечения). Подобные реакции, как правило, были характерны для подростков из «неблагополучных», конфликтных семей, при нарушении детско-родительских отношений. Декомпенсации по типу невротического расстройства (истероформные реакции, тревога, страхи, протестные поведенческие реакции и

т. п.) отмечались при изменении социальной ситуации, проявлялись снижением настроения, плаксивостью, протестными поведенческими реакциями, отказом от учебы.

Для невротических расстройств был характерен высокий уровень тревожности, проявляющейся снижением успеваемости, агрессивным поведением (вербальной, косвенной агрессией, негативизмом); повышенная реактивность на слабые провоцирующие стимулы, депрессивные тенденции, проявляющиеся негативной самооценкой, снижением настроения, нарушением коммуникации; эмоциональный дисбаланс. У слабовидящих детей это коррелировало с наличием признаков депривации, связанной с нарушением зрения. У детей и взрослых с расстройствами интеллекта имеет место значительная гиподиагностика психических расстройств из-за их атипичных и неспецифических клинических проявлений и убеждения, что все имеющиеся психиатрические симптомы являются неотъемлемой частью основной интеллектуальной инвалидности [0]. Среди невротических расстройств наблюдались кратковременная или пролонгированная депрессивная реакция, расстройство адаптации с преобладанием нарушений поведения, с преобладанием нарушения других эмоций, тревожные расстройства. Среди широкого спектра конфликтогенных зон – собственная личность, семья, отношения со сверстниками – наиболее конфликтогенной являлась семья. У детей, чье состояние было квалифицировано как предболезненное, определялись преходящие симптомы астении, симптомы вегетативной лабильности, тревожного и аффективного спектра.

Специфической характеристикой детей и подростков с сенсорными нарушениями, особенно в сочетании с нарушениями интеллекта и/или психического развития, являются трудности вербализации собственных эмоций, информировании о психологическом и физическом дискомфорте. Психологическое неблагополучие (грусть, подавленность, беспомощность, одиночество) слабослышащие или глухие дети выражают жестами, которые либо не понятны окружающим (не знающим жестовой и дактильной речи), либо ограничивают «масштаб» и «полноту» испытываемых переживаний. Дети могут «внешне», вербально не демонстрировать переживания случающихся в семье конфликтов, но некоторые невербальные знаки и/или их поведение при этом, отражают растущий стресс и попытки адаптации к изменяющимся жизненным ситуациям. Поэтому значимым является распознавание *невербальных признаков тревоги*, которые в клинической картине могут превалировать над вербальными. Невербальными признаками могут являться: трудности концентрации внимания, мышечное напряжение, раздражительность, непереносимость ожидания, беспомощность, опасение новых игр, новых видов деятельности, функциональные тики, нарушения сна, изменения поведения (плаксивость, грубость, упрямство) и/или ухудшение состояния здоровья. Вербальным отражением тревоги являются такие сообщения детей, как: «сумбур в голове», «пустая голова», «все сразу забыл», признания, что они «хуже других», самые «некрасивые», «глупые», «неуклюжие», характеризующие низкий уровень самооценки.

Имеющаяся тревога иногда снижается за счет «самоуспокаивающегося поведения» - чаще отмечались навязчивые движения (оральные артикуляции): ребенок постоянно испытывает желание жевать жевательную резинку, рано начинает курить, разговаривает с собой, поглаживает себя. Нередко выявлялись соматические признаки тревоги: боли в животе, рвота, возникающая перед школой при наличии конфликта со сверстниками или учителем или как реакция на неприятное переживание, головные боли, спазмы в горле. Один из критериев наличия тревоги – об-

наруживаемые симптомы не связаны с общим состоянием здоровья, другим психическим расстройством или с эффектами приема психоактивных веществ. Изменения в поведении, эмоциональные, поведенческие проблемы у детей зачастую вызваны наличием психосоциального стресса (заболевание, изоляция, потеря ключевой фигуры привязанности).

Ситуации, когда наличие сенсорного, особенно зрительного дефекта, воспринимается как психотравмирующая ситуация, также могут сопровождаться эмоциональными проявлениями (колебанием или снижением настроения, аффективными вспышками), снижением самооценки, негативным видением будущего. Часто подростки расстраиваются при обсуждении перспектив, которые им могут быть недоступны в отличие от их сверстников, например, возможность водить машину, обучаться в ВУЗе на определенной специальности, участвовать в общественных мероприятиях. Проблемы знакомства и общения с противоположным полом (особенно если интересующее лицо оказывается с нормальным зрением и посещает обычную школу) могут показаться неразрешимыми и заставить подростка чувствовать себя «некрасивой(ым)», испытывать неуверенность в себе.

Уровень тревоги учащихся определялся с помощью шкалы явной тревожности для детей CMAS. Шкалу смогли заполнить 77,4% детей с нарушениями слуха и 96,7% с нарушениями зрения. Средние значения показателей двух групп учащихся соответствуют нормальному уровню тревоги у детей с нарушениями слуха (14 Me, Q25%; Q75% - 12;18) и уровню «несколько повышенной тревожности» у детей с нарушениями зрения (17 Me, Q25%; Q75% - 13;24). Сравнение показателей по U-критерию Манна-Уитни показало значимо более высокие показатели тревоги у учащихся с нарушениями зрения ($p=0,000007$). Согласно данным, представленным в табл. 2, 66% детей с сенсорными нарушениями имеют средний и низкий уровень тревоги.

Таблица 2.

Результаты анализа шкалы тревожности CMAS

Фактор риска	Дети с нарушениями зрения (n=176)	Дети с нарушениями слуха (n=144)	Всего (n=320)
Низкий уровень	4 чел (2, 3%)	1 чел (0,7%)	5 чел (1,6%)
Средний уровень	97 чел (55,1 %)	109 чел (75,7%)	206 чел (64,4%)
Повышенный уровень	63** чел (35,8%)	34 чел (23,6%)	97 чел (30,3%)
Высокий уровень	12 чел (6,8%)	-	12 чел (3,7%)

** $p=0,018$, $\chi^2=5,57$, d.f.=1

Учащиеся с повышенным и высоким уровнем тревоги – 33% от всей группы – представляют группу риска и нуждаются в динамическом наблюдении, психокоррекционных и психотерапевтических мероприятиях.

Уровень тревоги сравнивался также у учащихся разного пола. В целом уровень тревоги девочек превышал уровень тревоги мальчиков ($p=0,0007$), это касалось учащихся как с нарушениями слуха ($p=0,0019$), так и с нарушениями зрения ($p=0,032$), по U-критерию Манна-Уитни. Иногда при количественных показателях шкалы тревоги, характерных для среднего уровня, показателен качественный анализ ответов детей. Акцентировалось внимание на согласии с такими утверждениями как «в глубине души ты многого боишься», «тебя все время мучает, все ли

ты делаешь правильно, так как следует», «тебе нередко снятся страшные сны», «ты чувствуешь, что тебя никто не понимает» и др.

Для определения причинного и прогностического значения качественных и количественных признаков в возникновении повышенного и высокого уровня тревоги использовалась логистическая регрессия как один из методов нелинейного регрессионного анализа. Определялось значение p для модели в целом, отношение шансов, (odds ratio – OR) и границы их 95% доверительных интервалов (confidential intervals – CI). Для детей с нарушениями зрения получено множество вероятностей влияния признаков, из которых выбраны те, отношения шансов которых являются наибольшими (определяющие большую вероятность возникновения события). Данные признаки были систематизированы и представлены на рис. 1.

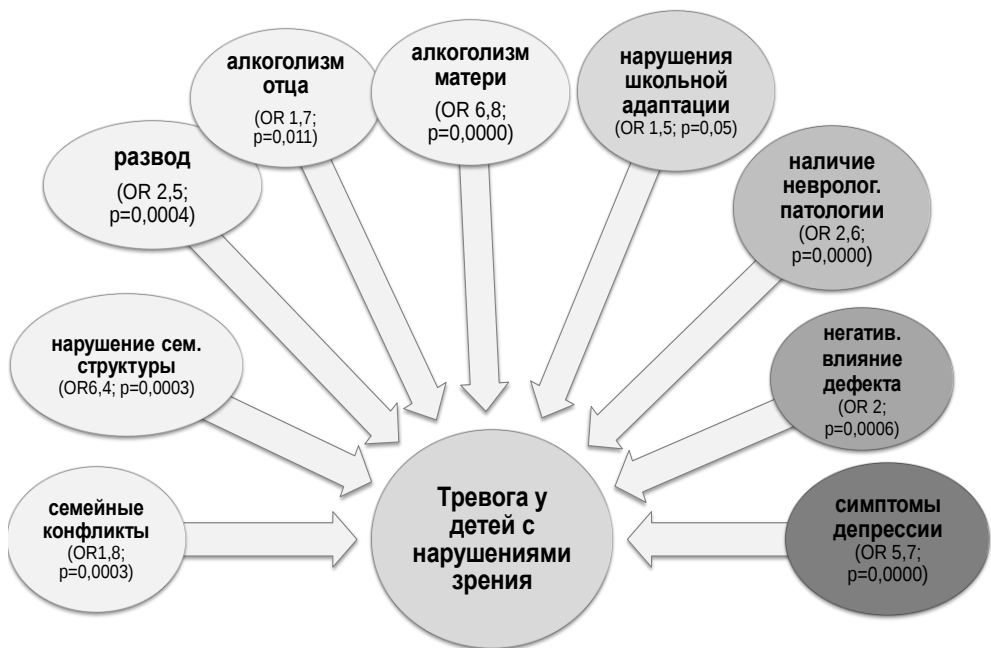


Рисунок 1. Признаки, определяющие повышенный и высокий уровень тревоги у учащихся с нарушениями зрения (согласно методу логистической регрессии)

Нарушение структуры семьи увеличивает вероятность возникновения тревоги в 6,7 раз (OR) при высокой значимости ($p=0,0003$) и 95% CI 2,9-13,5; семейные конфликты – в 1,8 раз при 95% CI 1,2-2,7 и $p=0,003$; развод родителей – в 2,5 раза при 95% CI 1,6-3,8 и $p=0,0000$; алкоголизация отца – в 1,7 раз при 95% CI 1,1-2,5 и $p=0,011$; алкоголизация матери – в 6,8 раз при 95% CI 3,8-12,2 и $p=0,0000$. Данные признаки относятся к семейно обусловленным, определяя необходимость превентивной работы с семьей ребенка, имеющего зрительный дефект, и ее основные направления – предупреждение и разрешение семейных конфликтов, работа с формирующимися (сформированными) аддикциями, профилактика разводов или адаптация ребенка к ситуации развода.

Помимо семейных признаков, влияющих на повышение уровня тревоги слабоумящего ребенка, значимым является наличие симптомов депрессии, увеличивающих вероятность тревоги в 5,7 раз при 95% CI 3,2-10,1 и $p=0,0000$, а также переживания ребенком последствий негативного влияния дефекта на его функционирование – в 2 раза при 95% CI 1,3-3,1 и $p=0,0006$. Это обуславливает настороженность по поводу симптомов тревоги при выявлении симптомов депрессии у детей, проведение скрининговых исследований, а также необходимость психокоррекционной и психотерапевтической работы с ребенком на всех этапах сопровождения, касающейся адаптации к дефекту и его принятия. Результаты статистического анализа также свидетельствуют о необходимости терапии и профилактики обострений хронической неврологической патологии (OR 2,6; $p=0,0000$), чему может способствовать ведение здорового образа жизни и достаточная физическая активность. Необходимо отметить, что среди детей, систематически и регулярно занимающихся в спортивных секциях вне уровня школы (борьба, хоккей, лыжи, керлинг и др.), независимо от их диагноза, не выявлено высокого и повышенного уровня депрессии и тревоги.

Для учащихся с нарушениями слуха признаков, значимо определяющих высокую вероятность возникновения тревоги, не выявлено. Это соотносится с полученными данными о значимо более высоких показателях тревоги у учащихся с нарушениями зрения и, соответственно, большей ее «типичностью» для учащихся с нарушениями зрения в сравнении с детьми с нарушениями слуха.

Таким образом, у учащихся коррекционных школ-интернатов с нарушениями слуха и зрения выявляется высокая распространенность психических расстройств (79%), среди которых чаще встречаются смешанные специфические расстройства развития (53,6%), органические расстройства (16,8%) и умственная отсталость легкой степени (15,8%). Изучение тревоги как психопатологического феномена выявляет актуальные на современном этапе проблемы – трудности квалификации психических, соматических симптомов тревоги у детей и подростков, аффилирование тревожных состояний с соматической, неврологической симптоматикой. Предотвращению неблагоприятных последствий длительно протекающих тревожных состояний должны способствовать своевременная диагностика тревожных расстройств, рациональная психофармакотерапия и акцентирование внимания врачей и родителей на вариантах проявления тревоги у детей и подростков (психопрофилактика и психообразование). При оценке клинической картины необходимо учитывать специфику изучаемого контингента. Имеющиеся речевые расстройства и относительно «стабильно» протекающие расстройства развития, органические расстройства, хронические соматические заболевания могут быть «фасадом» тревожных и депрессивных реакций, длительно не фиксируемых детьми и их родителями. Особое внимание при квалификации психического статуса ребенка с сенсорным нарушением должно быть акцентировано на раннем выявлении аффективных, тревожных и поведенческих нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буторина, Н.Е. Клинические особенности резидуально-органических нервно-психических расстройств у детей младшего школьного возраста: полидисциплинарные аспекты / Н. Е. Буторина, Н. А. Благинина. – Челябинск : Сити-Принт, 2011. – 260 с.
2. Ковалев, В.В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей / В.В. Ковалев. – Москва : Медицина, 1979. – 608 с.
3. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. – Москва : Медиаасфе-

ра, 2002. – 312 с.

4. Сухотина, Н.К. Психическое здоровье детей и определяющие его факторы / Н.К. Сухотина // Журнал неврологии и психиатрии. – 2013. – № 5. – Вып. 2. – С. 16–22.

5. Чубаровский, В.В. Динамика «предболезненных» пограничных психических расстройств у лиц подросткового и юношеского возраста по данным обсервационного исследования / В.В. Чубаровский // Детская психиатрия: современные вопросы диагностики, терапии, профилактики и реабилитации: сб. материалов Всерос. научно-практической конф. с междунар. участием / под ред. Н.Г. Незнанова, И.В. Макарова. – СПб., 2014. –С. 79.

6. Шевченко, Ю.С. Клиническая оценка детской психической патологии в современных классификациях / Ю.С. Шевченко, А.А. Северный // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т. 19. – № 4. – С. 29–33.

1. Butorina, N.E. Klinicheskie osobennosti rezidual'no-organicheskikh nervno-psichicheskikh rasstrojstv u detej mladshogo shkol'nogo vozrasta: polidisciplinarnye aspekty / N. E. Butorina, N. A. Blaginina. – Cheljabinsk : Siti-Print, 2011. – 260 s.

2. Kovalev, V.V. Psihiatrija detskogo vozrasta: rukovodstvo dlja vrachej / V.V. Kovalev. – Moskva : Medicina, 1979. – 608 s.

3. Rebrova, O.Ju. Statisticheskij analiz medicinskih dannyh. Primenenie paketa prikladnyh programm STATISTICA / O.Ju. Rebrova. – Moskva : Mediasfera, 2002. – 312 s.

4. Suhotina, N.K. Psihicheskoe zdorov'e detej i opredelajushhie ego faktory / N.K. Suhotina // Zhurnal nevrologii i psihiatrii. – 2013. – № 5. – Vyp. 2. – S. 16–22.

5. Chubarovskij, V.V. Dinamika «predboleznennyh» pogranych psihicheskikh rasstrojstv u lic podrostkovogo i junosheskogo vozrasta po dannym observacion-nogo issledovanija / V.V. Chubarovskij // Detskaja psihiatrija: sovremennye voprosy diagnostiki, terapii, profilaktiki i rehabilitacii: sb. materialov Vseros. nauchno-prakticheskoi konf. s mezhdunar. uchastiem / pod red. N.G. Neznanova, I.V. Makarova. – SPb., 2014. –S. 79.

6. Shevchenko, Ju.S. Klinicheskaja ocenka detskoj psihicheskoi patologii v sovremennyh klassifikacijah / Ju.S. Shevchenko, A.A. Severnyj // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. – 2009. – Т. 19. – № 4. – С. 29–33.

7. Bailly, D. Hearing impairment and psychopathological disorders in children and adolescents. Review of the recent literature / D. Bailly, M. B. Dechoulydenclave, L. Lauwerier // Encephale. – 2003. – Vol. 29(4). – P. 329–337.

8. Baldwin, D. S. Developing a European research network to address unmet needs in anxiety disorders / D. S. Baldwin, S. Pallanti, P. Zwanzger // Revista Brasileira de Psiquiatria. – 2013. – Vol. 35. – Issue S1. – P. 3–21.

9. Bittner, A. What do childhood anxiety disorders predict? / A. Bittner, H. L. Egger, A. Erkanli [et al.] // J Child Psychol Psychiatry. – 2007. – Vol. 48. – P. 1174–1183.

10. Chavira, D.A Child anxiety in primary care: prevalent but untreated / D. A. Chavira, M. B. Stein, K. Bailey, M. T. Stein // Depress Anxiety. – 2004. – Vol. 20. – P. 155–164.

11. Davidson, J. Epidemiologic pattern in childhood hearing loss / J. Davidson, M. L. Hyde, P. W. Alberti // Int J Pediatr Otorhinolaryngol. – 1989. – Vol. 17. – P. 239–266.

12. Eldik van, T. Mental health problems of Dutch youth with hearing loss as shown on the Youth Self Report / T. van Eldik // Am Ann Deaf. – 2005. – Vol. 150(1). – P. 11–16.

13. Engel-Yeger, B. Comparison of memory and meta-memory abilities of children with cochlear implant and normal hearing peers / B. Engel-Yeger, D. Durr, N. Josman // *Disability and Rehabilitation*. – 2011. – Vol. 33(9). – P. 770–777.
14. Fellerger, J. Correlates of mental health disorders among children with hearing impairments / J. Fellerger, D. Holzinger, H. Sattel, D. Goldberg // *Developmental medicine and child neurology*. – 2009. – Vol. 51. – Issue. 8. – P. 635.
15. Gregory, A. M. C. Genetic influences on anxiety in children: what we've learned and where we're heading / A. M. Gregory, T. C. Eley // *Clin Child Family Psychol Rev*. – 2007. – Vol. 10. – P. 199–212.
16. Hogan, A. Communication and behavioural disorders among children with hearing loss increases risk of mental health disorders / A. Hogan, M. Shipley, L. Strazdins // *Australian and New Zealand journal of public health*. – 2011. – Vol. 35. – Issue. 4. – P. 377–383.
17. Kancherla, M. V. Childhood vision impairment, hearing loss and co-occurring autism spectrum disorder / M. V. Kancherla, K. V. N. Braun, M. Yeargin-Allsopp // *Disability and Health Journal*. – 2013. – Vol. 6. – Issue 4. – P. 333–342.
18. Merikangas, K. R. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A) / K. R. Merikangas, J. P. He, M. Burstein [et al.] // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. – 2010. – Vol. 49. – P. 980–989.
19. Parker, A. T. Chapter four – communication development of children with visual impairment and deaf blindness: a synthesis of intervention research / A. T. Parker, S. E. Ivy // *International Review of Research in Developmental Disabilities*. – 2014. – Vol. 46. – P. 101–143.
20. Punch, R. Social participation of children and adolescents with cochlear implants: A qualitative analysis of parent, teacher, and child interviews / R. Punch, M. Hyde // *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. – 2011. – Vol. 16(4). – P. 474–493.
21. Ranta, K. Social phobia in Finnish general adolescent population: prevalence, comorbidity, individual and family correlates, and service use / K. Ranta, R. Kaltiala-Heino, P. Rantanen, M. Marttunen // *Depress Anxiety*. – 2009. – Vol. 26. – P. 528–536.
22. Santosh, P. J. Psychopharmacotherapy in children and adults with intellectual disability / P. J. Santosh, G. Baird // *Lancet* 1999. – Vol. 354(9174). – P.233–242.
23. Venkadesan, R. Comparison of health related quality of life of primary school deaf children with and without motor impairment / R. Venkadesan, G. R. Finita // *Ital J Pediatr*. – 2010. – Vol. 36. – P. 75.

I.S. Karaush, I.E. Kupriyanova

**ANXIETY AND MENTAL STATUS OF CHILDREN WITH HEARING
AND VISUAL IMPAIRMENT, STUDENTS OF CORRECTIONAL SCHOOLS
Scientific Research Institute of Mental Health (Tomsk).**

Summary. The article describes the structure and features of the clinical manifestations of mental disorders in children and adolescents with impaired hearing and vision. A continuous survey of 368 students 7-18 years was performed. The symptoms of anxiety (non-verbal, somatic) are discussed. The level of anxiety on a scale of apparent anxiety for children CMAS was determined. The increased and high levels of anxiety were detected in 33% of children, significantly more often – in visually impaired students. Using the method of logistic regression, the factors that have prognostic value of increased occurrence and high levels of anxiety in children with visual impairments were determined.

Keywords: children with hearing and visual impairment, mental disorders, anxiety.

**ПРОФИЛАКТИКА, ТЕРАПИЯ, КОРРЕКЦИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ,
ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПОМОЩИ**

**И.Н. Вакула, И.С. Бахтин, В.Д. Калиниченко, , И.А. Демьянов
РОЛЬ НОВЫХ АЭП В ПРЕОДОЛЕНИИ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ
ПРИ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница №1» МЗ КК, ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» МЗ КК (Краснодар).

Резюме. Целью работы явилось изучение эффективности и переносимости зонисамида в качестве дополнительной терапии у детей и подростков с рефрактерными эпилепсиями. В группу исследования включены 17 детей (12 мальчиков и 5 девочек) в возрасте от 6 до 17 лет. Зонисамид показал высокую эффективность: без приступов 9 пациентов, уменьшение приступов на 50%–75% у 4 пациентов, т. е. положительная динамика в 76,5% случаев. Одновременно зонисамид в качестве дополнительной терапии отличается хорошей переносимостью и не оказывает негативного действия на когнитивные функции при лечении рефрактерных эпилепсий у детей и подростков.

Ключевые слова: рефрактерные эпилепсии, дети и подростки, эффективность, переносимость, когнитивные функции, зонегран (зонисамид).

Проблема фармакорезистентности при эпилепсии остается актуальной, прежде всего в педиатрической практике. В последнее десятилетие пять антиэпилептических препаратов АЭП (топирамат, ламотриджин, габапентин, окскарбазепин и леветирацетам), которые были изучены в плацебо контролируемых исследованиях в качестве дополнительной терапии при рефрактерных парциальных припадках у детей [1, 2, 3, 4, 5, 6], успешно применяются в практике. Тем не менее, 25-30% детей с эпилепсией остаются рефрактерными к медикаментозной терапии [7]. В связи с этим поиск новых АЭП сохраняет свою актуальность. Новый для России препарат зонегран (зонисамид) является противоэпилептическим средством, производным бензизоксазола. Механизм его действия отличается от других АЭП. С сентября 2014 г. препарат разрешен к применению в нашей стране у детей с 6 лет в качестве дополнительной терапии при парциальных приступах с вторичной генерализацией и/или без. Во многих клинических исследованиях доказана также эффективность зонисамида при абсансных эпилепсиях, синдроме Веста, ювенильной миоклонической эпилепсии, синдроме Леннокса-Гасто [8, 9, 10, 11, 12].

Цель: изучить эффективность и переносимость зонисамида в качестве дополнительной терапии у детей и подростков с рефрактерными эпилепсиями.

Материал и методы: в группу исследования включены 17 детей (12 мальчиков и 5 девочек) в возрасте от 6 до 17 лет с рефрактерными эпилепсиями. Критерием включения в исследование является назначение зонеграна в составе политерапии 2-м или 3-м препаратом.

У 16 (94,12%) пациентов диагностирована фокальная эпилепсия (ФЭ), у 1 (5,88%) ювенильная миоклоническая эпилепсия. Эпилептический очаг локализовался в височной доле у 2 пациентов (12,5%), в лобной доле – у 9 (56,25%), в теменно-затылочной области – у 1 (6,25%), очаг не идентифицирован – у 4 (25%).

Таблица 1.

Клиническая характеристика пациентов (n=17)

Показатель	n (%)
Пол	
Женский	5(29,41%)
Мужской	12(70,59%)
Всего	17
Длительность заболевания, годы	
<5	7(41,18%)
5-7 лет	7(41,18%)
>7	3(17,64%)
Средний возраст	8,53 лет $\pm$ 3,52

Таблица 2.

Локализация эпилептического очага при ФЭ (n=16)

Локализация	n (%)
Лобная доля	9 (56,25%)
Височная доля	2 (12,5%)
Теменно-затылочная область	1 (6,25%)
Не индекфицирован	4 (25%)

При ФЭ симптоматические формы были представлены преимущественно атрофически-пролиферативными изменениями головного мозга - у 7 пациентов (43,75%). Криптогенные формы выявлены у 5 пациентов (31,25%). У 4 (25%) пациентов очаг не удалось идентифицировать. Авторы считают, что наиболее частые причины симптоматических эпилепсий в детстве - дисгенезии мозга, мезиальный темпоральный склероз, опухоли мозга, сосудистые мальформации, наследственные нейрокожные синдромы, травмы, синдром Расмуссена [13], гипоксия, инфекции, метаболические нарушения, фебрильные судороги. У всех пациентов, входящих в группу исследования, выявлена перинатальная патология, которая явилась одной из комплекса причин, вызвавших в дальнейшем развитие резистентных приступов. Длительность заболевания составила от 2 до 9 лет. По типу преобладали сложные парциальные и/или вторично-генерализованные судорожные приступы 16 (94,12%), в одном случае первично-генерализованные приступы (5,88%). Частота приступов в группе детей с эпилепсией до включения в исследование от 1 в неделю до 3-5 в сутки.

При эпилепсии с фармакорезистентными приступами у детей важно в максимально короткие сроки подобрать препараты для рациональной политерапии. Эффективность достигается при сочетании АЭП с различными механизмами действия [14]. Так же немаловажное значение имеет взаимодействие препаратов между собой: отсутствие конкурентных взаимно подавляющих свойств, а также способности усиливать побочные эффекты друг друга. Большая часть детей из группы исследования ранее получали вальпроаты, ламотриджин, топирамат, леветир-ацетам, барбитураты и другие АЭП с относительно широким спектром действия. Необходимо отметить, что вальпроаты в отечественной эпилептологии сохраняют базовую позицию, поэтому часто назначаются в качестве первой монотерапии [15, 16]. Нам не удалось в монотерапии достичь снижения количества приступов по

разным причинам: в 4 случаях препарат был отменен из-за побочных эффектов (падение уровня тромбоцитов ниже $100 \times 10^9/\text{л}$, повышение трансаминаз, обострение хронического панкреатита, резкий набор массы тела), у 2 пациентов депакин хроно был не эффективен. Добавление дамотриджина дает врачу надежду, в том числе на улучшение когнитивных функций ребенка [17,18,19]. Но необходимость очень медленной титрации при сочетании с вальпроатами и невозможность часто выйти на оптимальные дозы (тяжелые аллергические реакции и усиление побочных эффектов вальпроатов) не дало желательного результата. Леветирацетам оптимально сочетается, по нашему опыту, почти со всеми АЭП, в том числе, с вальпроатами [20, 21, 22]. У 1 пациента нашей группы при добавлении леветирацетама наблюдали отсутствие эффекта, у 2 (коморбидность с СДВГ) повысилась возбудимость, нарушился сон. Во всех случаях введения в схему лечения топирамата мы не получили ожидаемого эффекта, а у 3 детей - ухудшение когнитивных и речевых функций. На данное нежелательное действие топирамата у детей, уже имеющих когнитивные нарушения, неоднократно указывалось ранее [19, 23, 24, 25]. В нашей группе у 13 детей имелись когнитивные нарушения различной степени выраженности, что ограничило назначение этого препарата. Как известно, топирамат и зонисамид являются препаратами со схожими химическими формулами и в какой-то степени механизмом действия. Тем не менее, при лечении зонисамидом когнитивные нарушения ранее не были описаны. Наша практика подтверждает эти данные.

Результаты и обсуждение: при выборе зонисамида для лечения фармакорезистентных приступов у детей мы учитывали отличие его механизмов действия от других АЭП и их полиморфизм. Зонисамид является препаратом с различными механизмами действия, с хорошим профилем безопасности, с благоприятным фармакокинетическим профилем, с низким риском лекарственных взаимодействий (не индуцирует и не ингибирует печеночные ферменты в системе цитохрома P450 [26]. Важной особенностью зонисамида является режим приема 1 раз в сутки [27] – это позволяет улучшить комплаентность больных эпилепсией [28, 29], что также способствует уменьшению количества приступов. Общеизвестно, что при введении АЭП третьим в схему лечения становятся непредсказуемыми фармакодинамические и фармакокинетические взаимодействия. Стоит отметить, что зонисамид не влияет на концентрации других АЭП, однако его концентрация в крови может снижаться под воздействием карбамазепина, фенobarбитала и фенитоина [30]. После введения в схему лечения зонисамида (минимальная доза 50 мг/сутки, максимальная – 200 мг/сутки в один или два приема): у 9 (52,94%) пациентов произошло полное прекращение приступов с удержанием эффекта 5-12 мес., у 4 (23,53%) – сокращение количества приступов на 50-75% . У 4 (23,53%) пациентов количество приступов не изменилось, но препарат не был отменен в виду лучшей переносимости этой комбинации, чем предыдущих. Длительность наблюдения от 3 до 15 мес.

Приводим клинический случай. Пациентка, 17 лет, поступила на обследование и лечение в неврологическое отделение ГБУЗ «ДККБ» с диагнозом идиопатической эпилепсии с генерализованными судорожными приступами (ГСП). При поступлении жалобы на генерализованные судорожные приступы с потерей сознания (тонико-клонические) длительностью до 10 мин. Приступы возникали без видимой провокации, всегда связаны со сном (как при пробуждении, так и при засыпании), постприступное нарушение самочувствия проявлялось сонливостью с нарушением координации движений; средняя частота 1 раз в мес.

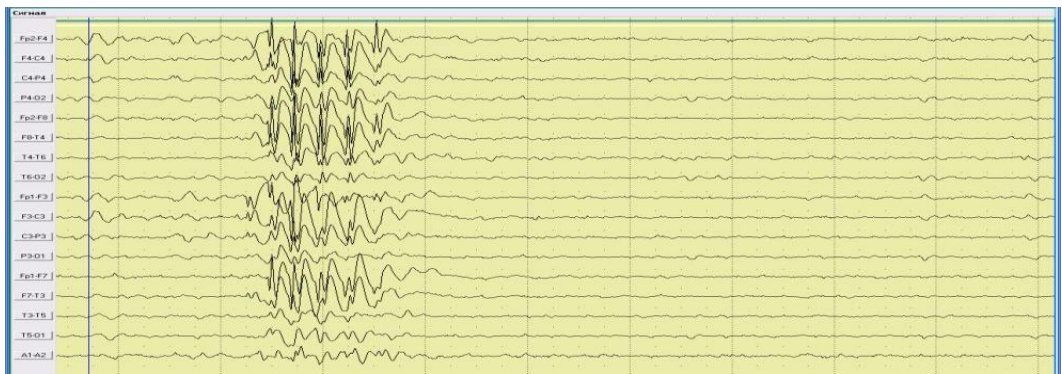
Анамнез заболевания: Наследственность отрицательна. У родной старшей се-

стры с 6 лет резко и агрессивно дебютировали сложные абсансы (поворот и краткие клонии головы вправо), до десяти в сутки. На ЭЭГ: генерализованная активность 3,5 Гц, с легким опережением по лобным отведениям. Выраженная резистентность к терапии. Абсансы регрессировали к 10 годам, но с 13 лет появились ГСП, которые хорошо контролировались сочетанием леветирацетама с ламотриджином. С 15 лет ремиссия, затем два приступа после родов.

У нашей пациентки приступы с 13 лет, с постепенным учащением и нарастанием длительности до статусного характера, в дальнейшем со стационарной частотой 1 раз в месяц. Важно отметить, что в 5 лет у пациентки на ЭЭГ зарегистрированы билатерально-синхронные комплексы спайк-волна с акцентом на лобных отведениях, которые оставались субклиническими до 13 лет. Повторная МРТ-нейровизуализация – без признаков патологии.

Анамнез жизни: Ребенок от 2-й беременности, протекавшей без патологии. Роды 2, в срок. Моторное, речевое развитие без патологии.

Терапия была начата с ламотриджина (по аналогии сестрой), затем поли-терапия - без всякого эффекта. Фармакологический анамнез: ламотриджин, вальпроаты, леветирацетам, этосуксимид, барбитураты, все в достаточно высоких дозах с длительным периодом приема. К ламотриджину постепенно (по схеме) добавлен зонисамид. В настоящее время пациентка получает зонисамид 200 мг/сутки и ламотриджин 150 мг/сутки; ремиссия в течение 14 мес. На данном этапе проводится медленное снижение дозы ламотриджина с целью перевести пациентку на монотерапию зонеграном. Подросток без когнитивного дефицита, обучается в техникуме, жалоб на проблемы с обучением не возникают.



На ЭЭГ на вполне сохранном фоне регистрируются (чаще во сне) короткие генерализованные вспышки высокоамплитудных спайк-волн с сохранным амплитудным акцентом на передние отведения, регионарная активность не регистрировалась. Иctalную ЭЭГ в виду редкости пароксизмов зарегистрировать не удалось.

Таблица 3.

Изменение количества приступов на фоне введения в схему терапии зониса-мида

Количество приступов	n (%)
Полная редукция	9 (52,94%)
сокращение на 50-75%	4 (23,53%)
не изменилось	4 (23,53%)

Необходимо отметить, что у 4 пациентов без эффекта от лечения были выявлены 6 факторов, предопределяющих резистентность эпилепсии по F. Dreifuss [8]. Автор считает, что факторами, детерминирующими развитие резистентности эпилептических пароксизмов к АЭП, являются: ранний дебют эпилепсии, дисгенезии мозга, снижение интеллекта, наличие сложных парциальных пароксизмов, серийность пароксизмов, наличие у больного нескольких видов приступов.

Для клинициста важно, особенно в детской популяции, получить не только сокращение или отсутствие приступов, но и одновременно минимум побочных эффектов, в том числе на когнитивные функции [32]. У 10 пациентов при включении в исследование выявлены нарушения когнитивных, речевых функций и эмоциональной сферы разной степени выраженности. Ухудшения психоречевых функций не отмечено ни у одного ребенка. В эмоциональной сфере наблюдалась положительная динамика у 3 пациентов с сохранным интеллектом. Побочных эффектов и значимых проблем с переносимостью препарата не отмечено. У 1 пациента - преходящее снижение аппетита, купированное при пересмотре темпов титрования.

Выводы

1. Зонисамид показал высокую эффективность в популяции детей и подростков с рефрактерными эпилепсиями: без приступов 9 пациентов, уменьшение приступов на 50–75% у 4 человек, в целом положительная динамика в 76,5% случаев.
2. Зонисамид отличается хорошей переносимостью при лечении рефрактерных эпилепсий у детей и подростков в качестве дополнительной терапии, что совпадает с данными зарубежных исследований.
3. Препарат не оказывает негативное влияние на когнитивные функции у детей и подростков.
4. Выявлен нормотимический эффект зонисамида у 3 пациентов с сохранным интеллектом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусова Е.Д. Российское наблюдательное исследование эффективности и переносимости Депакина Хроно в качестве первой монотерапии парциальной эпилепсии // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. - 2010. - № 3. - С. 47-52.
2. Власов П.Н. Роль вальпроатов в терапии эпилепсии сегодня // Consilium Medicum.- 2014. - Т. 16, № 9. - С. 104-109.
3. Эпилепсии и судорожные синдромы у детей: Руководство для врачей / Под. ред. П.А. Темина, М.Ю. Никаноровой. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1999. - 234 с.
1. Belousova E.D. Rossijskoe nabljudatel'noe issledovanie jeffektivnosti i perenosimosti Depakina Hrono v kachestve pervoj monoterapii parcial'noj jepilepsii // Nevrologija, nejropsihiatrija, psihsomatika. - 2010. - № 3. - S. 47-52.
2. Vlasov P.N. Rol' val'proatov v terapii jepilepsii segodnja // Consilium Medicum.- 2014. - Т. 16, № 9. - S. 104-109.
3. Jepilepsii i sudorozhnye sindromy u detej: Rukovodstvo dlja vrachej / Pod. red. P.A. Temina, M.Ju. Nikanorovoj. - 2-e izd., pererab. i dop. - M.: Medicina, 1999. - 234 с.
4. Aldenkamp A.P., Baker G. A Systematic Review of the Effects of Lamotrigine on Cognitive Function and Quality of Life // Epilepsy Behav. - 2001.- Vol. 2, № 2. - P. 85-91.
5. Baulac M. Introduction to zonisamide // Epilepsy Res. — 2006. — Vol. 68

(Suppl 2). — P. 3-9.

6. Brodie M.J., Sills G.J. Combining antiepileptic drugs: Rational polytherapy? // *Seizure*. — 2011. — Vol. 20, № 5. — P. 369–375.

7. Cereghino J.J., Biton V., Abou-Khalil B. et al. Levetiracetam for partial seizures: results of a double-blind, randomized clinical trial // *Neurology*. — 2000. — Vol. 55(2). — P. 236–242.

8. Dreifuss, F.E. The patient with refractory seizures // *The Medical Treatment of Epilepsy* / eds. S.R. Rezor, H. Kutt. — Marcel Decker, 1992. — P. 125-128.

9. Duchowny M., Pellock J.M., Graf W.D et al. A placebo-controlled trial of lamotrigine add-on therapy for partial seizures in children. Lamictal Pediatric Partial Seizure Study Group // *Neurology*. — 1999. — Vol. 53, № 8. — P. 1724-1731.

10. Elterman R. D., Glauser T. A., Wyllie E. et al. A double-blind, randomized trial of topiramate as adjunctive therapy for partial onset seizures in children // *Neurology*. — 1999. — № 52. — P. 1338-1344.

11. Faught E. Topiramate in the treatment of partial and generalized epilepsy // *Neuropsychiatr Dis Treat*. — 2007. — № 3. — P. 811–821.

12. Glauser T., Ben-Menachem E., Bourgeois B et al. ILAE treatment guidelines: evidence-based analysis of antiepileptic drug efficacy and effectiveness as initial monotherapy for epileptic seizures and syndromes // *Epilepsia*. — 2006. — Vol. 47, № 7. — P. 1094-1120.

13. Glauser T.A., Levisohn P.M., Ritter F., Sachdeo R.C. Topiramate in Lennox-Gastaut syndrome: open-label treatment of patients completing a randomized controlled trial. Topiramate YL Study Group. // *Epilepsia*. — 2000. — № 41 Suppl. 1. — P. 86-90.

14. Guerrini R., Rosati A., Segieth J. et al. A randomized phase III trial of adjunctive zonisamide in pediatric patients with partial epilepsy // *Epilepsia*. — 2013. — Vol. 54, № 8. — P. 1473–1480.

15. Heo K., Lee B.I., Yi S.D. et al. Efficacy and safety of levetiracetam as adjunctive treatment of refractory partial seizures in a multicentre open-label single-arm trial in Korean patients // *Seizure*. — 2007. — № 16. — P. 402–409.

16. Ijff D.M., Aldenkamp A.P. Cognitive side-effects of antiepileptic drugs in children // *Handb Clin Neurol*. — 2013. — Vol. 111. — P. 707-718

17. Javed A., Cohen B., Detyniecki K. et al. Rates and predictors of patient-reported cognitive side effects of antiepileptic drugs: An extended follow-up // *Seizure*. — 2015, Vol. 29, P. 34-40

18. Kaminski R.M., Matagne A., Patsalos P.N., Klitgaard H. Benefit of combination therapy in epilepsy: a review of the preclinical evidence with levetiracetam // *Epilepsia*. — 2009. — Vol. 50, № 3. — P. 387-97.

19. Kim S., Lee H., Jung D., Suh C., Park S. Cognitive effects of low-dose topiramate compared with oxcarbazepine in epilepsy patients // *J Clin Neurol*. — 2006. — № 2. — P. 126–133.

20. Kockelmann E., Elger C.E., Helmstaedter C. Cognitive profile of topiramate as compared with lamotrigine in epilepsy patients on antiepileptic drug polytherapy: relationships to blood serum levels and comedication // *Epilepsy Behav*. — 2004. — Vol. 5, № 5. — P. 716–721.

21. Kothare S., Valencia I., Khurana D. et al. Efficacy and tolerability of zonisamide in juvenile myoclonic epilepsy // *Epileptic Dis*. — 2004. — № 6. — P. 267-270.

22. Leppik I.E. Compliance during treatment of epilepsy // *Epilepsia*. — 1988. — Vol. 29, Suppl 2. — S79-84.

23. Paschal A.M., Hawley S.R., St Romain T., Ablah E. Measures of adherence to epilepsy treatment: review of present practices and recommendations for future direc-

tions // *Epilepsia*. – 2008. - Vol. 49, № 7. – P. 1115-1122.

24. Pellock J.M., Appleton R. Use of New Antiepileptic Drugs in the Treatment of Childhood Epilepsy // *Epilepsia*. – 1999. - Vol. 40, Suppl. 6. – S. 29-38.

25. Piña-Garza J.E., Elterman R.D., Ayala R., et al. Long-term tolerability and efficacy of lamotrigine in infants 1 to 24 months old // *J Child Neurol*. – 2008. - Vol. 23, № 8. – P. 853-861.

26. Sills G., Brodie M. Pharmacokinetics and drug interactions with zonisamide // *Epilepsia*. — 2007. — Vol. 48, № 3. — P. 435-441.

27. Velizarova R., Crespel A., Genton P. et al. Zonisamide for refractory juvenile absence epilepsy // *Epilepsy Res*. – 2014. - № 108. – P. 1263-1266.

28. Verrotti A., Loiacono G., Coppola G. et al. Pharmacotherapy for children and adolescents with epilepsy // *Expert Opin Pharmacother*. – 2011. - № 12. - P. 175–194.

29. Wilfong A., Schultz R. Zonisamide for absence seizures // *Epilepsy Res*. – 2005. - № 64. – P. 31-34.

30. Wilfong A.A., Willmore L.J. Zonisamide - a review of experience and use in partial seizures // *Neuropsychiatr Dis Treat*. — 2006. — Vol. 2, № 3. — P. 269-280.

31. Yanagaki S., Oguni H., Yoshii K. et al. Zonisamide for West syndrome: a comparison of clinical responses among different titration rate // *Brain Dev*. - 2005. - № 27. – P. 286-290.

32. Yum M.S., Ko T.S. Zonisamide in West syndrome: an open label study // *Epileptic Dis*. – 2009. - № 1. - P. 339-344.

I.N. Vakula, I.S. Bakhtin, V.D. Kalinichenko, I.A. Dem'yanov
THE ROLE OF NEW AEDS IN OVERCOMING PHARMACORESISTANCE IN
CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH EPILEPSY

SBHI «Specialized Clinical Psychiatric Hospital №1», SBHI «Children Region Clinical Hospital» (Krasnodar).

Summary. The aim of the work was to study the efficacy and tolerability of zonisamide as adjunctive therapy in children and adolescents with refractory epilepsy. The study group included 17 children (12 boys and 5 girls) from 6 to 17 years old. Zonisamide showed high efficacy: no seizures – 9 patients, a decrease in seizures of 50% - 75% – 4 patients, i.e. positive dynamics in 76.5% of cases. Simultaneously zonisamide as adjunctive therapy has good tolerability and no adverse effects on cognitive functions in the treatment of refractory epilepsy in children and adolescents.

Keywords: refractory epilepsy, children and adolescents, efficacy, tolerability, cognitive functions, zonegran (zonisamide).

М.Н. Тетерина, И.М. Арефьев

**БИОЛОГИЧЕСКИ ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ
В КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ
У БОЛЬНЫХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ**

**Научно-практический психоневрологический центр им. З.П. Соловьева,
Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков (Москва).**

Резюме: Представлено исследование эффективности проведения игрового биологически обратного управления в комплексном лечении 22 девочек в возрасте 12–16 лет с нервной анорексией (F50.0, по МКБ-10). Сеансы коррекции психического состояния обычно продолжались по 1 ч. в течение 10–15 дней. До начала проведения коррекционного тренинга и после его завершения оценивали психический статус с помощью психологических методик, которые направлены на выявления тревожности и внутреннего беспокойства. Установлено, что использование биологически обратного управления приводит к снижению общей тревоги, стабилизации эмоционального фона, а также улучшает процессы саморегуляции.

Ключевые слова: медицинская (клиническая) психология, биологически обратная связь, психологическая коррекция, подростки, нервная анорексия.

Введение. Нервная анорексия (НА) является одной из актуальных проблем современной детской и подростковой психиатрии. Чаще всего расстройство возникает у девочек подросткового возраста и молодых женщин, так как связано с различными социокультуральными явлениями и психологическими особенностями пубертатного и молодого возраста. Происходит это и вследствие влияния СМИ, культивирующих образ женского тела в стиле «унисекс», результатом чего у девочек является снижение самооценки, озабоченность фигурой, экспериментирование с диетами и физическими упражнениями. Реже могут заболеть мальчики подросткового возраста и юноши. Наиболее характерно начало заболевания в возрасте 15–17 лет. Соотношение лиц мужского и женского пола, страдающих НА, расценивается как 1:10–1:20 [5, 23, 24].

В структуре НА немалое место занимают разнообразные аффективные нарушения – тревожность, эмоциональная напряженность, депрессивные проявления, навязчивые эквиваленты, различные неприятные вегетативные ощущения. Все психопатологические феномены приводят к появлению негативных эмоций. Чем ярче и сильнее эмоция, тем ярче вегетативные проявления. Чаще всего это изменение ритма дыхания и частоты сердечных сокращений, сухость во рту и горле, повышенная потливость, дрожь, неприятные ощущения в желудке.

Существуют различные подходы к лечению НА, включающие в себя не только лекарственную терапию с использованием антидепрессантов, нейролептиков, анксиолитиков, но и медикаментозную терапию, направленную на лечение соматозндокринной патологии, а также инфузионную терапию с целью лечения имеющихся дистрофических изменений.

Как показывает анализ работ российских и зарубежных ученых, больные НА нуждаются в многоуровневом полипрофессиональном подходе к лечению и реабилитации. Включение различных методов психотерапии, в том числе техник саморегуляции, в лечебно-реабилитационный процесс является более эффективным, чем монотерапия медикаментами [4, 7, 9, 10, 11, 18]. Эмоциональная ригидность, отсутствие гибкости в поведении, неспособность к оперативной смене стратегий при решении жизненных проблем – одна из причин развития различных нервно-

психических расстройств. В то же время обучаемость и пластичность психики – важнейший психологический ресурс личности, путь выхода на ее глубокие резервы.

На сегодняшний день большее значение приобретают психофизиологические методы коррекции и лечения, в том числе метод биологического управления, построенный по принципу биологической обратной связи (biofeedback, БОС) [18], который как лечебный метод используется со второй половины XX в. БОС – нефармакологический метод лечения с использованием специальной аппаратуры для регистрации, усиления, модуляции и «обратного возврата» пациенту физиологической информации. Наблюдая внешние сигналы, пациент обучается перенастраивать внутренние параметры организма для того, чтобы улучшить свое функциональное состояние и закрепить это улучшение надолго. Многочисленные исследования обнаружили, что, получая немедленную обратную связь, субъекты могут контролировать широкий спектр физических параметров, включая сердечный ритм, кровяное давление, температуру тела и частоту ритмов мозга [25]. Проведены научные эксперименты, посвященные исследованию электроэнцефалографических признаков тревожности у человека, а также использованию БОС-метода в терапии тревожных расстройств [13].

Преимуществом метода является отсутствие артефактов, таких как феномен «переноса», использование психологических защит, делающих невозможным создание терапевтического альянса «врач-больной». Метод исключает опасения больных, что терапевт может их «зомбировать» или «кодировать». Развитие механизмов саморегуляции, достигнутое при помощи БОС-тренинга, расширяет поведенческий репертуар личности, помогает в дальнейшем справляться со стрессовыми воздействиями, используя максимально энергосохраняющие стратегии, исключая деструктивное и самодеструктивное поведение [11]. БОС-тренинг – это активный, сознательный, поведенческий, познавательный процесс, основанный на обучении индивидуума оптимизировать функции своего организма. При помощи БОС-тренинга можно овладеть способностью контролировать и регулировать функции своих внутренних органов, обучиться способам регуляции эмоционального состояния и вегетативных проявлений.

Преимущественно метод БОС использовался при лечении взрослых пациентов. В клинике же детских болезней, а именно в психиатрии, аппараты БОС применялись при лечении функциональных невротических и неврозоподобных расстройств, таких как энурез, заикание, а также для коррекции синдром дефицита внимания и гиперактивность [6, 13].

Цель исследования – поиск дополнительных методов лечения НА с использованием игрового биоуправления, направленного на развитие навыков саморегуляции, необходимого для стабилизации вегетативных функций и эмоционального фона.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 22 девочки в возрасте 12–16 лет с НА (F50.0, по МКБ-10). Всем больным проводили комплексное клиническое обследование, включая оценку соматического и неврологического статуса, электроэнцефалографию и экспериментально-психологическое исследование. Дополнительно для диагностики уровня тревожности были взяты следующие методики: «Автопортрет» Е.С. Романовой и С.Ф. Потемкиной [17] и методика диагностики самооценки тревожности Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина [15].

Процедура проведения тренинга игрового биоуправления. Проведение коррекции методом биоуправления проходило на этапе «относительного выздоровления» – на фоне более устойчивого соматического благополучия. Игра базируется на включении в процесс центральных механизмов физиологической регу-

ляции и построена по принципу БОС. Сюжет игр управляется ключевым психофизиологическим параметром – частотой сердечных сокращений с помощью специальных простых датчиков, регулирующих сигнал и передающих его компьютеру. Используется игровой сюжет «ВИРА» – соревнование по подводному погружению, в котором скорость играющего обратно пропорциональна пульсу, являясь психофизиологической моделью стрессовой ситуации в игровой форме. Обследуемый подросток управляет одним из соревнующихся. Его задача – обогнать соперника, скорость которого – это скорость игрока, достигнутая в предыдущей попытке, т. е. испытуемый соревнуется сам с собой. Чтобы обогнать соперника и победить в игре, нужно продемонстрировать навыки саморегуляции и управления своими физиологическими параметрами в стрессовой ситуации. Тестирование проводится в индивидуальном варианте [2].

Сеансы обычно продолжались по 1 ч. в течение 10–15 дней. В процессе тренингов также применялись техники вступления в контакт, активного выслушивания. Чтобы пациентки были вовлечены в активную работу, проявляли инициативу и самоконтроль; необходимо было поддерживать их интерес, азарт и мотивацию.

В начале курса БОС-тренинга была проведена диагностическая сессия с определением уровня тревожности и ведущих стратегий саморегуляции. Диагностическая сессия игрового биоуправления включает 6 попыток: 1-я – пробная, ознакомительная; 5 других – тестовые, по результатам которых выстраиваются профили регистрируемых показателей, которые, в свою очередь, соответствуют определенной ведущей стратегии саморегуляции. При использовании в тренинге сюжетной игры «ВИРА» выделяются следующие виды стратегий саморегуляции:

а) эффективные («Проб и ошибок с выходом на результат» и «Последовательное обучение»);

б) неэффективные («Демотивация», «Ригидный результат» и «Последовательное ухудшение результатов»);

в) промежуточные («Маятниковая динамика»).

Результаты и их анализ. Анализ результатов исследования игрового биологического управления показал, что 13 пациенток (59%) используют неэффективные стратегии саморегуляции: 5 (23%) пациенток используют стратегию «Демотивация», 8 (36%) пациенток – «Ригидный результат»). Для таких пациенток характерно снижение способности самостоятельно планировать деятельность и поведение, они избирают стереотипный подход к решению проблем, не способны нормализовать и регулировать свое эмоциональное состояние, им сложно не только управлять своими переживаниями, но и абстрагироваться от волнительной ситуации [2].

5 (23%) девочек используют промежуточную стратегию саморегуляции – «Маятниковая динамика». На протяжении всего тестирования у них регистрируется неустойчивость навыков саморегуляции, повышенный уровень тревожности и эмоционального напряжения.

Только 4 (18%) девочки показывали эффективные стратегии саморегуляции (2 – «Последовательное обучение» и 2 – «Проб и ошибок с выходом на результат»), продемонстрировав уравновешенность, активность и высокое стремление к достижению успешного результата.

После проведения курса игрового биоуправления была проведена завершающая диагностическая сессия. Для более объективной оценки формирования навыков саморегуляции был применен другой сюжет игры – «Гребной канал». Получены следующие результаты. Возросло число пациенток, использующих эффективные и промежуточные стратегии саморегуляции. Так, стратегию «Проб и ошибок

с выходом на результат» стали использовать 10 (46%) пациенток, «Маятниковая динамика» – 8 (36%) девочек. У 4 (18%) пациентки сохранились неэффективные стратегии саморегуляции (3 – «Демотивация», 1 – «Ригидный результат»).

Отмечена также и динамика данных психологического тестирования после проведения курса игрового биоуправления. Так, в проективном тесте «Автопортрет», проведенном перед курсом игрового биоуправления, 9 (41%) пациенток выполнили реалистическое изображение лица анфас с детальной прорисовкой, большим количеством штриховки и выраженной степенью нажима, что является проявлением тревоги, страха, общего эмоционального напряжения, отрицания в отношении собственного тела. Практически на всех автопортретах данного вида глаза были нарисованы достаточно большими, что интерпретируется как озабоченность и гиперчувствительность к общественному мнению. В то же время на большинстве рисунков рта были уменьшены в размерах, слабо прорисованы, губы тонкие, сомкнутые, что, по нашему мнению, можно интерпретировать, как признак собственно «отрицания». Лишь у 3 (14%) девочек в автопортретах было представлено изображение «во весь рост», у 2 (9%) – в виде «бюста», у 5 (23%) – схематическое изображение лица, у 3 (14%) – метафорическое изображение.

При повторном тестировании после курса игрового биоуправления возросло число рисунков с изображением «во весь рост». Они были у 5 (23%) пациенток, что свидетельствует о большем принятии своего физического «Я». У 11 (50%) девочек уменьшилось число схематических и увеличилось число реалистических изображений, что указывает на возрастание независимости ценностей и поведения субъекта от воздействий извне, на меньшую зависимость от оценки окружающих. У 6 (27%) пациенток отмечено также большее количество метафорических автопортретов и изображений на фоне пейзажа, что рассматривается, как способность взглянуть на себя по-новому, увидеть в себе новые возможности, осознать свои чувства и потребности.

По данным тестирования по методике самооценки ситуативной и личностной тревожности, проведенного до курса игрового биоуправления, 15 пациенток (68%) продемонстрировали высокий (более 45 баллов), а 7 пациенток (32%) умеренный (31-44 балла) уровень ситуативной тревожности. По шкале оценки личностной тревожности были отмечены более низкие показатели: лишь у 8 (36%) пациенток выявлен высокий уровень, у 11 (50%) - умеренный, а у 3 (14%) пациенток низкий уровень.

При повторном тестировании после курса игрового биоуправления преобладали изменения по шкале самооценки ситуативной тревожности. Так, было отмечено снижение ситуативной тревожности от высокого до умеренного уровня у 12 пациенток (55%), низкий (менее 31 балла) уровень обнаружили 5 пациенток (23%), у 5 пациенток (23%) изменений не произошло. В то же время по шкале самооценки личностной тревожности отмечены менее выраженные динамические показатели - у 6 (28%) пациенток сохранился высокий уровень, у 10 (45%) - умеренный, низкий уровень обнаружили 6 (28%) пациенток.

Выводы. Таким образом, данные эксперимента показали, что применение биологического управления снижает уровень эмоционального напряжения, невротизации, тревоги и позволяет легче воспринимать изменения массы тела (вес – мера силы, например, воздействия тела на опору, масса – количество вещества) в процессе общего лечения. Известно, что в ходе лечения и реабилитации больных НА всегда присутствует этап, сопровождающийся повышением эмоционального напряжения, особенно на этапе увеличения привычной массы тела, поэтому метод игрового биологического управления позволяет поддержать новое функциональ-

ное состояние, затрагивающие как физиологические, так и психические механизмы регуляции.

Анализ эмоционального состояния, по данным психологических методик, на уровне тенденций показал снижение реактивной тревожности и дизадаптации личности в конце завершения курса тренинга. У больных появились навыки саморегуляции состояния. Исследования по оценке эффективности применения метода игрового биологического управления в комплексном лечении и коррекции эмоциональных расстройств у подростков с НА следует продолжить.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горчакова Н.М. Образ тела при нервной анорексии // Психология телесности: теоретические и практические исследования: Сборник статей II международной научно-практической конференции. Пенза: ПГПУ им. В.Г. Белинского, науч.-практ. конф. - Пенза, 2009. – С. 6–8.
2. Диагностика стратегий саморегуляции и стрессоустойчивости методами игрового биоуправления : метод. руководство / Мажирина К.Г., Джафарова О.А. ; НИИ молекулярной биологии и биофизики. – Новосибирск, 2011. – 26 с.
3. Дементьев В.В., Василенко А.А., Попов Ю.В. Диагностика и терапия нервной анорексии, коморбидной с другими психическими заболеваниями у девочек-подростков и их социальная адаптация : метод. рекомендации. - СПб., 2012. –17 с.
4. Кемпински А. Психопатология неврозов. – Варшава: Польское мед. изд-во, 1975. – 360 с.
5. Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В. Нервная анорексия. – М.: Медицина, 2001. – 102 с.
6. Креймер А.Я., Ласков Б.И. Энурез. – М., 1975. – 222 с.
7. Куликов П.Г. Психотерапия при гипертонической болезни и инсульте // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 1992. № 3. - С. 52-56.
8. Ласков Б.И. Лечение ночного недержания мочи методом воспитания условного рефлекса. – М., 1952. – С. 32–39.
9. Лобзин В.С., Решетников М.М. Аутогенная тренировка : справ. пособие для врачей. – Л.: Медицина, 1986. – 280 с.
10. Любан-Плоцца Б., Пельднигер В., Креггер Ф. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике : [пер. с нем. – 3-е изд.]. – СПб., 2000. – 286 с.
11. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика : справ. практ. психолога. – М.: Эксмо, 2004. – 992 с.
12. Методы биоуправления в лечении стресс-зависимых заболеваний: температурно-миографический тренинг : пособие для врачей. - М., 2002. – 18 с.
13. Миссуловин Л.Я. Лечение заикания. – М., 1988. – 26 с.
14. Мосолов С.Н., Бирюкова Е.В., Тимофеев И.В. Применение α - θ -тренинга биологической обратной связи при тревожных расстройствах, резистентных к психофармакотерапии (открытое рандомизированное контролируемое исследование) // Обозр. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 2010, № 1. – С. 15–20.
15. Спилбергер Ч.Д. / Ханин Ю. Л. Краткое руководство к шкале реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. - Л.: ЛНИИФК, 1976. - 18 с.
16. Редько Н.Г. Методика лечения психосоматических заболеваний с использованием систем игрового биоуправления. – Новосибирск, 2006. – 11 с.
17. Романова Е.С., Потемкина О.Ф. Графические методы в психологической диагностике. – М.: Дидакт, 1992. – 256 с.

18. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина 1986.- 384с.

19. Фрейдджер Р., Фейдимен Д. Личность. Теории, упражнения, эксперименты : [пер. с англ.]. – СПб.: Прайм Еврознак, 2004. – 608 с.

20. Штарк М.Б. Заметки о биоуправлении (сегодня и немного о завтра) // Биоуправление-3. Теория и практика. - Новосибирск, 1998. - С. 5-13.

21. Штарк М.Б., Скок А.Б. Набор методических материалов по биоуправлению. – Новосибирск : Ин-т молекуляр. биологии и биофизики, 1999. – С. 8–62.

1. Gorchakova N.M. Obraz tela pri nervnoj anoreksii // Psihologija telesnosti: teoreticheskie i prakticheskie issledovaniya: Sbornik statej II mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoj konferencii. Penza: PGPU im. V.G. Belinskogo, nauch.-prakt. konf. - Penza, 2009. – С. 6–8.

2. Diagnostika strategij samoreguljacji i stressoustojchivosti metodami igrovogo bioupravlenija : metod. rukovodstvo / Mazhirina K.G., Dzharfarova O.A. ; NII molekularnoj biologii i biofiziki. – Novosi-birsk, 2011. – 26 s.

3. Dement'ev V.V., Vasilenko A.A., Popov Ju.V. Diagnostika i terapija nervnoj anoreksii, komorbidnoj s drugimi psihicheskimi zabolevanijami u devocek-podrostkov i ih social'naja adaptacija : metod. rekomendacii. - SPb., 2012. –17 s.

4. Kempinski A. Psihopatologija nevrozov. – Varshava: Pol'skoe med. izd-vo, 1975. – 360 s.

5. Korkina M.V., Civil'ko M.A., Marilov V.V. Nervnaja anoreksija. – М.: Medicina, 2001. – 102 s.

6. Krejmer A.Ja., Laskov B.I. Jenurez. – М., 1975. – 222 s.

7. Kulikov P.G. Psihoterapija pri gipertonicheskoj bolezni i insulte // Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Behtereva, 1992. № 3. - S. 52-56.

8. Laskov B.I. Lechenie nochnogo nederzhaniya mochi metodom vospitaniya uslovnogo refleksa. – М., 1952. – S. 32–39.

9. Lobzin V.S., Reshetnikov M.M. Autogennaja trenirovka : sprav. posobie dlja vrachej. – L.: Medicina, 1986. – 280 s.

10. Ljuban-Plocca B., Pel'dniger V., Kreger F. Psihosomaticheskie rasstrojstva v obshhej medicinskoj praktike : [per. s nem. – 3-e izd.]. – SPb., 2000. – 286 s.

11. Malkina-Pyh I.G. Psihosomatika : sprav. prakt. psihologa. – М.: Jeksmo, 2004. – 992 s.

12. Metody bioupravlenija v lechenii stress-zavisimyh zabolevanij: temperaturno-miograficheskij trening : posobie dlja vrachej. - М., 2002. – 18 s.

13. Missulovin L.Ja. Lechenie zaikanija. – М., 1988. – 26 s.

14. Mosolov S.N., Birjukova E.V., Timofeev I.V. Primenenie α - θ -treninga biologicheskoj obratnoj svyazi pri trevozhnyh rasstrojstvah, rezistentnyh k psihofarmakoterapii (otkrytoe randomizirovannoe kontroliruемое issledovanie) // Obozr. psihiatrii i med. psihologii im. V.M. Behtereva. – 2010, № 1. – S. 15–20.

15. Spilberger Ch.D. / Hanin Ju. L. Kratkoe rukovodstvo k shkale reak-tivnoj i lichnostnoj trevozhnosti Ch.D. Spilbergera. - L.: LNIIFK, 1976. - 18 s.

16. Red'ko N.G. Metodika lechenija psihosomaticheskikh zabolevanij s ispol'zovaniem sistem igrovogo bioupravlenija. – Novosibirsk, 2006. – 11 s.

17. Romanova E.S., Potemkina O.F. Graficheskie metody v psihologicheskoj diagnostike. – М.: Didakt, 1992. – 256 s.

18. Topoljanskij V.D., Strukovskaja M.V. Psihosomaticheskie rasstrojstva. – М.: Medicina 1986.- 384с.

19. Frejdzher R., Fejdimen D. Lichnost'. Teorii, uprazhnenija, jeksperimenty : [per.

s angl.]. – SPb.: Prajm Evroznak, 2004. – 608 s.

20. Shtark M.B. Zametki o bioupravljenii (segodnja i nemnogo o zavtra) // Bioupravlenie-3. Teorija i praktika. - Novosibirsk, 1998. - S. 5-13.

21. Shtark M.B., Skok A.B. Nabor metodicheskikh materialov po bioupravleniju. – Novosibirsk : In-t molekular. biologii i biofiziki, 1999. – S. 8–62.

22. Edward J. Hickling, Gustave F.P. Sison, Jr, Rodney D. Vanderploeg Treatment of Posttraumatic Stress Disorder with Relaxation and Biofeedback Training. // 1986. – pp. 125–134. Humboldt State University.

23. Hurwitz, L., Kahane, J., Mathieson, C. (1986). The effects of EMG biofeedback and progressive muscle relaxation on the reduction of test anxiety. Educational and Psychological Research. The State University, USA - pp. 353–400.

24. Schwartz M.S. Biofeedback. A Practitioner's Guide. – Second Edition. – New York : London : The Gilford Press, 1995. – pp. 288 - 297.

25. Hoek, H. W. & van Hoeken, D. (2003) Review of the prevalence and incidence of eating disorders. International Journal of Eating Disorders, 34. – pp. 383–396.

26. Hebebrand J, Bulik CM. Critical appraisal of the provisional DSM-5 criteria for anorexia nervosa and an alternative proposal. Int J Eat Disord 2011;44:665-78.

27. Barber Th., DiCara L.V., Kamija J., Miller H.E., Shapiro D., Stoyva J. Biofeedback and self-control Chicago-Hew York, 1972.

M.N. Teterina*, I.M. Arefiev**

BIOFEEDBACK IN CORRECTION OF EMOTIONAL VIOLATIONS AT PATIENTS OF NERVOUS ANOREXIA

***Scientific and Practical Center of Psychoneurology, **Scientific and Practical Center of Mental Health of Children and Adolescents (Moscow).**

Summary: Presents a study of the efficiency of the proposed biologically backward control in complex therapy of 22 girls aged 12-16 years with anorexia nervosa (F50.0 in ICD-10). Sessions of correction of the mental state usually lasted for 1 h in 10-15 days. Before the start of the remedial training and after its mental status were evaluated using psychological techniques that aim to identify anxiety and internal restlessness. It is established that the use of biologically backward control leads to lower overall anxiety, stabilization of the emotional background, improves the processes of self-regulation.

Keywords: medical (clinical) psychology, biofeedback, psychological correction, adolescents, anorexia nervosa.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ИХ КОРРЕКЦИЯ ИГРОВЫМИ СРЕДСТВАМИ

Научно-исследовательский центр детской нейропсихологии им.
А.Р. Лурия (Москва).

Резюме. В статье изложены материалы коррекционной работы с детьми, имеющими задержку психического развития, находящимися на обучении в массовой школе и испытывающими устойчивые трудности в овладении основными учебными дисциплинами. Работа выполнена в рамках нейропсихологического подхода в Научно-исследовательском центре детской нейропсихологии им. А.Р. Лурия.

Ключевые слова: задержка психического развития, коррекционная работа, нейропсихологический подход.

Проблема поиска средств и форм преодоления школьной неуспеваемости детей с задержкой психического развития (ЗПР), находящихся на обучении в массовой школе и испытывающих устойчивые трудности в овладении основными учебными дисциплинами, чрезвычайно актуальна и значима для решения фундаментальных задач теории и практики специальной психологии. С момента начала школьной жизни у этих детей обнаруживаются выраженные трудности в обучении и поведении, проявляющиеся в недостаточной успешности и сниженной мотивации к процессу учения. Общая способность к обучению у детей этой группы не достигает уровня здоровых детей, о чем свидетельствуют несформированность в соответствии с возрастом пространственных представлений, речи, саморегуляции, эмоционально-волевой сферы, имеют место особенности мышления и трудности социализации [23]. Большинство школьников с ЗПР находится на том уровне развития игровой деятельности, при котором учебная деятельность осуществляется как внешняя по отношению к внутренней мотивации и личностным смыслам ребенка.

При ЗПР имеет место неравномерность формирования психических функций, что приводит к недоразвитию отдельных психических процессов [2, 11, 12, 14]. Высшие психические функции (ВПФ) и такие их составляющие, как воображение, восприятие пространства, пространственные представления, образное, речевое и логическое мышление, произвольность, мотивационный и операциональные компоненты в дошкольном возрасте формируются в процессе познания ребенком окружающего мира, в том числе, и в процессе ведущей деятельности дошкольного возраста – игре [10, 12, 15, 17, 25].

Доказательства возможности коррекции учебной деятельности игровыми средствами мы получили в результате эксперимента, проведенного на базе Научно-исследовательского центра детской нейропсихологии им. А.Р. Лурия, основной целью которого являлось преодоление трудностей обучения в начальной школе детей с ЗПР с использованием игровых коррекционных средств.

В экспериментальном исследовании участвовали 90 детей с ЗПР.

Психокоррекционная работа была направлена на развитие произвольного внимания, пространственных функций, зрительной и вербальной памяти, гностических процессов, экспрессивной и импрессивной речи, звукового анализа и синтеза, на расширение активного и пассивного словаря, на развитие связи речи со сферой зрительных образов и представлений, программирования действий.

Коррекционная работа велась в двух направлениях

1. *Психокоррекционная работа по формированию ВПФ детей с помощью игровых средств.* Осуществлялась работа по повышению уровня сформированности нейродинамики психических процессов, развитию моторики, пространственных представлений, формированию внимания, произвольной регуляции и контроля деятельности, памяти.

2. *Психокоррекционная работа с использованием игровых средств в связи с задачами обучения основным школьным дисциплинам* (русскому языку, математике). Данное направление реализовывало работу по развитию произвольности познавательных процессов, формированию общей способности к учению. Игры, развивающие речь и мышление, использовались нами для формирования психологических предпосылок успешного усвоения русского языка и математики [4, 18, 19, 20].

Программа коррекционных занятий осуществлялась на основе следующих принципов: 1. *Принцип интегративного воздействия игровых средств;* 2. *Принцип программирования игровой деятельности ребенком;* 3. *Принцип использования двигательных игровых средств с целью обеспечения стабильности умственной работоспособности;* 4. *Принцип смены видов деятельности;* 5. *Принцип индивидуального подхода;* 6. *Принцип дозирования заданий;* 7. *Принцип соревнования и поощрения;* 8. *Принцип соответствия игровых средств психофизическим возможностям, потребностям и интересам ребенка;* 9. *Принцип включения родителей в игровое взаимодействие с ребенком.*

В работе участвовали нейропсихологи, специальные психологи, преподаватели русского языка и математики, невропатологи.

Требования к проведению занятий.

Каждое занятие проводится в условиях различных игровых ситуаций. Тема игровых ситуаций выбирается, исходя из возраста и личных увлечений ребенка. На индивидуальных занятиях роли распределяются между ребенком и психологом, при работе в диаде - между детьми и психологом.

Цель занятий: комплексное формирование ВПФ ребенка с помощью игровых двигательных и игровых когнитивных средств.

Задачи: развитие произвольности, умения программировать свою деятельность, навыков взаимодействия и коммуникативности.

Предварительная работа: чтение сказки или рассказа, направленного на создание игровой ситуации занятия; распределение ролей между ребенком и психологом (на индивидуальном занятии) или психологом и детьми (на групповых занятиях) - согласование и совместное проговаривание общих правил занятия.

Структура занятия:

Установочный этап. Приветствие, включающее «встречу» героев и краткое проговаривание ими содержания и сюжета сказки или рассказа (5 мин)

Коррекционный этап. I часть – «Двигательная коррекция» (15 мин): 1. Дыхательная гимнастика; 2. Двигательные упражнения, направленные на развитие ВПФ, нейродинамики психических процессов, пространственных представлений, произвольной регуляции и контроля деятельности, развития внимания, произвольности, самоконтроля, двигательной памяти, в зависимости от протокола нейропсихологического обследования; 3. Ритмические упражнения с переключением или «стоп-сигналом».

Коррекционный этап. II часть - «Когнитивная коррекция» (35 мин): 1. Дыхательная гимнастика; 2. Когнитивные коррекционные упражнения, направленные на формирование произвольной регуляции и контроля деятельности, развитие самоконтроля, внимания, памяти, пространственного восприятия, формирование ре-

чи и мышления.

Заключительный этап (5 минут). - 1. Оценка себя самого или партнера по играм с позитивной стороны; 2. Заключительная положительная оценка занятия психологом

Содержание коррекционных занятий

«Психокоррекционная работа по формированию ВПФ детей с помощью игровых средств» состояла из 2-3 курсов по 20-25 занятий, продолжительность каждого занятия составляла 60 мин. с посещением два раза в неделю. При переходе к следующему курсу коррекционного этапа набор игр каждого раздела менялся и усложнялся.

В начале психокоррекционной работы предусматривался только индивидуальный подход к ребенку. Попытки объединения детей в диады и мини-группы на начальной стадии не дали положительного результата, так как, во-первых, нейropsychологические особенности детей достаточно сильно различаются; во-вторых, некоторые дети демонстрировали трудности или избирательность в контактах, что значительно осложняло объединение их в группы; в-третьих, отмечались выраженные отличия в воспитании и культурном уровне семей [22].

В случае отсутствия противопоказаний родителям ребенка за одну неделю до занятий рекомендовалось проводить общеукрепляющие процедуры, в том числе курс из 10-15 сеансов профессионального массажа. Коррекционная программа разрабатывалась индивидуально для каждого ребенка, исходя из результатов нейropsychологической диагностики, которая позволила выделить варианты отклонений в развитии психических функций. К занятиям допускались дети после осмотра невропатологом, в том случае, если невропатолог давал заключение об отсутствии противопоказаний к общеукрепляющим процедурам, массажу, контрастным водным обливаниям, дыхательной гимнастике.

В коррекционной работе использовались двигательные, когнитивные игровые средства.

Двигательные игровые средства были направлены, в первую очередь: на развитие визуального и аудиального внимания; формирование произвольности действия; преодоление стереотипий в поведении; повышение общей активности ВПФ; развитие межполушарного взаимодействия; формирование навыков построения сложных двигательных программ; преодоление импульсивности и гиперактивности; развитие пространственного восприятия собственного тела; формирование схемы тела. Некоторые двигательные упражнения, применяемые нами, являются нашей игровой модификацией двигательных упражнений. [5, 16]. Принципиальная разница наблюдалась в следующем:

1. Двигательные методы подбирались строго индивидуально с учетом специфики формирования психических функций ребенка (внимание уделялось более дефицитарным функциям), также это делалось во избежание негативной оценки из-за неуспешного выполнения задания в сравнении с другими.

2. В каждое двигательное упражнение с целью повышения мотивации к занятиям были введены компоненты игры: правило, соревнование, роль; также мы учитывали увлечения и успеваемость ребенка.

3. Двигательные игровые методы дополнялись когнитивными играми с целью смены видов деятельности в течение занятий (для усиления направленного воздействия на корригируемую функцию и возможности отдыха от интенсивной двигательной нагрузки).

Когнитивные игровые средства были направлены на развитие произвольного внимания, мелкой моторики; развитие программирования действий (формирова-

ние произвольности действий); развитие гностических процессов; формирование пространственных представлений; развитие речевого мышления и расширение словарного запаса. Набор игровых методов, предложенный в настоящем исследовании, в основном является авторским или разработанным на базе Центра детской нейропсихологии под нашим руководством [18, 19, 21].

Для повышения уровня умственной работоспособности проводились дыхательные упражнения в игровой форме, родителям давались рекомендации по организации процедур: массаж воротниковой зоны, дыхательная гимнастика, ароматерапия, контрастный душ и другие методы (в отсутствии противопоказаний). После положительной оценки ведущего специалиста о готовности ребенка к взаимодействию с детьми подбирали пары.

Каждая предлагаемая игра имеет интегративное воздействие, то есть направлена на коррекцию одновременно нескольких психических функций, однако мы условно их дифференцировали согласно основным задачам коррекции: игры, направленные на повышение нейродинамики психических процессов; игры, направленные на развитие моторики, формирование схемы тела, выработку серийной организации движений; игры для развития памяти (двигательной, зрительной, слуховой); игры, направленные на развитие пространственных представлений; игры и упражнения для формирования произвольной регуляции и контроля деятельности, развития внимания, произвольности, самоконтроля. Центральным направлением коррекционной работы по преодолению и профилактике школьной неуспеваемости, является формирование произвольной регуляции и контроля собственной деятельности.

Принципиальным отличием нашего подхода является комплексность применения каждого упражнения. Например, если в занятии мы используем лепку, то ребенок получает задание вылепить, например, алфавит, при этом гласные буквы он должен сделать красного цвета, а согласные буквы - синего. Таким образом, развивая мелкую моторику, мы также даем представление об образе буквы и о делении звуков на гласные и согласные и тренируем избирательность внимания.

Сначала с ребенком проводятся двигательные упражнения [6, 16], которые направлены как на освоение пространства движений, схемы тела, так и на формирование необходимого для коммуникации чувства дистанции (например, при нарушении восприятия пространства ребенок может, не осознав дистанции, сбить сверстника с ног, не рассчитав удара), в которые, как описывалось выше, мы вводим элементы игровых действий.

Методики коррекции основаны на двух основных подходах: на преодолении нейродинамических проблем через насыщение ребенка активностью и на использовании внешних опор для опосредствования регуляторных функций. От активизации ребенка с помощью дыхательных упражнений в *коррекционных* заданиях мы переходим к развитию способности управлять своими движениями. *Формирование произвольности действий* с помощью тренировки действий по правилам осуществляется на начальном этапе через методы двигательной коррекции [16], в которые нами введены игровые действия. Ощущение внутреннего торможения, например, формируют игры с командой «стоп», с заданием обогнуть или преодолеть разные препятствия, ограничения в пространстве с помощью игрушек, веревок и прочее; умение быстро усваивать новые правила - игры «с переключением». Для усиления *контроля* используются дополнительные зрительные опоры, например, невербальные знаки (условные жесты взрослого). Например, ребенку дается инструкция: «Представь, что ты оказался в Болгарии, здесь, чтобы ответить «нет», нужно кивнуть головой, а чтобы сказать «да» - покачать головой из стороны в

сторону. Я буду задавать тебе вопросы, а ты постарайся правильно на них отвечать».

Игры направлены на увеличение объема, повышение концентрации, устойчивости, уровня распределения произвольного внимания; преодоления импульсивности. Также для формирования произвольного внимания, программирования и контроля, мы применяем игры, включающие операции с числовыми рядами [1], в которые входят постепенно усложняющиеся задания на основании таблиц Шульте. Нами эта методика модифицирована [4, 21] и используется во множестве вариантов.

Чаще всего у обращавшихся к нам детей наблюдались симптомы несформированности слухоречевой памяти, второй по частоте встречаемости была слабость зрительной памяти, далее шли дефекты двигательной памяти. Если зрительная память развита лучше слуховой, использовали картинки (а затем и их внутренние представления) как опору при запоминании серий слов.

Каждая из игр имеет коррекционное воздействие не только на все виды памяти, но и на развитие других функций.

«Психокоррекционная работа по развитию ВПФ в связи с задачами обучения основным школьным дисциплинам (русскому языку, математике)»

Второе направление психокоррекционной работы состояло из 2 курсов по 20 – 25 занятий по 60 мин. каждое с посещением два раза в неделю. Это был курс, направленный на развитие ВПФ в связи с обучением либо русскому языку, либо математике. Выбор предмета, на основе которого происходил дальнейший психокоррекционный процесс, зависел от проблем, выявленных у ребенка в процессе исследования. Однако чаще всего это был курс, направленный на формирование ВПФ в связи с задачами обучения русскому языку, так как в большинстве случаев дети отставали именно по этому предмету, что связано, видимо, со сложностью психофизиологической структуры письма [13]. Занятия проводились по авторским методикам Центра [9, 18, 19, 20].

Несмотря на возрастные и психофизиологические различия детей, занятия осуществлялись с учетом следующих требований: содержание всех заданий имело игровой характер, было забавным, веселым и несло полезную информацию; все задания были небольшими по объему; постоянно происходила смена видов деятельности (списывание с образца, диктант, шифровка, рисование, устное сочинение, упражнения для мелкой моторики рук, игра, разгадывание кроссвордов); настройка на новый вид деятельности происходила посредством активизации зрительных, слуховых или тактильных анализаторов.

Учитывались индивидуальные особенности ребенка, большое внимание уделялось процедуре проведения дифференциации материала и игровых заданий в соответствии с возрастом детей, уровнем их знаний и представлений по изучаемым разделам и областям.

Несмотря на то что набор игровых коррекционных средств, используемый нами во время коррекции, достаточно обширен, каждая игра подвергалась различным вариациям, предлагаемым в зависимости от индивидуальных особенностей, увлечений и пробелов в знаниях ребенка.

Результаты исследования, проведенного после коррекционной работы, подтвердили и конкретизировали выдвинутую гипотезу о возможности коррекции ВПФ игровыми средствами и позволили сформулировать следующие выводы:

1. Частая встречаемость низкой успеваемости учащихся младших классов обусловлена, в том числе, выраженностью нейропсихологических нарушений, которые могут быть более успешно преодолены средствами игровой деятельности.

2. Результаты нейропсихологического исследования доказывают зависимость формирования общей способности к учению от качества протекания игрового этапа в развитии ребенка. Анализ данных свидетельствует о том, что в основе общей способности к учению у детей лежат функции самоконтроля, произвольной регуляции, а также достаточный уровень общей мозговой активности ребенка. Именно эти параметры психической деятельности достигают нужного уровня развития в игровой деятельности.

3. Комплексная коррекционная программа, включающая в качестве основных средств психолого-педагогического воздействия игровые средства, построенная с учетом особенностей младших школьников с ЗПР, отвечающая современным требованиям к организации занятий, позволяет сформировать у них психологический базис для успешного овладения учебной программой. Игровые средства путем использования соответствующего психологического ресурса корректируют недостаточность ВПФ, что, в свою очередь, компенсаторно влияет на формирование общей способности к учению школьников начальных классов с ЗПР.

4. Эффект коррекционных мероприятий проявляется не только в улучшении нейропсихологических показателей сформированности ВПФ, повышении успеваемости, нормализации поведения ребенка в школе, но и в положительных личностных изменениях. Игровые методы эффективно воздействуют на личность ребенка. С их помощью достигается преодоление агрессии, тревожности, повышенной застенчивости, страхов, неуверенности в себе, развитие коммуникативности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход. – СПб.: Питер, 2008. – 320 с.
2. Выготский Л.С. Психология и учение о локализации психических функций. Собрание сочинений в 6 т. – М.: Педагогика, 1982 – Т.1
3. Давыдов В.В. Проблемы развивающего обучения. – М.: Педагогика, 1986. – 288 с.
4. Глозман Ж.М. Нейропсихология детского возраста. – М.: Академия, 2009. – 272 с.
5. Горячева Т.Г. Программа групповой работы с детьми при проведении сенсомоторной коррекции // Психолог в детском саду. – 2006 - № 3. – С.37-51.
6. Горячева Т.Г., Султанова А.С. Сенсомоторная коррекция при различных отклонениях психического развития // Неврологический вестник им. В.М. Бехтерева, т. XXXIX, вып. 1. – 2007. – С.93-94.
7. Князева Т.Н. Индивидуальный образовательный маршрут ребенка как условие осуществления психолого-педагогической коррекции младших школьников с задержкой психического развития // Коррекционная педагогика. – 2005. – № 7. – С. 35-37.
8. Микадзе Ю.В., Корсакова Н.К. Нейропсихологическая диагностика и коррекция младших школьников. – М.: ИнтелТех, 1994. – 64 с.
9. Игровые методы коррекции трудностей обучения в школе / под ред. Ж.М. Глозман. – М.: ТЦ Сфера. – 2006. – 96 с.
10. Запорожец А.В. Основные проблемы онтогенеза психики. Избранные психологические труды в двух томах. Т.1 – М.: Педагогика. – 1986. – 323 с.
11. Лебединская К.С. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте. учеб. пособие для студ. вузов / К. С. Лебединская, В. В. Лебединский ; Московский гос. ун-т им. М. В. Ломоносова. – 7-е изд., испр. и доп. – М.: Академ. проект: Трикста, 2011. – 303 с. :
12. Лубовский В.И. Высшая нервная деятельность и психологические осо-

бенности детей с задержкой психического развития // Дефектология. - 1972.- № 4. - С. 21-32.

13. Лурия А.Р. Очерки психофизиологии письма. - М.: Изд-во АПН РСФСР, 1950. - 84 с.

14. Певзнер М.С. Клиническая характеристика детей с задержкой психического развития // Дефектология. - 1972. - № 3. - С. 3-9

15. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии - М.: Учпедгиз, 1946. - 250 с.

16. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. - М.: АСАДЕМА, 2002. – 232 с.

17. Слепович Е.С. Игровая деятельность детей с задержкой психического развития. - М.: Педагогика, 1990. - 96 с.

18. Соболева А.Е., Кондратьева Н.Н. Русский язык с улыбкой. Игровые упражнения для предупреждения и преодоления дисграфии. – М.: Творческий Центр Сфера, 2007. – 64 с.

19. Соболева А.Е., Емельянова Е.Н. Пишу без ошибок. Русский язык с нейропсихологом. – СПб.: Питер, 2008. – 96 с.

20. Соболева А.Е., Печак Е.Е. Математика. Считаем уверенно! - М: Эксмо, 2009. – 96 с.

21. Сунцова А.В., Курдюкова С.В. Развитие пространственных представлений у детей младших классов. - СПб.: Питер, 2009. - 35 с.

22. Ткачева В.В. Семья ребенка с отклонениями в развитии: диагностика и консультирование. - М.: Книголюб, 2007. - 156 с.

23. Ульянова У.В., Лебедева О.В. Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии. - М.: Академия, 2007. - 176 с.

24. Эльконин Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте // Вопросы психологии. - 1971. - № 4. - С. 6-20.

25. Эльконин Д.Б. Психология игры. - М.: Педагогика, 1978. - 304 с.

1 Ahutina T.V., Pylaeva N.M. Preodolenie trudnostej uchenija: nejropsihologicheskij podhod. – SPb.: Piter, 2008. - 320 s.

2. Vygotskij L.S. Psihologija i uchenie o lokalizacii psihicheskikh funkcij. Sobranie sochinenij v 6 t. - М.: Pedagogika, 1982 - Т.1

3. Davydov V.V. Problemy razvivajushhego obuchenija. - М.: Pedagogika, 1986. - 288 s.

4. Glozman Zh.M. Nejropsihologija detskogo vozrasta. - М.: Akademija, 2009. – 272 s.

5. Gorjacheva T.G. Programma gruppovoj raboty s det'mi pri provedenii sensomotornoj korrekcii // Psiholog v detskom sadu. – 2006 - № 3. - S.37-51.

6. Gorjacheva T.G., Sultanova A.S. Sensomotornaja korrekcija pri razlichnyh otklonenijah psihicheskogo razvitija // Nevrologicheskij vestnik im. V.M. Behtereva, t. XXXIX, vyp. 1. – 2007. - S.93-94.

7. Knjazeva T.N. Individual'nyj obrazovatel'nyj marshrut rebenka kak uslovie osushhestvlenija psihologo-pedagogicheskoy korrekcii mladshih shkol'nikov s zaderzhkoj psihicheskogo razvitija // Korrekcionnaja pedagogika. – 2005. - № 7. - S. 35-37.

8. Mikadze Ju.V., Korsakova N.K. Nejropsihologicheskaja diagnostika i korrekcija mladshih shkol'nikov. - М.: IntelTeh, 1994. - 64 s.

9. Igrovyje metody korrekcii trudnostej obuchenija v shkole / pod red. Zh.M. Glozman. - М.: TC Sfera. - 2006. - 96 s.

10. Zaporozhec A.V. Osnovnye problemy ontogeneza psihiki. Izbrannye psihologicheskie trudy v dvuh tomah. Т.1 - М.: Pedagogika. - 1986. – 323 s.

11. Lebedinskaja K.S. Narusheniya psichicheskogo razvitiya v detskom i podrostkovom vozraste. ucheb. posobie dlja stud. vuzov / K. S. Lebedinskaja, V. V. Lebedinskij ; Moskovskij gos. un-t im. M. V. Lomonosova. - 7-e izd., ispr. i dop. - M.: Akadem. proekt: Triksa, 2011. - 303 s. :
12. Lubovskij V.I. Vysshaja nervnaja dejatel'nost' i psihologicheskie osobennosti detej s zaderzhkoj psichicheskogo razvitiya // Defektologija. - 1972.- № 4. - S. 21-32.
13. Lurija A.R. Ocherki psihofiziologii pis'ma. - M.: Izd-vo APN RSFSR, 1950. - 84 s.
14. Pevzner M.S. Klinicheskaja harakteristika detej s zaderzhkoj psichicheskogo razvitiya // Defektologija. - 1972. - № 3. - S. 3-9
15. Rubinshtejn S.L. Osnovy obshhej psihologii - M.: Uchpedgiz, 1946. - 250 s.
16. Semenovich A.V. Nejropsihologicheskaja diagnostika i korrekciya v det-skom vozraste. - M.: ACADEMA, 2002. - 232 s.
17. Slepovich E.S. Igrovaja dejatel'nost' detej s zaderzhkoj psichicheskogo razvitiya. - M.: Pedagogika, 1990. - 96 s.
18. Soboleva A.E., Kondrat'eva N.N. Russkij jazyk s ulybkoy. Igrovye uprazhnenija dlja preduprezhdenija i preodolenija disgrafii. - M.: Tvorcheskij Centr Sfera, 2007. - 64 s.
19. Soboleva A.E., Emel'janova E.N. Pishu bez oshibok. Russkij jazyk s nejropsihologom. - SPb.: Piter, 2008. - 96 s.
20. Soboleva A.E., Pechak E.E. Matematika. Schitaem uverenno! - M: Jeksmo, 2009. - 96 s.
21. Suncova A.V., Kurdjukova S.V. Razvitie prostranstvennyh predstavlenij u detej mladshih klassov. - SPb.: Piter, 2009. - 35 s.
22. Tkacheva V.V. Sem'ja rebenka s otklonenijami v razvitii: diagnostika i konsul'tirovanie. - M.: Knigoljub, 2007. - 156 s.
23. Ul'enkova U.V., Lebedeva O.V. Organizacija i sodержanie special'noj psihologicheskoy pomoshhi detjam s problemami v razvitii. - M.: Akademija, 2007. - 176 s.
24. Jel'konin D.B. K probleme periodizacii psichicheskogo razvitiya v detskom vozraste // Voprosy psihologii. - 1971. - № 4. - S. 6-20.
25. Jel'konin D.B. Psihologija igry. - M.: Pedagogika, 1978. - 304 s.
26. Rourke G.P. (Ed.) Neuropsychology of learning disabilities. - NY. - 1985 - 351p.
27. Tapio K. Learning disabilities in children: An empirical subgrouping. - Turku, 1988. - 354 p.

A.E. Soboleva

THE CHARACTERISTICS OF THE HIGHER MENTAL FUNCTIONS DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH MENTAL RETARDATION AND THEIR CORRECTION BY MEANS OF THE PLAY THERAPY

Luria Scientific-Research Center of Child Neuropsychology (Moscow)..

Summary. The article presents a play approach of psychological intervention of junior schoolchildren with mental retardation. All respondents were studying in comprehensive secondary schools and had steady academic problems. We carried our research in the Luria Scientific-Research Center of Child Neuropsychology and applied a neuropsychological approach. The article reflects the results of the intervention course for schoolchildren with mental retardation. All of them were the students of the public school and had sufficient difficulties in mastering basic school subjects. The neuropsychological approach has been applied.

Keywords: mental retardation, psychological intervention, neuropsychological approach.

И.Н. Галасюк

**УСТРОЙСТВО В СЕМЬЮ РЕБЕНКА С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ
НАРУШЕНИЯМИ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА****Российский государственный социальный университет (Москва).**

Резюме. Статья посвящена изучению теоретических и практических аспектов устройства в замещающую семью ребенка с интеллектуальными нарушениями. Представлен теоретический анализ научных работ в данном направлении. Проанализирован опыт устройства в семью детей с умственной отсталостью на примере государственного учреждения – детского дома для умственно отсталых детей. Рассмотрены различные аспекты мотивации родителей, принявших в семью умственно отсталого ребенка, что продемонстрировано с помощью кейсов из практики. Предложены критерии для выделения групп потенциальных замещающих родителей особого ребенка.

Ключевые слова: семья, ребенок с нарушениями интеллектуального развития; биологические родители, замещающие родители, устройство в семью.

Многочисленные сведения о последствиях эмоциональной депривации ребенка, проживающего в интернате, даже при условии осуществления ухода за ним грамотными и ответственными профессионалами, осязаемы во многих исследованиях. Подчеркивается необходимость обеспечения возможностей детям-сиротам жить и воспитываться в семье. Для многих детей с умственной отсталостью такая возможность является определяющей с точки зрения перспективы стать полноправным гражданином общества или по достижении совершеннолетия оказаться в психоневрологическом интернате на всю жизнь. В учреждениях, где воспитываются дети с нарушениями в интеллектуальном развитии, практически невозможно создать условия, учитывающие разнообразие проявлений психологических особенностей умственной отсталости каждого ребенка. Следствием этого являются значительные трудности в его социализации. Индивидуальный подход, в котором такие дети чрезвычайно нуждаются, может быть обеспечен лишь при условии их воспитания в семье. Несмотря на такое видение проблемы жизненных перспектив особых детей, к категории которых относят и детей с интеллектуальными нарушениями, на данный момент большинство из них проживает и воспитывается в казенных учреждениях – домах ребенка и детских домах-интернатах, даже не являясь сиротами. Очевидно, что переход от институциональной модели к модели семейного воспитания особых детей требует глубокой и разносторонней работы профессионалов с родителями. Специалисты прежде всего уделяют внимание восстановлению связей воспитанника со своей семьей. Государственное финансирование и социальная поддержка кровной семьи умственно отсталого ребенка отчасти решает эту проблему, помогая родителям осуществлять заботу о ребенке, требующую значительных финансовых затрат. Вместе с тем, одним из препятствий этому является отсутствие возможности постоянного сопровождения семьи медиками, психологами и другими профессионалами на дому.

Детские дома-интернаты, специализирующиеся на лечении, воспитании и обучении детей с тяжелыми нарушениями развития, не располагают механизмами такого сопровождения, однако ученые и практики включились в активные разработки методов и технологий в данном направлении. С этой целью внедряются новые типы учреждений – «Центры содействия семейному воспитанию», в которых предусмотрено объединение ряда функций: работа с кровной семьей (социальный

патронат), подготовка детей-сирот к переходу на воспитание в семье, подготовка кандидатов в замещающие родители, сопровождение замещающих семей. В случаях абсолютной невозможности обеспечить проживание умственно отсталого ребенка с биологическими родителями задачей специалистов становится поиск для него суррогатных родителей, способных осуществить замещающую семейную заботу.

Институт замещающей семьи, приемного родительства для таких детей в России находится на начальном этапе своего развития. В нашей стране даже кровные родители в большинстве случаев отказывались от детей с подобным нарушением, а сама идея устройства их в приемную семью казалась утопической. Сегодня можно констатировать появление все большего количества людей, ставших замещающими родителями для особых детей. Идея устройства такого ребенка в семью из утопической приобретает очертания реальности, а феномен родительства особого ребенка требует осмысления и разработки направлений и мишеней ее сопровождения.

Базовой основой для сопровождения замещающих семей с такими детьми являются разработки ученых по работе с приемными семьями, которые воспитывают или собираются взять на воспитание относительно здоровых детей. Наряду с этим требуются специфичные технологии, учитывающие проблемы и нужды семьи умственно отсталого ребенка, связанные с проявлениями данного нарушения, а также с сопровождением семьи на протяжении всего времени пребывания ребенка в ней. В противном случае «несопровождаемые» профессиональные замещающие семьи либо перестают существовать в качестве замещающих, либо представляют собой структуру, «нагруженную» неинтегрированной подсистемой, т. е. приемные дети живут в семье в ситуации эмоционального отторжения, что противоречит целям замещения» [3, с. 239].

Рассматривая сопровождение замещающей семьи как часть комплексного психологического сопровождения семьи ребенка с интеллектуальными нарушениями, мы разделяем точку зрения В.Н. Ослона на необходимость проводить работу не только с принимающей семьей (уровень микросистемы), но и на всех уровнях ее «жизненных сред» (социальных контекстов). Важными аспектами-мишенями работы с замещающими семьями для умственно отсталого ребенка должны стать:

1. *На уровне макросистемы* – формирование психологической готовности общества к принятию умственно отсталого ребенка и одобрения обществом принятия замещающей семьей заботы о таком ребенке. Работа профессионалов на этом уровне должна быть направлена на предотвращение стигматизации умственно отсталого ребенка и его семьи на уровне общественного сознания.

2. *На уровне экзосистемы* – обеспечение поддержки семьи умственно отсталого ребенка по месту ее проживания, профилактики пренебрежительного, отстраненного отношения к таким детям и принимающим их семьям.

3. *На уровне мезосистемы* – аккумуляция ресурсов ближайшего окружения, формирование благоприятного социального контекста воспитания умственно отсталого ребенка в замещающей семье.

4. *На уровне микросистемы*, «где к мишеням сопровождения можно отнести переструктурирование семейной системы, родительское (материнское) отношение, взаимную идентификацию, специфические родительские компетенции, депривационные нарушения в развитии приемного ребенка» [4], мы можем добавить, что в отношении умственно отсталого ребенка требуется приспособление семьи к особенностям поведения ребенка, связанным с видом нарушения интел-

лектуального развития, насыщении семейного пространства коррекционно-развивающим содержанием. «Для более точного взаимодействия с детьми с ОВЗ необходимо учитывать так называемую «мелодию общения», ритм, из которого складывается общая динамика взаимодействия... Этот ритм может показаться здоровому человеку замедленным, рваным, судорожным, вязким, застревающим и т. п. Но для них – это естественный ритм» [7, с. 96].

Намеченные выше направления и мишени работы по устройству умственно отсталого ребенка в семью уже реализуются, но фрагментарно и часто методом проб и ошибок. Трудности возникают в связи с отсутствием у профессионалов методов работы на каждом этапе жизненного цикла, который должна проходить замещающая семья данной категории. В этом направлении перед специалистами прежде всего стоит задача определения мотивации потенциальных замещающих родителей, принимающих решение открыть двери своей семьи для такого ребенка. Материальная мотивация со стороны государства, призванная стимулировать активность людей принять умственно отсталого ребенка в семью, безусловно, способствует появлению желающих «попробовать себя» в роли родителя такого ребенка. Однако предупреждая возможность ситуации вторичного возврата, необходимо исследование иных механизмов мотивации, позволяющих потенциальным замещающим и приемным родителям реализовать себя, заботясь о ребенке с данными нарушениями в развитии.

Особенности мотивации усыновления любого ребенка, независимо от его здоровья, находятся в ракурсе внимания многих исследователей. «Сейчас ситуация продуцирует более требовательный подход к отбору претендентов. Ребенка-сироту отдают собственно в «чужие руки». Нужны хотя бы минимальные гарантии, чтобы эти руки были добрыми и надежными, но никак уж не алчными, беспощадными, «грязными» и пр.». [6, с. 321]. Основной функцией замещающей семьи является функция защиты детства [2], что в отношении ребенка с интеллектуальными нарушениями приобретает особое звучание. У таких детей часто отсутствует речь, и они не могут рассказать о том, как им живется в новых условиях, как к ним относятся замещающие родители и другие члены семьи. Безусловно, такое положение вызывает беспокойство у профессионалов, которые стремятся разработать технологии поиска и отбора замещающих родителей для особого ребенка.

Практика работы и наши наблюдения позволили нам выделить некоторые группы потенциальных замещающих родителей для умственно отсталого ребенка. Среди которых:

- профессионалы - сотрудники детских домов;
- волонтеры, которые оказывают помощь детским домам-интернатам для умственно отсталых детей;
- родители, воспитывающие своего ребенка с подобными нарушениями в развитии;
- профессиональные родители, у которых за плечами многолетний опыт воспитания сирот без нарушений в развитии;
- глубоко верующие люди.

Сотрудники детских домов, которые близко общались с такими детьми, научились хорошо их понимать, осознанно принимают решение стать замещающими родителями, часто «прикипев душой» к одному из своих питомцев. Ниже мы приводим примеры образования замещающих семей в связи с подобной мотивацией, предоставленные сотрудниками психолого-консультативного отделения ГКУ ДДИ «Южное Бутово» [1, с. 162-164].

Семья I

Дарья М. работала в ГКУ ДДИ «Южное Бутово» сестрой милосердия с 2013 г. Женщина обратила внимание на одну из воспитанниц учреждения – Олю. Стала замечать, что все больше времени проводит с ребенком в группе, старается при возможности погладить и сказать ласковые слова девочке. Оля также с первых дней потянулась к Дарье и радовалась ее появлению. Спустя год, Дарья пригласила ребенка в гости, оформив заявление о гостевом режиме, а через некоторое время оформила опекунство. Оля стала любимой доченькой, поскольку других маленьких детей в семье нет. В настоящее время ребенок посещает детский сад и занятия с логопедом. В жизни ребенка произошли большие изменения, она стала говорить, появились устойчивые навыки самообслуживания.

Семья 2

Анна Ж. является сотрудницей ГКУ ДДИ «Южное Бутово». Она часто посещала группу, в которой проживал ребенок, интересовалась его здоровьем, наблюдала за ним, принимала участие в заседании ПМПК по решению вопросов относительно мальчика. Контакт между ними был установлен практически с первых дней. Несмотря на то что у мальчика отсутствует речь, он охотно общался с помощью мимики и жестов, при встрече улыбался и брал за руку. По наблюдениям медицинского персонала и психологов учреждения, общение дало положительную динамику в развитии ребенка и способствовало более устойчивому формированию его жизненно необходимых навыков. Анна неоднократно забирала ребенка в семью в формате гостевого режима. По возвращении мальчика в интернат можно было также наблюдать его позитивное состояние, эмоциональное желание ребенка вновь пойти в семью. В настоящее время ребенку комфортно, он окружен заботой, вниманием, любовью со стороны приемной мамы и всех членов семьи.

Подобная мотивация к принятию особого ребенка в семью возникает у некоторых волонтеров, помогающих специалистам в детских домах-интернатах.

Семья 3

Лена воспитывалась в ГКУ ДДИ «Южное Бутово» в отделении милосердия. Она получала необходимый уход, но нуждалась в постоянных индивидуальных занятиях, так как не могла сама передвигаться. Работая волонтером в данном учреждении Инна К. обратила внимание на то, что при контакте с ней и даже не столь длительных занятиях, девочка показывает достаточно хорошие результаты и развивается в рамках ее возможностей. Инна почувствовала потенциал ребенка, который может быть полностью реализован лишь при постоянном индивидуальном уходе. Пригласив ребенка на гостевой режим, вскоре родители оформили над девочкой опекунство. Сегодня, спустя два года, диагноз умственной отсталости снят, и ребенок посещает детский сад для детей с нормальным развитием. Лена плохо видит, и, очевидно, с этим и было связано ее отставание в развитии. Замещающие родители готовят ребенка к школе и уверены, что смогут и дальше развивать ребенка.

Замещающими родителями становятся некоторые родители, имеющие собственного ребенка с интеллектуальными нарушениями и изъявляющие желание взять в семью ребенка с идентичным диагнозом. Очевидно, что в подобных семьях были найдены свои эффективные методы обучения и воспитания ребенка с определенным типом интеллектуального нарушения (синдром Дауна, аутизм и т. д.). Такие родители чувствуют себя уверенными и компетентными воспитателями ребенка именно с данным типом нарушения развития.

Семья 4

В семье К. родился ребенок с тяжелой формой ДЦП. Причиной стать при-

емной семьей послужило пребывание супруга в больнице на лечении сына, где с ним в палате лежали два мальчика из интерната. На протяжении всего времени пребывания в больнице он наблюдал и поддерживал детей. Мальчики были довольно активные и причиняли немало хлопот окружающим, за что их часто бранили и наказывали. Мужчина видел, как им нелегко, старался им помочь, занять их, объяснить, почему их ругают, при этом понимая их положение, когда некому защитить ребенка, поддержать, направить. Принять детей в свою семью на тот момент не позволяли жилищные условия, но контакт с этими детьми задал в душу надолго. Спустя два года родители решили реализовать свою идею и принять в свою семью ребенка из детского дома. Семья обратилась в органы опеки и попечительства по месту жительства, где им рекомендовали посетить детский дом-интернат «Южное Бутово».

Так семья познакомилась с 6-летним Сашей. Родным детям в семье К. на тот момент было: 8 лет старшей дочери, 7 лет сыну и 6 лет младшей дочери. Саша с большой радостью влился в семью. По желанию ребенка родители определили его на плавание, что очень положительно сказалось на его здоровье. Пробовали год ходить в нулевой класс, но умственная отсталость не позволяла в полном объеме усваивать школьный материал. Поэтому после педагогической комиссии (ПМПК) он стал посещать коррекционную школу, где достаточно хорошо справляется с программой обучения и чувствует себя успешным.

Семья 5

Третья девочка в семье Н. родилась с синдромом Дауна. О том, чтобы отказаться от ребенка, вопрос не стоял. Родители не замкнулись в горе, назвали крошку Надежда и приняли ее выхаживать. С тех пор прошло тринадцать лет. В настоящее время Надежда прекрасно играет на фортепиано, в 2014 г. успешно окончила музыкальную школу и является лауреатом Всероссийских музыкальных конкурсов (это единственный ребенок в мире с синдромом Дауна, получивший профессиональное музыкальное образование).

Семья Н. за это время заметно пополнилась. Сейчас в ней пятнадцать детей, одиннадцать из них приемные. Пятеро детей – инвалиды, им нужен особый подход. Среди них есть и ребята с синдромом Дауна. Это Петр, который учится в третьем классе коррекционной школы, и две очаровательные маленькие девочки Даша и Ульяна, которых они приняли из детского дома-интерната «Южное Бутово».

Огромным потенциалом для устройства в семью умственно отсталого ребенка обладают семьи, которые много лет воспитывают детей-сирот без нарушений в развитии. Они проявляют стремление применить накопленный родительский опыт для воспитания в семье особого ребенка.

Семья 6

Семья Р. является профессиональной замещающей семьей со стажем чуть более 28 лет. В ней, помимо своих двоих, получили воспитание 15 детей, каждый из которых имел опыт пребывания в интернате и последующие трудности поведения травмированного, брошенного своими родителями ребенка. Среди приемных детей росла девочка, которой был поставлен диагноз «умственная отсталость», но приемные родители, подключив всех детей в семье, приложили много усилий для того, чтобы ребенок чувствовал себя равным членом семьи. Диагноз был снят, а ребенок в возрасте 18 лет был выпущен из замещающей семьи и получил отдельное жилье. На сегодняшний день в семью приняты 2 девочки с диагнозом «умственная отсталость» и родители уверены, что смогут применить накопленный опыт и знания для того, чтобы помочь детям развиваться в соответ-

ствии с их возможностями.

Особого внимания заслуживает группа *приемных родителей – глубоко верующих людей*. Они, как правило, имеют многодетные семьи, в которых собственные дети готовы помочь родителям воспитывать особого ребенка благодаря духовной атмосфере, созданной в этих семьях.

Мы проанализировали ситуацию устройства в семью ребенка с умственной отсталостью за 2014–2015 гг. на примере детского дома-интерната «Южное Бутово» г. Москвы в соответствии с предложенными нами группами замещающих родителей, что отражено на рис. 1.

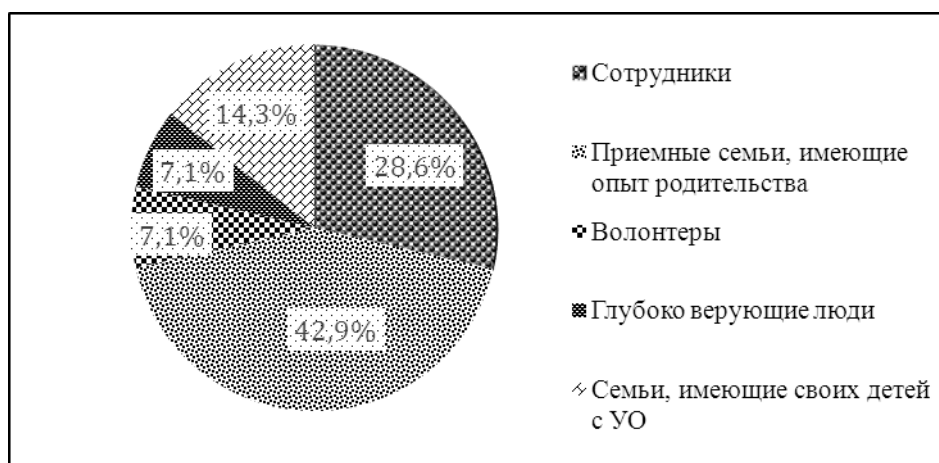


Рисунок 1. Группы замещающих родителей ребенка с умственной отсталостью

Полученные результаты свидетельствуют о том, что самая большая группа (42,9%) представлена семьями, в которых уже воспитываются приемные дети без нарушений в развитии. В основном это профессиональные замещающие семьи, имеющие опыт в этой области более 5 лет. Следующая по численности группа (28,6 %) – сотрудники, которые длительное время работали в учреждении для умственно отсталых детей, научились понимать их. Осознание жизненной необходимости для таких детей иметь свою собственную семью стало решающим для замещающих родителей данной группы. Семьи, воспитывающих своих детей с подобным нарушением в развитии и принявшие решение стать замещающей семьей для ребенка с умственной отсталостью составляют 14,3%. У таких родителей часто есть уже «авторские» методы воспитания и обучения детей с нарушениями интеллектуального развития, а также есть желание помочь не только своему ребенку. Представленные количественные данные не являются основанием для прогноза о том, что та или иная группа потенциальных замещающих родителей будет принимать в семью детей в соответствии с полученными на сегодняшний день результатами. Вполне вероятно, что при проведении специалистами определенной работы более малочисленные группы, как, например, верующие люди, будут проявлять больше активности в отношении оказания замещающей заботы умственно отсталым детям. Возможно, будут появляться и другие, не описанные нами группы потенциальных родителей особого ребенка.

Выделенные группы можно рассматривать как возможность понимания специалистами нематериальной мотивации потенциальных родителей при поиске семьи для умственно отсталого ребенка. В этой связи, можно предложить классифи-

кацию таких групп, руководствуясь критерием психологического расстояния (психологическая близость; длительность, частота и регулярность контакта) потенциальных родителей в отношении особого ребенка. Определяющим при этом является психологическая близость к ребенку, под которой мы понимаем духовное взаимодействие, пространственную сопряженность, телесность, коммуникативную контактность. Анализируя данные группы по предложенным критериям, следует отметить, что наиболее близко, длительно, часто и регулярно взаимодействуют с детьми в рамках учреждения профессионалы, что отражено на рис. 2.

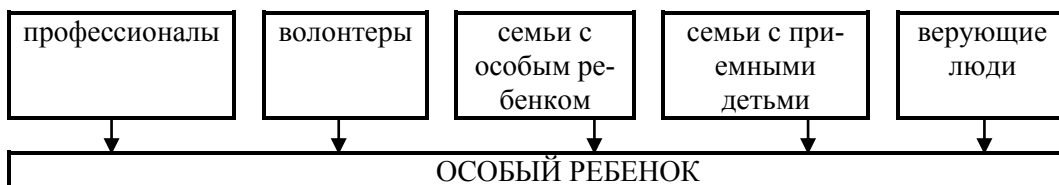


Рисунок 2. Распределение потенциально возможных претендентов в замещающие родители по психологической близости, длительности, частоте и регулярности контакта с особым ребенком

Поиск замещающей семьи для ребенка с умственной отсталостью представляется возможным, ориентируясь на вышеперечисленные группы (сотрудники учреждений для детей с нарушениями интеллектуального развития; волонтеры; профессиональные замещающие семьи; семьи, имеющие собственных детей с подобными нарушениями и семьи верующих людей). При решении задачи устройства особого ребенка в семью с каждой выделенной группой замещающих родителей необходимо по-разному организовывать работу. Так, например, сотрудникам и волонтерам, проявляющим особое отношение к ребенку, необходимо разъяснять юридические и материальные аспекты приема такого ребенка в семью. Профессиональные замещающие родители более нуждаются в информации по воспитанию, коммуникации и обучению таких детей. Воспитательный потенциал семьи, по мнению Л.Б. Шнейдер, складывается из мотивационной и операциональной готовности супругов к осуществлению роли родителя [6]. Автор выделяет «формулу» воспитательного потенциала: воспитательный потенциал=мотивационная и операциональная готовность+сочетание рационального и эмоционального в воспитании+родительская компетентность+поведенческая целесообразность+позитивный характер супружества. В этой связи работа с будущими замещающими родителями должна включать направления деятельности специалистов, повышающих их операциональную готовность, родительскую компетентность и другие компоненты воспитательного потенциала, что чрезвычайно важно в случае, если ребенок является особым и требует гораздо больше осведомленности о своих особенностях со стороны будущих родителей.

Очевидно, что детей с нарушениями в развитии необходимо больше показывать в средствах массовой информации, рассказывать об их особенностях, снимать о них фильмы, что создает возможность той самой психологической близости, которая становится определяющей для созревания решения о принятии в семью такого ребенка. Обеспечение большей возможности контакта особых детей с потенциальными родителями пробуждает, как показала практика, желание последних проявлять альтруистическую мотивацию.

В заключение отметим, что поведение родителей, принимающих в семью ребенка с интеллектуальными нарушениями, может рассматриваться как проявление неадаптивной активности, «неприспособительного поведения» (за исключением

ситуаций, когда человеком движет исключительно материальный интерес). Данный поступок в ряде случаев относится к числу проявлений надситуативной активности [5], при этом психологический смысл, стоящий за таким поступком, неочевиден и вызывает массу споров о мотивации приемного родителя. Само по себе событие принятия в семью ребенка с интеллектуальными нарушениями увеличивает «возможности внутренне неблагоприятных последствий в случае неуспеха действия» [5, с. 81], коими являются различные внутрисемейные риски, а также угроза собственному психологическому состоянию.

Иначе говоря, не только наличие явных целей, но и обретение не прямых, надситуативных смыслов такого рода поступка, как принятие в семью ребенка с особенностями развития, поможет личности родителя сохранить как свое психологическое благополучие, так и благополучие остальных членов семьи. Актуализация скрытых мотивов замещающего родителя, что в сочетании с внешними условиями приводит к множеству вариантов поведения, является одной из важнейших задач профессионалов, решающих задачу устройства в семью особого ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галасюк И.Н. Теоретико-методологические основы психологического сопровождения семьи ребенка с интеллектуальными нарушениями: монография. - М.: ИИУ МГОУ, 2014. - 216 с.

2. Олиференко Л.Я. Приемная семья – институт защиты детства // Социальная педагогика. – 2003. - № 2. – С. 77–88.

3. Ослон В.Н. Жизнеустройство детей-сирот: Профессиональная замещающая семья. - М.: Генезис, 2006. - 368 с. (Ребенок-сирота: семейное жизнеустройство и социализация).

4. Ослон В.Н. Психологическое сопровождение семьи с приемным ребенком: концепция, инновационные технологии [Электронный ресурс] // Электронный журнал Психологическая наука и образование: PSYEDU.RU. 2010. № 5. С. 148–156. URL: http://psyedu.ru/files/articles/psyedu_ru_2010_5_1963.pdf (дата обращения: 29.09.2014).

5. Петровский В.А. Психология неадаптивной активности / Рос. открытый ун-т. – М.: ТОО «Горбунок», 1992. – 224 с.

6. Шнейдер Л.Б. Психодиагностика приемных семей и претендентов в замещающие родители // Социальная психология в образовательном пространстве. Научные материалы 1 Международной научно-практической конференции (16-17 октября 2013 г.). – М.: ГБОУ ВПО МГППУ, 2013. – С. 320-325.

7. Шульга Т.И. Особенности сопровождения замещающих семей с детьми разного возраста // Психическая депривация детей в трудной жизненной ситуации: образовательные технологии профилактики, реабилитации, сопровождения. Сборник научных статей / Ред. В.Н. Ослон, Е.В. Селенина. – М.: ГБОУ ВПО МГППУБ 2013. - 213 с.

1. Galasyuk I.N. Teoretiko-metodologicheskie osnovy psihologicheskogo soprovozhdenija sem'i rebenka s intellektual'nyimi narushenijami: monografija. - М.: ИИУ МГОУ, 2014. - 216 с.

2. Oliferenko L.Ya. Priemnaja sem'ja – institut zashhity detstva // Social'naja pedagogika. – 2003. - № 2. – S. 77–88.

3. Osłon V.N. Zhizneustrojstvo detej-sirot: Professional'naja zame-shhajushhaja sem'ja. - М.: Genезis, 2006. - 368 s. (Rebenok-sirota: semejnoe zhiz-neustrojstvo i socializacija).

4. Oslon V.N. Psihologicheskoe soprovozhdenie sem'i s priemnym re-benkom: koncepcija, innovacionnye tehnologii [Elektronnyj resurs] // Elektronnyj zhurnal Psihologicheskaja nauka i obrazovanie: PSYEDU.RU. 2010. № 5. S. 148–156. URL: http://psyedu.ru/files/articles/psyedu_ru_2010_5_1963.pdf (data obrashhenija: 29.09.2014).

5. Petrovskij V.A. Psihologija neadaptivnoj aktivnosti / Ros. otkrytyj un-t. – M.: TOO «Gorbunok», 1992. – 224 s.

6. Shnejder L.B. Psihodiagnostika priemnyh semej i pretendentov v zameshhajushhie roditeli // Social'naja psihologija v obrazovatel'nom pro-stranstve. Nauchnye materialy 1 Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii (16-17 oktjabrja 2013 g.). – M.: GBOU VPO MGPPU, 2013. – S. 320-325.

7. Shul'ga T.I. Osobennosti soprovozhdenija zameshhajushhih semej s det'mi raznogo vozrasta // Psihicheskaja deprivacija detej v trudnoj zhiznennoj situacii: obrazovatel'nye tehnologii profilaktiki, reabilitacii, soprovozhdenija. Sbornik nauchnyh stetej / Red. V.N. Oslon, E.V. Selenina. – M.: GBOU VPO MGPPUB 2013. – 213 s.

I.N. Galasyuk

PLACEMENT OF A CHILD WITH MENTAL DISABILITIES INTO A FOSTER FAMILY: THEORY AND PRACTICE

Russian State Social University (Moscow).

Summary. The article is devoted to studying the theoretical and practical aspects of a placement process of a child with mental disabilities into foster family. The paper presents theoretical analysis of scientific findings. The experience of the foster family with a mentally disabled child is analyzed through an example of government institution - orphanage for mentally disabled children. The analysis of various aspects of the parents' motivation common to families with a mentally disabled child is introduced using practical case studies. The author suggests using certain selection criteria for grouping potential foster parents of special children.

Keywords: family, mentally disabled child, biological parents, foster parents, placing a child into foster family.

**АНАЛИЗ СОСТАВА ВОСПИТАННИКОВ С ВЫРАЖЕННЫМИ
МЕНТАЛЬНЫМИ ПРОБЛЕМАМИ, ПОЛУЧАЮЩИХ
ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ПОДГОТОВКУ В КОЛЛЕДЖЕ
ГБПОУ «Технологический колледж № 21», МГППУ (Москва).**

Резюме. В данной статье представлен анализ состава обучающихся с выраженными психическими и ментальными нарушениями, получающих профессиональную подготовку в Центре социальной адаптации и профессиональной подготовки Технологического колледжа № 21 по программам «профессиональное обучение».

Ключевые слова: ментальные, множественные нарушения развития, лица с инвалидностью, профессиональное обучение.

Одной из самых сложных групп людей с инвалидностью являются молодые люди с выраженными интеллектуальными нарушениями. До сих пор в системе профессионального образования не описан состав таких учащихся и не существует концепции их профессионального обучения.

В ГБПОУ «Технологический колледж № 21» в 2006 г. создан инновационный Центр социальной адаптации и профессиональной подготовки (ЦСАиПП) для молодых людей с выраженными психическими расстройствами. Он стал первым государственным образовательным учреждением в Москве, где могут обучаться люди с диагнозами ранний детский аутизм, тяжелая и глубокая умственная отсталость, шизофрения, эпилепсия и др. 10 лет работы специалистов колледжа показали, что при реализации индивидуального подхода и нестандартных методов обучения и при соответствующем психолого-педагогическом сопровождении молодые люди с выраженными ментальными нарушениями могут овладеть профессиональными навыками, позволяющим многим из них успешно трудоустроиться.

Эффективная профессиональная подготовка и социализация подростков и молодых людей с тяжелыми нарушениями невозможна без учета структуры их нарушений, возрастных, коммуникативных и эмоциональных особенностей. Задачей исследования было клинико-психолого-педагогическое описание учащихся центра, прошедших и проходящих обучение в колледже в период с 2006 по 2016 гг.

Установлен порядок признания лица инвалидом в зависимости от степени ограничения жизнедеятельности, обусловленного стойким расстройством функций организма, возникшего в результате заболеваний, последствий травм или дефектов. Самая тяжелая степень ограничений жизнедеятельности соответствует I группе инвалидности. Ограничения жизнедеятельности, требующие социальной защиты или помощи вследствие нарушения здоровья со стойким, но менее выраженным расстройством функций организма, соответствуют II группе. Ограничения жизнедеятельности, вызванные нарушениями здоровья со стойкими, но незначительно или умеренно выраженными расстройствами функций организма, соответствует III группе. В случае, если перечисленные выше расстройства в любой степени тяжести относятся к ребенку в возрасте до 18 лет, ему присваивается категория «ребенок-инвалид». Стоит также различать понятия «ребенок-инвалид» и «инвалид с детства», которые часто используют как синонимы, однако термин «инвалид с детства» — это причина, основание для установления инвалидности и определения группы инвалидности, молодому человеку, достигшему возраста 18 лет.

За период с 2006 г. количество поступивших в это отделение колледжа, в том числе и окончивших там обучение, составило 211 человек, из которых 84 человека

имели I группу инвалидности, 109 - II группу инвалидности, 12 - III группу и 6 (в возрасте до 18 лет) - статус «ребенок-инвалид». Все обучающиеся в Центре, имеющие на момент поступления группу инвалидности, относятся именно к этой категории лиц, получивших группу инвалидности в 18 лет на основании статуса «инвалид с детства». Учащиеся колледжа, не достигшие 18 лет, до своего совершеннолетия имеют статус «ребенок-инвалид».

распределение по группе инвалидности

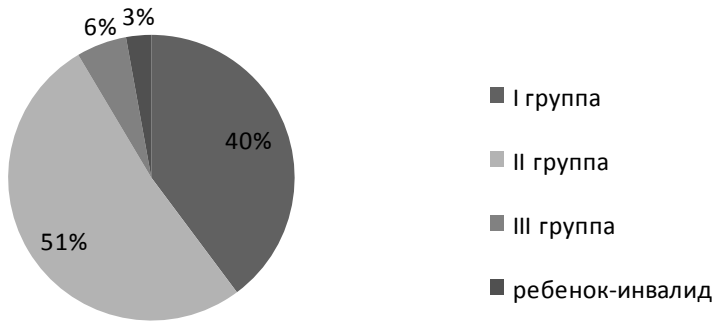


Рисунок 1. Распределение учащихся по группам инвалидности на момент поступления в колледж с 2006 по 2016 гг.

Таким образом, наибольшее количество студентов Центра относилось к категориям инвалидов с наиболее тяжелыми нарушениями жизнедеятельности.

В ЦСА и ПП колледжа зачисляются молодые люди в возрасте от 17 до 35 лет. Чаще всего в это подразделение колледжа поступали молодые люди в возрасте от 18 до 22 лет. Возраст поступления всех абитуриентов показан на рис. № 2.

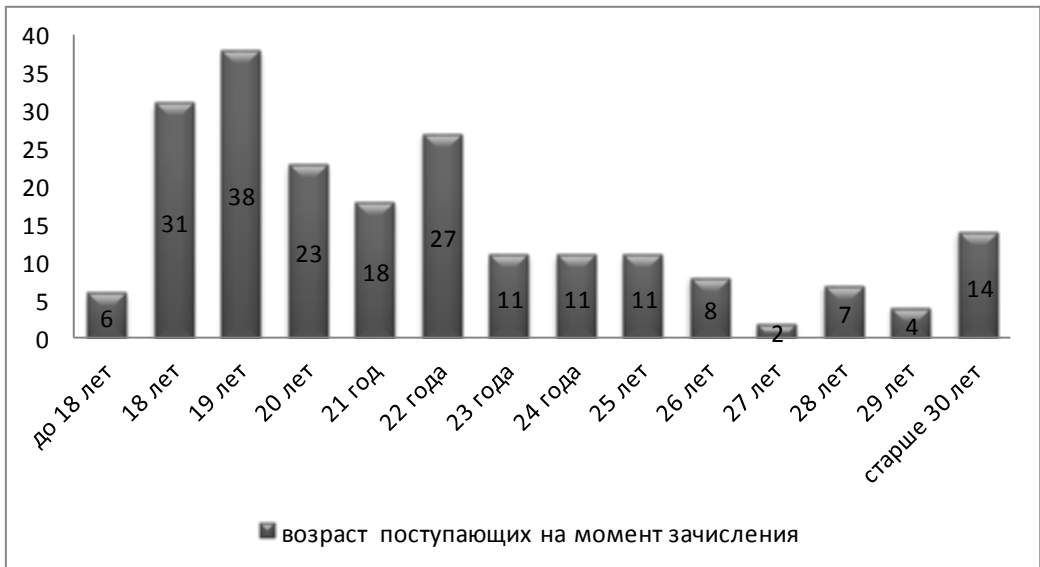


Рисунок 2. Распределение по возрасту учащихся с тяжелыми нарушениями.

При этом в штатном расписании ЦСА и ПП не предусмотрен медицинский работник и соответственно медицинские карты не заводятся. Сотрудники колледжа не имеют доступа к медицинским заключениям психиатров и собирают сведения, опираясь на информацию, полученную от родителей. Анализируя данные по основным заболеваниям, которыми мы располагали, мы установили, что самая большая группа учащихся имела в анамнезе диагноз «ранний детский аутизм» (РДА) – 107 человек. Следует отметить, что согласно Международному классификатору болезней в 10-м пересмотре (МКБ-10) диагноз РДА (F84) относится к нарушениям в развитии эмоционально-личностной сферы детей и подростков. Следовательно, к 18 годам, когда молодой человек переходит из категории «ребенок» в категорию «взрослый», данный диагноз должен быть изменен. В практике лица, имеющие в анамнезе РДА, переходят в категорию больных шизофренией (F20) или имеющих шизотипические расстройства (F21). В данном исследовании мы используем понятие РДА в анамнезе, понимая под этим категорию молодых людей, имевших этот диагноз в детстве.

С диагнозом «детский церебральный паралич (ДЦП)» поступили 23 человека. Здесь следует пояснить, что лифт открыли к эксплуатации лишь в марте 2016 г., следовательно, принимались молодые люди с нарушениями опорно-двигательного аппарата (G80), способные передвигаться самостоятельно или с помощью помощника.

Количество обучающихся с эпилепсией (G40) составило 14 человек; с диагнозом умственной отсталости (F71, F72) 22 человека; последствием родовых и черепно-мозговых травм 15 человек; 2 человека имели выраженные нарушения зрения и 2 - нарушения слуха (глухота). Генетические синдромы имели 26 человек. Нам показалось важным рассмотреть последнюю группу более подробно. Получено следующее диагностическое распределение: синдром Дауна - 6 человек; синдром Ван дер Вуда - 1; трисомия 47 X-хромосомы - 1; синдром Вильямса - 2; синдром Мартина-Белла - 3; синдром Рубинштейна-Тейби - 1; синдром Смита-Магениса - 1; синдром Корнелии де Ланге - 1; синдром Туретта - 2; синдром «Кошачьего крика» - 2; неуточненный генетический синдром - 6; всего – 26 человек.

Большая половина наших студентов (51%) имела в анамнезе диагноз РДА. Почти в равном количестве были представлены диагнозы ДЦП (11%), умственная отсталость (10%), генетические синдромы (12%). Примерно по 7% имели диагнозы эпилепсии и черепно-мозговой травмы.

Наблюдения за студентами в процессе обучения позволили выделить у них дополнительные к основному диагнозу нарушения, которые позволяют отнести практически всех учащихся к категории осложненных или множественных нарушений развития. Только у 6 человек имелась неосложненная форма умственной отсталости в умеренной и тяжелой степени. Наибольшую группу составил комплекс нарушений, сочетающих умственную отсталость, недоразвитие моторики, речи и эмоций – 77 человека (37%). У 24 студентов отмечались сочетание нарушений интеллектуального, моторного, речевого, эмоционального развития с нарушением зрения. Говоря о моторных нарушениях, мы имеем в виду сложности в выполнении целенаправленного практического действия (диспраксии), а также нарушения координации, недостаточность точных и тонких движений, нарушения мелкой моторики. К эмоциональным нарушениям, мы относим низкую стрессоустойчивость, склонность к аффективному реагированию даже на слабый стимул, эмоциональную нестабильность, высокую истощаемость, множественные и патологические страхи, агрессию и самоагрессию.

Также можно было выделить другие комплексы нарушений: недостатки зрения и нарушения интеллектуального, моторного развития – у 2 человек; недостатки зрения и нарушения в эмоциональном развитии – 2 случая; недостатки зрения и нарушения речевого развития – 8 человек; выраженные эмоционально-поведенческие нарушения - 7 человек; недостатки зрения и слуха – 2 человека; умственная отсталость в сочетании с нарушениями моторики, зрения, слуха и речи – 2 человека; умственная отсталость с нарушением моторики и речи - 11 человек. В 33 случаях умственная отсталость была отягощена выраженными эмоциональными нарушениями или в сочетании нарушений эмоций и речи – 31 человек, эмоций и зрения – 3 человека. У 3 человек основанием инвалидности является умственная отсталость, но присутствуют и нарушения зрения. Как правило, данных о степени выраженности умственной отсталости родители не сообщают, более охотно они готовы говорить о психиатрических диагнозах или основных нарушениях. Поэтому распределить воспитанников по степени умственной отсталости не представляется возможным.

Как отмечено выше, наибольшее количество воспитанников имело множественные нарушения. Прежде всего, это умственная отсталость, осложненная нарушениями моторики, речи и эмоций -77 человек (37% от общего количества обучающихся). 33 учащихся (15%) имели умственную отсталость, осложненную нарушением речевого и эмоционального развития. 31 человек (16%) - умственную отсталость, осложненную нарушениями эмоциональной сферы. В табл. 1 отражено сочетание двух и более нарушений в сочетании с умственной отсталостью.

Таблица 1.

<i>Наличие и особенности дополнительных к умственной отсталости нарушений</i>	<i>Количество случаев (%%)</i>
Моторика, зрение, эмоции	2 (1)
Моторика и зрение	2 (1)
Моторика и эмоции	7 (3)
Моторика, зрение, речь	8 (4)
Моторика, зрение, речь, эмоции	24 (11)
Моторика, речь, эмоции	77 (36)
Моторика, речь	11 (5)
Моторика, зрение, слух	2 (1)
Моторика, зрение, речь, слух	2 (1)
Зрение и эмоции	3 (1)
Зрение	3 (1)
Эмоционально-поведенческие расстройства	33 (16)
Речь, эмоции	31 (15)
Только умственная отсталость	6 (3)
Всего наблюдаемых случаев	211 (100)

Обучение в ЦСА и ПП осуществляется по программам «Профессиональное обучение», и для зачисления студентов документы об общеобразовательной подготовке не являются обязательными. Это позволяет принимать и обучать профессиональным навыкам молодых людей, прошедших обучение в специальных и массовых школах (в том числе надомно) или нигде ранее не обучавшихся. Из 211 человек 141 ранее обучался в СКОШ VIII вида (из них 20 - надомно), 10 человек окончили 9 классов в ГБОУ «Школа №1321 «Ковчег» (инклюзивная школа), 12 человек окончили 9 классов в массовой общеобразовательной школе (из них 5 -

надомно), 1 человек окончил СКОШ I вида (для глухих детей), 1 человек окончил СКОШ III вида (для слепых) и 46 человек не обучались в школе, 30 из них посещали занятия в Центре лечебной педагогики. Хотя 78% учащихся до поступления в колледж имели опыт обучения в специальных и даже массовых школах, и только 22% из них никогда ранее не посещали образовательные учреждения, имеющиеся у них речевые и трудовые навыки не позволяли им самостоятельно трудиться, общаться с окружающими и обслуживать себя в должной степени.

Несмотря на наличие тяжелых множественных нарушений опыт их обучения в колледже был достаточно успешен и позволил большому количеству выпускников реализовать себя как работников в условиях поддерживаемого трудоустройства. За период с 2011 по 2015 гг. окончили обучение и получили профессиональную подготовку в 82 человека, их них: заняты трудовой деятельностью (на открытом рынке труда, в специализированных мастерских, в мастерских НКО) 57 человек (70%), по состоянию здоровья на повторном обучении находятся 13 человек (16%), по семейным обстоятельствам не посещают никакие рабочие места 10 человек (12%) и только 2 человека (1%) помещены в психоневрологические интернаты.

Являясь первопроходцами в разработке педагогической модели и концептуального подхода психолого-педагогического сопровождения профессионального образования лиц с множественными нарушениями развития в системе государственного профессионального образования г. Москвы, педагогически коллектив подразделения разработал и успешно адаптировал модель профессионального обучения, организованную по принципу ремесленных мастерских, базируясь на опыте Центра лечебной педагогики в Москве. Однако задачей профессионального обучения в ЦСАиПП ставилось не только развитие и обучение, но и формирование конкретных профессиональных навыков и личностных конструкций, необходимых для дальнейшего успешного трудоустройства. Таким образом, были организованы пять мастерских: столярная, керамическая, полиграфическая, швейно-ткацкая и цветоводческая. В каждой мастерской обучались и работали от 2 до 6 групп численностью 6–8 человек. С каждой группой работали один мастер производственного обучения, один воспитатель, один педагог-психолог. Такой педагогический состав позволяет охватить вниманием каждого студента, простроить индивидуальный маршрут с учетом его особенностей и потребностей в организации обучения, стимулировать формирование мотивации к труду, способствовать развитию коммуникации. Важной особенностью обучающей модели ЦСАиПП является обязательная творческая составляющая. Совместное творчество мастера и студента является одновременно и методом, и целью учебно-трудовой деятельности. В 2015 г. к общему списку мастерских добавилась группа инклюзивного обучения профессии оператор ЭВМ для молодых людей с высоко функциональным аутизмом.

В программу 3-летнего обучения входят и профессиональная подготовка, и большой блок по социальной адаптации, развитию бытовых и коммуникативных навыков, а также занятия по адаптивной физкультуре. Практика показала, что при подобной организации обучающего процесса все наши студенты способны освоить хотя бы одну трудовую операцию, а некоторые способны освоить целиком технологию изготовления изделия (керамической вазы, декоративной подушки и др.). Особенно важно, что описываемая модель обучения позволяет максимально эффективно реализовывать концепцию психолого-педагогического сопровождения учебно-трудовой деятельности обучающихся, разработанную в ЦСАиПП, стимулирующую личностный рост, формирование жизненных, общетрудовых и

профессиональных компетенций. Таким образом, организация трудового обучения по принципу ремесленных мастерских позволяет решить не только задачу формирования профессионального навыка, но и задачи личностного развития и готовности к трудовой деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волкова О.О., Головина Г.А. Адаптация и профессиональная подготовка молодых людей с выраженными психическими нарушениями» / О.О. Волкова., Г.А. Головина // Профессиональное образование. Столица. Приложение. Научные исследования в образовании – 2012, № 10. - С. 34- 40.

2. Психолого-педагогическое сопровождение обучения профессиональным навыкам молодых людей со сложной структурой дефекта в условиях ремесленно-творческих мастерских: методическое пособие / под ред. Г.А. Головиной. – М., 2012. – 54 с.

1. Volkova O.O., Golovina G.A. Adaptacija i professional'naja podgotovka molodyh ljudej s vyrazhennymi psihicheskimi narushenijami» / O.O. Volkova., G.A. Golovina // Professional'noe obrazovanie. Stolica. Prilozhenie. Nauch-nye issledovanija v obrazovanii – 2012, № 10. - S. 34- 40.

2. Psihologo-pedagogicheskoe soprovozhdenie obuchenija professional'-nym navykam molodyh ljudej so slozhnoj strukturoj defekta v uslovijah remeslenno-tvorcheskih masterskih: metodicheskoe posobie / pod red. G.A. Golovinoj. – M., 2012. – 54 s.

G.A. Golovina

STUDYING THE POPULATION OF PERSONS WITH SEVERE MENTAL DISORDERS WHO RECEIVE VOCATIONAL EDUCATION IN COLLEGE

Technological college № 21, Moscow City University of Psychology & Education (Moscow).

Summary. This study was conducted a retrospective analysis of 211 cases observation in persons with mental health problems between the ages of 18 and 35 at Moscow college during the last 10 years of observations. Age, etiology, motor and emotional disorders, education histories were obtained.

Keywords: mental retardation, persons with severe handicaps, multiply handicaps, vocational training.

А.В. Горюнова

**АУТИЗМ И РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА
У ДЕТЕЙ (ЛЕКЦИЯ, ЧАСТЬ 1)****ФБОУ Российская медицинская академия последипломного образования
(Москва).**

Резюме. В первой части лекции обсуждаются вопросы актуальности проблемы аутизма в детстве. Кратко изложена история развития и понимания детского аутизма до настоящего времени. В свете критического подхода представлены классификации аутистических расстройств в МКБ-10, DSM-IV, DSM-V и отечественная систематика, критерии диагностики по этим классификациям. Описаны современные взгляды на этиологию, нейроморфологические основы, механизмы развития детского аутизма, клинику, течение и прогноз.

Ключевые слова: аутизм в детстве, классификация аутизма, течение и прогноз аутизма.

Аутизм и расстройства аутистического спектра (РАС) – одна из актуальных междисциплинарных проблем - перестали быть расстройством, рассматриваемым только в рамках детской психиатрии. РАС стали частым диагнозом в смежных дисциплинах: в неврологии, педиатрии, психологии, педагогике, логопедии. Актуальность РАС определяется также сведениями об их возрастающей распространенности. В силу сложившегося за последнее десятилетие неоправданного мнения о тождественности эндогенного аутизма и аутистиподобного синдрома при органической патологии нервной системы, наследственных и генетических заболеваниях и других расстройствах возникло много терминологических, семантических и концептуальных разночтений, требующих унификации.

Детский аутизм – нарушение психического развития, которое проявляется в возрасте до 3 лет при обычно отсутствующем периоде несомненно нормального развития и характеризуется отсутствием потребности в социальном взаимодействии¹, отгороженностью от окружающего мира, стереотипностью поведения и игры, специфическими расстройствами речи и эмоций и приводит к нарушению социальной адаптации. Индивидуальные проявления аутизма охватывают широкий диапазон: от тяжелых нарушений общения у детей с грубой задержкой психоречевого развития до негрубых расстройств социального поведения и взаимодействия, увлеченности узкими интересами. Таким образом, по современным представлениям, аутистические расстройства являются гетерогенной группой, включающей различные по этиологии, патогенезу, клинической картине и течению состояния диссоциативного нарушения психического развития, объединенные по принципу синдромального сходства.

Распространенность. Сведения о распространенности РАС в разных странах очень вариабельны в связи с неоднородностью статистических подходов. Частота аутизма за последние 20 лет в большинстве стран увеличилась с 4-5 человек на 10000 детей с преобладанием мальчиков в 3-4 раза [1, 5, 12] до 50-100 случаев РАС на 10000 детей [11, 18, 21, 27]. Большинство недавних обзоров сходится на

¹ Врожденные нарушения аффективного контакта, по Л. Каннеру (Kanner L. Autistic disturbances of affective contact // Nerv. Child, 1943, N 2-3. – pp. 217-250).

том, что уровень болезненности составляет 1-2 человека на 1000 для аутизма и около 6 человек на 1000 для РАС. Остается неясным, в какой мере повысилась реальная распространенность РАС и отдельных форм детского аутизма. Сведений о распространенности аутизма и РАС в России нет.

Историческая справка: Аутизм - это не новая нозологическая единица XX века. Первые описания этого состояния у детей, хотя и не названного аутизмом, имеются в работе французского исследователя Jean Itard «Дикий мальчик из Аверона» (1828). После изучения уровня внимания, памяти и имитационных способностей он пришел к выводу, что основной проблемой этих детей являются огромные сложности в установлении контактов со сверстниками, а также значительные нарушения в развитии речи и языка (особенно в употреблении личных местоимений), и назвал это состояние интеллектуальным мутизмом. Ученый описал разработанные им методы диагностики и коррекции детей с целью определения возможностей ребенка к восстановлению речи и обучению и предложил отделять этих детей от детей с умственной отсталостью. К сожалению, эта работа опередила время. Лишь в 1977 г. Х. Лейн перевела книгу на английский язык (26).

Термин «аутизм» предложил в 1911 г. Е. Bleuler для обозначения основного синдрома шизофрении у взрослых, сущность которого заключается в нарастающей отгороженности от окружающего, «уходе» в мир собственных переживаний и фантазий. В детскую практику термин «аутизм» вошел в 1943 г. благодаря Leo Kanner (1896-1981), одному из родоначальников американской детско-подростковой психиатрии, но уже с другим содержанием. В своей работе «Аутистические нарушения эмоционального контакта» (1943 г.) он детально описал развитие и клинический симптомокомплекс 11 особых детей с врожденной неспособностью устанавливать нормальные и биологически обусловленные эмоциональные контакты с другими людьми, «живущими в собственной скорлупе», с нарушениями речи и интеллекта (цит. по 12]. Этот преимущественно стабильный синдром автор назвал «инфантильным аутизмом» на английском языке, и в историю он вошел как классический синдром Каннера.

Независимо от заокеанского коллеги австрийский психиатр Hans Asperger (1906-1980), один из родоначальников европейской детско-подростковой психиатрии, в 1944 г. написал докторскую диссертацию² «Аутистичные психопаты в детском возрасте». В ней он описал другую группу детей с нарушением общения, но с нормальным или с незначительно сниженным интеллектом, своевременным развитием речи. В силу ряда причин всемирное признание в качестве самостоятельного диагноза «синдром Аспергера» получил лишь в 1981 г. и был включен в МКБ-10 [2, 12, 26].

Следует напомнить, что в работах отечественных авторов Т.П. Симсон, Г.Е. Сухаревой, В.А. Гиляровского, М.О. Гуревича [цит. по 8, 10], выполненных в 20-30-е годы, имеются клинические описания аутистических расстройств в рамках шизофрении, шизоидных психопатий и шизоформных состояний различного генеза, их клинические группировки, подходы к дифференциальной диагностике и лечению. Первые публикации, посвященные детскому аутизму, как специальной проблеме, вышли из школы С.С. Мнухина и подводили итоги оригинальных работ, начатых в 40-х годах независимо от Каннера и Аспергера [8]. С.С. Мнухин и сотр. выдвинули концепцию органического генеза детского аутиз-

² Archiv für Psychiatrie und Nerven Krankheiten (1944), 117, pp 76-136. (Aus der Wiener Universitäts-Kinderklinik). **Die „Autistischen Psychopathen“ im Kindesalter.** Von Doz. Dr. **Hans Asperger**, Leiter der Heilpädagogischen Abteilung der Klinik. (Eingegangen am 8. Oktober 1943.)

ма. Основополагающий вклад в распространение и современную трактовку понятия аутизма в отечественной литературе внесли В.Е. Каган [5] и В.М. Башина [1].

Большой вклад в изучение аутизма и организацию лечебно-коррекционной помощи детям с аутизмом внес американский психолог В. Rimland (1928 -2006), написавший в 1964 г. книгу «Детский аутизм: синдром и его значение для теории нервного поведения» [цит. по 2]. В ней автор четко обосновал свою точку зрения на аутизм, как на фундаментальное нарушение биохимических процессов в головном мозге, вызванное генетическими дефектами или факторами внешней среды. Здесь же он предложил диагностическую схему, составленную совместно с психиатрами, для врачей и родителей. В основе многих современных шкал лежат принципы этой схемы. В этой же книге была подвергнута резкой критике психогенная теория возникновения аутизма Б. Беттельхейма, распространенная в 50-60 гг., трактовавшую причину аутизма в холодном обращении матерей с детьми. В 1965 г. В. Rimland основал Американское Общество по Аутизму (АОА), в 1967 г. - крупнейший научно-исследовательский институт по проблемам аутизма, журнал «Аутизм».

Последующий этап изучения аутизма с 70-х годов прошлого столетия связан с поиском нейробиологических, нейрохимических, молекулярно-генетических основ аутизма, механизмов его развития. В этих исследованиях было показано, что аутистическое поведение и нарушение контактов наблюдаются в клинической картине не только аутизма эндогенного генеза, но и при органических, и дегенеративных заболеваниях нервной системы. Синдром аутизма обнаруживали при туберозном склерозе, хромосомных и генетических синдромах (Х-ломкой хромосоме, Леш-Нихана, Ульриха-Нунана и др.), синдроме Ретта, наследственных дефектах обмена с поражением ЦНС (фенилкетонурия, гистидинемия, ганглиозидозы, мукополисахаридозы), последствиях внутриутробных инфекций (краснуха, цитомегалия). Стремительный прорыв в исследованиях молекулярной генетики позволил связать ряд описательных аутистических синдромов с точным генетическим дефектом. Так, представлен новый вариант аутизма - синдром Фелан-Макдермид, который связан с разрушением гена SHANK3 в 22 хромосоме.

То, что термин «аутизм» был позаимствован из терминологии, относившейся к шизофрении, на долгие десятилетия внесло путаницу не только в понимание сущности данного расстройства, но и в вопросы систематики. Нозологическая принадлежность детского аутизма со времени его описания до настоящего времени остается дискуссионной - от понимания его как варианта шизофренического дизонтогенеза, начального этапа ранней детской шизофрении или постприступного состояния, аутистической психопатии, экзогенно-органического аутистического расстройства до самостоятельного расстройства, выделенного Каннером. Спорными остаются и принципы систематики. Точки зрения на место этого патологического состояния в Международных классификациях болезней (МКБ) неоднократно менялись. В МКБ-8-го, 9-го пересмотров аутизм относили к умственной отсталости, а затем к детским психозам. В 1994 г. детский аутизм и синдром Каннера были официально признаны в МКБ-10 как очерченное психическое расстройство, отнесенное к рубрике «Общие (первазивные) расстройства развития», отличное от умственной отсталости и шизофрении - F84.0-9. В эту группу включены: детский аутизм (включены: аутистическое расстройство, инфантильный аутизм, синдром Каннера, инфантильный психоз); атипичный аутизм; синдром Ретта; другое дезинтегративное расстройство детского возраста (включены: синдром Геллера, дезинтегративный психоз, детская деменция, симбиотический психоз); гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стерео-

типными движениями; синдром Аспергера (включены: аутистическая психопатия, шизоидное расстройство детского возраста); другие неуточненные pervasive расстройства развития.

В настоящее время для унификации диагностики аутизма используются выделенные в МКБ-10 и DSM-IV основные критерии, дающие право на постановку синдромального диагноза как статистической единицы, но не отражающей нозологической сущности.

Критерии МКБ-10: 1) отсутствие предшествующего периода несомненно нормального развития; выявление аномалии до 3-летнего возраста; 3) неадекватное реагирование или отсутствие реакции на эмоции других людей; 4) отгороженность от внешнего мира, плохое использование социальных сигналов и плохая социальная интеграция; 5) игнорирование при обращении к ребенку по имени при хорошем слухе; 6) нежелание и неумение изменять свое поведение в соответствии с изменившейся обстановкой, позднее формирование социальных навыков; 7) стереотипии в поведении, интересах и активности, в т. ч. стереотипная, однообразная игра с неигровыми предметами; 8) жесткий, раз и навсегда заведенный порядок во многих аспектах жизни – «феномен идентичности»; 9) задержка развития речи, отсутствие вербальной коммуникации; «граммофонная речь», «птичий язык»; у ряда детей отмечается раннее развитие речи, склонность к резонерству, словотворчеству; 10) задержка развития «Я» и личных местоимений.

В DSM-IV 16 аналогичных критериев аутизма объединены в 4 блока, диагностическая ценность которых различна. 1) Качественные нарушения социального взаимодействия - 4 критерия; 2) качественные нарушения общения - 4 критерия; 3) специфические интересы и стереотипное поведение - 4 критерия; 4) запоздалое или аномальное развитие психической функции с манифестацией симптомов до трех лет - 4 критерия.

Для постановки диагноза аутизм достаточно шести критериев из 1, 2 и 3 блока или 2 из первого пункта и один из 2 и 3, т. е. применяется довольно формальный подход. Вышеописанные симптомы аутистического расстройства могут в неполном объеме входить в клиническую картину как разных заболеваний, которым присущи собственные характерные особенности в зависимости от этиологии, патогенеза и течения, так и эндогенного аутизма.

Существует рабочая авторская классификация [1, 13], в которой аутизм подразделяется на эндогенный (процессуальный и эволютивно-конституциональный); экзогенный вследствие органического повреждения головного мозга; хромосомной и генетической природы и депривационный (психогенный).

Дальнейшие эпидемиологические и клинические исследования детей с аутизмом и умственной отсталостью, проводимые в конце прошлого и начале этого века, позволили [27] предложить триаду диагностических критериев аутизма: нарушения социального взаимодействия, социальной коммуникации и воображения. По мнению авторов, аутизм, независимо от этиологии, проявляется в континууме и может включать всех «странных» детей, которые не отвечают полностью классическим описаниям аутизма, данного L. Kanner. Поэтому в ходе пересмотра предыдущих классификаций вместо рубрики «общие нарушения развития» был предложен термин «расстройства аутистического спектра» (РАС), который и был использован в редакции DSM-V (2012 г.). В эту рубрику ходят 4 группы заболеваний: аутистическое расстройство; синдром Аспергера, детское дезинтегративное расстройство и pervasive неуточненное расстройство развития. С нашей точки зрения, принцип данной редакции более выдержан: конституциональные (непроцессуальные) аутистические синдромы; синдром Аспергера; дезинтегративные,

т. е. психотические, формы и другие неуточненные РАС. Синдром Ретта как уточненное генетическое заболевание нервной системы из этой рубрики исключен.

В связи с этим представляется правомерным поставить вопрос и об исключении из этой рубрики синдрома аутизма при других наследственно-дегенеративных заболеваниях, например, туберозном склерозе, фенилкетонурии, синдроме X-фрагильной хромосомы, синдроме Ангельмана, Смит-Магениса, и кодирования их в других рубриках. Также возникает сомнение в правомерности объединения в РАС таких разнородных состояний, как аутизм шизофренического генеза, так и обусловленных хромосомной или генетической патологией, грубым органическим поражением ЦНС, объединенных, прежде всего, по формальным критериям нарушений социального взаимодействия. По-видимому, новая систематика РАС, еще не вошедшая в практику детской психиатрии, будет подвергаться ревизии.

Детский аутизм (аутизм Каннера, инфантильный аутизм, инфантильный психоз). Классический аутизм Каннера занимает приблизительно 8-10% в круге аутистических расстройств.

Этиология, патогенез и нейроморфология. В настоящее время теоретические знания о проблеме достигли клеточно-молекулярного и рецепторного уровня. Большинство ученых признает гетерогенность аутизма с ведущей ролью наследственных факторов. Аргументы в пользу наследственной природы детского аутизма опираются на семейные, близнецовые и молекулярно-генетические исследования. Близнецовые исследования выявили высокий показатель конкордантности (82%-95%) аутистического поведения у однойцовых близнецов и низкий (0%-22%) у dizиготных близнецов [14, 16, 24]. Остается неясным, наследуется ли аутизм в целом или только его отдельные компоненты: когнитивные, эмоциональные или речевые расстройства, а также характер наследования.

Последние молекулярно-генетические исследования показали, что детский аутизм следует рассматривать как полигенное заболевание, происхождение которого обусловлено дефектами нескольких (6-10) генов. Идентифицированы участки 7, 15, 22 хромосом, в которых с высокой вероятностью располагаются гены, ответственные за возникновение компонентов аутистических расстройств. Установлена частая ассоциация (от 18% до 38%) X-ломкой хромосомы с аутистическими расстройствами. С генетической теорией тесно соприкасаются теории внутриутробного нарушения развития головного мозга [16, 17, 19, 22]. Эти нейроморфологические изменения связаны с 7 дефектами генов, кодирующих миграцию и формирование структур нейронов, обеспечивающих межклеточные связи. Большое значение в возникновении аутистических расстройств, по мнению многих исследователей, придается перинатальным повреждающим факторам: внутриутробным инфекциям (краснуха, цитомегаловирусная, герпетическая и др.), употреблению избыточного количества лекарственных средств, нарушениям маточно-плацентарного кровообращения, церебральной ишемии и другим повреждающим влияниям на плод. Выдвинут ряд нейрохимических концепций патогенеза аутизма, в которых обсуждается вероятность нарушения функционирования нейротрансмиттерных систем мозга [12, 17, 25].

Существуют высказывания о возможном вкладе в развитие аутизма или отягощение аутистического расстройства ряда факторов внешней среды [1, 8, 13, 20]. К таким факторам относят определенные продукты питания, возбудителей инфекций, тяжелые металлы, химические реагенты, алкоголь, курение, наркотики, вакцинация и др. Научных доказательств гипотезы, связывающей аутизм с вакцинацией детей, не получено.

Нейроанатомические исследования [13, 15, 20] показали, что мозг у детей с аутизмом эндогенного генеза в среднем весит больше обычного и занимает больший объем, окружность головы увеличена. В различных областях мозга обнаруживаются нейроморфологические изменения, в частности, избыточный рост нейронов, ведущий к избытку локальных связей в ключевых участках мозга. В коре больших полушарий, гиппокампе, базальных ганглиях на ранней стадии развития обнаруживают нарушение созревания и миграции клеточных популяций, нарушение формирования синапсов и дендритных шипиков при взаимодействии с регуляторной системой клеточной адгезии, нарушение формирования связей иммунной и нервной систем. Эти находки подтверждают ряд нейробиологических гипотез происхождения аутизма, однако клеточные и молекулярные механизмы патологически избыточного роста нейронов и синапсов, происходящего на ранней стадии постнатального нейроморфогенеза, неизвестны.

С учетом топографии нейроморфологических изменений и клинических проявлений предложены следующие теории механизмов аутизма: 1) расстройства восприятия, его дезорганизация; 2) нарушения кодирования информации, поступающей от органов зрения, слуха; 3) расстройства интеллектуального развития; 4) дефицит социального познания и трудности формирования опыта вследствие нарушения функции зеркальных нейронов; 5) первичная патология речи; 6) первичные нарушения аффективной сферы; 7) дисфункция исполнительной системы.

О патогенезе аутизма в целом правильнее говорить как о патогенезе заболеваний, при которых главным синдромом является особое нарушение развития поврежденного мозга с искажением формирования высших психических функций, клинические проявления которых чрезвычайно разнообразны [1, 5, 12, 23, 27].

При детском аутизме эндогенного генеза нарушение развития может рассматриваться как диссоциированный психический дизонтогенез чаще с асинхронным типом задержки развития. При аутистических синдромах в структуре другой патологии психический дизонтогенез приближается к умственному недоразвитию разной степени, более или менее характерному для каждого вида патологии [1, 5, 6, 13, 14].

Таким образом, несмотря на большие достижения в изучении нейрогенетики, нейроморфологии, нейрофизиологии, нейрохимии аутизма окончательное решение вопросов этиологии и патогенеза аутизма остается далеким от завершения, и в каждом индивидуальном случае можно обнаружить комбинацию механизмов.

Клиническая картина детского аутизма достаточно хорошо описана в работах В.Е. Кагана [5], В.М. Башиной [1], К.С. Лебединской [6], О.С. Никольской [7], Х. Ремшмидта [12] и др. Поэтому мы конспективно коснемся вопросов клиники, течения, прогноза у детей старше трех лет. У большинства детей аутизм начинает проявляться на первом году жизни, однако зачастую остается незамеченным. Лишь к 18-24 месяцам своеобразные отклонения в общении, поведении, игре, речи становятся настолько очевидными, что не вызывают сомнений как признаки нарушения общего психического развития. В возрасте 3-5 лет клиническая картина аутизма представляется яркой, стержневой синдром становится очерченным, диагноз не представляет затруднений и отвечает основным критериям аутизма в этом возрасте, которые отражены в МКБ-10 и DSM-1V.

В клинической картине на первый план выступает погруженность в себя (аутизм, инкапсуляция) и обусловленные этим характерные нарушения контактов и поведения. При этом создается впечатление, что у ребенка нет потребности в таких отношениях, что у него своя собственная внутренняя жизнь, к которой он никого не допускает. Ребенок как будто не замечает ничего вокруг, не различает жи-

вое и неживое (протодиакризис), избегает взгляда, не откликается на имя, игнорирует попытки вовлечения в общение, на которые реагирует тревогой или агрессией, и в то же время требует присутствия матери или близких. Отношения с родными лишены эмоциональной окраски. Они могут быть симбиотическими или индифферентными, реже негативистичными.

У детей с аутизмом рано формируется особая объектная привязанность, которая проявляется как стойкая сосредоточенность на выбранных предметах (колеса, монеты, банки, веревки, одна и та же игрушка и т. д.), поглощенность одними и теми же интересами, игрой. Однообразная манипулятивная игра со шнурками, веревками, бумажками, катушками, ключами, водой, песком может длиться годами. В тесной связи с объектной привязанностью сосуществует стремление строго придерживаться неизменного порядка во всем: режиме, еде, одежде, обстановке, маршрутах – симптом тождества. Любое изменение привычного распорядка, ритуала приводит детей к реакциям паники, тревоге, страху перед переменами, агрессивным вспышкам. Изменение привычного жизненного стереотипа, появление новых объектов и лиц вызывают у аутичных детей реакцию избегания либо недовольства и страха с хаотической агрессией и аутоагрессией. В связи с этим поведение ребенка характеризуется непредсказуемостью и в то же время стойкой стереотипностью, стремлением к сохранению привычного постоянства в окружающем на протяжении многих лет.

Аутичные дети отличаются повышенной чувствительностью (гиперсенситивностью) в сенсорной сфере. Обычные краски для «аутиста» яркие, грубые, чрезмерны. Первично положительные эмоции нередко переходят в отрицательные. Эмоциональный фон представлен безразличием с частыми тревожными реакциями и многочисленными страхами. Такие дети боятся отдельных лиц, вещей, шума, яркого локального света, явлений природы.

У детей с аутизмом страдает интегративная функция ЦНС, в силу чего для них характерны диссоциация и парадоксальная противоречивость, амбивалентность в проявлении многих психических функций. Так, безразличие сочетается с упрямством и негативизмом; непонимание людей и их переживаний - с повышенной ранимостью; непереносимость общения - с симбиотической привязанностью; отгороженность – со страхом, что близкие оставят его одного; отсутствие заинтересованности в окружающем – с непереносимостью изменений вокруг; чрезмерная осторожность – с отсутствием чувства опасности; повышенная брезгливость – со стремлением брать все в рот; трудности усвоения элементарных навыков - с умением пользоваться сложными приборами и т. д.

Двигательную сферу детей с ранним детским аутизмом (РДА) отличает ряд особенностей, которые, с неврологической точки зрения, можно расценить как недостаточность регуляции высших двигательных центров и экстрапирамидной системы [3]. При отсутствии парезов и параличей движения неуклюжи, угловаты, замедлены, плохо координированы, лишены детской пластичности, но при этом могут быть импульсивными. Такие психомоторные нарушения обозначались как «моторная дебилность Дюпре». Часто наблюдаются вычурность поз, мимики, двигательные стереотипии, атетозоподобные движения в пальцах рук, ходьба на цыпочках - кататонические симптомы. Нередко при достаточном развитии общей моторики и ловкости у детей задержано формирование тонкой моторики, страдает пространственный и кинетический праксис, задерживается формирование лево-правосторонней ориентации. Как правило, у детей выявляются общая мышечная гипотония или дистония и признаки соединительно-тканной дисплазии.

Среди характерных признаков аутизма большое место занимают особые на-

рушения речи [1, 4, 6, 7, 9], прежде всего ее коммуникативной и обобщающей функции, что нередко не преодолевается на протяжении всей последующей жизни. Независимо от срока появления речи и уровня ее развития ребенок не использует речь как средство общения, редко обращается с вопросами, обычно не отвечает на вопросы окружающих. В то же время у него может достаточно интенсивно развиваться «автономная речь», речь для себя, которая напоминает ни к кому не обращенный монолог, наполненный эхолалиями - текстами рекламы, словами героев мультфильмов и речевыми штампами. Нередко наблюдается особая речь - сплав слогов, звуков, напоминающих «птичий язык». Диапазон патологических речевых форм разнообразен. Обращают на себя внимание вычурное, часто скандированное произношение с малой интонированностью речи - «граммофонная речь», характерные фонетические расстройства, грамматический и синтаксический строй их речи обычно нарушен. Они долго не используют личное местоимение «Я», говорят о себе во втором или третьем лице. Недоразвитие речи разной степени наблюдается у 50%-75% больных с синдромом Каннера. В некоторых случаях аутизм сочетается с другими речевыми нарушениями, в том числе с алалией, которые ухудшают развитие речи. Нередко у детей возникает мутизм или регресс сложившейся фразы. В ряде случаев отмечается своеобразная вербальная одаренность.

Уровень интеллекта колеблется от резко сниженного до диссоциированного среднего с выраженной неравномерностью вербального и невербального интеллекта. Так, Л. Каннер подчеркивал, что большая часть аутистов имеет низкую степень интеллекта. В то же время ряд из них обладает нормальным интеллектом или даже одаренностью в отдельных функциях (высоко функциональный аутизм). Большинство исследователей считает, что интеллект при РДА занимает промежуточное положение между нормой и умственной отсталостью. Разная степень умственной отсталости выявляется у 75%-80% больных с РДА.

У одной трети детей с аутизмом возникают эпилептиформные приступы. Помимо собственно аутистических расстройств в клинической картине наблюдаются неспецифические психопатологические образования: кататонические симптомы, навязчивости, сверхценные интересы, игры, страхи, фобии, нарушения сна и приема пищи, приступы ярости, агрессии, самоповреждения, психомоторного возбуждения, отсутствие чувства страха перед реальными опасностями. Страхи есть у всех детей с аутизмом, даже если ребенок их и не озвучивает. Это очень ранние страхи, связанные вообще с переживанием себя, восприятием мира как угрожающего, опасного, от которого нужно защищаться. Некоторые авторы считают, что аутизм - это своего рода разновидность тотальной защиты, очень архаичной, которая негативно сказывается на всем эмоционально-психологическом развитии ребенка.

Течение и прогноз. В процессе развития у многих детей с РДА наблюдается сглаживание или трансформация симптоматики: снижается особая чувствительность к звукам, реже беспокоят приступы страха, психомоторного возбуждения, нарушения сна, ослабевают стереотипии и навязчивости. Характерные для аутизма проявления специфического дефекта сглаживаются по мере роста ребенка, но и в зрелом возрасте этот дефект сохраняется, проявляясь во многом сходным типом проблем социализации, общения и интересов, эмоций. Относительно большая группа детей с аутизмом проходит через подростковый период с небольшими трудностями и без каких-либо особых достижений в социальной сфере. У 40% детей именно в подростковом возрасте наблюдается ухудшение состояния, нарастание психопатологической симптоматики, иногда отмечается регресс поведения с

замкнутостью, отвержением других людей, самоагрессией. К взрослому возрасту формируются своеобразные модели поведения и взаимодействия. У одних возможно преобладание замкнутости, избегания контактов с людьми. Другие, напротив, стремятся к контакту, но делают это особым образом, например, стараются привлечь к себе внимание совершенно неприемлемыми способами, их активное обращение часто не понимается. Третьи пассивно принимают общество людей, однако в случае перемены распорядка их жизни, необходимости увеличения социальной активности возможно углубление проявлений аутизма.

Прогноз детского аутизма зависит от тяжести аутистических проявлений, наличия или отсутствия выраженных симптомов органического повреждения головного мозга, развития интеллекта и речи и времени начала реабилитации. Важнейшим прогностическим фактором является уровень интеллекта и речи в возрасте 5-6 лет. Если дети к этому времени имеют относительно развитую речь и достаточный уровень интеллектуального развития (IQ-70 и >), можно рассчитывать на сравнительно благоприятный прогноз. До 70% детей с аутизмом Каннера становятся инвалидами и нуждаются в постоянной помощи посторонних лиц.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В.М. Аутизм в детстве. - М.: Медицина, 1999.
2. Богдашина О. Аутизм: определение и диагностика.- Донецк, 1999.
3. Горюнова А.В. Аутистические расстройства детей раннего возраста // Российский педиатр. журн. - 2007, № 5. - С. 35-40.
4. Детский аутизм и АВА. Шрамм Р.- Екатеринбург, Рама Паблишинг, 2013 г.
5. Каган В.Е. Аутизм у детей. - Л., 1981
6. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма. - М. Просвещение. 1991.
7. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: Пути помощи. 5-е изд. - М.: Теревинф, 2009.
8. Мнухин С. С. Резидуальные нервно-психические расстройства у детей. - Л.: Тр. Резидуальные нервно-психические расстройства у детей / Под ред. С. С. Мнухина Т. 51. Л.: Ленинградский педиатрический институт. 1968. - С. 5-23.
9. Мнухин С.С. О синдроме «раннего детского аутизма», или синдроме Каннера у детей (в сотрудничестве с Д.Н. Исаевым и А.Е. Зеленецкой) // Психология аномального развития ребенка: Хрестоматия: в 2 томах / Ред. В.В. Лебединский, К. Бардышевская. - М.: ЧеРо; Изд. Московского университета: Высшая школа, 2002. - Том 2.
10. Нуриева Л.Г. Развитие речи у аутичных детей. Методические разработки. 4 изд. - М.: Терейнф, 2009.
11. Психиатрия детского и подросткового возраста. Под ред. К. Гиллберга и Л.Хеллгрена. М.- Изд.дом «Геотар-мед», 2004. - 531 с.
12. Ремшмидт Х. Аутизм. Клинические проявления, причины и лечение. Пер. с нем.- М.- Медицина, 2003.
13. Сковцов И.А., Башина В.М. Нарушения развития коммуникативных функций у детей при заболеваниях аутистического спектра. - Тула: Имидж Принт, 2013.
14. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста. Под ред. С.Ю. Циркина. Изд 2-е. - СПб.: «Питер», 2004.

1. Bashina V.M. Autizm v detstve. - M.: Medicina, 1999.
2. Bogdashina O. Autizm: opredelenie i diagnostika.- Doneck, 1999.
3. Gorjunova A.V. Autisticheskie rasstrojstva detej rannego vozrasta // Rossijskij

pediatr. zhurn. - 2007, № 5. - S. 35-40.

4. Detskij autizm i AVA. Shramm R.- Ekaterinburg, Rama Publishing, 2013 g.
5. Kagan V.E. Autizm u detej. - L., 1981
6. Lebedinskaja K.S. , Nikol'skaja O.S. Diagnostika rannego detskogo autizma. - M. Prosveshhenie. 1991.
7. Nikol'skaja O.S., Baenskaja E.R., Libling M.M. Autichnyj rebenok: Puti pomoshhi. 5-e izd. - M.: Terevinf, 2009.
8. Mnuhin S. S. Rezidual'nye nervno-psihicheskie rasstrojstva u detej. - L.: Tr. Rezidual'nye nervno-psihicheskie rasstrojstva u detej / Pod red. S. S. Mnuhina T. 51. L.: Leningradskij pediatricheskij institut. 1968. - S. 5-23.
9. Mnuhin S.S. O sindrome «rannego detskogo autizma», ili sindrome Kanneru u detej (v sotrudnichestve s D.N. Isaevym i A.E. Zeleneckoj) // Psihologija anomal'nogo razvitiya rebenka: Hrestomatija: v 2 tomah / Red. V.V. Lebedinskij, K. Bardyshevskaja. - M.: CheRo; Izd. Moskovskogo universiteta: Vysshaja shkola, 2002. - Tom 2.
10. Nurieva L.G. Razvitie rechi u autichnyh detej. Metodicheskie razrabotki. 4 izd. - M.: Tereinf, 2009.
11. Psihijatrija detskogo i podrostkovoogo vozrasta. Pod red. K. Gillberga i L.Hellgrena. M.- Izd.dom «Geotar-med», 2004. - 531 s.
12. Remshmidt H. Autizm. Klinicheskie pojavlenija, prichiny i lechenie. Per. s nem.- M.- Medicina, 2003.
13. Skvorcov I.A., Bashina V.M. Narushenija razvitiya kommunikativnyh funkcij u detej pri zabolevanijah autisticheskogo spektra. - Tula: Imidzh Print, 2013.
14. Spravochnik po psihologii i psihijatrii detskogo i podrostkovoogo voz-rasta. Pod red. S.Ju. Cirkina. Izd 2-e. - SPb.: «Piter», 2004.
15. Amaral DG, Schumann CM, Nordahl CW). «Neuroanatomy of autism». Trends Neurosc. 2008.31 (3): 137-45
16. Cohen D, Pichard N, Tordjman S et al. «Specific genetic disorders and autism: clinical contribution towards their identification». J Autism Dev Disord 2005, 35 (1): 103-16
17. Folstein SE, Rosen-Sheidley B (2001). «Genetics of autism: complex a etiology for a heterogeneous disorder». Nat. Rev. Genet. 2 (12): 943-55
18. Fombonne E «Epidemiology of pervasive developmental disorders». Pediatr Res. 2009.
19. Freitag CM. «The genetics of autistic disorders and its clinical relevance: a review of the literature». Mol. Psychiatry 2007, 12 (1): 2-22
20. Kolevzon A, Gross R, Reichenberg A (2007). «Prenatal and perinatal risk factors for autism». Arch Pediatr Adolesc Med 161 (4): 326-33.
21. Newschaffer CJ, Croen LA, Daniels J et al. «The epidemiology of autism spectrum disorders». Annu Rev Public Health.- 2007, 28: 235-58.
22. Piven J, Palmer P, Jacobi D, Childress D, Arndt S (1997). «Broader autism phenotype: evidence from a family history study of multiple-incidence autism families. Am J. Psychiatry 154 (2): 185-90.
22. Rutter M .«Incidence of autism spectrum disorders changes over time and their meaning». Acta Paediatr.- 2005, 94 (1): 2-15.
24. Szatmari P, Jones MB Genetic epidemiology of autism spectrum disorders // Autism and Pervasive Developmental Disorders / Volkmar FR — 2nd. — Cambridge University Press, 2007. — P. 157-78.
25. Volkmar F, Chawarska K, Klin A (2005). «Autism in infancy and early childhood». Annu Rev Psychol 56: 315-36.
26. Wolff S «The history of autism». Eur. Child Adolesc Psychiatry. 2004. 13 (4).

27. Wing L, Potter D «The epidemiology of autistic spectrum disorders: is the prevalence rising?». *Mental Retard. Developmental Disabil. Res. Rev.*// 2002. 8 (3): 151–61.

A.V. Goryunova

**AUTISM AND DISORDERS OF AUTISTIC SPECTRUM
(LECTION, PART 1)**

Russian Medical Academy of Postgraduate Education (Moscow).

Summary. The first part of the lecture describes current relevance of this problem. The concise history of development and understanding of child autism till nowadays is outlined. Classification of autistic spectrum disorders as presented in ICD-10, DSM-IV, DSM-V and in their Russian analogue, as well as diagnostics criteria described there, are critically discussed. Modern views on etiology, neuromorphological aspects, mechanisms of child autism development, its causes, development and health outcomes are presented.

Keywords: autism in childhood, autism classification, course and prognosis of autism.

ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ КОМПОНЕНТЫ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ (КОНЦЕПТУАЛЬНЫЙ ОБЗОР)

Российская медицинская академия последипломного образования (Москва).

Резюме. Реабилитацию традиционно рассматривают как комплекс мер, направленных на снижение последствий заболевания и профилактику инвалидности, максимальную интеграцию больного в общество, что предполагает восстановление прежнего нормативного статуса человека или постепенное создание нового социально приемлемого статуса. В связи с этим под реабилитацией при наркологических расстройствах следует понимать восстановление, коррекцию или формирование нормативных личностных статусов и социальных качеств, способность полноценного функционирования в обществе без употребления психоактивных веществ, вызывающих зависимость, а не только максимально возможное восстановление физического и психического состояния. Фундаментальные компоненты реабилитации: организация реабилитационной среды, психокоррекционный, воспитательный, образовательный, социотерапевтический и медицинский компоненты. Основным видом организации реабилитации является терапевтическое сообщество. В результате реабилитационных воздействий формируются инвариантные нормативные личностные статусы «Я»: «Я»–Телесное; «Я»–Ребенок; «Я»–Мужчина/Женщина; «Я»–Партнер (муж/жена); «Я»–Родитель; «Я»–Профессионал; «Я»–Член групп.

Ключевые слова: реабилитация, реабилитационная среда, психоактивные вещества, терапевтическое сообщество, личностный статус.

Введение. Реабилитация в наркологии – это комплекс медицинских, психологических, профессиональных, педагогических и других мероприятий, направленных на предупреждение актуализации патологического влечения к психоактивным веществам (ПАВ), прогрессирования патологии, высвобождение нормативных ресурсов личности, восстановление или приобретение эффективных жизненных навыков и раннее возвращение пациентов в общество [2].

Основные задачи реабилитации:

1. Создание реабилитационной среды, влияющей на восстановление и формирование социально приемлемых личностных и поведенческих навыков (качеств) пациента, способствующих реадaptации, реинтеграции и ресоциализации.
2. Формирование осознанной мотивации на включение в реабилитационный процесс и последующее участие в нем.
3. Формирование у пациента мотивации на окончательный отказ от употребления ПАВ.
4. Коррекция патологии и развитие нормативной структуры личности пациента через обеспечение позитивного личностного развития и приобретения социальной компетентности путем функционирования в условиях реабилитационной среды.
5. Дезактуализация основных проявлений синдрома зависимости от ПАВ и предупреждение рецидивов.
6. Устранение (компенсация) медицинских последствий приема ПАВ.
7. Устранение (компенсация) личностных нарушений, стимуляция личностного роста.
8. Формирование (восстановление) взаимодействия с ближайшим социальным окружением.

9. Восстановление социального функционирования на основе получения необходимого образования (квалификации) и профессиональной занятости.

Реабилитационная деятельность характеризуется воздействием на биологический, психологический и социальный уровни функционирования пациентов, объединенных в так называемые целевые группы. Целевая группа – это выделенная совокупность людей на основании определенного набора биологических, психологических, социальных, профессиональных, личностных или других признаков [3, 4]. Основные целевые группы при наркологических расстройствах:

1. Несовершеннолетние, употребляющие ПАВ с вредными последствиями;
2. Больные, имеющие синдром зависимости от ПАВ;
3. Созависимые члены семьи, демонстрирующие патологический стереотип функционирования.

Материалы и методы. Отбор публикаций для статьи осуществлялся хронологическим способом с использованием публикаций последних лет, цитируемых в базах данных SCOPUS и РИНЦ.

Объектом систематического обзора были однородные публикации, описывающие концептуальные основы, методологию и технологии реабилитационных воздействий в наркологической области, основанные на формировании здорового стиля жизни. Затем проводилась систематизация, анализ и синтез информации в единый концентрат по теме: фундаментальные компоненты системы реабилитации при наркологических расстройствах.

Данная статья должна помочь специалистам принять решение о тактике осуществления реабилитационных мероприятий при зависимости от психоактивных веществ.

Результаты и их обсуждение. Реабилитационный процесс осуществляется посредством использования утвержденных программ реабилитации, включающих основные компоненты реабилитации, реализуемые в форме коллективных, групповых и индивидуальных коррекционных программ, а именно: организация реабилитационной среды, психокоррекционный, социотерапевтический и медицинский компоненты [2, 5]. Для целевой группы «несовершеннолетние, употребляющие ПАВ с вредными последствиями», должны быть реализованы еще воспитательный и образовательный компоненты [2].

Реабилитационная среда (РС) – это совокупность объективных компонентов программы реабилитационного учреждения, влияющих на восстановление или формирование нормативных личностных статусов (ЛС) и поведенческих качеств пациента. Организация РС регламентируется базовой моделью и стандартами реабилитации в наркологической сфере. Участниками реабилитационного процесса являются пациенты, их значимые другие лица (ЗДЛ), педагогические, медицинские, психолого-педагогические, социально-педагогические работники учреждения [1, 2].

Основным видом организации реабилитации является терапевтическое сообщество (ТС). Основная задача функционирования ТС – полное изменение стиля жизни, то есть не только отказ от употребления ПАВ, но и устранение девиантного поведения, формирование новых ценностных ориентиров, развитие позитивных знаний, умений и навыков.

Для реализации основного компонента реабилитационной работы - организации РС - следует использовать такие инструменты воздействия (субкомпоненты), как: комфортные бытовые условия, терапевтический режим, распорядок и динамический стереотип организации РС, обратную связь, форматы и этапы реабилитации, вопросы мотивации (стимулы), самоорганизацию. Наряду с перечисленными инструментами воздействия (субкомпонентами) также необходимо определить

показания к организации РС в ее стационарной или амбулаторной форме. Кроме того, в ходе организации РС следует разрешать возможные биопсихосоциальные проблемы.

Суть психокоррекционного компонента в том, чтобы через активность, конкретную деятельность повлиять на сознание пациента, эмоциональную сферу, привлечь к нормативной жизни и сформировать ответственное отношение к своему заболеванию, повысить уровень личностных притязаний, помочь найти свое место в обществе и реализовать свои возможности.

Психокоррекционный компонент реабилитационной работы может быть реализован в форме таких инструментов воздействия (субкомпонентов), как индивидуальная и групповая психотерапия. Кроме того, важным составляющим психокоррекционного компонента реабилитационной работы являются самокоррекция и так называемая «интерфаза» (промежуток между психокоррекционными сессиями).

Индивидуальная психокоррекция может быть представлена индивидуальными консультированием и рациональной психотерапией, а также тренингом психической саморегуляции. Групповая психокоррекция может быть представлена реабилитационной работой в психотерапевтической группе, в тематической обучающей группе, а также ситуационно-психологическим тренингом.

В процессе реализации воспитательного компонента обеспечивается подготовка личности к самоопределению в основных сферах жизнедеятельности: трудовой, общественно-политической, культурно-досуговой, семейно-бытовой, готовности к выбору сферы профессиональной деятельности. Кроме этого развиваются способности к самореализации в социуме, к формированию среды общения, осуществляется подготовка к самостоятельной и ответственной деятельности в различных сферах, происходит обучение организации досуга, обеспечивается сохранение и укрепление здоровья, формирование способности к саморегуляции и структурированию своего свободного времени.

Содержание воспитательного компонента направлено на коррекцию психосоциального развития нормативной личности, создание компенсаторных и социально-адаптационных способов деятельности. Это выражается в сочетании образовательной и коррекционной работы, в формировании образа жизни без употребления ПАВ, в реализации методик, направленных на коррекцию индивидуального развития с учетом нормативного личностного потенциала пациентов.

Для реализации воспитательного компонента следует использовать такие инструменты воздействия (субкомпоненты), как: мобилизация нормативного личностного потенциала пациентов, мобилизация нормативного личностного потенциала персонала реабилитационного учреждения, эмпатия, нормативная организация досуга и выбор хобби, саморегуляция, самоорганизация, самовоспитание и самопознание.

Цель образовательного компонента – развитие физической, эмоциональной, социальной и нравственной сфер сознания, а не только формирование знаний, умений, навыков. В основе обучения должна лежать логика нормативных взаимодействий внутри ТС с признанием самооценности личности пациента.

Образовательный компонент включает в себя решение как общеобразовательных задач, так и задач коррекционных и лечебно-педагогических, направленных на максимальное приспособление к самостоятельной жизни, учебе, труду. Образовательный процесс осуществляется с использованием индивидуально-ориентированных психокоррекционно-развивающих образовательных программ. Одна из основных задач образовательного компонента – научить такому образу

жизни, при котором пациент может быть максимально интегрирован в общество. При этом основной упор в процессе обучения делается на создание устойчивой позитивной мотивации к учебе, активизацию познавательной деятельности, формирование навыков учебной деятельности, восполнение пробелов в знаниях, что способствует успешной макросоциальной реинтеграции.

Для реализации образовательного компонента реабилитационной работы следует использовать такие инструменты воздействия (субкомпоненты), как: диагностика образовательного уровня пациентов, оптимизация их способностей к обучению и самообразованию, оптимизация образовательных нагрузок и профессиональная ориентация, мотивирование к получению образования, оптимизация образовательного потенциала педагогов и персонала реабилитационного учреждения.

Целью социотерапевтического компонента является восстановление нормативного социального статуса, социальная адаптация, и, особенно, достижение нормативной обстановки в микросоциальном окружении. Функционирование в реабилитационном учреждении в известной степени моделирует функционирование в большом сообществе и обеспечивает усвоение необходимых социальных навыков. По мере продвижения в программе стимулируется самостоятельность и ответственность по конкретному разрешению индивидуальных проблемных ситуаций.

Для реализации социотерапевтического компонента реабилитационной работы следует использовать такие инструменты воздействия (субкомпоненты), как: тренинг социальных навыков, социально-психологический тренинг, организация социотерапевтического воздействия специалистом социальной работы, семейная реабилитация. Семейная реабилитация ориентирована на работу с целевой группой «созависимые члены семьи, демонстрирующие патологический стереотип функционирования» [4]. В процессе реабилитации следует учитывать специфическую динамику семейного функционирования. В структуре дисфункциональных семейных взаимоотношений при наркологических расстройствах выделяют четыре фазы семейного реагирования на употребление ПАВ: аффективная, гиперконтроля, экстернализации, индифферентная.

Медицинский компонент в процессе реабилитационной деятельности направлен на дезактуализацию патологического влечения к ПАВ, профилактику срывов и рецидивов, нормализацию соматического статуса, нормализацию неврологического статуса, нормализацию психического статуса, в том числе коррекцию аффективных и психопатоподобных расстройств, коррекцию поведения и восстановление нарушенных функций.

В процессе реабилитационной деятельности при наркологических расстройствах трудно отделить направления работы и мероприятия по характеру их воздействия. В этом плане психокоррекционный, воспитательный, образовательный, социотерапевтический, и медицинский компоненты являются взаимодополняющими по многим параметрам, преследуя в конечном итоге общую цель реабилитации - создание условий для формирования и совершенствование нормативных ЛС, ориентированных на развитие социально-адаптивных форм их поведения как фактора предупреждения случаев рецидивного употребления ПАВ. В конечном итоге реабилитационная деятельность приводит к формированию и раскрытию жизненно важных для взаимодействия со ЗДЛ инвариантных нормативных личностных статусов «Я»: «Я»–Телесное; «Я»–Ребенок; «Я»–Мужчина/Женщина; «Я»–Партнер (муж/жена); «Я»–Родитель; «Я»–Профессионал; «Я»–Член групп [1, 2].

ЛС «Я–Телесное» охватывает телесные функции, физическое здоровье, заботу о себе и собственное сохранение, способность самостоятельно обеспечить условия для жизни своего организма, умение сознательно взаимодействовать с ним

(мониторинг, ограничения, контроль), стремление к телесным удовольствиям и комфорту.

ЛС «Я–Ребенок» связан с состоянием желанности и безопасности, это сфера взаимодействия с родителями или авторитетными лицами в процессе обучения или выполнения иной совместной деятельности, в дальнейшем этот статус развивается и проявляется в заботе о родителях.

ЛС «Я–Мужчина / Женщина» отвечает за формирование половой идентичности, сексуальности, включает принятие половой принадлежности, освоение полового поведения, гендерных особенностей, реализацию сексуального поведения.

ЛС «Я–Партнер (муж/жена)» развивается в сфере семейной жизни: это создание своей семьи, взаимодействие с супругом или супругой в собственном «гнезде».

ЛС «Я–Родитель» включает в себя родительские функции, взаимодействие с детьми, их воспитание, получение удовольствия от собственного родительства.

ЛС «Я–Профессионал» охватывает профессиональную сферу, выбор и освоение специальности, профессиональный рост, контакты на рабочем месте с коллегами, подчиненными, начальством, получение удовлетворения от своей профессиональной деятельности.

ЛС «Я–Член групп» в основном отвечает за связи с различными сообществами, со своими сверстниками, с земляками, с соотечественниками, с людьми своей национальности.

Конкретное содержание и сроки реабилитации определяются реабилитационными программами. Обязательным условием является привлечение членов семей пациентов к участию в реабилитационных мероприятиях. В процессе реабилитации необходимо формировать у пациентов навыки здорового образа жизни. В реабилитационном учреждении рекомендуется создавать клубы, секции, кружки, студии и другие объединения по интересам.

Программа реабилитации состоит из трех основных последовательных этапов ее реализации [2].

Основные задачи, решаемые на первом этапе: обследование, тестирование, консультирование; усвоение правил организации жизнедеятельности реабилитационного учреждения; ориентация и адаптация в реабилитационном учреждении; вовлечение в реабилитационную активность (самообслуживание, групповые и коллективные процедуры и ритуалы и т. д.), в систему оздоровительных мероприятий; формирование мотивации.

Основные задачи второго этапа: максимальная интеграция в режим жизнедеятельности и структуру реабилитационного учреждения, усвоение и интериоризация всех его норм и правил; продвижение по «иерархической лестнице»; интериоризация программных установок, используемых психотерапевтических технологий; обеспечение активного модуса поведения в групповой работе и трудовых процессах; реализация терапевтических и воспитательных технологий; выявление и закрепление навыков постепенной ресоциализации; существенное улучшение здоровья.

На третьем этапе решаются следующие задачи: закрепление эффектов применявшихся психо- и социотерапевтических методик и технологий, их активное использование в проблемных ситуациях; подготовка к выписке из реабилитационного учреждения, постепенное дистанцирование от ТС через последовательную смену режимов пребывания в реабилитационном учреждении и вне него; максимальное сокращение применения режимных ограничений и санкций; закрепление и реализация навыков самостоятельного принятия решений и их практического осуществления; стабилизация на удовлетворительном уровне ос-

новых характеристик личностного, поведенческого статуса, системы отношений, готовность к ведению трезвого образа жизни.

Основной показатель эффективности реабилитационного воздействия и деятельности реабилитационного учреждения - возврат пациента в общество и возобновление его функционирования в нормативном окружении [3, 5].

Мониторинг и оценка реабилитационной деятельности осуществляется на основе диагностики критериев эффективности реабилитации [3, 5].

1. Медицинские критерии.

1.1. Психическое расстройство наркологического профиля

1.2. Психическое расстройство иного профиля

1.3. Соматическое расстройство

2. Психологические критерии.

2.1. Нормативные личностные статусы

2.2. Патологические личностные статусы

2.3. Психологическая компетентность

3. Социальные критерии.

3.1. Семейный статус

3.2. Профессиональный (образовательный) статус

3.3. Социальная компетентность

Заключение. Таким образом, реабилитация – это возвращение пациентов, употреблявших ПАВ с вредными последствиями и зависимых от ПАВ, в общество на основе восстановления физического и психического здоровья, повышения образовательного уровня, формирования нормативного личностного и социального статуса, закрепления результатов лечения, достигнутых в наркологических учреждениях. Успешность коррекции расстройств наркологического профиля наиболее эффективна при организации бригадного метода оказания помощи – соучастии широкого круга специалистов, то есть, необходима организация межведомственного взаимодействия в области решения проблемы зависимости от ПАВ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Валентик Ю.В. Психогенетическая модель личности пациента с зависимостью от психоактивных веществ / Наркология. 2002. № 9. С.21 -25.

2. Валентик Ю.В., Булатников А.Н. Стандарты реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами (методическое пособие) / МИТС-НАУКА: международный научный вестник: сетевое электронное научное издание. 2004. С. 164.

3. Зарецкий В.В. Работа в образовательной среде по профилактике употребления наркотиков и психоактивных веществ: оценка и мониторинг / Социальная педагогика. 2011. № 5. С. 20-34.

4. Зарецкий В.В. Семья как субъект антинаркотической деятельности в образовательной среде / Профилактика зависимостей. 2015. № 4. С. 81-93.

5. Новиков Е.М., Валентик Ю.В., Дрейзин А.А., Соболев Е.С. Комплексная оценка статуса и уровни мотивационных установок на проведение реабилитационных и реконструктивных мероприятий у больных с зависимостью от психоактивных веществ / Наркология. 2009. Т. 8. № 11. С. 60-68.

1. Valentik Ju.V. Psihogeneticheskaja model' lichnosti pacienta s zavisimost'ju ot psihoaktivnyh veshhestv / Narkologija. 2002. № 9. S.21 -25.

2. Valentik Ju.V., Bulatnikov A.N. Standarty rehabilitacii nesovershennoletnih, zloupotrebljajushhih psihoaktivnymi veshhestvami (metodicheskoe posobie) / MITS-NAUKA: mezhdunarodnyj nauchnyj vestnik: setevoe jelektronnoe nauchnoe izdanie.

2004. S. 164.

3. Zareckij V.V. Rabota v obrazovatel'noj srede po profilaktike upotreblenija narkotikov i psihoaktivnyh veshhestv: ocenka i monitoring / Social'naja pedagogika. 2011. № 5. S. 20-34.

4. Zareckij V.V. Sem'ja kak sub#ekt antinarkoticheskoj dejatel'nosti v obrazovatel'noj srede / Profilaktika zavisimostej. 2015. № 4. S. 81-93.

5. Novikov E.M., Valentik Ju.V., Drejzin A.A., Sobolev E.S. Kompleksnaja ocenka statusa i urovni motivacionnyh ustanovok na provedenie reabilitacionnyh i rekonstruktivnyh meroprijatij u bol'nyh s zavisimost'ju ot psihoaktivnyh veshhestv / Narkologija. 2009. T. 8. № 11. S. 60-68.

A.N. Bulatnikov

BASIC COMPONENTS OF REHABILITATION'S SYSTEM AT SUBSTANCE ABUSE (CONCEPTUAL REVIEW)

Russian Medical Academy of Postgraduate Education (Moscow).

Summary. Rehabilitation has traditionally been seen as a set of measures aimed at reducing the effects of disease and disability profilaktiku, maximum patient obschestvo integration, which implies the restoration of the former regulatory status of the person or the gradual creation of a new socially acceptable status. In this regard, under the Rehabilitation of substance abuse disorders should be understood restoring, correcting or shaping the regulatory status of personal and social qualities, the ability to fully function in society without the use of psychoactive substances that cause addiction, and not just the maximum possible recovery of physical and mental condition. The fundamental components of recovery: the organization of rehabilitation environment, psycho-correction, educational, educational, and medical components sotsioterapevtichesky. The main type of rehabilitation organization is a therapeutic community. As a result of the rehabilitation actions are formed invariant regulatory status of personal "I", "I"-Corporal; "I am a child; "I"-Male/Female; "I"-partner (husband/wife); "I"-Parent; "I'm professional; "I"-member of groups.

Keywords: rehabilitation, rehabilitation environment, psychoactive substances, therapeutic community, personal status.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ

Консилиум состоялся 11 марта 2016 г. в Институте гармоничного развития и адаптации («ИГРА»). Присутствовали 27 человек: психиатры, психологи, дефектологи, преподаватели, аспиранты, магистранты и студенты московских психологических и медицинских ВУЗов, сотрудники Научного центра психического здоровья, кафедры детской психиатрии и психотерапии РМАПО, Института гармоничного развития и адаптации («ИГРА»), а также психологи московских коррекционных центров и медицинских учреждений.

Ведет консилиум **канд. мед. наук А.А. Северный**.

Историю болезни ребенка представляет **докт. мед. наук Н.М. Иовчук**.

Мальчик X, 14, 5 лет

Обратились в Институт Гармоничного Развития и Адаптации («ИГРА») после обследования в Центре патологии речи и нейрореабилитации, где ребенку рекомендовали консультацию психиатра. Родителей больше всего беспокоят скудость и неправильность речи, слабая успеваемость и будущее ребенка, в том числе профессиональное самоопределение.

Семейно-наследственный фон

Линия отца

Дед не известен.

Бабка: властная, «давящая», требует от окружающих абсолютного подчинения и почитания, не терпит возражений, бестактная. Может сказать в глаза все, что угодно, вплоть до оскорблений. С ней семья ее сына практически не общается. Сын навсегда обижен на нее за то, что она на 7 лет отдала его своей матери и им не интересовалась.

Отец, 41 года. Имеет два высших образования: МИРЭА и Финансовая Академия. Менеджер высокого класса в банковском деле. Активный, последовательный, целеустремленный, умеет наладить контакты с сослуживцами и клиентами, настойчивый, добивается результата в работе. Много работает дома с документами, звонит по делам до позднего вечера. В свободное время на даче занимается физической работой – грядки, снег, лыжи, предпочитает в одиночестве: рано утром, например, уходит в лес на лыжах, а потом уже идет на лыжах вместе с детьми. В компании разговорчивый, веселый и кажется общительным, но друзей не имеет и в них не нуждается. Совсем не читает. Лишен обидчивости, но нетерпелив, вспыльчив, может ударить сына, в основном из-за уроков. Болен псориазом.

Линия матери

Дед ушел из семьи, когда дочери был один год. Сведений о нем нет.

Бабка: инженер, на пенсии. Спокойная, активная, общительная, имеет подруг. Страдает заболеванием сердца, поставлен кардиостимулятор. По мере сил помогает дочери, но с внуком предпочитает не оставаться надолго из-за его упрямства и медлительности.

Мать, 39 лет. Экономист, не работает с момента рождения первого ребенка – из-за его болезненности, а затем – из-за рождения дочери. В старших классах увлеклась восточной культурой и восточными языками, перешла в китайскую спецшколу при Институте стран Азии. Поступить в институт, соответствующий предмету увлечения, ей не удалось из-за материального неблагополучия семьи. Училась на вечернем экономическом факультете и одновременно работала менеджером по продажам до 24 лет. Не оставила своей мечты и 2 раза в неделю занимается китайским языком. Ездил на стажировку в Китай, переписывается с китайской. Активна, собрана, все успевает. Развозит детей на машине по школам, допол-

нительным занятиям, Умна, осторожна, рациональна. Возможно, не все говорит о том, что касается мужа и обстановки в семье, где сознательно удерживает гармоничные отношения. О мальчике дает исчерпывающие сведения, критична к его особенностям, переживает его недостатки, ищет помощи и тратит на это много времени и сил. Очень четкая, никогда не опаздывает и не отменяет занятий. Имеет легкий дефект речи.

Младшая сестра, 9 лет. Учится в третьем классе, отлично успевает. Общительная, ласковая, имеет подруг. Скрамная, застенчивая, стеснительная, обидчивая. Ей самой это не нравится, просит маму помочь ей стать смелее.

Личный анамнез

Мальчик от 1-й беременности. Матери в момент родов 24 года. Беременность протекала с тяжелым токсикозом в первом триместре (рвоты до 10-15 раз в день). На 5-месяце беременности, находясь в Турции на отдыхе, перенесла простудное заболевания в нетяжелой форме. Далее беременность протекала благополучно, на фоне хорошего настроения. 2 раза был произведен скрининг на предмет выявления внутриутробной патологии, и оба раза показатели были снижены, но пункция околоплодных вод патологии не выявила. Вероятно, в связи с неясностью скринингового исследования УЗИ было проведено 15 раз (данных нет). Роды на 38 неделе, под эпидуральной анестезией, затяжные (19 часов), со слабостью родовой деятельности. Применялась стимуляция окситоцином. Мальчик родился с весом 2880, длиной 51 см, окружностью головы 32 см. Диагноз: внутриутробная гипотрофия. Грудь взял сразу, сосал активно. Выписаны на 4 сутки.

Рос спокойным, плакал мало, хорошо спал. На грудном вскармливании до 6 мес., хорошо прибавлял в весе. Моторное развитие с небольшой задержкой: голову держал с 3,5 мес., сидел с 7 мес., ползал, ходит с 13 мес. На первом году жизни отличался жизнерадостностью, улыбкой, оживлением реагировал на мать и отца, тянулся к игрушкам. Активное гуление появилось до года. Отдельные слова – ближе к 2 годам. Короткая фраза – к 2 годам 10 мес.

В 2 года 10 мес. стал посещать детский сад. Первое время плакал, не хотел отпускать мать, так и не привык по-настоящему к детскому саду. Через месяц заболел с высокой температурой, кашлем, насморком. Получал антибиотики. В связи с чрезмерным ускорением СОЭ (до 92) был стационарирован с матерью, полностью обследован. Выписан через 2 недели с неуточненным диагнозом. После выздоровления был таким же, как всегда, – спокойным и улыбчивым. После выписки не ходил в детский сад, занимался бальными танцами, потом хореографией и акробатикой в цирковой студии. На занятиях был дисциплинированным, спокойным, доброжелательным. Дома же отличался упрямством, настаивал на своем, на замечания, советы отвечал часто «нет», «не хочу», «не буду». Доказывал свою правоту до последнего: «Надень шапку» - «Мне не холодно», «Сними шапку» - «Мне не жарко». При этом был ласков, особенно к маме. На занятиях отличался подвижностью, ловкостью. Тянулся к детям, избегал драк, никогда не проявлял агрессии.

Снова пошел в детский сад (частный) в 4-летнем возрасте. Привык быстро. Был общительным, доброжелательным. Его часто обижали, но он никогда не дрался. Дружил в основном с мальчиками, был один друг. К этому времени стали очевидными проблемы с речью: нарушено звукопроизношение, путал звуки, слоги. Логопеды отмечали нарушение фонематического слуха. Занимался с несколькими логопедами в детском саду и дома. К 7 годам стал произносить все звуки правильно, но речь оставалась неправильной: переставлял слоги, неправильно произносил окончания, часто отмечались несогласования слов в роде и числе, не-

правильность окончаний. С детьми дружил, но воспитатели жаловались, что ребенок не может высидеть положенное время на занятиях, отвлекался. Когда ребенку было 4 года 8 мес., родилась сестра. Радовался ее появлению, не проявлял ревности, просил ее подержать, покачать, улыбался ей.

В возрасте 6 лет стал заниматься с нейропсихологом, но тот быстро отказался от занятий, так как мальчик постоянно настаивал на своем, спорил. Это было самым сложным и в семье: противоречил и отстаивал свое мнение во всем – в игре, любых занятиях, в быту. Зимой – к декабрю – выглядел усталым, вялым, больше отвлекался, не высиживал на занятиях. По назначению невролога получал пикамилон, фенибут, танакан, кортексин, энцефабол. Яркого эффекта не было ни на одном препарате. Лишь во время лечения пантогамом более внимательным, меньше уставал.

В детском саду больного отказались взять в начальную школу при этом учреждении. Около 7 лет его перевели в логопедический детский сад. Решался вопрос об обучении в речевой школе, но был определен родителями в обычную школу в возрасте 7 лет 10 мес. В классе было 40 человек. Мальчик приносил из школы пустые тетради, с трудом с помощью матери выполнял домашние задания, не мог пересказать текста. По-прежнему во время занятий спорил и доказывал свою правоту. Учителя жаловались, что ребенок не слушает, отвлекается, «ворон считает» на уроках, рекомендовали обучение в классе с малым наполнением.

Играть любил в машинки, железную дорогу, конструкторы, пазлы, мозаику. Смотрел мультфильмы, но недолго, недолго играл на компьютере, но без особого увлечения, легко оставлял эти занятия при необходимости. Сейчас лидер в одной сетевой игре. Гордится этим. С отцом в свободное время играет в шашки, шахматы.

После первого класса прошел тестирование и был принят во второй класс частной школы, где учиться до сих пор (в 7-м классе). В классе 9 человек. Оставался спокойным, не агрессивным, свои обиды не обсуждал дома. Дружил только с одним мальчиком – творческим, неглупым, Дома всегда улыбочивый и веселый, но на людях, в том числе в школе, в основном серьезный, строгий, угрюмый. Держится с достоинством. Отстает в росте, но в классе это не заметно, так как дети на 1-2 года его моложе. Успеваемость слабая: по всем предметам тройки, кроме музыки, рисования и физкультуры – здесь только пятерки. Делает много ошибок даже при переписывании текста. До сих пор очень плохо читает. Тем не менее в школе его хвалят: спокойный, не конфликтный, вежливый, старательный. 3 года занимался в цирковой студии, 1 год – большим теннисом, 1 год – дзюдо, ходил в бассейн. Некоторое время занимался в шахматном кружке без особых успехов. Хорошо катается на лыжах, на велосипеде, любит коньки. Все кружки и спортивные секции выбирала мать, он не возражал и не сопротивлялся. В последние 2 года (с 12 до 14 лет) родители освободили его от всех дополнительных занятий.

Несколько раз болел гайморитом. Отоларинголог находит сужение носовых ходов, аденоиды 1 степени, не требующие удаления, и остаточные явления воспаления в гайморовых пазухах. Давно отмечается голос с носовым оттенком. В связи с неправильным прикусом поставлены брекеты.

С раннего возраста любил порядок, схемы, все систематизировал. В школьные годы покупал впрок учебники и тетради на следующий год, расставлял их на полках, подписывал. Все в его комнате всегда в порядке, кроме беспорядка на его письменном столе, но и там все по-своему систематизировано. Рано сам стал убирать постель, обязательно складывал покрывало в трубочку. Интересовался всем новым. Хотел заниматься английским языком, но не смог – не усваивал, в связи с чем мать отказалась от уроков английского языка. Заинтересовался изучением

второго языка – немецкого, но и здесь ничего не получилось. Не переживал свои неудачи, не отличался обидчивостью. Расстраивался из-за двоек, был рад, когда получал четверки. Любил похвалиться, если что-то делал успешно. На отдыхе в Эмиратах заинтересовался арабским шрифтом, пытался и его изучать.

Каждое лето семья летает отдыхать на море. Легко привыкает, всем интересуется, чувствует себя комфортно, не стесняется посторонних. Но чтобы что-то сказать по-английски, много раз спрашивает родителей, повторяет, потом отходит и снова возвращается, забыв нужные слова. Несмотря на упрямство, мальчика легко направить, заинтересовать интересными предложениями. Любит красивое, особенно в быту – красиво оформленный стол, еду. Школьные тетради всегда идеально оформлены, старается в это оформление внести что-то новое, красивое: так, на тетради по географии у него красуется сфинкс, по биологии – какое-то животное и т. д. Любит что-то делать руками, хорошо получались оригами.

В сентябре прошлого года (около 14 лет мальчику) стал посещать художественную студию, увлекся рисованием, домашние задания выполнял с удовольствием. Одновременно особенно заинтересовался зданиями в Москве-Сити, видными из окон их квартиры. Стал посещать этот район самостоятельно, с родителями, на экскурсии, фотографировал здания, знал историю строительства и судьбу каждого. В интернете искал сведения об истории строительства Москвы-Сити, рисовал здания очень детально, по много часов. Стал засекают время, затраченное на каждый рисунок..

В последний учебный год много времени занимают рисование, фотография, посещение студии, а теперь и занятия с коррекционным педагогом «ИГРЫ». Устает, не высыпается. Иногда стал злиться (но недолго), огрызаться на замечания родителей. Уроки начинает делать из-за занятости в 9 часов вечера и сидит за ними до 12 часов ночи. Что может, делает самостоятельно, но практически всегда прибегает к помощи родителей: мать помогает ему по русскому языку и литературе, отец – по математике и физике. Мать только недавно поняла, что мальчик не понимает значения многих слов: например, «изумленный», «всклощенный», «вражда». По назначению невролога осенью получал глиатилин, пантогам, 10 инъекций кортексина. Сейчас проводится курс церебролизина. Неделю тому назад, на уроке физкультуры, мальчик сломал палец правой руки. Перелом со смещением, с повреждением сухожилия. Держался мужественно, но тут же позвонил маме, в голосе чувствовались слезы. Несмотря на травму, посещает школу, хотя не может писать.

Психический статус при первом посещении (10.11.2015 г.)

Мальчик небольшого роста, выглядит значительно моложе своих лет, хрупкий, худенький. Выражены признаки диспластичности, в том числе скошенный подбородок, неправильный рост волос. Рот полуоткрытый. Брекеты. Выражение лица серьезное. Мимика невыразительная, очень редко улыбается. Сидит в пол-оборота к врачу, изредка – при непонимании вопроса или, напротив, интересе к теме – поворачивается и смотрит в глаза. Держится скромно, но с достоинством. Голос гнусавый. Речь смазанная, неправильное звукопроизношение. Отмечается крайне бедный набор слов. Проглатывает, нечетко, часто неправильно произносит окончание слов. Крайне скудные представления об окружающем: так, не мог объяснить, в каком районе Москвы он живет; как доехать до любимой Москвы-Сити; в каких городах Турции и Египта он отдыхал. Не всегда понимает поставленный вопрос, переспрашивает, признается, что не понимает. При просьбе рассказать о художественной студии путается, не может объяснить, чему и кого там учат. О семье, родителях, друге, одноклассниках отвечает скупо, односложно. Школу и

учителей считает хорошими, любит учиться, но признает, что учиться трудно, пользуется помощью родителей. Равнодушно ответил, что иностранным языком больше не занимается – «не получается». Не может сказать, будет ли кончать 9 или 11 классов – «как получится, пока сказать не могу». Не представляет своей будущей профессии. Не знает, почему его привели на консультацию – «наверно, из-за речи и успеваемости». Настроение в основном хорошее, редко бывает грустно, чаще из-за неудач в учебе. Считает, что у него нет проблем и жизнь ему такая нравится. Интересы к беседе не проявляет, остается сдержанным, невыразительным. Оживляется, когда начинает рассказывать о своем увлечении Москвой-Сити: встает, показывает фотографии зданий на смартфоне в разное время суток, подробно рассказывает о каждом здании – когда построено, сколько этажей запланировано, сколько построено, почему изменили проект, что размещается в каждом здании. При этом даже речь становится более внятной и четкой. После фотографий с удовольствием показывает свои рисунки той же тематики. Каждый рисунок выполнен скрупулезно, тщательно, с абсолютной детализацией. Радует похвале, улыбается. Причем, помнит, сколько времени он потратил на каждый рисунок: 3 часа 52 минуты, 4 часа 12 минут и т. д., готов и дальше продолжать беседу, хотя до этого беседой не интересовался.

Был направлен на консультацию к коррекционному педагогу (А.М. Щербаковой) и к клиническому психологу (Н.В. Зверевой).

В дальнейшем при наших встречах держался, как и в первый раз: оставался строгим, серьезным, но стал улыбаться и даже смеяться понятной ему шутке. Отмечал, что ему нравится заниматься с А.М. Щербаковой. Кроме того это приносит заметную пользу – стал лучше учиться, появилось больше положительных оценок.

А.А. Северный: Есть ли вопросы по анамнезу? Если нет, попросим докладчика зачитать данные параклинических обследований и заключения консультантов.

Результаты ЭЭГ-исследования от 23.11.2015 г. (канд. мед. наук В.В. Грачев)

ЭЭГ дезорганизована. Зональные различия несколько сглажены за счет слабой выраженности зрительного α -ритма, который регистрируется в затылочных отведениях в виде низкоамплитудных фрагментов, в спектре которых преобладают колебания частотой 10-10,5 Гц. Фрагменты α -ритма перемежаются продолжительными участками низкоамплитудной поличастотной активности.

В теменных и центральных отведениях отмечаются повторяющиеся периоды α -активности частотой 10,5 Гц, часто превышающей по амплитуде зрительный α -ритм.

Низкоамплитудные медленные волны в заметном количестве регистрируются во всех отведениях, индекс активности θ -диапазона несколько повышен в проекции задних зон коры головного мозга. По данным компьютерного анализа ЭЭГ, обнаруживается некоторое снижение индекса β -волн в затылочных отведениях.

Пароксизмальные проявления выражены незначительно, в течение записи отмечаются кратковременные билатеральные всплески θ - и низкочастотных α -волн небольшой амплитуды в центрально-теменных отведениях.

При записи с открытыми глазами наблюдается десинхронизация ЭЭГ с устойчивой депрессией как зрительного α -ритма, так ритмической α -активности в теменно-центральных отведениях. После закрывания глаз зрительный α -ритм восстанавливается не сразу, длительно сохраняется десинхронизированная ЭЭГ.

Прерывистая Ф.С. вызывает слабую реакцию усвоения ритма световых мельканий на частотах стимуляции 5-8 Гц и усиление дезорганизации ЭЭГ на других частотах. Реакция на HV-пробу достаточно слабая: наблюдается усиление дезор-

ганизации ЭЭГ, легкое нарастание индекса медленных волн, преимущественно в задних зонах коры, и некоторое учащение, повышение амплитуды и продолжительности α - θ -высшек, принимающих временами генерализованный характер. После окончания пробы наблюдается достаточно быстрое восстановление фоновых параметров ЭЭГ.

Заключение: В ЭЭГ на первом плане регуляторные нарушения, отражающие несколько сниженный тонус функциональной активности лобных долей коры головного мозга с недостаточностью их организующих влияний и умеренное усиление неспецифических активирующих влияний подкорковых структур. Выявляются также признаки легкой функциональной незрелости ЦНС. Изменения по органическому типу выражены минимально. Эпилептической активности и очаговых проявлений не зарегистрировано.

ЭЭГ отражает не столько энцефалопатические, сколько дизонтогенетические изменения, в первую очередь морфофункциональную незрелость лобных долей, как премоторных, так и префронтальных отделов.

Заключение нейродефектолога от 10.10.2015 г. (Центр патологии речи и нейрореабилитации): дизорфография, нарушение в зоне морфологии языка, дизартрия легкой степени выраженности.

Заключение психиатра (Центр патологии речи и нейрореабилитации): специфические расстройства спеллингования, навыков счета, общие расстройства развития. Шизофрения?

Заключение невролога И.Л. Зыкиной от 14.12.2015 г. («Невромед»).

Неврологический статус: без патологии, сухая кожа. Диагноз: ММД на резидуально-органическом фоне.

Рекомендовано: гаммалон, семакс, мильгамма, лецитин, рыбий жир; консультация клинического психолога и нейропсихолога; УЗДГ и ТКДГ.

Заключение по данным УЗДГ и ТКДГ (Центр диагностики и лечения им. Н.А. Семашко).

Легкий ангиоспазм по обеим передне- и заднемозговым артериям, умеренный гипертонус по капиллярному руслу мозгового бассейна. Умеренная венозная дисциркуляция по средним и задним затылочным мозговым венозным сплетениям и по ПВС (позвоночной венозной системе) с обеих сторон (с вертеброгенным влиянием слева) с признаками нарушения венозного оттока и нарастанием венозного внутрочерепного застоя.

Заключение по данным ЭХО-ЭГ (Центр диагностики и лечения им. Н.А. Семашко): смещения срединных структур не выявлено. Расширение III желудочка = 6.02 (при норме до 5.0). Индексы боковых желудочков не расширены = 2.2 и 2.21 (норма 1.8 – 2.28). Незначительное количество дополнительных эхо-сигналов с обеих сторон. Эхо-пульсация усилена справа до 40-44%; слева усилена до 55-62% (при норме до 17-30%).

МРТ головного мозга от 7.12.2015 г. (отделение лучевой диагностики Российской детской клинической больницы): субатрофия правого гиппокампа и «мягкое» повышение T2 сигнала в головке гиппокампа. Воспалительный отек слизистой в левой гайморовой полости и передних клеток решетчатого лабиринта слева. В целом, по данным МРТ – субатрофия правого гиппокампа и, возможно, участок глиоза в головке. Рекомендован контроль МРТ.

А.А. Северный: Теперь заключение представит **коррекционный педагог канд. пед. наук А.М. Щербакова.**

А.М. Щербакова: Направлен психиатром по вопросу уточнения уровня интеллектуального развития. Запрос со стороны матери – трудности обучения, пре-

имущественно по русскому языку и литературе.

В контакт вступает без затруднений, открыт, исполнительен. Говорит приглушенным голосом, назальное произношение. В речи запинки («спотыкания»); в момент напряжения, связанного со сложностью задания, «прочищает горло». Речевое дыхание нарушено. Мать отмечает усиление «задыхания» в последнее время. Малоэмоционален. Шутку понимает, но реагирует сдержанно. Старательный. Темп деятельности замедлен, при этом наблюдаются ошибки, связанные с потерей смысла задания. При выполнении заданий часто взглядом обращается к матери.

Способность опознавать целостный образ подтверждается при выполнении задания на составление картинок из четырех частей. При этом мальчик пользуется как примериванием, так и зрительным соотношением. Для осуществления итогового контроля требуется привлечение внимания Димы.

Задания на копирование фигуры Рея-Остеррица свидетельствует о доступности пространственного анализа сложных графических объектов. Стратегия копирования планомерно-фрагментарная, начиная с левого нижнего угла, далее нижняя половина, затем достройка верхней половины. Диагонали составные. Повторяющиеся элементы подсчитываются. Линия уверенная и четкая, пропорции и углы отражены верно. Результаты такого анализа успешно воспроизводятся по памяти. При воспроизведении по памяти используется целостная стратегия. Отмечаются незначительные изменения (круг с точками перемещен в нижний квадрат, проведена дополнительная поперечная линия в передней части фигуры). Размеры фигуры, воспроизведенной по памяти, значительно больше исходной, пропорции и углы соблюдены. В целом фигура смещена влево, вследствие чего левая деталь - «антенна», которая вычерчивалась последней, едва уместилась на краю листа.

Выполняя задание типа «Петю встречал Миша. Кто приехал?», мальчик не смог дать ни одного верного ответа. Предложения с искаженными причинно-следственными связями опознавались как неправильные, но реконструировать правильный вариант Дима не смог. Решение словесных пропорций доступно в несложных случаях.

Результаты методики «Сравнение понятий» на низком уровне обобщений, много ситуативных ответов. Иногда Дима поправлял сам себя. Так, сравнивая маленькую девочку и большую куклу, он сначала определил их сходство тем, что они «люди», а различие размером. Но через некоторое время сказал о том, что девочка живая, а кукла неживая. Не было ни одного отказа от сравнения несравнимых понятий. Например, сходство стакана и петуха было обозначено как «Громко звучат», а различие этих понятий в том, что «в стакан наливают», а «петух кукарекает».

Связный рассказ по серии картинок адекватный, в некоторых случаях не усугубляются причинно-следственные связи. Дима испытывает затруднения в выделении смысла рассказа, что проявляется в сложностях при формулировании названия. Например, по серии «Мальчик и волки» был составлен и записан такой рассказ (оригинальная орфография):

***Неудачный поход в школу.** Утром мальчик пошел в школу. Он потом побежал, потому-что опаздал, вдруг он увидел стаю волков и испугался. И решил забраться на ближайшнее дерево. Смог забраться на него и долгое время он сидел там. Позже он был сильно напуган и хотел вернуться обратно домой. Через какое-то время мимо проезжали люди и помогли ему (слезть – зачеркнуто) спуститься с дерева.*

При выполнении методики «Метафоры» у Димы проявилось такое качество как рассуждательство, он долго перебирал варианты пар «метафора-фраза». В результате ему удалось составить ряд правильных сочетаний, уйдя от первоначаль-

ных неверных (таких, как, например, Золотая голова: не все то золото, что блестит; Каменное сердце: человек высек на скале свое сердце). Некоторые пары оказались буквальными либо нелепыми (Зубастый парень: у Ивана были здоровые зубы; Ядовитый человек: человек высек на скале свое сердце).

Была выполнена классификация. На первом этапе мальчик составил 12 групп, среди которых наряду с обычными (мебель, учебные принадлежности и т. д.) были выделены такие, как «в воздухе» (ласточка, самолет, голубь), «на чем можно перевозить» (машина, телега, пароход), «то, что растет из земли». На втором этапе осталось 5 групп: «то, что растет» (грибы+еда+то, что растет из земли), «для учебного дела» (инструменты+учебные принадлежности), «получение одежды из животных» (одежда+животные), «домашние предметы» (посуда+мебель), «профессии к технике» (люди, которые занимаются делом+на чем можно перевозить). На третьем этапе получилось три группы: «для дела» (учебные предметы+домашние предметы), «живая жизнь» (то, что растет+животные); «то, что относится к делу, работе» (включая людей).

Школьные навыки сформированы на границе нижнего уровня требований. Чтение неуверенное, с подстановками и угадываниями. Стихи не запоминает, не смог вспомнить ни одного из программы. Отмечается чрезмерная детализация в пересказе текста. Письмо с персеверациями, аграмматичное. Математические задачи решает, использует помощь в виде наглядного моделирования содержания задачи. Счетные навыки усвоены, но умножением и делением в столбик не овладел. Придумал свою систему счета «порциями». Актуальный уровень знаний по математике – пятый класс. Изобразительная деятельность – скудный замысел, примитивное, но старательное исполнение.

Коррекционно-развивающие занятия проводились в течение четырех месяцев. Дима старательно ведет тетради, записывает задания и выполняет их дома. На занятиях активен, исполнитель, никогда не жалуется на усталость. При этом наступление утомления можно опознать по нарастанию персевераций, учащению запинок в речи и т. п. Помощь использует, опирается на имеющиеся знания. Обращение к наглядному моделированию содержания задач, учебных текстов, стихотворений достаточно эффективно. Дима настойчив в отстаивании своего мнения: например, инициативно подобрал и принес доказательства того, что задача может иметь различные варианты ответов. Дает свои оригинальные варианты заданий (подготовленные дома), аналогичные тем, что были проработаны на занятиях.

Необходимо отметить, что отстаивание своего мнения иной раз превращается в утомительный перебор вариантов решения, причин, ситуаций и т. п. с явными проблемами выделения существенных. Все варианты рассматриваются как равноценные. Такой уход в непродуктивные рассуждения уводит мысль Димы от сути задания, что часто приводит к неудаче его выполнения.

Обращает на себя внимание особый личностный склад подростка – чувство собственного достоинства, самоуважение, стремление поделиться своими успехами. У Димы есть познавательный интерес.

Обобщая результаты диагностики, а также уточнение психолого-педагогических особенностей подростка в ходе коррекционно-развивающих занятий, можно отметить недостаточность понятийно-речевого развития, бедность словаря, проблемы модельной репрезентации текста, в том числе текста содержания математической задачи; затруднения в выявлении сути явления, его существенных признаков. В сложных случаях возникают ситуативные толкования, вязкость рассуждений и вычурность трактовок. В целом можно говорить о неорганизованности мышления. Значительным позитивным ресурсом являются просоци-

альные установки Дмитрия, его познавательный интерес, стремление к порядку и аккуратность, исполнительность.

Заключение. Легкая форма интеллектуальной недостаточности (по Е.Л. Инденбаум) как следствие некомпенсированной задержки психоречевого развития. Эпилептоидные черты характера и деятельности.

Рекомендовано: снижение учебной нагрузки; индивидуальная помощь по основным предметам; коррекционно-развивающие занятия, направленные на формирование знаково-символического опосредствования и развитие понятийно-речевого мышления; индивидуально-личностный психолого-педагогический подход к ребенку с проблемами установления причинно-следственных зависимостей. Арт-педагогическая работа с учетом индивидуальных задач развития. Выбор оптимального образовательного маршрута.

А.А. Северный: До какого уровня может обучаться в школе подросток?

А.М. Щербакова: В условиях частной школы - до 9 класса, но есть сомнения, что сдаст ОГЭ.

А.А. Северный: Свое заключение по психологическому обследованию и результаты нейропсихологического обследования представляет **канд. психол. наук Н.В. Зверева.**

Н.В. Зверева: Психологическое исследование проведено 12.02.2016г.

Использованные средства:

1. Беседа с подростком
2. Произвольная память (10 слов, Парные ассоциации)
3. Зрительное восприятие (фигуры Липера (фрагментарные изображения)
4. Мышление (Малая предметная классификация, Включение подкласса в класс, Пересечение классов, Сравнение понятий, Конструирование объектов)
5. Внимание (таблицы Шульте, тест Струпа)
6. Эмоционально-личностная сфера (Распознавание жестов, Рисунок себя, Самоописание - кто я?, какой я?, Самооценка Уэсмана-Рикса, Ассоциативная методика возрастной идентификация, тест Розенцвейга, тест Розенберга, тест психологического благополучия Варвик-Эдинбург).

7. Беседа с матерью

Подросток обследован в середине дня (с 13.15 до 15.10), матери было предложено присутствовать на занятии, она отказалась под предлогом, что другие специалисты работали с ребенком индивидуально. Мальчик выглядит в соответствии с паспортным возрастом. В контакт вступает без труда, сидит в кресле боком к психологу, смотрит перед собой, однако при необходимости прямого ответа на вопросы или выслушивания инструкции (слов для заучивания и т. п.) внимательно смотрит на психолога. Отвечает на вопросы о семье, школе достаточно сдержанно, с удовольствием рассказывает о своих увлечениях (рисунок, фото), показывает фотографии рисунков Москва-Сити, снабжая их подробными комментариями. Обращает на себя внимание своеобразие речи – есть изменения окончаний, нарушения согласования, неточности произношения отдельных звуков, иногда особое интонирование, выраженные трудности устного чтения (медленно, сложные слова с ошибками, замена окончаний и даже новыми словами). Понимание инструкций к заданиям достаточное, включается в деятельность не всегда сразу, может с некоторой запинкой. Работоспособность с колебаниями, неравномерность темпа деятельности по ходу обследования. Проверочный характер обследования понимает. Выраженного познавательного интереса к заданиям не показывает, однако говорит, что не устал, будет сидеть и делать все, сколько нужно. На похвалу реагирует адекватно. Некоторые ошибки, которые допускает в деятельности, отсле-

живает и исправляет сам, другие (немного) даже не замечает (особенно в речи).

Познавательная сфера. Исследование слухоречевой памяти показывает объем непосредственного слухоречевого запоминания на нижней границе возрастной нормы, при этом подросток демонстрирует успешный набор объема, отсроченное воспроизведение выше первоначального объема (кривая заучивания 5 9 9 10 10, отсрочено – 7). При отсроченном воспроизведении сказывается интерференция запоминания другими заданиями. Введение сильных смысловых связей увеличивает объем до 9 слов, а более отдаленные оставляют его без изменения (5 слов). Мальчик понимает разницу между двумя списками в ассоциативном запоминании, но сформулировать различие не может. Исследование гнозиса показывает успешное распознавание как реалистических, так и фрагментарных изображений. Неточные изменения при восприятии контурных изображений (при распознавании некоторых поз и жестов).

Исследование мышления показывает достаточный по возрасту уровень сформированности операций анализа и синтеза, владение обобщающими понятиями. При выполнении классификации сначала опирается на самый высокий уровень абстракции, в дальнейшем при провокации опирается при делении на группы на функциональные, внешние или конкретные признаки. Операцией включения подкласса в класс владеет, однако сложный вариант выполняет только с помощью психолога, вначале не понимает вопроса; при этом легко справляется с задачей на пересечение классов (выделяет признаки и способен их синтезировать). Обращает на себя внимание снижение избирательности в мыслительной деятельности, больше проявляющееся в методике «сравнение понятий» (коэффициент стандартности 39%), а в методике «конструирование объектов» - в пределах нормы, однако в этой методике дает также необычные интерпретации, использует комбинаторный способ, указывающий на возможный творческий потенциал. Среди привлекаемых для анализа свойств и отношений предметов часто ориентируется на формальные характеристики предметов или, напротив, очень конкретные, или латентные. В данном случае можно предполагать двоякую природу нарушений избирательности: возрастную и обусловленную шизоидными чертами.

Внимание грубо не нарушено. Поиск чисел по таблицам Шульте осуществляется с колебаниями, неустойчивостью внимания, временные показатели колеблются близко к нормативным, за исключением одной пробы с худшими показателями. Имеется хороший организационно-мотивационный ресурс, и подросток способен собрать свои усилия для достижения поставленной цели. В тесте Струпа показатели также близки нормативным (нижняя граница нормы).

Эмоционально-личностная сфера. Распознавание эмоционально-выразительных движений (поз и жестов) доступно, большинство интерпретаций правильные или адекватные, но есть и необычные интерпретации, неполное понимание символических, прежде всего игровых жестов. Следует отметить краткость вербального обозначения стимулов, большинство ответов представлено 1 словом (как правило, точное название жеста, или состояния, например «прыгает», «думает», «певица» и т. п.), соотнесение с полом без особенностей, эмоциональные характеристики ответов принадлежат к обоим полюсам эмоций.

Самооценка (выбор из утверждений) с некоторым завышением по качествам «спокойствие» и «активность», а также «уверенность в себе» и указанием на определенное снижение аффекта. Самооценка в конкретной деятельности высокая. Проективно – желание иметь надежную опору в сочетании со сложным отношением к себе, в самоописании предельно краток (кто я – «человек», какой я – «разнообразный»). По данным опросника Розенберга (32 балла) самоуважение преоб-

ладает, подросток может адекватно оценивать свои достоинства и недостатки, может согласиться с тем, что бывает неправ, сохраняет уважение к себе при неудачах, но склонен иногда заниматься затянутым «самобичеванием». Субъективно оценивает уровень своего психологического благополучия относительно высоко (51 балл), но с возможностью улучшения. В методике оценки фрустрационных реакций демонстрирует преобладающий тип реакции с фиксацией на самозащите, при этом обнаруживает характерное для возраста преобладание экстрапунитивной направленности. В ответах редко встречается тип реакции с удовлетворением потребности, поиском выхода из фрустрирующей ситуации. Дополнительные показатели в этой методике выявляют: баланс агрессивности – больше агрессии направленной на себя, степень агрессивности, направленной вовне, невысокая; уровень переработки агрессии – указание на недостаточную переработку, степень самостоятельности – также невысокий показатель. По сравнению с возрастной нормой показатели ниже, что указывает на проблемы социализации и переработки агрессии.

Проективный рисунок выполнен в полный рост, размер средний, положение ниже-центральное. Качество рисунка достаточное. Мальчик увлекается рисованием и при выполнении задания сам определил, что рисунок будет схематичным. По оценке рисунка – способ изображения пластичный (высокий уровень). В рисунке имеется определенная диспропорциональность размеров верхних и нижних конечностей (последние много больше по размеру). Линии в основном четкие, за исключением линий рук и лица (прерывистые). Можно полагать, что есть трудности в сфере социальных контактов, неоднозначность собственной оценки в социуме.

Ассоциативный ряд к возрастам (ребенок, подросток, взрослый) подбирается с разным темпом: самый быстрый – для ребенка, самый замедленный, с остановками – для взрослого. Все характеристики только положительные для всех возрастов, единственная условно отрицательная характеристика для взрослого – «загруженный делами». Интересно, что для своего возраста - «подросток» - приведены только положительные, по-видимому, отражающие отношения мальчика к себе (послушный, умелый, гордый, воспитанный, талантливый) ассоциации, хотя в специально сориентированной на самооценку пробе продуктивность низкая и обстоятельных характеристик практически нет.

Основные жалобы матери – на трудности с усвоением языка, особенности речи (искажение форм слова, нарушение окончаний и т. п.), трудности в социальных контактах. Родителей беспокоит выраженная неравномерность достижений сына, трудности с выполнением домашних заданий.

Резюме: на первый план выступают проявления хорошо скомпенсированной, негрубо диссоциированной задержки психического развития, скорее всего перинатального генеза; обращают на себя внимание особенности мышления по шизотипному типу, недостаточная по возрасту социализация, эмоционально-личностные особенности, самооценка с полярными элементами при тенденции к высокой. Неустойчивость внимания при относительно хороших темповых показателях деятельности в сочетании со своеобразием речи (не всегда понимает смысл обращенных слов, нарушения в окончаниях слов и словообразовании, интерференция при воспроизведении слов, выраженные трудности чтения и др.) являются показанием к консультации квалифицированного нейропсихолога. Причины выявленного своеобразия психической деятельности, по-видимому, неоднозначны, имеется как влияние перинатальной патологии, так и особого склада психики подростка.

Рекомендации: нейропсихологическая диагностика, при необходимости - коррекция, работа по тренингу социальных навыков, наблюдение в динамике.

Заключение по результатам нейропсихологического обследования от 10.03.2016 (канд. психол. наук А.А. Сергиенко).

Повод обращения. Определение уровня сформированности познавательной эмоциональной и волевой сфер ребенка. Проблемы школьной успеваемости, «речевые» трудности, трудности запоминания, особенности поведения.

Личность ребенка в целом развита в нижних границах возрастной нормы. В ситуации обследования мальчик адекватен в поведении, в начале обследования насторожен, но в дальнейшем достаточно легко вступает в контакт, критичен к возникающим ошибкам, старается их исправить и как можно лучше выполнить задание. Очень обстоятелен при выполнении заданий. Любит рассказывать о своих увлечениях. Самым большим достижением считает рисунок башни, на который он затратил 10 часов (скрупулезно подсчитывал время, затраченное на каждый из рисунков). При обследовании обнаруживает познавательный интерес. Хотя в целом развитие личности ребенка соответствует норме, отмечается некоторое своеобразие в темпе развития, что проявляется как в незначительной психической инфантильности ребенка, так и в замедленности психофизиологического развития.

Фон настроения ровный, доброжелательный. Темп работы ровный, не высокий. Несмотря на то что перепады активности наблюдаются на протяжении всего обследования и ребенок истощается, но способен произвольно поддерживать необходимую степень активности. Время проведения обследования 1 час 40 мин.

Объективно при нейропсихологическом обследовании наблюдается следующая картина развития психической сферы у ребенка.

Латеральные предпочтения: ведущие: рука – правая, нога – правая, глаз – левый.

Внимание. На протяжении обследования и проведения отдельных проб наблюдаются незначительные перепады концентрации внимания, связанные с истощаемостью. *Снижены характеристики подвижности и переключаемости произвольного внимания, замедлены темповые характеристики деятельности.* Зрительное внимание с небольшими затруднениями - в сенсibilизированных условиях (наложенные картинки) с трудом находит названную психологом картинку с правой стороны листа.

В пробе на конфликтную произвольную деятельность наблюдаются множественные ошибки с самокоррекцией и без за счет импульсивности. Ребенку чрезвычайно трудно отгормозить раз возникшую реакцию. Довольно *яркая импульсивность* просматривается и в ряде других проб и иногда в общем поведении (недостаточная функциональная сформированность (дисфункция?) медиобазальных лобных отделов). Специфические трудности, которые можно отнести к нарушению внимания, связанному с яркой импульсивностью, отмечаются в чтении и письме. Сокращение окончаний, угадывающее чтение со значительными ошибками и заменами целых слов, которые сразу исправляются при повторном прочтении предложения с инструкцией психолога «Не спеши, посмотри внимательно! Что здесь написано?»

Двигательная сфера.

В динамическом праксисе (тесты на динамическую организацию двигательного акта) проба доступна в замедленном темпе, отмечаются единичные ошибки с самокоррекцией. При ускорении темпа (в сенсibilизированных условиях) наблюдаются *ошибки в основном по типу сокращения двигательной программы.* В пробах также наблюдается скомпенсированная подкорковая симптоматика - тонические нарушения.

Кинестетический праксис развит в нижних нормативных границах - в пробах

на праксис позы кисти руки наблюдаются единичные ошибки с самокоррекцией.

Несмотря на относительно успешное выполнение проб на кинестетический и динамический праксис обращают на себя внимание выраженные нарушения в экспрессивной речи ребенка, носящие характер нарушения кинетико-кинестетической «мелодии» речи. При чтении – замена слов на близкие по кинетико-кинестетическому сходству: «Выбелилась» заменяется на «Вымесилась», «Рак ползет» на «Как везет». Это происходит только в условиях быстрого чтения с недостаточным контролем.

Пробы на соматопропространственный праксис ребенок выполняет в верхних нормативных границах.

Восприятие.

Зрительное восприятие предметных картинок, зашумленных предметных картинок, наложенных и перечеркнутых картинок развито по возрасту. Зрительно-пространственное восприятие - в верхних нормативных границах. Восприятие бытовых шумов, неречевых звуков, музыки – без нарушений.

Акустический фонематический слух: собственно речевой слух - без явных нарушений, но ошибки фонематического восприятия проявляются при увеличении темпа деятельности и в сенсibilизированных условиях. Возможно, причиной являются особенности нейродинамического компонента восприятия или *снижения объема слухового восприятия*, что указывает на первичную заинтересованность подкорковых структур.

С пробой «недорисованные картинки» мальчик справился относительно успешно. Однако результаты этой пробы и ряда проб на исследование номинативной функции речи и образов-представлений, указывают на недостаточную сформированность образов-представлений, стоящих за словами-наименованиями, а также на несформированность связей слово-образ. Это отражается и на слухоречевой памяти.

Память.

Наблюдаются специфические трудности слухоречевой памяти (проба две группы по три слова): проактивное торможение следов, вербальные парафазии и литеральные парафазии. Смысл значительно помогает запоминанию. Предложения, даже в условиях интерференции, короткие рассказы ребенок запоминает лучше, чем серии не связанных по смыслу слов. Зрительно-предметная память развита относительно лучше - в границах возрастной нормы и выше. Шесть трудно вербализуемых стимулов ребенок воспроизвел после второго предъявления в том же порядке. Зрительную память можно использовать в качестве опоры для формирования или коррекции других ВПФ.

По определенным косвенным признакам, можно предположить, что в основе недостаточности слухоречевой памяти, особенно в звене оперативной памяти, первично лежит не левовисочная дисфункция, а дисфункция подкорковых структур, нарушение нейродинамического компонента и функциональная несформированность/дисфункция лобных (премоторных?) отделов.

Речь.

Речь «смазанная», при ускорении темпа трудно разборчива. В речи просматривается стертая дизартрия (подкорковая симптоматика). Недостаточно сформирована кинетико-кинестетическая мелодия речи (страдают межанализаторные связи). Эта несформированность отражается и на письме ребенка. Экспрессивная речь с сокращениями и изменениями окончаний, нарушениями согласования окончаний (это же наблюдается в письме). В повторной речи при безошибочном повторении отдельных звуков значительные трудности наблюдаются при повто-

рении серий звуков («та-да-да-та») ребенок воспроизводит как «па-да-ди-то».) Скорей всего это происходит из-за сужения объема акустического восприятия и повышенной тормозимости следов.

Особенно значимые трудности отмечаются и в номинативной функции речи, и в сфере образов-представлений, стоящих за словами наименованиями. Ребенок не знает значений большого количества слов (горн, ковать, овёс, опушка леса, и т. д.). Значения многих слов искажены и основаны на догадках. Сам ребенок осознает свой недостаток, переспрашивает: «что это значит? я не знаю». Эти трудности приводят к трудностям понимания и запоминания. Скорее всего, они связаны с особенностями формирования речевых функций в сенситивный период развития, задержкой психического развития в этот период из-за патологического воздействия.

Следует отметить, что несмотря на явные трудности в экспрессивной речи, связанные с несогласованностью падежных окончаний, в импрессивной речи ребенок успешно справился со всеми тестами на понимание сложных логико-грамматических, предложных, квази-пространственных конструкций (тесты Бине, предложные конструкции, понимание условий задач и заданий). Трудности здесь возникли только в одном задании на фоне явного истощения и снижения общей нейродинамики.

Мышление

Наглядно-образное, наглядно-действенное мышление развито приближенно к границам возрастной нормы. Операции анализа развиты несколько лучше операций синтеза. Незначительные трудности отмечены в пробе на синтез картинки из частей. В вербально-логическом мышлении ребенок успешно справился с заданием на простые и сложные аналогии, заданием на решение конфликтной задачи (решал в уме методом подбора), при схематичном представлении задачи на рисунке психологом быстро сообразил, что можно было решать более простым способом. Уровень обобщения и вычленения существенных признаков приближены к возрастной норме, но в этих заданиях выявлены особенности выполнения, которые указывают на шизоидную акцентуацию личности ребенка. В ряде случаев обобщение идет как по существенным, так и по латентным признакам, ребенок «застрекает» на определенных видах деятельности.

Резюме. Выявленная недостаточность развития высших психических процессов, а также ряд конкретных симптомов, во-первых, дают основание для предположения о первичной дисфункции подкорковых стволовых и мезо-диэнцефальных структур головного мозга перинатального генеза и об их негативном влиянии на формирование корковых структур. Во-вторых, определенные симптомы указывают на возможную минимальную дисфункцию (или недостаточную функциональную сформированность) корковых структур, в частности заднелобных и медиобазальных лобных отделов, функциональной несформированности височной (височно-затылочной) зоны левого полушария (проявление нарушения связи образа-представления со словом-наименованием). Нужно отметить, что недостаточность корковых функций может быть связана с нарушением мозгового кровообращения и общей нейродинамики.

Рекомендации:

1. Динамическое наблюдение у невролога (мониторинг ЭЭГ, исследование мозгового кровотока МРТ в режиме ангиографии).
2. Дополнительное обследование у нейропсихолога, направленное на исследование динамического праксиса и особенностей межполушарного взаимодействия.
3. Периодическое обследование у нейропсихолога (раз в 4-5 мес).

4. Проведение формирующего и коррекционного обучения, направленного на развитие речевых функций и двигательной сферы специальными упражнениями, обеспечивающими развитие подкорковых и корковых структур (психомоторная коррекция – у нейропсихолога, дыхательные упражнения, плавание, детская йога).

5. Формирующее и коррекционное обучение, направленное на формирование слухоречевой памяти в системе с различными видами мышления и номинативной функцией речи, с опорой на зрительную память.

6. Занятия, направленные на развитие эмоциональной и мотивационной сфер.

7. В плане школьного обучения в настоящее время рекомендуется обучение в малой группе с индивидуальным подходом, занятия в школе со сниженными учебными нагрузками (возможно в «школе здоровья»).

А.А. Северный: Есть ли вопросы к докладчику?

А.М. Щербакова: Я расценила стремление к порядку, детализацию, вязкость подростка как эпилептоидность. Так ли это?

Н.В. Зверева: Я не увидела эпилептоидности.

А.А. Северный: Сколько времени вы занимаетесь с ребенком?

А.М. Щербакова: У меня занятия занимают 1,5 часа. В конце занятия немного падает продуктивность, хотя мальчик говорит, что не устал.

Н.В. Зверева: Я обследовала ребенка 1 час 40 минут. Нейропсихолог также обследовал ребенка 1 час 40 минут.

А.А. Северный: Вы отмечаете экстрапунитивную оценку у подростка, но в то же время элементы агрессии на себя. Как это сочетается?

Н.В. Зверева: Импульсивная оценка тоже присутствует, но преобладает экстрапунитивная. Это не прямой показатель агрессии.

А.А. Северный: Если больше нет вопросов, надо пригласить мать ребенка.

Беседа с матерью

А.А. Северный: В какие сроки мальчик усваивал навыки самообслуживания и бытовые навыки?

Мать: Рано и легко усваивал навыки самообслуживания, кроме, пожалуй, шнурования ботинок. Справился со шнурками только в начальной школе.

А.А. Северный: Как долго Ваш сын может продуктивно заниматься? Когда лучше он усваивает – в начале или в конце занятия?

Мать: В первых классах он много отвлекался. Не мог спокойно высидеть урок. Но теперь в рамках школы таких проблем нет. Вероятно, в процессе занятий его продуктивность снижается, но уроки делает очень долго, в основном из-за того, что тщательно переписывает.

А.А. Северный: Вы обсуждаете с мальчиком его будущее?

Мать: Да, конечно. Он выбирает творческую направленность – рисование, но больше – фотомастерство, хотя по-настоящему технику фотографии он еще не усвоил.

А.А. Северный: В какое время обучение было адекватно возможностям Вашего ребенка?

Мать: В частной школе значительно лучше, но он все-таки не усваивает всей программы.

А.А. Северный: Как Вы думаете, что будет к 9 классу?

Мать: Боюсь, что он не сможет сдать ОГЭ.

А.А. Северный: Почему Вы не стали рассматривать обучение мальчика в другой школе, если давно поняли, что он не усваивает программу школы массовой?

Мать: Собирались отдать его в 1 класс речевой школы, но заведующая логопедическим детским садом отговорила. Так и стал он учиться по программе обыч-

ной школы.

Ю.С. Шевченко (докт. мед. наук, профессор: У кого из родственников есть особенности обучения? В кого мальчик больше похож по характеру?

Мать: Отец плохо, очень медленно читает, но по характеру ребенок больше пошел в мою родню.

Ю.С. Шевченко: По описанию мальчик такой правильный, но в то же время воюет со взрослыми.

Мать: Не воюет, но в любой ситуации настаивает на своем. Трудно представить, с кем он может по-настоящему спорить.

А.А. Северный: Гипотрофию отмечали уже во время беременности?

Мать: Нет, только при рождении.

А.А. Северный: Как проходили роды? Выдавливали ребенка?

Мать: Роды длительные, часов 18, со стимуляцией.

А.А. Северный: Какого цвета был ребенок при рождении? Когда отошли воды? Они были мутными?

Мать: Не помню.

Ю.С. Шевченко: Ваш мальчик добрый, сочувствующий?

Мать: Добрый, но не всегда сочувствует.

А.А. Северный: Когда мальчик устает, как это проявляется?

Мать: Не замечает, не жалуется на усталость. Уроки будет делать до конца, до поздней ночи, не жалуясь.

А.А. Северный: Когда мальчик более активен?

Мать: Равномерно активен. Любит долго поспать.

А.А. Северный: Спасибо. Теперь можно пригласить мальчика.

Беседа с подростком

А.А. Северный: О чем ты мечтаешь?

Мальчик: О хорошей жизни – чтобы был порядок.

А.А. Северный: Как ты себя представляешь, когда вырастешь?

Мальчик: Чтобы было все хорошо, хорошая профессия, например, фото, витражи делать.

А.А. Северный: Может быть, дизайн?

Мальчик: Не могу ответить.

А.А. Северный: Какая помощь тебе нужна?

Мальчик: Научиться лучше писать.

А.А. Северный: Знаешь ли ты какие-нибудь стихи?

Мальчик читает «Весеннюю грозу», при этом путает строки, слова, забывает продолжение стихотворения.

А.А. Северный: Как ты можешь объяснить, что значит – «как бы резвяся и играя»?

Мальчик: Не знаю.

А.А. Северный: Как ты проводишь свободное время?

Мальчик: Рисую (с гордостью показывает рисунки зданий Москвы-Сити, а потом достаточно простые рисунки по заданиям художественной студии).

А.А. Северный: Как ты попал в художественную студию? Мама посоветовала?

Мальчик: Я сам знал. Я понял, что у меня талант в рисовании.

А.А. Северный: Как оценивают твои способности в студии?

Мальчик: Меня в пример ставят.

А.А. Северный: Чем тебя так завлекла Москва-Сити?

Мальчик: Нравится просто. В Эмиратах понравился дом в 163 этажа. Его рисовал 3 месяца, всего 10 часов в свободное время (показывает свой рисунок это-

го здания с тщательной детализацией всех компонентов).

А.А. Северный: Сколько классов ты хочешь закончить?

Мальчик: 11 классов.

А.А. Северный: Сможешь? Ведь тебе трудно учиться?

Мальчик: Да, наверное, справлюсь.

Ю.С. Шевченко: Пишешь какой рукой? Играешь в футбол какой ногой? Ты ловкий?

Мальчик: Достаточно ловкий. Пишу правой рукой, в футбол играю правой ногой.

Ю.С. Шевченко: Скажи, какое это время – четверть восьмого?

Мальчик не смог ответить на этот вопрос.

Н.В. Зверева: Что ты не любишь делать, что тебе делать неприятно?

Мальчик: Особо нет ничего такого.

Г.В. Скобло (канд. мед. наук): Ты упрямый? Как ты считаешь, мама и папа стараются, чтобы ты не был самостоятельным?

Мальчик: Не совсем уж так.

А.А. Северный: Дразнишь детей, сестру?

Мальчик: Нет.

А.А. Северный: Боишься чего-нибудь или, может быть, боялся раньше?

Мальчик: Нет, и раньше такого не помню.

А.А. Северный: Спасибо! Можешь идти. Теперь надо послушать заключение лечащего врача.

Н.М. Иовчук: В соответствии с классическим жанром начну клинический разбор с квалификации психического статуса ребенка, и, конечно, сначала следует говорить о продуктивных психопатологических расстройствах. Тут на первый план выступает сложное нарушение речи – неправильное звукопроизношение, особенности голоса, частое несогласование в роде, числе, падежах, недоговаривание окончаний, бедность словарного запаса и непонимание значений многих слов. Так что с мальчиком 14,5 лет приходится говорить, как с дошкольником, задавая понятные ему вопросы. Второе расстройство – недостаточность интеллекта, о котором подробно говорила А.М. Щербакова. Кроме того, налицо видимые органические стигмы, которые могут свидетельствовать о раннем (внутриутробном) поражении. Это подтверждается и данными психологического, дефектологического, неврологического обследования, а также результатами ЭЭГ-исследования, УЗИ и ТКДГ, ЭХО-ЭГ и МРТ.

Сверхценные увлечения мальчика я не могу отнести к явной психической патологии, поскольку они конкретны, достаточно позитивны и, главное, не вытесняют и не мешают учебной деятельности, а, возможно, оказывают положительное влияние на развитие и будущее ребенка.

Говоря о продуктивной симптоматике, нельзя не отметить отсутствия некоторых ожидаемых расстройств. Нет ожидаемой для ребенка с неблагоприятным перинатальным анамнезом, видимой внешней диспластичностью и признаками органических признаков в параклинических исследованиях церебрастении. Кроме того, нет и аффективных расстройств – ни сейчас, ни в анамнезе. Они также были ожидаемы хотя бы как реакция на свою несостоятельность. Нет никаких признаков пубертатного криза, хотя мальчику уже скоро исполнится 15 лет. И еще – нет критики к своему состоянию, своим возможностям, способностям.

Все эти признаки выступают на фоне личностных особенностей ребенка – неоднозначных и во многом противоречивых. Здесь в первую очередь надо сказать о чертах психофизического инфантилизма. Но задержка роста, задержка речи,

нарушение понимания, интеллектуальная недостаточность в целом **противоречат** его серьезности, достоинству, взрослости в общении со взрослыми, последовательности в достижении целей.

Упрямство, настойчивость, присущие ребенку с раннего возраста, вступают в **противоречие** с подчиняемостью, нормативностью, абсолютным принятием дисциплинарных норм.

Более всего вызывают удивление личностные особенности в форме чрезмерных для детско-подросткового возраста пунктуальности, аккуратности, систематизации всего, чем он занят, детализации, скрупулезности. Что это? На первый взгляд эти особенности могут относиться к эпилептоидным чертам характера, но где тогда эксплозивность, брутальность, вспышки ярости?

Те же черты могут выступать и у психастенической личности, но мальчика никак нельзя отнести к носителю этого радикала. Нет у него ни тревожности, ни мнительности.

Обращает на себя внимание и высокая работоспособность ребенка. Да, результаты его деятельности минимальны, но он вынослив, работает целый день и любит учиться. Каким образом такая работоспособность сохраняется у ребенка, который почти всеми специалистами расценивается как органик? Еще раз придется подчеркнуть, что астенических видимых проявлений здесь нет. Устает он не больше (а может быть, даже меньше) обычного ребенка. Нет истощаемости. Нет раздражительной слабости. Нет метеозависимости, головных болей и т. п.

Можно отметить также некоторые (негрубые) черты интровертированности – не столько в погруженности в свой внутренний мир и нарушении контактов, сколько в особой эмоциональности. Приходится отметить его эмоциональную тусклость, невыразительность, неспособность даже дать аффективной реакции на свою несостоятельность. Не обижается. Легко и безразлично отказывается от того, чем «загорелся» совсем недавно. Легко переносит свои неудачи.

Наследственность отягощена личностными особенностями: отец и бабушка по линии отца, вероятно, со сложными шизотимно-эпилептоидными чертами. Да и мать не такая уж простая: стеничная, последовательная, очень работоспособная, рациональная, структурированная, внутренне дисциплинированная, со своими сверхценными, достаточно продуктивными увлечениями. Думаю, нельзя не признать, что на протяжении жизни ребенка она оказывала на него очень большое влияние в плане последовательности деятельности и мотивации.

Жизнь мальчика лишена экстраординарных психопатологических эпизодов. Так и жил: развивался с задержкой интеллекта и речи, всегда был упрям и подчиняем, всегда имел склонность к пунктуальности и детализации, всегда был чуть-чуть интровертом. Со временем эти черты становились все более заметными, вероятно, в связи с нарастанием предъявляемых требований в семье и школе.

Установление нозологического диагноза для меня оказалось затруднительным прежде всего из-за озвученных мною противоречий. И все-таки я склоняюсь к диагнозу: остаточные явления резидуально-органического поражения ЦНС с задержкой развития: и физического, и психического, в том числе речи, на фоне патологических личностных наследственных особенностей.

Убеждена, что здесь нет процессуального заболевания. Мне не от чего лечить такого ребенка. Это не мой больной. Главными специалистами, способными помочь ребенку, по моему мнению, являются дефектолог, невролог, психолог.

А.А. Северный: Спасибо. Приступаем к обсуждению. Кто хочет высказаться?

А.М. Щербакова: Мальчик с дошкольного возраста по назначению неврологов получает ноотропы, то есть постоянно находится на поддержке. Без этой по-

мощи «выпадает» из обучения. Со слов матери, к вечеру перестает соображать, хотя всегда отрицает, что устал. И на наших занятиях к вечеру становится бледным, и продуктивность его падает. Но и здесь готов заниматься дальше.

Н.М. Иовчук: Вероятно, надо отделять работоспособность от продуктивности: продуктивность очень низкая и, конечно, падает по мере занятий, но работоспособность очень высокая – работает весь день, ни на что не жалуясь.

А.А. Северный: Несмотря на объективные данные, свидетельствующие об органическом поражении головного мозга, нет никаких цефалгических жалоб. Ни разу не пожаловался на головную боль.

Н.В. Зверева: Очень интересный случай. Конечно, никаких признаков шизофренического процесса здесь нет. Выявляется перинатальная органика. Мозаичный, сложный, с недостаточной эмоциональностью. При тотальной инфантильности отсутствует инфантильность эмоциональная. Надо отметить, что значительное улучшение в плане обучения наметилось после занятий с А.М. Щербаковой. Если бы занятия с квалифицированным дефектологом начались раньше, то, по-видимому, и результаты были бы намного лучше. В течение всей жизни ребенок все делает через мать. Удивительно, мать ему даже не сообщила, за какую именно фотографию он получил второе место на конкурсе, и ее это даже не радует. Таким образом, мы видим здесь очевидную органическую патологию, своеобразный семейный фон и гиперпротекцию матери, усугубляющую инфантилизм мальчика.

Г.В. Скобло: На первом плане – психофизический инфантилизм и грубая речевая патология. Органические стигмы, гипотрофия свидетельствуют о внутриутробном поражении, а роды, вероятно, не сыграли никакой роли в имеющейся органической патологии.

А.М. Щербакова: Нельзя не отметить у мальчика легких проявлений моторной алалии.

Ю.С. Шевченко: Есть у меня любимая книга – «Мозговые дисфункции у детей» Т.Б. Глезермана. Автор обследовал детей и родителей, и оказалось, что то, что мы относим к перинатальной патологии, есть и у родителей. У этого мальчика: папа плохо читает, у мамы такая же эмоциональная дефицитарность и склонность к сверхценностям, как и у ребенка. Получается, что у него наследственная обусловленность психоорганического синдрома со снижением интеллекта. Ведь и В.В. Грачев на ЭЭГ находит в основном дизонтогенетические изменения. Думаю, что социальный прогноз в данном случае не плохой, если мальчика правильно учить речи.

С.А. Игумнов (докт. мед. наук, профессор): Во-первых, бросается в глаза выраженная алекситимия с отсутствием слов для выражения чувств, цифровое, геометрическое мышление, подробный счет. Во-вторых, для всех нас становится очевидным материнский перфекционизм. Для нее ведь будет ударом по самолюбию, если мальчик не сумеет закончить 9 класс.

Н.В. Зверева: Материнский перфекционизм можно удовлетворить поступлением в хороший колледж.

А.М. Щербакова: Но ведь он уверен в своем творческом таланте!

Н.К. Кириллина (канд. мед. наук): Я все же считаю, что у мальчика выражены эпилептоидные черты, но без эксплозивности. Такое возможно в рамках так называемого обсессивного характера, в котором главная черта – ригидность. Мальчик не понимает, как он может выйти за рамки положенного поведения, и позволяет себе лишь легкое сопротивление дома. Думаю, что здесь все-таки показана психотерапия наряду с регулярными дефектологическими занятиями.

Н.В. Зверева: Я согласна, здесь нужна психотерапия, особенно в том случае,

если у подростка появятся сомнения в своей состоятельности.

А.А. Северный: По поводу появления сомнений в своем таланте – это большой вопрос. Если нет больше желающих выступить, попробую перейти к заключению по консилиуму.

В сегодняшнем психическом статусе отмечаются:

Во-первых, реакция ситуативного торможения, связанная с невозможностью адекватной оценки ситуации. Не понимает, где как надо держаться. Невозможно было добиться ни одного содержательного ответа. Глупо спорит, но спорит.

Во-вторых, инфантилизм, о котором все здесь говорили.

В-третьих, задержка развития и, прежде всего, речевого развития.

В-четвертых, эмоциональная бедность. Мальчик уже 3 месяца занимается с А.М. Щербаковой и за это время немного растормозился, но все равно остается эмоционально невыразительным.

Нет сомнений, что во время беременности у врачей были какие-то опасения по поводу развития плода. Недаром матери делали 15 УЗИ-исследований. Вероятно, была патология и в родах (об этом мать, к сожалению, ничего не может сказать). Можно только догадываться, что был длительный безводный период, слабость родовой деятельности. Еще в младенческом возрасте отмечалась задержка развития.

Отдельно хочется остановиться на стремлении мальчика противоречить. Для какого возраста такое стремление характерно? – для так называемого первого возрастного криза, около 3-летнего возраста. Вот он и «застрял» на 3-летнем возрасте со своим глупым сопротивлением, будучи при этом абсолютно подчиняемым. Все это в рамках дисгармоничного инфантилизма, характерного для органической задержки психического развития.

Задержка психического развития (по К.С. Лебединской) может быть четырех видов: органическая, конституциональная, психогенная, соматогенная. На предыдущих разборах мы уже отмечали, что чаще всего сталкиваемся со смешанными видами задержки.

У него, несомненно, имеется органическая задержка психического развития. Редчайший случай на наших разборах, когда обычно нам приходилось выискивать клинические и параклинические признаки «органики», что служило предметом дискуссий, - в данном случае и клиника, и все исследования дают органические признаки. На МРТ – субатрофия гиппокампа и глиоз (последний, очевидно, как следствие перинатального повреждения). На ЭЭГ – характерные изменения, отмеченные еще в работах К.С. Лебединской при органической задержке: дефицит альфа-ритма и преобладание медленноволновой активности. При обследовании специалисты отмечают отчетливые признаки истощаемости и утомления. Но также есть основания считать, что кроме органической задержки, есть и психогенная, так как начиная с 3-летнего возраста ярко намечается гиперпротективная опека матери, т. е. здесь проявляется явная диссоциация: с одной стороны, опека предполагает «принижение», ограничение активности опекаемого, с другой стороны, гиперпротекция, наоборот, требует от объекта гиперпротекции повышенной активности в предлагаемых условиях повышенных требований. Ему, с одной стороны, не давали самостоятельности, а с другой, воспитывали в определенных условиях давления. Это также внесло лепту в формирование его инфантилизма. Он пострадал от гиперпротективной опеки, если можно так выразиться. Таким образом, у мальчика имеется сложная задержка психического развития – с сочетанием органической и психогенной.

К сожалению, мы плохо знаем старые работы детских психиатров ленинград-

ской школы, в том числе замечательные работы С.С. Мнухина. Пока я слушал анамнез ребенка, заключения психологов и дефектолога, беседовал с ребенком и его матерью, меня не покидало ощущение, что я читаю работу С.С. Мнухина об органических психопатиях. С.С. Мнухин описал следующие виды органической психопатии: атоническую, астеническую, стеническую. Если описание атонической формы может вызывать дискуссию в связи с подозрением в данном случае на постпроцессуальный дефект, то два других варианта, несомненно, соответствуют клинической реальности. В данном случае мы имеем дело со стенической органической психопатией, по С.С. Мнухину. Все здесь присутствующие буквально цитировали описания С.С. Мнухина. Он даже писал, что эти дети похожи на эпилептоидов, что отмечали и выступающие. В то же время Н.М. Иовчук права: здесь нет истинной эпилептической пропорции - сочетания вязкости и эксплозивности, что необходимо для настоящей эпилептоидной психопатии. Сверхценность здесь ущербная, не заряжена, поскольку она эмоционально бедная. Он 3 месяца рисовал «небоскребу», изобразив примитивную пирамидку с множеством мелких деталей.

Отмечается у мальчика также рассуждательство. Но чем органическое рассуждательство отличается от шизофренического резонерства? В шизофреническом резонерстве есть идея, чаще всего скрытая; органическое рассуждательство пустое, обусловлено неспособностью сформулировать целое.

Диагноз может звучать так: задержка психического развития сочетанной формы с преобладанием органического типа, дисгармоничный инфантилизм, органическая психопатия стенического типа (по С.С. Мнухину).

Каким образом помочь ребенку? Самое важное – занятия с коррекционным педагогом и активнейшая нейропсихологическая коррекция. А.М. Щербакова продемонстрировала, что при адекватной коррекции можно получить положительный результат. Мать с раннего возраста водила его по кружкам вместо адекватной коррекционной работы. Может быть, он не стал бы умнее, но стал бы более зрелым.

А.М. Щербакова: На мой взгляд, мать понимает несостоятельность ребенка. И мне кажется, что его инфантилизм во многом работает «на плюс». Стоит ли его слишком интенсивно «двигать»? Не повысят ли активные нейропсихологические занятия его пароксизмальной готовности?

А.А. Северный: На пароксизмальную готовность нет никаких указаний.

А.М. Щербакова: Репродуктивное рисование с отсутствием живого образа убивает всякое творчество. Он «высушенный», хочется наполнить его жизнью. Может быть, здесь поможет арт-терапия?

А.А. Северный: Поможет ли? Скорее ему нужен социальный тренинг, но кто, где, как сможет этим заниматься?

Н.В. Зверева: Сейчас это преждевременно, «не возьмет» социального тренинга, но надо постепенно подводить его к этому.

А.А. Северный: Одна из главных задач междисциплинарного консилиума – назначение ведущего куратора, который не только будет главным специалистом в процессе коррекции, но и должен привлекать других нужных специалистов, контролировать и согласовывать их работу и в конечном итоге отвечать за результат коррекционного процесса. Кто в данном случае должен быть ведущим куратором? Вероятно, это коррекционный педагог и конкретно А.М. Щербакова. Она сможет проследить динамику и выбрать время для подключения других коррекционных занятий. Конечно, мальчик должен получать курсовую ноотропную терапию под наблюдением психиатра.

На этом мы заканчиваем консилиум. Всем спасибо.

ОТЧЕТ О ЕЖЕГОДНОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

24 марта 2016 года прошла очередная ежегодная конференция XIV МНУХИНСКИЕ ЧТЕНИЯ - Международная научная конференция, посвященная памяти профессора Самуила Семеновича Мнухина и 100-летию Императорской Николаевской детской больницы (ул. Чапыгина, д.13) «РОЛЬ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В СТРУКТУРЕ ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ». Организаторы: Санкт-Петербургское Государственное Казенное Учреждение Здравоохранения «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»; Санкт-Петербургский Государственный педиатрический медицинский университет, при поддержке Российского общества психиатров

На конференции были всесторонне рассмотрены современное состояние проблемы, вопросы диагностики и лечения, роль специалистов (психиатров, психологов, логопедов, педагогов, социальных работников), занимающимися детьми и подростками, не имеющими возможность адаптироваться в школьном коллективе из-за различных психических расстройств. В сборнике представлены работы исследователей и практиков разных специальностей из регионов Российской Федерации, а также из других стран, что подчеркивает актуальность одной из самых важных сегодня проблем детства.

Материалы конференции имеют важное научно-практическое значение как для диагностики и лечения социально дизадаптированных детей и подростков, так и для организации педагогической, социальной и правовой работы с ними и их семьями. Многочисленное представительство молодых ученых и студентов на конференции имеет немаловажное значение для развития науки (особенно психиатрии, клинической психологии и неврологии).

Присутствовало более 150 участников. Было сделано 13 докладов; 10 из них – презентации. По результатам работы конференции выпущен сборник статей. Свои работы в сборник прислали 108 авторов.

Ю.А. Фесенко

**ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ,
присылаемых для публикации в журнале «Вопросы психического здоровья детей и подростков (Научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин)»**

1. Содержание работы должно соответствовать тематике журнала и его рубрикам. Журнал не публикует планы и проекты.
2. Статья набирается шрифтом Times New Roman, кегль 14, интервал 1,5 строки, поля 2 см сверху, снизу, 3 см слева, 1,5 см справа.
3. Графики, рисунки, диаграммы изображаются **в черно-белом формате, доступном для редактирования.**
4. Объем работы: авторские статьи, лекции – до 14 стр., краткие сообщения – до 7 стр.; архивные материалы, обзоры литературы, методические материалы могут превышать 14 стр. (в этом случае они публикуются с разбивкой на несколько выпусков).
5. В начале каждого материала указываются авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город.
6. Полному тексту предшествуют резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.
7. В конце статьи (после списка литературы) излагаются **на английском языке** авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город, резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.
8. **Все упоминаемые в статье авторы** должны отражаться в пристатейном списке литературы.
9. Список литературы оформляется соответственно требованиям Государственного стандарта (см. «Вопросы психического здоровья детей и подростков», 2011 (11), № 2, с. 141).
10. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, не рассматриваются.
11. Плата за публикацию статей не взимается.
12. Статьи, поступившие для публикации, рецензируются.
13. Замечания рецензентов направляются автору без указания имен рецензентов. Решение о публикации (или отклонении) статьи принимается Редколлегией после получения рецензий и ответов автора.
14. При рецензировании строго соблюдается право автора на неразглашение до публикации содержащихся в статье сведений.
15. Редколлегия оставляет за собой право сокращать и исправлять статьи.

Подписано в печать 15.03.2016 г.
Формат 69/90 1/16. Бумага офсетная № 2.
Печать цифровая. Тираж 500 экз.
Заказ №

Отпечатано в типографии «OneBook»
ООО «Сам Полиграфист»
129090, г. Москва, Протопоповский пер., д. 6.
www.onebook.ru