

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2016 (16), №4

**«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, оф. 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. Баилова, И.В. Добряков,
В.В. Зарецкий, Н.В. Зверева, С.А. Игумнов,
Н.К. Кириллина, И.Л. Коломиец,
И.В. Макаров, В.Д. Менделевич,
Л.Е. Никитина, 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

И.Е. Куприянова, Н.Ю. Молоткова

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ
С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ С КОМОРБИДНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ..... 4

О.О. Андронникова, Ю.М. Перевозкина, Е.В. Ветерок

СЕМЕЙНЫЕ ОТНОШЕНИЯ КАК ДЕТЕРМИНАНТЫ АДДИКТИВНОГО
И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЧНОСТИ..... 12

Ю.Е. Куртанова, А.Ю. Гогель

СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЕМ
ПОЧЕЧНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ..... 22

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

Т.И. Иванова, О.Е. Крахмалева, И.В. Гранкина

ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНЫХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ПРОГРАММ
РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМИ ФОРМАМИ
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОГО
ПСИХИАТРИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА (НА ПРИМЕРЕ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ)..... 32

Б.А. Дашиева, С.В. Тюлюпо, А.В. Тюлюпо

РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕЛЬСКИХ
РОДИТЕЛЕЙ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЕТИ..... 40

Д.А. Донской

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДИСГАРМОНИЧНОГО
ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ
С ШИЗОИДНО-ЭПИЛЕПТОИДНОЙ АКЦЕНТУАЦИЕЙ ХАРАКТЕРА..... 47

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Т.П. Бартош, О.П. Бартош

ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОДРОСТКОВ-УРОЖЕНЦЕВ СЕВЕРА
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ..... 56

А.Э. Зайцева

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ..... 62

И.Л. Коломиец

СОМАТОПСИХИЧЕСКИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ
У ДЕТЕЙ..... 66

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

Ю.С. Шевченко

КОМПЛЕКСНАЯ МНОГОУРОВНЕВАЯ ТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМАМИ
РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА: КОНЦЕПЦИИ И ПРАКТИКА (ЛЕКЦИЯ)..... 71

В.В. Грачев, Ю.С. Шевченко, Е.А. Зубова

НЕЙРОПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ
(АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР)..... 81

Н.В. Филиппова, Ю.Б. Барыльник, М.А. Деева, А.С. Кормилицина

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАДЕРЖЕК ПСИХИЧЕСКОГО
РАЗВИТИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ..... 89

Л.М. Колпакова

ПРОБЛЕМЫ И РЕСУРСЫ АДАПТИВНОСТИ В ТРУДНЫХ ЖИЗНЕННЫХ
СИТУАЦИЯХ (СООБЩЕНИЕ 2)..... 101

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ..... 111

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ..... 126

CONTENTS

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

I. Kupriyanova, N. Molotkova

PSYCHOLOGICAL FEATURES AND QUALITY OF LIFE OF CHILDREN
WITH MENTAL RETARDATION WITH COMORBID PSYCHIATRIC DISORDERS..... 4

O.O. Andronnikova, Y.M. Perevozkina, E.V. Veterok

FAMILY DETERMINATION ADDICTIVE AND SUICIDAL BEHAVIOR
PERSONALITYIO..... 12

Y.E. Kurtanova, A.Y. Gogel

COPING BEHAVIOR OF ADOLESCENTS WITH IMPAIRED RENAL
FUNCTIONING OF VARYING SEVERITY..... 22

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

T.I. Ivanova, O.E. Krakhmaleva, I.V. Grankina

ORGANIZATION OF SPECIAL COMPLEX OF REHABILITATION PROGRAMS
FOR CHILDREN WITH SOCIALLY SIGNIFICANT TYPES OF MENTAL
DISORDERS IMPLEMENTED IN CONDITIONS OF CHILD-ADOLESCENT
MENTAL HEALTH FACILITIES (OMSK REGION AS AN EXAPLE)..... 32

B.A.Dashieva, S.V.Tyulyupo , A.V.Tyulyupo

A RETROSPECTIVE ASSESSMENT OF PARENTAL MEDICAL ACTIVITY
WITHIN THE RURAL PEDIATRIC HEALTH SERVICES..... 40

D.A. Donskoy

PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF DISHARMONIOUS PSYCHOSEXUAL
DEVELOPMENT WITH THE ACCENTUATION OF CHARACTER
IN ADOLESCENT GIRLS..... 47

SHORT COMMUNICATIONS

T.P. Bartosh, O.P. Bartosh

PSYCHIC STATE OF THE NORTH BORN ADOLESCENTS IN DEPENDENCE
ON NEURO-PSYCHIC ADAPTATION LEVEL..... 56

A.E. Zaitseva

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE SUBJECTIVE ASSESSMENT
OF THE QUALITY OF LIFE OF ADOLESCENTS WITH DISEASES
OF DIFFERENT CLINICAL ENTITIES..... 62

I.L. Kolomiets

SOMATOPSYCHIC RELATIONSHIP WITH DIABETES MELLITUS IN CHILDREN..... 66

LITERATURE REVIEWS, LECTIONS, METHODOICAL MATERIALS

Ju.S. Shevchenko

INTEGRATED MULTI-LEVEL THERAPY FOR CHILDREN WITH AUTISM EARLY
CHILDHOOD SYNDROMES: CONCEPTS AND PRACTICE (LECTURE)..... 71

V.V. Grachev, Yu.S. Shevchenko, E.A. Zubova

NEUROPSYCHIATRIC ASPECTS OF ANOREXIA NERVOSA
(ANALYTICAL REVIEW)..... 81

N.V. Filippova, J.B. Barylnik, M.A. Deeva, A.S. Kormilitsina

CLINICAL AND DIAGNOSTIC ASPECTS OF MENTAL RETARDATION
IN CHILDREN..... 89

L.M. Kolpakova

THE PROBLEMS AND RESOURCES OF ADAPTABILITY IN DIFFICULT LIFE
SITUATIONS (REPORT 2)..... 101

INTERPROFESSIONAL CONSILIUUM..... 111

THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS 126

И.Е. Куприянова, Н.Ю. Молоткова

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ
ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ
С КОМОРБИДНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**
ФГБНУ Научно-исследовательский институт психического здоровья
ТНИМЦ РАН (Томск).

Резюме. Настоящее исследование касается детей с умственной отсталостью легкой и умеренной степени. В статье рассматриваются особенности психоэмоциональной сферы детей, с использованием проективных методик, как диагностического инструмента. Так же дается характеристика уровня качества жизни по оценкам детей с умственной отсталостью и по оценкам их родителей.

Ключевые слова: умственная отсталость, психические расстройства, проективные методики, качество жизни.

Введение. В профессиональном сообществе принято, что степень недоразвития познавательных процессов кладется в основу соответствующего диагноза, определяет социальный статус ребенка, уровень оказываемой медицинской, психологической помощи и форму обучения. Основную роль в лечении умственной отсталости (УО) играет психолого-педагогическая коррекция для выработки оптимальных социальных навыков [4]. В данной системе отводится незначительное место факторам, способствующим развитию сопутствующих психических расстройств у детей с УО. В свою очередь, дети с УО осознают свою малоценность, свое положение в социуме и могут реагировать на это развитием целого ряда тенденций, которые имеют невротический характер. Возникают внутренние конфликты, и невротическая надстройка выступает в роли фактора, направляющего все остальные синдромы детского недоразвития, что наряду с хроническими сопутствующими заболеваниями, высокой частотой поведенческих нарушений, социальной незащищенностью, низкой социальной эффективностью, а так же труднодоступностью основных услуг здравоохранения приводит к низкому уровню качества жизни детей с УО [6]. В последние годы появляется все больше работ по изучению качества жизни детей [5, 10, 11]. Исследование психологических характеристик, качества жизни детей с УО с психическими расстройствами открывает возможность полноценной комплексной оценки состояния здоровья ребенка [3], а также дает возможность оценить понимание родителями состояния их ребенка.

Цель исследования: изучение психопатологии и субъективной картины качества жизни детей с УО по оценкам детей и их родителей.

Материал и методы. В исследование вошли 90 детей с УО, осложненной коморбидными психическими расстройствами, от 7 до 18 лет. Были выделены группы с УО легкой степени – 62 ребенка (68,9%), умеренной степени- 28 детей (31,1%). Так же была выделена контрольная группа детей с УО без коморбидных психических расстройств – 26 человек: 20 (76,9%) детей с легкой степенью УО, 6 (23,1%) детей с умеренной УО.

В соответствии с целью исследования использовались проективные методики. Рисуночные тесты «Дом, дерево, человек», «Рисунок семьи» оказались просты

в применении с данной категорией детей и позволяют оценить психоэмоциональное состояние по следующим критериям: незащищенность, тревожность, недоверие к себе, чувство неполноценности, враждебность, фрустрация, трудность общения, депрессивность в тесте «Дом, дерево, человек» и благоприятность атмосферы, тревожность, конфликтность, враждебность в тесте «Рисунок семьи».

Для исследования качества жизни была предоставлена специальная анкета по оценке качества жизни PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory), версия 4.0 [11]. Вопросы анкеты PedsQL разделены на 4 шкалы, описывающих физическое функционирование (ФФ), эмоциональное функционирование (ЭФ), социальное функционирование (СФ), жизнь в школе (ЖШ). Ответы ребенка дублировались ответами родителей (опекунов). Варианты опросника, заполняемые родителями, имеют такое же смысловое содержание, как и модули для детей, но несколько отличаются по форме задаваемых вопросов. Детям предоставлялся вопросник PedsQL4.0, с учетом их интеллектуального возраста. Из 116 детей, участвующих в исследовании, смогли принять участие в тестировании 74 ребенка (63,8%). Перекодирование нами проводилось по защищенным авторским правом процедурам, которые предоставлены непосредственно авторами опросника [9]. Максимальный балл равен 100.

Результаты. В изобразительной деятельности детей с УО наблюдались специфические нарушения, характерные для органического поражения мозга, нарушения обучаемости [1]. К ним относились: грубая асимметрия рисунка; сильное смещение его вправо или влево от центра листа; неудачное расположение, при котором рисунок не помещался на листе; отклонение рисунка от вертикали; особо сильное искажение формы и пропорций; промахи, при которых линии не попадали в нужную точку; двигательные персеверации; распад целостного образа.

При УО и легкой, и умеренной степени графические отклонения более выражены при наличии сопутствующих психических расстройств (табл. 1).

. Таблица 1.

Характеристики графических отклонений в рисунках детей с УО

Диагноз/Пол	Легкая умственная отсталость		Умеренная умственная отсталость	
	с коморбидными психическими расстройствами n=62	без психических расстройств n=20	с коморбидными психическими расстройствами n=28	без психических расстройств n=6
Признак				
Асимметрия	35 (56,40%)	14 (70%)	27* (96,4%)	4 (66,60%)
Нарушение пропорции	36 (58%)	12 (60%)	22 (78,60%)	5 (83,30%)
Смещение	41*** (66%)	4 (20%)	26* (93%)	3 (50%)
Промахи в точках	48*** (77%)	4 (20%)	8 (100%)	6 (100%)
Отклонение от вертикали	42* (67,70%)	7 (35%)	28** (100%)	4 (66,60%)
Неудачное расположение	33** (53,20%)	3 (15%)	16 (57%)	2 (33,30%)
Двигательные персеверации	27 (43,50%)	-	14 (50%)	-
Распад образа	26* (42%)	2 (10%)	14 (50%)	3 (50%)

Примечание: знаком * помечены достоверно отличающиеся данные по критерию χ^2 ($p < 0,05$); ** - ($p < 0,01$);

У детей с легкой УО в основной группе с коморбидными психическими расстройствами по сравнению с контрольной группой без психических расстройств были наиболее выражены: смещение - 66% ($p<0,001$), промахи в точках - 77% ($p<0,001$), отклонение от вертикали - 67,7% ($p<0,05$), неудачное расположение рисунка - 53,2% ($p<0,01$), распад образа - 42% ($p<0,05$).

В основной группе детей с умеренной УО выявлялись следующие нарушения: асимметрия в 96,4% ($p<0,05$ по отношению к показателям контрольной группы), нарушение пропорции в 78,6%, смещение в 93% ($p<0,05$), промахи в точках в 100%, отклонение от вертикали 100% ($p<0,01$).

По результатам оценки графических отклонений было очевидно, что у детей с УО имелись грубые несоответствия в качестве рисунков с графическими нормами, что могло помочь в разработке реабилитационной программы по коррекции мелкой моторики.

Использованные нами проективные методики позволили выявить актуальное состояние ребенка. Данные результата теста «Дом, дерево, человек» позволили выявить у детей с легкой УО преобладание показателя по пункту «враждебность» в основной группе детей с коморбидными психическими расстройствами - $1\pm0,2$ и $0,4\pm0,1$ ($p<0,01$) (рис. 1). Наиболее выражены среди детей основной группы симптомокомплексы: незащищенность ($1,4\pm0,3$), тревожность ($1,9\pm0,2$), фрустрация ($1,4\pm0,2$), трудность общения ($2,5\pm0,3$).

При умеренной степени УО дети из основной группы имели более высокие показатели по сравнению с показателями контрольной группы по симптомокомплексам: тревожность - $2,4\pm0,6$ и $0,5\pm0,3$ ($p<0,001$), фрустрация - $2,1\pm0,5$ и $0,8\pm0,3$ ($p<0,05$), враждебность - $2,1\pm0,8$ и $0,4\pm0,1$ ($p<0,05$) (рис. 2). Кроме того, в основной группе наблюдались высокие показатели по комплексам незащищенность ($1,4\pm0,3$), трудность общения ($4\pm0,4$), депрессивность ($1,5\pm0,8$).

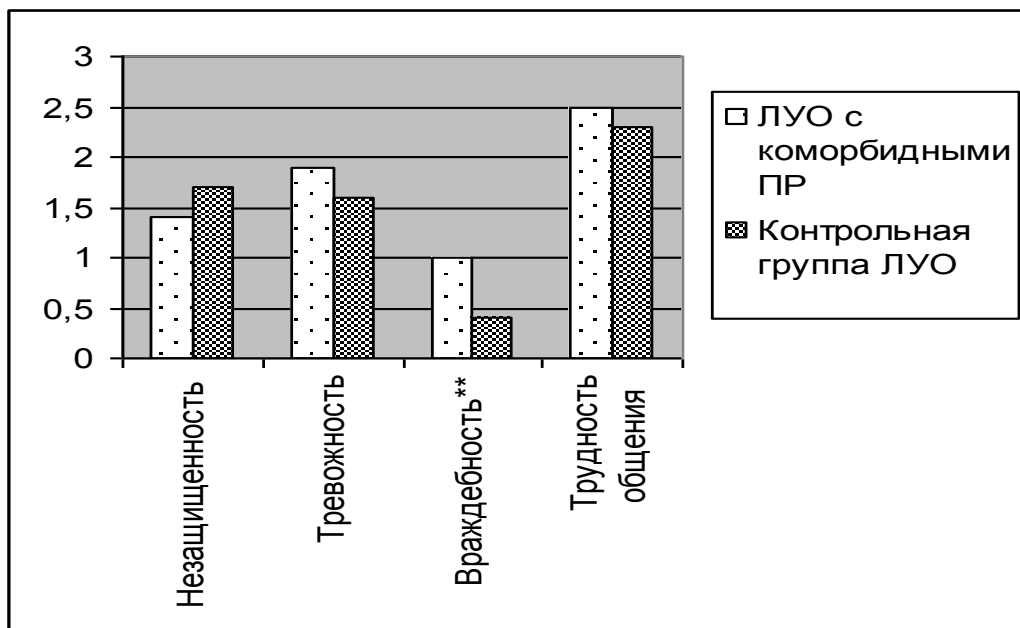


Рисунок 1. Психологические характеристики детей с легкой степенью УО (тест «Дом, Дерево, Человек»).

Таким образом, по результатам теста «Дом, Дерево, Человек» дети из основной группы с коморбидными психическими расстройствами и при легкой и при умеренной УО, имели более выраженные проявления психопатологии в отличие от детей из контрольной группы без коморбидных психических расстройств. Отмечалась такая тенденция, что симптомокомплекс «трудность общения» среди детей и с легкой и с умеренной УО был наиболее выражен, что отражает объективную картину того, что детям с таким диагнозом достаточно трудно найти принятие в обществе.

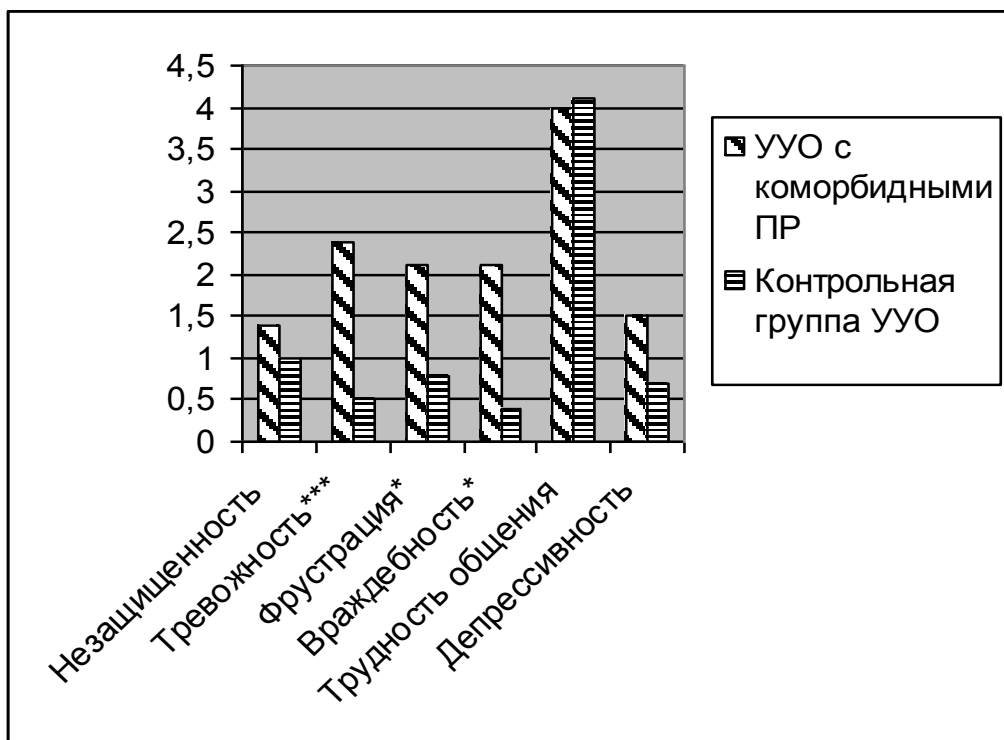


Рисунок 2. Психологические характеристики детей с умеренной степенью УО (тест «Дом, Дерево, Человек»). Примечание: знаком * помечены достоверно отличающиеся данные по критерию χ^2 ($p < 0,05$); ** - ($p < 0,01$); ***- ($p < 0,001$).

В рисунке семьи *при легкой степени УО* наиболее высокие значения у детей с коморбидными ПР отмечались по симптомокомплексу «благоприятная атмосфера в семье» - $6,6 \pm 0,5$, некоторые дети изобразили признаки конфликтности в семье - $2,3 \pm 0,4$ балла (табл. 2).

При умеренной УО у детей из основной группы чаще выявлялся симптом «тревожность» - $1,9 \pm 0,3$, в контрольной группе - $0,6 \pm 0,5$ ($p < 0,05$). По симптомокомплексу «враждебность» также наблюдался более высокий показатель среди детей с коморбидными психическими расстройствами - $0,6 \pm 0,2$ и $0,1 \pm 0,1$ ($p < 0,05$). Наиболее высокие значения отмечались по симптомокомплексу «благоприятная атмосфера в семье» в обеих группах - $7,5 \pm 0,6$ и $4,8 \pm 1,7$ баллов.

Таким образом, у детей с УО показателем с наиболее высоким значением в тесте «рисунок семьи» стал симптомокомплекс «благоприятная атмосфера в семье». В группе детей с умеренной УО наблюдались более высокие данные среди детей основной группы по комплексам «враждебность» ($p < 0,05$) и «тревожность» ($p < 0,05$).

Таблица 2.

Психологическая характеристика детей с легкой и умеренной степенью УО (тест «Рисунок семьи»)

Диагноз/Пол Психопатология	Легкая умственная отсталость		Умеренная умственная отсталость	
	с коморбидными психическими расстройствами n=62	без психических расстройств n=20	с коморбидными психическими расстройствами n=28	без психических расстройств n=6
Благоприятная атмосфера	6,6±0,5	6,7±0,5	7,5±0,6	4,8±1,7
Тревожность	1±0,2	0,9±0,2	1,9±0,3*	0,6±0,5
Конфликтность	2,3±0,4	1,9±0,4	1,9±0,2	2,6±0,4
Враждебность	1±0,3	1±0,2	0,6±0,2*	0,1±0,1

Примечание: знаком * помечены достоверно отличающиеся данные по критерию χ^2 ($p < 0,05$).

По результатам исследования **качества жизни** (КЖ) выявлено, что *при легкой степени УО* КЖ оценивалось детьми и родителями из контрольной группы выше по сравнению с оценками основной группы. Дети при наличии коморбидных психических расстройств оценивают уровень КЖ на 67,2±3 балла, тогда как дети в контрольной группе на 75,8±3,7 баллов. Родители детей основной группы оценили КЖ на 64,6±2,5 балла, в контрольной группе - на 76,2±3,5 ($p < 0,01$) (табл.3).

При умеренной степени УО оценка КЖ детьми была на уровне чуть выше среднего: в основной группе - 50,7±3,4 балла, в контрольной группе оценка КЖ более высокая – 61,6±5,5 балла. Родители, оценивая КЖ детей с коморбидными психическими расстройствами, давали более высокую оценку – 60,1±5,6 балла, в контрольной группе – 56,6±7,5.

Таблица 3.

Характеристика КЖ детей с легкой и умеренной степенями УО

Диагноз/Пол Качество жизни	Легкая умственная отсталость		Умеренная умственная отсталость	
	с коморбидными психическими расстройствами n=45	без психических расстройств n=14	с коморбидными психическими расстройствами n=11	без психических расстройств n=4
по оценкам детей	67,2±3	75,8±3,7	50,7±3,4	61,6±5,5
по оценкам родителей	64,6±2,5	76,2±3,5**	60,1±5,6	56,6±7,5

Примечание: знаком * помечены достоверно отличающиеся данные по критерию χ^2 ($p < 0,05$); ** - ($p < 0,01$).

Таким образом, КЖ по оценкам детей выше при отсутствии коморбидных психических расстройств. Родители при легкой степени УО выше оценивали КЖ детей контрольной группы, тогда как при умеренной УО – более высоко родители

оценили КЖ детей в основной группе.

Шкалы КЖ по оценкам детей с УО более высокое значение имеют в контрольной группе. «Физическое функционирование» («ФФ») имеет наиболее высокие значения. При легкой степени УО «ФФ» оценивается детьми основной группы на $70,6 \pm 4$ балла, в контрольной группе выше – на $83,2 \pm 4,1$ балла ($p < 0,05$). Также высокие показатели наблюдаются в оценке «социального функционирования» – $78 \pm 3,2$ балла в основной группе и $80,3 \pm 6,5$ в контрольной группе. Наиболее низко дети из основной группы с коморбидными психическими расстройствами оценивают «эмоциональное функционирование» – $58,4 \pm 3,4$, в контрольной группе – $66,5 \pm 4,6$ балла. Жизнь в школе (ЖШ) оценена детьми достаточно высоко и имела показатель качества жизни у детей без психических расстройств – $71,4 \pm 5,8$ балла, у детей с психическими расстройствами – 63 ± 4 балла.

При умеренной степени УО «ФФ» оценивается детьми контрольной группы выше – на 80 ± 5 балла, в основной группе – на $53,6 \pm 7,4$ балла ($p < 0,05$). Показатель «СФ» по оценкам детей контрольной группы равен $66,6 \pm 8,3$ балла, показатель детей из основной группы равен $55,3 \pm 4,5$ балла. Показатель по шкале «ЖШ» крайне низкий по сравнению с другими шкалами и равен по оценкам детей $25,7 \pm 6$ и 27 ± 12 балла, в контрольной и основной группах.

Таким образом, оценка КЖ детьми с легкой УО имела тенденцию более высоких показателей среди детей контрольной группы, достоверные отличия наблюдались по шкале «ФФ» ($p < 0,05$). Дети с умеренной УО также имели более высокие показатели КЖ в контрольной группе по шкале «ФФ», с $p < 0,05$.

Родители детей с легкой степенью УО в контрольной группе также оценили КЖ своих детей выше по всем шкалам. Родители детей контрольной группы оценили их КЖ по шкале «ФФ» на $82,5 \pm 5,4$ балла, в основной группе дали оценку несколько ниже – 69 ± 4 ($p < 0,05$). «ЭФ» в основной группе ниже оценивалось по сравнению с контрольной группой – на $73,2 \pm 3,3$ балла и $56,5 \pm 3$ ($p < 0,05$). «СФ» оценивалось на $74,2 \pm 3,4$ балла и на $76,7 \pm 6,8$ баллов в 1 и 2 группах. Шкалу «ЖШ» родители оценивали ниже детей. У родителей с детьми с коморбидными психическими расстройствами показатель «ЖШ» соответствовал 58 ± 4 баллам, у родителей детей контрольной группы показатель «ЖШ» был выше – $69,6 \pm 6$ балла.

При умеренной УО родители оценили КЖ детей в основной группе ниже, чем родители контрольной группы по шкале «ФФ» – $68,6 \pm 9,3$ и $73,7 \pm 6$ балла. Родители детей с коморбидными психическими расстройствами наиболее высоко оценили шкалу «ЭФ» – на $72,2 \pm 5,7$ баллов, в контрольной группе оценка более низкая – $58 \pm 11,8$ балла. Шкала «СФ» оценена на $56 \pm 5,8$ баллов родителями детей основной группы, по оценке родителей из контрольной группы – на $66,6 \pm 11,8$ балла. Шкала «ЖШ» выше оценивалась родителями детей с коморбидными ПР – 34 ± 9 балла, оценка родителей детей без коморбидных ПР составила $16,6 \pm 6,7$.

Таким образом, родители детей с легкой УО в основной группе несколько ниже оценивают КЖ детей по сравнению с оценками родителей контрольной группы. Родители детей с умеренной УО в основной группе по некоторым позициям («ЭФ» и «ЖШ») дают более высокие оценки качества жизни детей.

Обсуждение результатов. Анализ вышеприведенных данных позволил выявить, что при УО и легкой, и умеренной степени, по оценкам проективных методик, графические отклонения и психопатология более выражены среди детей с УО с коморбидными психическими расстройствами. Учитывая, что посредством проективных тестов выявлялись психопатологические симптомы у детей без явных психических расстройств, проективный метод становится ценным

инструментом для выявления подавляемых, неявных агрессии, тревоги, фрустрации. Для детей же из основной группы с коморбидными психическими расстройствами данная методика помогла выявить дополнительные факторы, которые учитывались при реабилитации. Нам открылась благоприятная картина субъективной оценки психоэмоционального климата в семье, что являлось существенным ресурсом в реабилитации, при этом учитывались признаки и конфликтной, и враждебной ситуаций.

Качество жизни оценивается респондентами достаточно низко. Более высокие оценки дети дают дети в контрольных группах без коморбидных психических расстройств и при легкой, и при умеренной УО. В сочетании с оценкой качества жизни данный подход является личностно ориентированным, адресованным к индивидуальным нуждам конкретного ребенка. Это позволяет повысить качество диагностики, эффективности лечебных мероприятий, правильно оценить реабилитационный потенциал больного и правильно составить реабилитационную программу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Венгер А. Л. Психологические рисуночные тесты // М.: Владос-пресс. – 2003. – 160 с.
2. Бакк А., Грюневальд К. Забота и уход: Книга о людях с задержкой умственного развития. — СПб: ИРАВ. — 2001. — 360 с.
3. Куприянова И. Е., Кривоногова Т. С., Бабилова Ю. А., Шемякина Т. А. Психическое здоровье и качество жизни детей, страдающих бронхиальной астмой (обзор литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2015 (86), № 1. - С. 88-93.
4. Психиатрия. Национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1000 с.
5. Щербакова А.М., Осипова Е.А. Субъективное качество жизни детей с ограниченными возможностями здоровья, включенных в программы совместной игровой деятельности // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2016 (16), № 2. – С. 54-63.
1. Venger A. L. Psihologicheskie risunochnye testy // М.: Vlados-press. – 2003. – 160 с.
2. Bakk A., Grjuneval'd K. Zabota i uhod: Kniga o ljudjah s zaderzhkoj umstvennogo razvitija. — SPb: IRAY. — 2001. — 360 s.
3. Kuprijanova I. E., Krivonogova T. S., Babikova Ju. A., Shemjakina T. A. Psihicheskoe zdorov'e i kachestvo zhizni detej, stradajushhih bronhial'noj astmoj (obzor literatury) // Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. - 2015 (86), № 1. - S. 88-93.
4. Psihiatrija. Nacional'noe rukovodstvo / pod red. T.B. Dmitrievoj, V.N. Krasnova, N.G. Neznanova, V.Ja. Semke, A.S. Tiganova. – М.: GJeOTAR-Media, 2011. – 1000 s.
5. Shherbakova A.M., Osipova E.A. Sub#ektivnoe kachestvo zhizni detej s ograničennymi vozmožnostjami zdorov'ja, vključennyh v programmy sov-mestnoj igrovoj dejatel'nosti // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2016 (16), № 2. – S. 54-63.
- Bershadsky, J, Taub, S, Engler, J, Moseley, CR, Lakin, KC, Stancliffe, RJ, Larson, S, Ticha, R, Bailey, C, Bradley, V. Place of residence and preventive health care for intellectual and developmental disabilities services recipients in 20 states. Public Health Rep. 2012; 127(5): 475-85.
6. Bigby, C. Social inclusion and people with intellectual disability and challenging behaviour: a systematic review. J Intellect Dev Disabil. 2012; 37(4): P. 360

7. Hocking J.A. Pearson J.M. Physiotherapy to improve gross motor skills in people with intellectual disability: a systematic review protocol JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports 2013;11(12) 94 -108doi: 10.11124/jbisrir-2013-1180

8. Varni J. W. et al. The PedsQL™ in pediatric asthma: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory generic core scales and asthma module //Journal of behavioral medicine. – 2004. – Т. 27. – №. 3. – P. 297-318.

9. Verdugo M. A. et al. Measuring quality of life in people with intellectual and multiple disabilities: Validation of the San Martín scale //Research in Developmental Disabilities. – 2014. – Т. 35. – №. 1. – С. 75-86.

10. Vieceili M. A., Weiss J. A. Reliability and Validity of the Pediatric Quality of Life Inventory With Individuals With Intellectual and Developmental Disabilities //American journal on intellectual and developmental disabilities. – 2015. – Т. 120. – №. 4. – С. 289-301.

I. Kupriyanova, N. Molotkova

**PSYCHOLOGICAL FEATURES AND QUALITY OF LIFE
OF CHILDREN WITH MENTAL RETARDATION
WITH COMORBID PSYCHIATRIC DISORDERS**

**Federal State Scientific Institution «Research Institute of Mental Health»
(Tomsk).**

Summary. The present study concerns children with mental retardation mild to moderate. The article discusses the features of psycho-emotional sphere of children by means of projective techniques as a diagnostic tool. It also describes children's with mental retardation quality of life based on their own and their parents' estimation.

Keywords: mental retardation, mental disorders, projective techniques, quality of life.

О.О. Андронникова, Ю.М. Перевозкина, Е.В. Ветерок
СЕМЕЙНЫЕ ОТНОШЕНИЯ КАК ДЕТЕРМИНАНТЫ
АДДИКТИВНОГО И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЧНОСТИ
ФГБОУ ВПО «Новосибирский государственный педагогический универ-
ситет» (Новосибирск).

Резюме. В статье рассматривается специфика детерминации аддиктивного и суицидального поведения личности семейными отношениями. Представлены подходы к изучению семьи как социального института в современной зарубежной и отечественной науке. Изучено влияние внешних и внутренних факторов на возникновение аддиктивного и суицидального поведения личности. Показано, что поведение личности обусловлено механизмами функционирования семейных систем. Обнаружено, что семейная дисфункция оказывает влияние на возникновение нарушений в поведении личности в онтогенезе, предоставляя модели для развития аддиктивного, а также суицидального поведения.

Ключевые слова: семейная система, аддиктивное поведение, суицидальное поведение, психологическое здоровье.

Актуальность. Аддиктивное и суицидальное поведение препятствует осознанности, ответственности и самореализации личности как основным параметрам психологического здоровья [5]. Согласно системному подходу к изучению семьи и ее влияния на развитие личности, аддиктивное и суицидальное поведение целесообразно рассматривать в контексте принадлежности индивида к определенной семейной системе. В связи с этим исследование взаимосвязи параметров семейной системы и склонности к аддиктивному и суицидальному поведению является перспективным для понимания механизмов, лежащих в основе различных девиаций.

Анализ различных подходов к пониманию семьи позволил нам определить как основополагающий семейный подход, в рамках которого семья выступает уникальным социальным институтом, аккумулирующим личные и общественные интересы. В. Сатир отмечает, что научные исследования, посвященные роли семьи, заключены между социологической историей семьи, детства и воспитания, изучающей объективные демографические, социальные, структурные аспекты проблемы, и психологической историей семьи, рассматривающей вопросы взаимоотношений супругов, родителей и детей, роль семьи в формировании и развитии личности, детерминанты удовлетворенности семейными отношениями [13]. С. Минухин считает, что в контексте данного подхода семья как система обладает рядом параметров, среди которых важную роль играют семейные правила. Недифференцированный и противоречивый характер данных правил обуславливает дестабилизацию индивидуального и семейного функционирования, а их отсутствие представляет опасность для психологического здоровья членов семьи [9].

В последние годы вопросам психологического здоровья личности посвящается все большее количество исследований. Психологическое здоровье является структурной составляющей здоровья в целом и включает в себя ряд характеристик, позволяющих сохранять динамическое равновесие человека с изменяющейся окружающей средой, а также способность к самореализации в социуме [18]. Параметры психологического здоровья личности представлены в рамках нескольких научных подходов. В качестве основных параметров Р.Р. Зинатуллина предлагает следующие: соответствие образов субъекта отражаемым объектам окружающего мира и особенностям реакций, адекватный возрасту уровень сформированности

личности, адаптивность в социальном взаимодействии, способность к управлению своим поведением, планированию и реализации жизненных целей [3]. Е.Р. Калигиевская выделяет такие показатели психологического здоровья, как субъектность личности, проявляющаяся в личностном выборе, ответственность за свою жизнь, адаптивность ценностно-смысловой регуляции жизнедеятельности. Из этого следует, что психологическое здоровье зависит от способности личности доверять себе и принимать себя, строить свою жизнь на основе определенных ценностей и правил [4]. А.В. Шувалов отмечает, что психологическое здоровье ребенка непосредственно зависит от состояния его ближайшего окружения, в частности, членов семьи. Поэтому критерии психологического здоровья целесообразно относить к системе связей и отношений ребенка с семьей, прежде всего со значимыми взрослыми [16].

Перечисленные параметры описывают личность неаддитивного типа. В связи с этим аддитивное и суицидальное поведение может рассматриваться в контексте нарушения психологического здоровья личности. Аддитивное поведение формируется на основе периодического повторения различных состояний, при которых переживание психического напряжения сменяется положительными ощущениями и усваивается способ приобретения определенного опыта снижения уровня негативных эмоций. Аддитивная реакция формируется как фиксация субъекта на том, что выбирается человеком как неопасное и неугрожающее личности [11]. И.А. Ермоленко, А.В. Северин описывают следующие особенности лиц, склонных к аддитивному поведению: сложности в социальном взаимодействии, склонность к интеллектуализации, эмоциональная напряженность, негативизм, стремление к избеганию проблем и ответственности [2]. С точки зрения М. Боуэна [19], аддитивное поведение приводит к пониженному уровню семейной дифференциации, нарушению границ между семейными подсистемами.

По мнению В. Сатир [13], С. Минухина [9], Н.Л. Москвичевой [10], семейная дисфункция оказывает влияние на возникновение нарушений в поведении детей, предоставляя модели для развития аддитивного, а также суицидального поведения. Суицидальное поведение рассматривается как намеренное стремление человека к смерти, обусловлено индивидуально-психологическими особенностями личности, спецификой системы межличностных отношений и факторами семейного воспитания. По мнению В.Д. Менделевича, суицидальное поведение детерминировано развитием внутриличностного конфликта под воздействием внешних стрессогенных факторов, а также возникновением психопатологических нарушений, вызывающих аутодеструктивное поведение, не связанное с воздействием внешних факторов. В.Д. Менделевич описывает три формы суицидального поведения: индивидуальное, групповое и массовое. При индивидуальной форме основополагающее значение имеют индивидуально-психологические качества личности человека и внешние факторы. При групповой и массовой формах важную роль играет влияние референтного окружения и внешних факторов, в то время как значение личностной составляющей нивелируется [7]. В. Сатир [13] считает причинами возникновения аддитивных и суицидальных моделей поведения нарушения коммуникативных процессов, которыми характеризуется дисфункциональная семья.

Таким образом, проблема семейной детерминации аддитивного и суицидального поведения является актуальной для понимания специфики данных процессов.

Методологические основания. Теоретико-методологической базой данного исследования является теория семейных систем. М. Боуэн [19], В. Сатир [13], С. Минухин [9] отмечают, что системный подход предполагает круговую логику, ко-

торая заключается в максимально полном видении изменяющейся реальности, элементы которой взаимозависимы. В рамках системного семейного подхода изучение индивида происходит в контексте тех социальных систем, к которым он принадлежит, в первую очередь, в контексте семьи. Согласно данному подходу поведение каждой личности обусловлено механизмами функционирования семейных систем, к которым относятся гомеостаз и развитие. Аддиктивное поведение рассматривалось в рамках концепций Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриевой [5], В.Д. Менделевича [7]. Исследование проблемы суицидального поведения личности основывалось на психологическом подходе, представителями которого являются З. Фрейд [15], К. Абрахам [1], В. Франкл [14].

Для уточнения и расширения теоретических данных нами было проведено эмпирическое исследование. Исследование предполагало комплексное использование **методик**. Оценка склонности к аддиктивному поведению проводилась посредством теста «Диагностика склонности к различным зависимостям» Г.В. Лозовой [6]. Измерение суицидальных тенденций осуществлялось с помощью «Опросника суицидального риска» в модификации Т.Н. Разуваевой [8]. Для диагностики параметров семейной системы был использован опросник «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» (Д. Олсон, Д. Портнер, И. Лави [17]). В исследовании проверялась гипотеза о влиянии типа семейного отношения на аддиктивное поведение и суицидальный риск юношей и девушек, для подтверждения которой был использован однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA).

База исследования. Исследование проведено при участии 123 испытуемых в возрасте от 17 до 22 лет, в том числе 75 женского пола и 48 мужского пола, которые проходили тестирование по всем трем методикам. Кроме того, для более объективного определения типа семейных отношений тестирование по методике «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» проходил дополнительно один из родителей испытуемых. На основании полученных данных проводилось усреднение показателей испытуемых и их родителей.

Основные результаты исследования, их обсуждение.

По результатам диагностики «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» было выявлено наибольшее количество семей с сцеплено-хаотичным типом (рис. 1), который является экстремальным и ведет к нарушению функционирования семейной системы. При таком типе в семейных отношениях отсутствуют четкие правила, в частности, семья лишена каких-либо правил. Каждый получает полную свободу без обязательств перед остальными членами семьи. В связи с этим усиливается попустительство со стороны родителя, воспринимаемое индивидом в детстве как данность, который, будучи взрослым, транслирует точно такое же поведение. Вместе со свободой без обязательств при данном экстремальном типе обнаруживается симбиоз между членами семьи, при котором происходит эмоциональное слияние, которое обуславливает слабо выраженную дифференциацию своего «Я» и повышенную степень зависимости от окружающих. Личность не ощущает себя свободной от другого человека, и для реализации своих потребностей всегда нужен другой.

Также обнаружен достаточно большой процент семей с диаметрально противоположным уровнем по шкале сплоченности – разделенно-хаотичным – 25%. При этом типе семейных отношений высокая степень свободы, абсолютно лишенной ответственности, соединяется с полным отчуждением между членами семьи. Эти уровни свидетельствуют о наличии кризиса в семейной структуре.

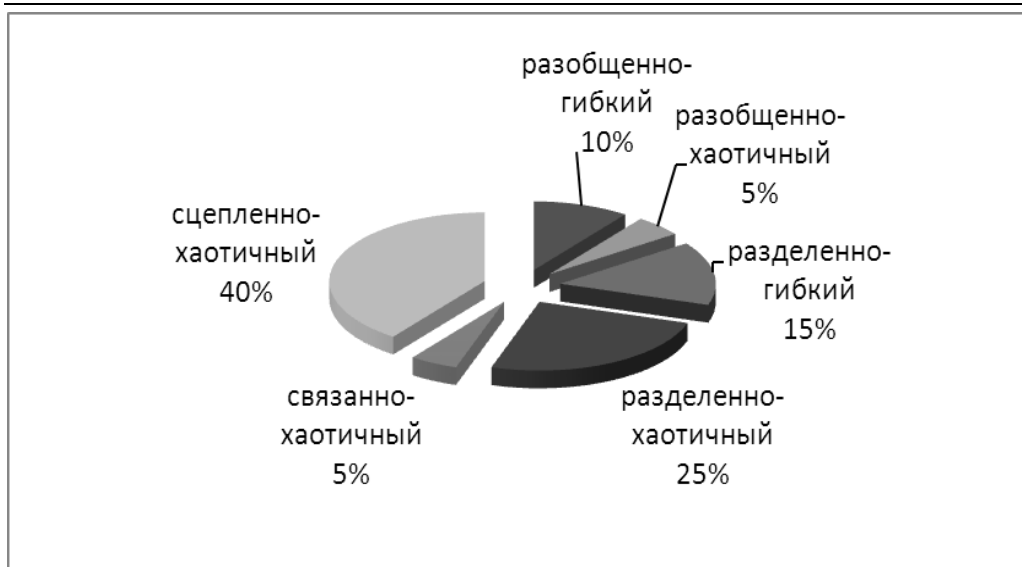


Рисунок 1. Распределение испытуемых по типам семейных отношений.

15% приходится на разделенно-гибкий тип семейных отношений, являющийся сбалансированным, при котором между членами семьи устанавливаются функциональные отношений. Для членов семьи с таким типом свойственна потребность в уединении, но при этом они способны объединяться для открытого обсуждения семейных проблем, меняясь ролями, оказывая поддержку и принимая коллегиальные решения.

У 10% респондентов диагностирован разобщенно-гибкий тип семейных отношений, при которых между членами семьи наблюдается эмоциональное отчуждение и различные интересы, но вместе с тем они могут приходить к совместному решению при наличии критической ситуации. И, наконец, по 5% приходится на респондентов с разобщенно-хаотичным и связанно-хаотичным типами семейных отношений, являющихся экстремальным и среднесбалансированным (соответственно) и отражающих дисфункциональные внутрисемейные отношения. Хаотичные отношения в семье свидетельствуют о неустойчивом семейном руководстве со стороны родителя, которое часто является импульсивным и непродуманным. Экстремальные отношения усугубляются эмоциональной отчужденностью при разобщенном типе и компенсируются лояльностью во взаимоотношениях при связанном типе.

Изучение склонности к аддиктивному поведению, проводимое посредством теста «Диагностика склонности к различным зависимостям», показало, что высокая степень склонности к зависимому поведению наблюдается по шкале любовной аддикции ($M = 19,07$ баллов), а также по общей склонности к аддиктивному поведению (табл. 1). Полученные результаты свидетельствуют, прежде всего, об устойчивом и патологичном стремлении молодых людей к вступлению в зависимые отношения с партнером для удовлетворения потребности в уверенности и ответственном желании самоутвердиться. Для двух видов аддикции (сексуальная и пищевая) диагностированы средние результаты, но ближе к верхней границе ($M = 16$ и 17 баллов), что также отражает опасность перевода гармоничных, конструктивных отношений в область деструктивных, где определяющим фактором выступает гедонистическая мотивация. По остальным видам аддикции можно констатировать низкую склонность.

Таблица 1.

Средние значения склонности к суицидальному и зависимому поведению по всей выборке (выборка не делилась по полу, т. к. не было обнаружено статистически значимых различий $p > 0,05$)

Аддикции	М	Факторы суицидального риск	
Телевизионная	9,59	Демонстративность	2,88
Любовная	19,07	Аффективность	4,34
Игровая	10,05	Уникальность	2,88
Сексуальная	16,27	Несостоятельность	3,26
Пищевая	17,39	Социальный пессимизм	4,61
Религиозная	6,73	Культурные барьеры	3,10
Трудовая	11,00	Максимализм	3,91
Лекарственная	8,07	Временная перспектива	2,42
Компьютерная	11,78	Антисуицидальный фактор	4,22
Табачная	11,24		
Здоровый образ жизни	10,85		
Наркотическая	11,41		
Общая склонность	19,27		

Таблица 2.

Результаты сравнения респондентов с различными типами семейных отношений по склонностям к зависимостям и суицидальному риску (однофакторный дисперсионный анализ) и проверка однородности дисперсий (Левен)

Факторы	Признаки	ANOVA		Левен	
		F	p	F	p
Склонность к зависимостям	Алкогольная	3,29	0,008	1,63	0,178
	Телевизионная	2,72	0,023	1,13	0,361
	Любовная	5,92	0,000	0,56	0,733
	Игровая	2,21	0,058	0,84	0,529
	Сексуальная	2,68	0,025	0,82	0,543
	Пищевая	3,09	0,012	0,86	0,517
	Религиозная	1,53	0,187	1,42	0,240
	Трудовая	2,63	0,027	1,18	0,339
	Лекарственная	4,86	0,000	0,86	0,517
	Компьютерная	9,10	0,000	1,63	0,179
	Табачная	3,50	0,005	2,00	0,103
	Здоровый образ жизни	4,53	0,001	0,31	0,903
	Наркотическая	3,86	0,003	0,51	0,767
	Общая склонность	4,36	0,001	2,22	0,074
Суицидальный риск	Демонстративность	0,54	0,743	1,63	0,179
	Аффективность	2,70	0,024	0,16	0,977
	Уникальность	0,45	0,810	0,75	0,595
	Несостоятельность	2,02	0,081	1,41	0,243
	Соц. пессимизм	3,39	0,007	1,69	0,163
	Культ. барьеры	5,59	0,000	0,86	0,517
	Максимализм	12,87	0,000	0,82	0,543
	Временная перспектива	2,45	0,038	1,42	0,243
	Антисуицидальный фактор	4,01	0,002	0,44	0,817

Относительно усредненного профиля суицидального риска необходимо отметить, что в исследуемой выборке преобладает отрицательная концепция окружающего мира (фактор «Социальный пессимизм» составил 4,61 балла в среднем). Также составляют угрозу суицидального риска фактор «Аффективность» ($M = 4,34$ балла) и «Антисуицидальный» фактор ($M = 4,22$ балла). Такие результаты позволяют предположить наличие инфантилизации в ценностных установках и чрезмерном эмоциональном реагировании.

Для доказательства гипотезы о влиянии семейных отношений на склонность к аддиктивному поведению и суицидальному риску использовался ANOVA. Результаты однофакторного дисперсионного анализа демонстрируют статистически значимые различия по большинству признаков склонности к аддиктивному поведению и суицидальным склонностям с вероятностью ошибки менее 4% (табл. 2).

Обнаруженные различия позволяют утверждать, что каждому типу семейных отношений соответствует либо одна склонность к определенному аддиктивному поведению и суицидальному риску, либо определяется несколько аддикций. При разобщенно-гибком типе наиболее выражены склонность к алкогольной зависимости и социальный пессимизм (рис. 2), отражающие факт влияния эмоциональной отчужденности на восприятие окружающего мира как враждебного, и экстрапунитивной реакции, что, скорее всего, находит выход в патологическом влечении к алкоголю.

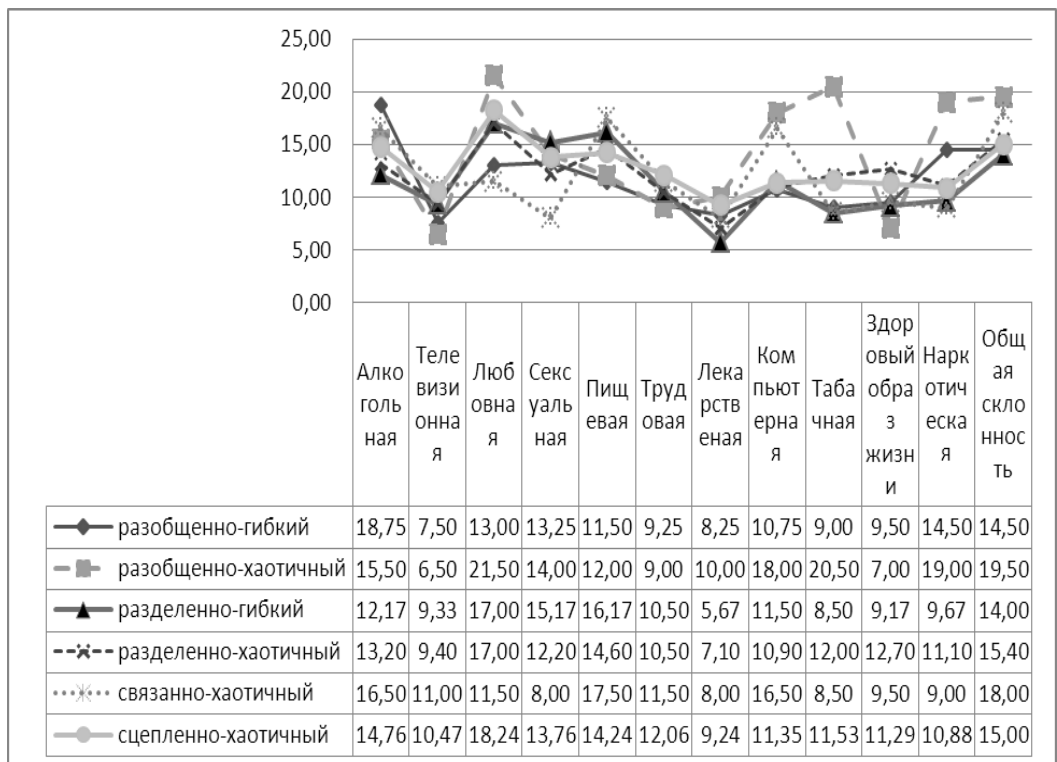


Рисунок 2. Влияние типа семейных отношений на склонность к зависимостям.

В семьях с разобщенно-хаотичным типом у молодых людей диагностировано достаточно большое количество аддикций: любовная, табачная, наркотическая, компьютерная (рис. 2). Низкая степень сплоченности всех членов семьи, отсутствие эмоциональной привязанности плюс смена ролей и импульсивное хаотичное

руководство обуславливают склонность к аддиктивному поведению.

Любовная аддикция выявлена у респондентов семьи, которых имеют разделено-гибкий, сцеплено-хаотичный и разделено-хаотичные типы, при этом у субъектов с последним типом также выражен социальный пессимизм (рис. 3). Нарушения функционирования семьи приводят к проблемам адекватного восприятия себя и установления отношений с партнером, которые носят характер взаимозависимых, приносящих боль и страдания. Отсутствие ролевой модели истинной интимности порождает дисфункциональные эмоциональные состояния, связанные с гневом, недоверием, ревностью, потребностью в контроле и т. д.

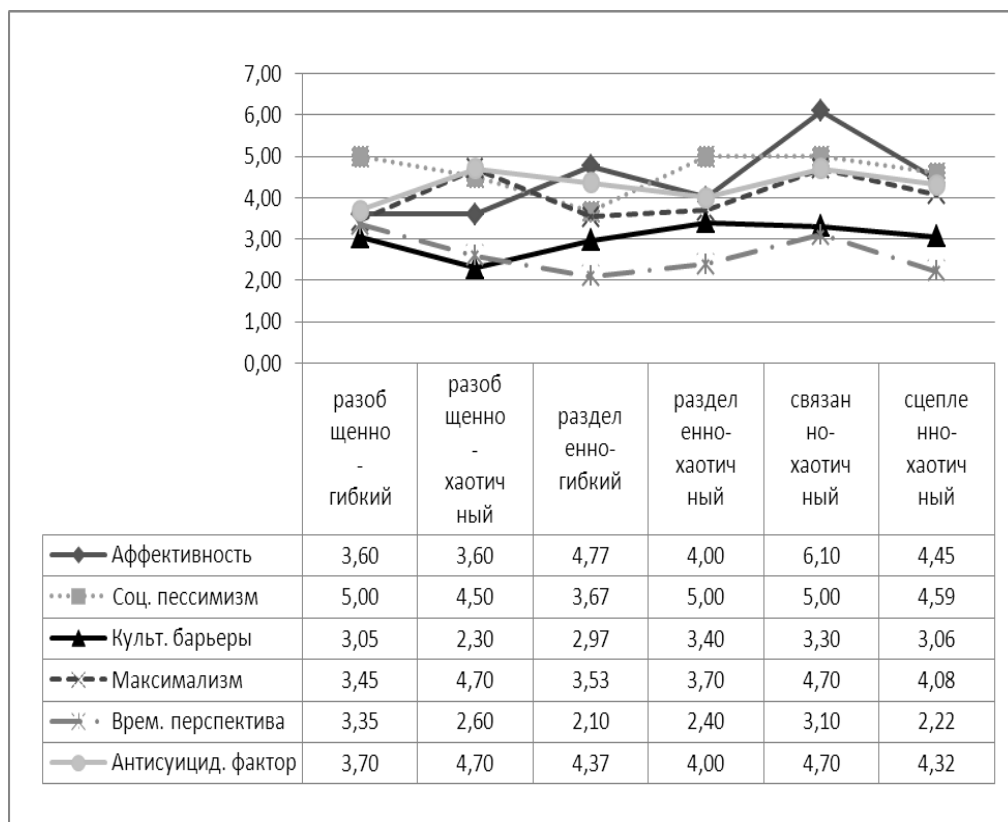


Рисунок 3. Влияние типа семейных отношений на суицидальный риск.

При связанно-хаотичном типе выявляется пищевая аддикция и аффективность с социальным пессимизмом. Тип семьи с эмоциональной близостью и лояльностью во взаимоотношениях, но с неустойчивостью и хаотичностью ролей и руководства опосредует аддиктивное поведение молодого человека. В результате импульсивного поведения родителя у человека могут блокироваться положительные эмоции, вследствие чего потребность в хорошем настроении вызывается искусственным путем, в частности посредством пищи, которая обладает аддиктивным потенциалом и усиливает выработку серотонина в мозгу. Кроме того таким респондентам свойственна аффективная блокада интеллекта с отрицательной концепцией окружающей среды, что только усугубляет положение индивида и часто обуславливает негативные эмоции. Проанализированные выше тенденции позволяют утверждать, что расстройства пищевого поведения являются средством самолечения субъектов от плохого настроения, находящее подтверждение у других авторов [4, 5, 9].

Выводы. В результате исследования обнаружено, что между определенными параметрами семейной системы (уровень гибкости и сплоченности) и склонностью к аддиктивному и суицидальному поведению существует взаимосвязь. Из этого следует, что склонность к аддиктивному поведению и суицидальный риск обусловлены в том числе нарушением функционирования семьи. Большинство обследованных семей имело дисфункциональные семейные отношения. Необходимо обратить внимание на то, что из всех диагностированных типов наиболее склонными к аддиктивному поведению являются респонденты, воспитывающиеся в семьях с разобщено-хаотичным типом. Также в зоне риска находятся исследуемые со среднесбалансированным связанно-хаотичным типом, которые вследствие дисфункционального, хаотичного состояния внутри семьи склонны к суицидальному риску (отрицательные эмоциональные состояния), и компенсаторно у них активизируется аддиктивное поведение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрахам К. Характер и развитие. – М.: ERGO, 2007. – 180 с.
2. Ермоленко И.А., Северин А.В. Информационно-компьютерные технологии и психологическое здоровье подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2015 (15). – № 1. – С. 85-89.
3. Зинатуллина Р.Р. Состояние психического здоровья подрастающего поколения // Актуальные проблемы в области здравоохранения и образования: Сб. ст. - Уфа: Восточный университет, 2003. - С. 60-63.
4. Калитеевская Е.Р. Психическое здоровье как способ бытия в мире: от объяснения к переживанию // Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии / под ред. Д.А. Леонтьева, В.Г. Щур. - М.: Смысл, 1997. - С.231-238.
5. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Психосоциальная аддиктология. – Новосибирск: Олсиб, 2001. – 251 с.
6. Лозовая Г.В. Методика диагностики склонности к различным зависимостям // Психологические основы педагогической деятельности: материалы 34-й науч. конф. кафедры психологии СПбГУФК им. П.Ф. Лесгафта. – СПб.: СПбГУФК, 2007. – С. 121–124.
7. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. – СПб.: Речь, 2005. – 448 с.
8. Профилактика суицидального поведения в учебных заведениях. Методические рекомендации для педагогов и кураторов. - Томск: ООО «Рекламная группа Графика», 2013. – 56 с.
9. Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии. – М.: КЛАСС, 2006. – 304 с.
10. Москвичева Н.Л. Семья как объект ценностного отношения студентов // Ананьевские чтения-99. Тез. науч.-практ. конференции 26-28 окт. 1999 г. - СПб., 1999. - С.210 - 211.
11. Николаева Е.И., Каменская В.Г. Аддиктология. Теоретические и экспериментальные исследования формирования аддикций. – М.: Форум, 2011. – 208 с.
12. Перевозкина Ю.М., Перевозкин С.Б., Дмитриева Н.В., Тишкова А.С. Взаимосвязь суицидального поведения и самоотношения личности в период молодости // Актуальные проблемы психологии и педагогики: диагностика, превенция, коррекция: Мат-лы науч.-практ. заочной конф. с международным участием. – Новосибирск: Новосибирский государственный педагогический университет, 2016. – С. 101-106.
13. Сатир В. Психотерапия семьи. – СПб.: Речь, 2000. – 254 с.

-
14. Франкл В. Воля к смыслу. – М.: Апрель-Пресс, ЭКСМО-Пресс, 2000. – 368 с.
15. Фрейд З. Печаль и меланхолия // Интерес к психоанализу: Авторский сборник. – Минск: Попурри, 2009. – 592 с.
16. Шувалов А.В. Антропология психологического здоровья детей // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2008 (8). – № 2. – С. 64-76.
17. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. – СПб.: Речь, 2003. – 336 с.
1. Abraham K. Karakter i razvitie. – М.: ERGO, 2007. – 180 s.
2. Ermolenko I.A., Severin A.V. Informacionno-komp'juternye tehnologii i psihologicheskoe zdorov'e podrostkov // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2015 (15). – № 1. – S. 85-89.
3. Zinatullina P.P. Sostojanie psihicheskogo zdorov'ja podrastajushhego pokolenija // Aktual'nye problemy v oblasti zdravoohraneniya i obrazovanija: Sb. st. - Ufa: Vostochnyj universitet, 2003. - S. 60-63.
4. Kaliteevskaja E.R. Psihicheskoe zdorov'e kak sposob bytija v mire: ot ob#jasnenija k perezhivaniju // Psihologija s chelovecheskim licom: gumanisticheskaja perspektiva v postsovetsoj psihologii / pod red. D.A. Leont'eva, V.G. Shhur. - М.: Smysl, 1997. - S.231-238.
5. Korolenko C.P., Dmitrieva N.V. Psihosocial'naja addiktologija. – Novosibirsk: Olsib, 2001. – 251 s.
6. Lozovaja G.V. Metodika diagnostiki sklonnosti k razlichnym zavisi-mostjam // Psihologicheskie osnovy pedagogicheskoj dejatel'nosti: materialy 34-j nauch. konf. kafedry psihologii SPbGUFG im. P.F. Lesgafta. – SPb.: SPbGUFG, 2007. – S. 121–124.
7. Mendelevich V.D. Psihologija deviantnogo povedenija. – SPb.: Rech', 2005. – 448 s.
8. Profilaktika suicidal'nogo povedenija v uchebnyh zavedenijah. Metodicheskie rekomendacii dlja pedagogov i kuratorov. - Tomsk: ООО «Reklamnaja gruppa Grafika», 2013. – 56 с.
9. Minuhin S., Fishman Ch. Tehniki semejnoi terapii. – М.: KLASS, 2006. – 304 s.
10. Moskvicheva N.L. Sem'ja kak ob#ekt cennostnogo otnoshenija studentov // Anan'evskie chtenija-99. Tez. nauch.-prakt. konferencii 26-28 okt. 1999 g. - SPb., 1999. - S.210 - 211.
11. Nikolaeva E.I., Kamenskaja V.G. Addiktologija. Teoreticheskie i jeksperimental'nye issledovanija formirovanija addikcij. – М.: Forum, 2011. – 208 s.
12. Perevozkina Ju.M., Perevozkina S.B., Dmitrieva N.V., Tishkova A.S. Vzaimosvjaz' suicidal'nogo povedenija i samootnoshenija lichnosti v period molodosti // Aktual'nye problemy psihologii i pedagogiki: diagnostika, prevencija, korrekcija: Mat-ly nauch.-prakt. zaochnoj konf. s mezhdunarodnym uchastiem. – Novosibirsk: Novosibirskij gosudarstvennyj pedagogicheskij universitet, 2016. – S. 101-106.
13. Satir V. Psihoterapija sem'i. – SPb.: Rech', 2000. – 254 s.
14. Frankl V. Volja k smyslu. – М.: Aprel'-Press, JeKSMO-Press, 2000. – 368 s.
15. Frejd Z. Pechal' i melanholija // Interes k psihoanalizu: Avtorskij sbornik. – Minsk: Popurri, 2009. – 592 s.
16. Shuvalov A.V. Antropologija psihologicheskogo zdorov'ja detej // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2008 (8). – № 2. – S. 64-76.
17. Jejdemiller Je.G., Dobrjakov I.V., Nikol'skaja I.M. Semejnyj diagnoz i semejnaja psihoterapija. – SPb.: Rech', 2003. – 336 s.
-

18. Andronnikova O.O., Veterok E.V. Specifics psychophysiological characteristics of adolescents, are prone to addictive behavior, with different types of gender orientation // International scientific-practical forum of pedagogues, psychologists and medics «October scientific forum '15», the 15th of October, 2015, Geneva. – P. 131-137.

19. Bowen M. Family therapy in clinical practice. – N.Y.: Jason Aronson, 1978.

O.O. Andronnikova, Y.M. Perevozkina, E.V. Veterok
FAMILY DETERMINATION ADDICTIVE AND SUICIDAL BEHAVIOR
PERSONALITY

FSBEI HPE «Novosibirsk State Pedagogical University» (Novosibirsk).

Summary. The article deals with the specifics of determination of addictive and suicidal behavior of the individual family relationships. Approaches to the study of the family as a social institution in modern foreign and domestic science. The influence of external and internal factors on the occurrence of suicidal behavior and addictive personality. It is shown that the behavior of the person due to the mechanisms of functioning of family systems. It was found that family dysfunction has an impact on the occurrence of irregularities in the behavior of the person in the ontogenesis, providing a model for the development of addictive and suicidal behavior.

Keywords: family system, addictive behavior, suicidal behavior, psychological health.

СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЕМ ПОЧЕЧНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Московский государственный психолого-педагогический университет (Москва).

Резюме. В статье представлено исследование выраженности и соотношения компонентов жизнестойкости и копинг-стратегий как основы совладающего поведения подростков с тяжелой формой нарушения почечного функционирования (хронической почечной недостаточностью) и более легкой формой (различными заболеваниями почек). Анализ полученных данных позволил сформулировать выводы об особенностях совладающего поведения подростков с нарушением почечного функционирования разной степени тяжести, которые заключаются в различной выраженности отдельных компонентов жизнестойкости и определенных копинг-стратегий; в наличии сходных и различных ресурсов для каждой из групп испытуемых.

Ключевые слова: совладающее поведение, жизнестойкость, копинг-стратегии, нарушения почечного функционирования.

Проблемой психологических особенностей людей с ограниченными возможностями здоровья, в частности с хроническими соматическими заболеваниями занимаются многие исследователи [2, 3, 5, 7, 8, 9]. Но в данных исследованиях в основном делается акцент на негативных последствиях влияния хронической болезни на психику. Для реабилитационной работы важно учитывать ресурсы, которыми обладают пациенты данной категории. В нашей работе период болезни рассматривается как продолжительная стрессовая ситуация, следовательно, актуально исследование компонентов жизнестойкости и копинг-стратегий (выраженность и соотношение) как основы совладающего поведения и реабилитации.

Цель данного исследования заключается в выявлении особенностей совладающего поведения подростков с нарушением почечного функционирования разной степени тяжести.

В качестве гипотезы исследования выступает предположение о том, что у подростков с нарушением почечного функционирования разной степени тяжести существуют особенности совладающего поведения и жизнестойкости.

Для исследования были выбраны три группы подростков:

Контрольная группа: 38 человек (19 юношей и 19 девушек) - подростки (14-17 лет), обучающиеся в ГОУ СОШ № 1029, № 1450.

Экспериментальная группа 1: 29 человек (13 юношей и 16 девушек) - подростки с различными заболеваниями почек (нефриты, пиелонефриты, гломеруло-нефриты), находящиеся на обследовании и лечении в отделении нефрологии ФГБУ «Московский НИИ педиатрии и детской хирургии».

Экспериментальная группа 2: 13 человек (8 юношей и 5 девушек) - подростки с хронической почечной недостаточностью (ХПН) в терминальной стадии, находящиеся на лечении в отделении пересадки почки ФГБУ «РДКБ».

Методы исследования.

1. Для определения выраженности компонентов жизнестойкости применялся тест жизнестойкости С. Мадди [12] (в адаптации Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой) [6].

2. Для определения выраженности стратегий совладающего поведения в трудных жизненных ситуациях применялся копинг-тест Р. Лазаруса [11] (в адап-

тации Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк) [4].

3. Для определения ресурсов и стратегий поведения в экстремальных ситуациях как факторов стрессоустойчивости применялась модифицированная для подросткового возраста методика Дж. Сакса и С. Леви [13].

4. Для определения особенностей совладания со сложной ситуацией, готовности справляться с трудностями, а также применяемых защитных механизмов использовалась проективная методика «Человек под дождем» (Е. Романовой и Т. Сытько) [10].

При обработке результатов были использованы непараметрический критерий Хи-квадрат, коэффициент корреляции, дисперсионный анализ [1]. Обработка осуществлялась при помощи компьютерных программ Microsoft Office Excel 2007, STATISTICA 6.0.

При выявлении показателей компонентов жизнестойкости в контрольной группе было выявлено, что большая часть испытуемых имеет средний (нормальный) уровень «жизнестойкости» (63,2% испытуемых), «вовлеченности» (63,2%) и «контроля» (65,8%). А относительно компонента «принятие риска» преобладают высокий (50%) и средний (44,7%) уровни. То есть особенностью контрольной группы является тенденция к повышению уровня «принятия риска».

Большая часть испытуемых экспериментальной группы № 1 имеет средний (нормальный) уровень «жизнестойкости» (65,5% испытуемых), «вовлеченности» (62,1%), «контроля» (65,5%), «принятия риска» (55,2%). У 37,9 % испытуемых «принятие риска» на высоком уровне. То есть у подростков с различными заболеваниями почек есть тенденция, также как и у здоровых подростков, к повышенному уровню «принятия риска».

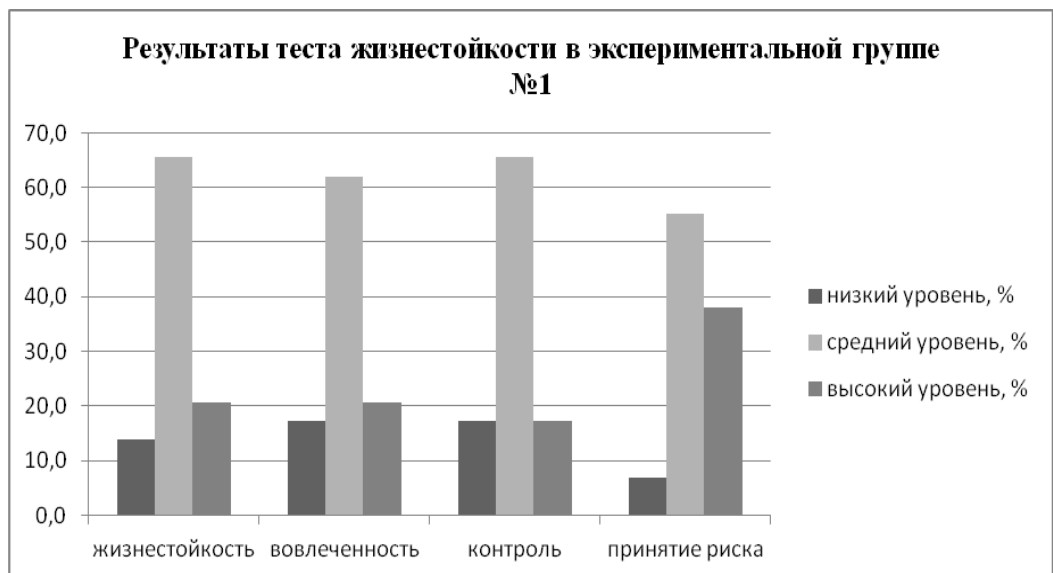


Рисунок 1. Результаты теста жизнестойкости в экспериментальной группе 1 (подростки с различными заболеваниями почек), в %.

Большая часть испытуемых экспериментальной группы № 2 имеет средний (нормальный) уровень «жизнестойкости» (69,2% испытуемых), «контроля» (76,9%), «принятия риска» (61,5%). А «вовлеченность» у 53,8% испытуемых на среднем уровне и у 46,2% на низком. Примечательно, что высокого уровня «вовлеченности» нет ни у одного испытуемого из этой группы. То есть особенностью подростков с ХПН является тенденция к снижению уровню «вовлеченности».

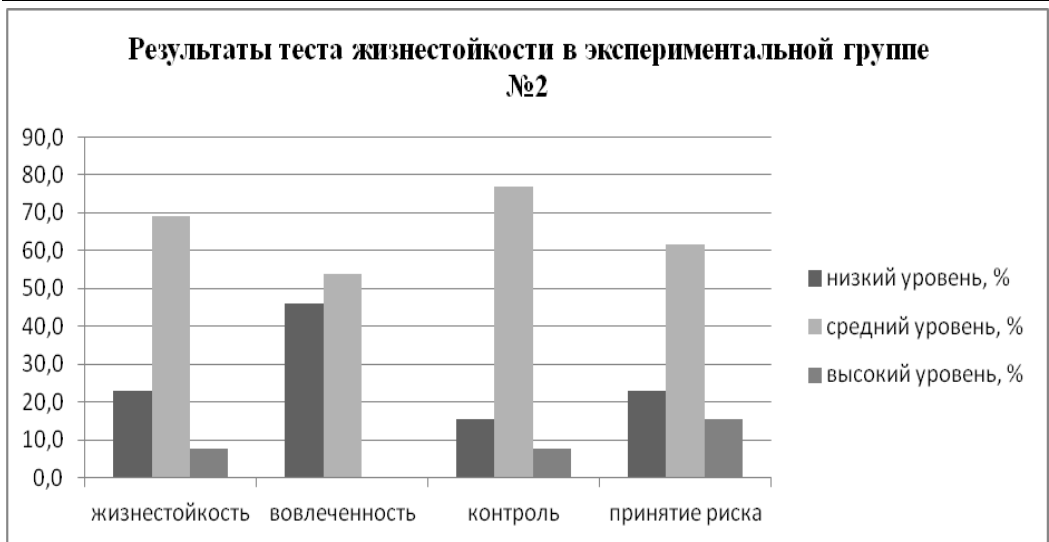


Рисунок 2. Результаты теста жизнестойкости в экспериментальной группе 2 (подростки с ХПН), в %.

Дисперсионный анализ результатов теста жизнестойкости показал, что у подростков с различными заболеваниями почек уровень жизнестойкости не отличается ($p=0,66$) от жизнестойкости здоровых подростков. Статистически значимые различия наблюдаются при сравнении группы с ХПН и здоровых подростков ($p=0,04$), а также группы испытуемых с ХПН и с заболеваниями почек ($p=0,02$). У подростков с ХПН уровень жизнестойкости значительно ниже. Интересно, что разброс показателей внутри этой группы выше.

Дисперсионный анализ отдельных компонентов жизнестойкости показал значимые различия только в компоненте «вовлеченность». Относительно этого показателя статистически значимые различия наблюдаются при сравнении группы с ХПН и здоровых подростков ($p=0,02$), а также группы с ХПН и группы с заболеваниями почек ($p=0,01$).

Таблица 1.

Результаты дисперсионного анализа данных по компонентам жизнестойкости

№	Компоненты жизнестойкости	Группа К-1*	Группа 1-2*	Группа К-2*
1	Вовлеченность	$F(1, 65)=0,212$, $p=0,647$	$F(1, 40)=7,591$, $p=0,009$	$F(1, 49)=5,972$, $p=0,018$

* «К» - контрольная группа, «1» - экспериментальная группа 1, «2» - экспериментальная группа 2.

У подростков с ХПН «вовлеченность» (то есть в широком смысле получение удовольствия от своей деятельности) значительно ниже. Возможно, это связано с высокой степенью ограничений, которые накладываются особенностями заболевания, тяжестью состояния, условиями стационара, в котором проходили лечение эти подростки.

При анализе результатов выраженности компонентов совладающего поведения по тесту Р. Лазаруса [5] было выявлено, что данные экспериментальных групп № 1 и № 2 статистически не различаются, поэтому для анализа результатов этого теста мы их объединили. Таким образом, у нас получилось две группы: контроль-

ная и экспериментальная. Для этих групп мы определили средний процент выраженности каждой копинг-стратегии.



Рисунок 3. Сравнительный анализ частоты использования копинг-стратегий в контрольной (N=38) и объединенной экспериментальной (N=42) группе.

Итак, результаты исследования показали, что подростки с нарушением почечного функционирования склонны чаще прибегать к использованию копинг-стратегий в целом. Возможно, из-за того, что эти подростки находятся в более стрессовой ситуации, чем здоровые школьники. И у них выше необходимость справляться с трудностями.

Интересно, что все подростки, независимо от группы, чаще используют конструктивные (по теории Р. Лазаруса [11]) стратегии: «планирование решения проблемы» (60,7%) и «самоконтроль» (57,7%), а также относительно конструктивную стратегию «положительная переоценка» (56,8%). А реже всего «избегание проблемы» (41,3%), что является положительным фактором, так как «избегание» используется в случае невозможности преодолеть проблему и считается неконструктивной стратегией. Следовательно, подростки, которых мы исследовали, субъективно представляют проблему как преодолимую, а собственные ресурсы достаточными для того, чтобы справиться с ней.

Дисперсионный анализ показал значимые различия при сравнении контрольной группы и экспериментальной группы № 1. Показатели «самоконтроля» ($p=0,018$) и «планирования решения проблемы» ($p=0,034$) у контрольной группы значимо ниже, чем у группы с различными заболеваниями почек. Значимых различий по другим показателям не выявлено.

Таблица 2.

Дисперсионный анализ результатов копинг-теста Р. Лазаруса

№	Копинг-стратегии	Группы К-1	Группы 1-2	Группы К-2
1	самоконтроль	$F(1, 65)=5,86$, $p=0,018^{[1]}$	$F(1, 40)=0,06$, $p=0,806$	$F(1, 49)=2,95$, $p=0,093$
2	планирование решения проблемы	$F(1, 65)=4,69$, $p=0,034$	$F(1, 40)=0,56$, $p=0,460$	$F(1, 49)=0,86$, $p=0,357$

^[1] Серым цветом отмечены статистически значимые различия ($p \leq 0,05$).

При анализе результатов методики «Незаконченные предложения» мы выделили наиболее часто встречающиеся ответы.

Таблица 3.

Результаты методики «незаконченные предложения», шкала «ресурсы», типичные ответы

№	Незаконченные предложения	Варианты ответов	Группа К, %	Группа 1, %	Группа 2, %
1	Я достаточно способен, чтобы...	реализовать мечты, творчество, увлечения.	62	21	62
		быть успешным в будущем, учебной, трудовой деятельности	24	72	23
2	Природа это...	нечто стабильное, само собой разумеющееся, окружающий мир	71	52	23
		ресурсы (свобода, основа, жизнь, чудо, красота)	18	48	69
3	Я мог бы быть очень счастливым если...	семья, близкие были рядом	26	31	15
		реализовал мечты, фантазии, конкретные желания	26	17	0
		был бы здоровым	0	21	69
4	Хорошее образование - это...	залог успеха в будущем, хорошая работа	47	62	85
		позволяет самоутвердиться, добиться успеха, найти работу	44	34	8
5	Больше всего в жизни я хотел бы...	быть счастливым	9	21	0
		приобрести определенные способности, умения (спорт, рисование)	18	21	0
		не лежать в больнице, выздороветь	0	21	62

Из табл. 3 видно, что поддерживающим ресурсом для здоровых подростков чаще становятся хобби (это отметили 62% испытуемых) и семья (26%). Здоровые подростки больше ориентированы на успех в будущем (47%), исполнение желаний (26%), развитие способностей (18%). Природа в большинстве случаев (71%) как ресурс не воспринималась, а была определена как нечто само собой разумеющееся («все живое», «все, что нас окружает» и т. д.).

Для подростков с нарушением почечного функционирования ресурсом является выздоровление: чем тяжелее заболевание, тем актуальнее это становится (в экспериментальной группе № 1 - 21% испытуемых отметили выздоровление как ресурс, а в экспериментальной группе № 2 – 69%). В контрольной группе никто не упомянул тему здоровья.

Похожая тенденция замечена относительно ресурса природы. В группе под-

ростков с заболеваниями почек природу назвали ресурсом («свобода», «чудо», «красота») 48% испытуемых, а в группе с ХПН – 69% испытуемых. Возможно, это связано с тем, что подростки с ХПН вынуждены находиться длительное время в стационаре и не имеют возможности выходить на улицу, притом что все это время подростки находятся в постоянном нервно-психическом напряжении, ожидая операцию по пересадке почки.

Также интересно, что подростки с нарушением почечного функционирования с большим вниманием относятся к теме получения образования. Они отмечали, что «хорошее образование – это залог успеха в будущем». Таких испытуемых в контрольной группе 47%, в экспериментальной группе № 1 – 62% испытуемых, а в экспериментальной группе № 2 – 85%. Возможно это связано с тем, что получение полноценного среднего образования для подростков с ОВЗ является проблемой и вызывает тревогу. Находясь в стационаре, они имеют крайне ограниченный доступ к школьным занятиям. Для них главным становится мотивация выздоровления.

Таблица 4.

Результаты методики «незаконченные предложения», шкала «поведение в экстремальных ситуациях», типичные ответы

№	Незаконченные предложения	Варианты ответов	Группа К, %	Группа 1, %	Группа 2, %
1	Если все против меня, то...	я против всех	29	52	38
		погружение в себя, обида, самообвинение, доказательство своей правоты	18	17	31
2	Если со мной случится несчастье, я...	выдержу, справлюсь сам	53	52	54
		буду молиться Богу	0	0	8
3	Я могу ударить человека, если...	он ударит меня, разозлит меня	74	76	62
4	Когда мне начинает не везти...	расстраиваюсь, раздражаюсь, опускаю руки	29	38	38
		пытаюсь исправить, сделать что-то, не унываю	35	38	31
5	Когда я чувствую опасность...	готовлюсь, придумываю способы защиты, пытаюсь понять, откуда опасность, становлюсь внимательным, пытаюсь преодолеть	59	48	31
		волнуюсь, мне страшно ("все сжимается внутри", "быстро бьется сердце")	18	17	31

Все подростки считают, что имеют ресурсы справиться с трудной ситуацией. Во всех группах предложение «Если со мной случится несчастье, я...» большинство подростков продолжало словами «выдержу, справлюсь сам» (в контрольной группе 53% испытуемых, в экспериментальной № 1 – 52%, в экспериментальной № 2 – 54%).

Предположение о большей тревожности тяжелобольных подростков подтверждают предложения: «Когда мне начинает не везти, я...расстраиваюсь/раздражаюсь/опускаю руки» (по 38% в группах с нарушением почечного функционирования); «Когда я чувствую опасность... волнуюсь/мне страшно/все сжимается внутри/быстро бьется сердце» (в группе с ХПН - 31%, что выше, чем в других группах). Последний пример дает возможность предположить наличие в группе с ХПН особого внимания к физическому и эмоциональному состоянию, высокого влияния телесности на психику. Особенностью группы с хронической почечной недостаточностью является обращение к молитве в трудной ситуации, что отметили 8% испытуемых.

Опираясь на теорию Р. Лазаруса [11], мы выделили значимые компоненты совладающего поведения и провели качественный анализ проективной методики «Человек под дождем» [10]. Интерпретация результатов позволила определить, как человек реагирует на стрессовые ситуации.



Рисунок 4. Сравнительный анализ частоты использования копинг-стратегий на основании результатов методики «Человек под дождем»

На рисунках здоровых подростков были чаще проявлены «дистанцирование» (у 87% испытуемых), «конфронтация» (82%), «самоконтроль» (71%). 76% подростков воспринимали проблемную ситуацию как «тяжелую». Менее всего в рисунках было отражено «ожидание неприятностей» (16%).

В группе подростков с различными заболеваниями почек чаще проявлены «дистанцирование» (59%), «конфронтация» (59%), «ожидание неприятностей» (45%). 62% испытуемых воспринимают проблемную ситуацию как «тяжелую». Ощущают наличие «возможности защиты» от проблемной ситуации 48% испытуемых.

Рисунки подростков с ХПН чаще всего отражали стремление использовать «дистанцирование» (92%), «конфронтацию» (77%), «самоконтроль» (62%). Высокий процент «ожидания неприятностей» (77%), а проблемную ситуацию воспринимают как «тяжелую» 62% испытуемых. Особенностью этой группы является ощущение незащищенности перед проблемной ситуацией, ресурс «возможность защи-

ты» был обнаружен в рисунках только у 15% испытуемых.

Также мы провели статистический анализ результатов методики и выявили значимые различия между некоторыми показателями групп. Группа подростков с заболеваниями почек значимо отличается от группы здоровых по следующим показателям. Менее выражены: «конфронтация» ($p=0,038$), «дистанцирование» ($p=0,009$), «самоконтроль» ($p=0,007$); более выражено «ожидание неприятностей» ($p=0,009$).

Группа больных с ХПН значимо отличается от группы здоровых по следующим показателям. Более выражены: «ожидание неприятностей» ($p=0$), а совсем не наблюдается «потребность в защите от вышестоящих» ($p=0,039$).

Также есть различия между группами больных подростков с заболеваниями почек и с ХПН. У больных с ХПН более выражено «дистанцирование» ($p=0,029$) и менее выражена «возможность защиты от трудной ситуации» ($p=0,042$).

Проведенный корреляционный анализ результатов по компонентам жизнестойкости и копинг-стратегиям теста Р. Лазаруса [4] показал корреляционные связи, представленные в таблице 5.

Таблица 5.

Результаты корреляционного анализа компонентов жизнестойкости и копинг-стратегий (для всех групп)

№	Копинг-стратегии	Жизнестой- кость	Вовлечен- ность	Кон- троль	Приня- тие рис- ка
		г	г	г	г
1	Дистанцирова- ние	-0,28**	-0,23*	-0,19	-0,37***
2	поиск социаль- ной поддержки	-0,27**	-0,24*	-0,27*	-0,19
3	принятие ответ- ственности	-0,34***	-0,38***	-0,22*	-0,21
4	бегство - избе- гание	-0,38***	-0,41***	-0,34***	-0,18
Серым цветом отмечены значимые корреляции ($p \leq 0,05$) * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$					

Таким образом, нами была обнаружена отрицательная корреляция между общим баллом жизнестойкости и копинг-стратегиями: «дистанцирование», «поиск социальной поддержки», «принятие ответственности», «бегство-избегание». То есть при повышенном уровне жизнестойкости отмечается низкий уровень по указанным копинг-стратегиям, и наоборот.

Также было выявлено наличие отрицательной взаимосвязи между компонентом «контроля» и стратегиями «поиска социальной поддержки», «принятия ответственности» и «бегства-избегания». С «дистанцированием» отрицательно коррелирует «принятие риска». Возможно, если подросток убежден том, что все, что с ним случается, способствует его развитию, то ему незачем отгораживаться от ситуации.

Итак, по результатам нашего исследования, можно сделать следующие выводы:

1. Все подростки, независимо от группы, чаще используют конструктивные стратегии «планирования решения проблемы» и «самоконтроля», а также относительно конструктивную стратегию «положительной переоценки». Реже всего используется неконструктивная стратегия «избегания проблем». Подростки с нарушением почечного функционирования склонны чаще прибегать к использованию

копинг-стратегий в целом.

2. У всех подростков, независимо от группы, отмечена следующая тенденция: чем выше уровень жизнестойкости, тем реже используются стратегии «дистанцирование», «поиск социальной поддержки», «принятие ответственности», «бегство-избегание».

3. Выявлена тенденция к высокому уровню «принятия риска» у здоровых подростков и у подростков с различными заболеваниями почек. Особенностью подростков с хронической почечной недостаточностью является низкий уровень «вовлеченности».

4. Все подростки считают, что имеют ресурсы справиться с трудной ситуацией. Чем тяжелее заболевание, тем актуальнее становятся ресурсы выздоровления, природы и получения образования. Ресурс «обращение к религии» является уникальным для группы подростков с хронической почечной недостаточностью.

5. В проективных методиках у всех подростков в наибольшей степени выражены следующие копинг-стратегии: «самоконтроль», «конфронтация», «дистанцирование». У подростков с тяжелой формой нарушений почечного функционирования более выражено «ожидание неприятностей» и «дистанцирование», а менее выражено «возможность защиты от трудной ситуации».

Реабилитация подростков с ХПН требует индивидуальной работы, включающей повышение уровня жизнестойкости в целом, вовлеченности как компонента жизнестойкости, мотивации к выздоровлению, поиск и поддержание индивидуальных ресурсов. У подростков с более легкой степенью заболевания следует повышать уровень социализации, т. к. целью реабилитации является не только адаптация в условиях стационара, но и последующее возвращение в нормальные условия жизни дома и в школе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ермолаев О.Ю. Математическая статистика для психологов. – М.: Флинта, 2003. – 336 с.
2. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. – СПб.: Специальная литература, 1996. – 454 с.
3. Каган В. Е. Внутренняя картина здоровья и соматические заболевания у детей // Неврозы у детей и подростков: Тезисы докладов Всесоюзной конференции (Москва, 17-18.XII.1986). – М., 1986. – С. 74-75.
4. Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) // Журнал практического психолога. – М., 2007. – № 3. – С. 93-112.
5. Куртанова Ю.Е. Личностные особенности детей с различными хроническими соматическими заболеваниями.: дис. ... канд. психол. наук. – М., 2004.
6. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. Методическое руководство. – М.: Смысл, 2006. – 63 с.
7. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. – Изд. 2-е. – М.: Медицина, 1977. – 160 с.
8. Муладжанова Т. Н. Психологический анализ изменений личности у больных хронической почечной недостаточностью, находящихся на лечении гемодиализом: Автореф. дис... канд. психол. наук. – М., 1983.
9. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М.: Издательство Московского университета, 1987. – 166 с.
10. Романова Е.В., Сытько Т.И. Проективные графические методики. – СПб: Питер, 1997.

1. Ermolaev O. Ju. Matematicheskaja statistika dlja psihologov. – M.: Flinta, 2003. – 336 s.
2. Isaev D. N. Psihosomaticheskaja medicina detskogo vozrasta. – SPb.: Special'naja literatura, 1996. – 454 s.
3. Kagan V. E. Vnutrennjaja kartina zdorov'ja i somaticheskie zabojevanija u detej // Nevrozy u detej i podrostkov: Tezisy dokladov Vsesojuznoj konferencii (Moskva, 17-18.XII.1986). – M., 1986. – S. 74-75.
4. Krjukova T. L., Kuftjak E. V. Oprosnik sposobov sovladanija (adaptacija metodiki WCQ) // Zhurnal praktičeskogo psihologa. – M., 2007. – № 3. – S. 93-112.
5. Kurtanova Ju. E. Lichnostnye osobennosti detej s razlichnymi hroničeskimi somaticheskimi zabojevanijami.: dis. ... kand. psihol. nauk. – M., 2004.
6. Leont'ev D. A., Rasskazova E. I. Test zhiznestojkosti. Metodicheskoe rukovodstvo. – M.: Smysl, 2006. – 63 s.
7. Lurija R. A. Vnutrennjaja kartina boleznej i iatrogennye zabojevanija. – Izd. 2-e. – M.: Medicina, 1977. – 160 s.
8. Muladzhanova T. N. Psihologičeskij analiz izmenenij lichnosti u bol'nyh hroničeskoj počechnoj nedostatočnost'ju, nahodjashhihsja na lečenii gemodializom: Avtoref. dis. ... kand. psihol. nauk. – M., 1983.
9. Nikolaeva V. V. Vlijanie hroničeskoj bolezni na psihiku. – M.: Izdatel'stvo Moskovskogo universiteta, 1987. – 166 s.
10. Romanova E. V., Syt'ko T. I. Proektivnye graficheskie metodiki. – SPb.: Piter, 1997.
11. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, appraisal, and coping. – N.Y. – 1984.
12. Maddi S., Khoshaba D. Resilience at Work. New York: American Management Association, 2005.
13. Sacks J. M., Levy S. The Sentence Completion Test // Projective psychology / Eds. L. E. Abt, L. Bellak. N.Y.: Knopf, 1950. P. 357–402.

Y. E. Kurtanova, A. Y. Gogel

COPING BEHAVIOR OF ADOLESCENTS WITH IMPAIRED RENAL FUNCTIONING OF VARYING SEVERITY

Moscow State University of Psychology and Education (Moscow).

Summary. The article presents a study of expression and the ratio of the components resilience and coping strategies as a basis for coping behavior of adolescents with severe impairment of renal functioning (chronic renal failure) and a mild (various kidney diseases). Analysis of the data allowed to formulate conclusions about the features of coping behavior of adolescents with impaired renal functioning of varying severity, which are in varying severity of the individual components of resilience and specific coping strategies; in the presence of similar and different resources for each of the test groups.

Keywords: coping behavior, resilience, coping strategies, impaired renal function.

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

Т.И. Иванова, О.Е. Крахмалева*, И.В. Гранкина*
**ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНЫХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ
ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМИ
ФОРМАМИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В УСЛОВИЯХ
ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА
(НА ПРИМЕРЕ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ)**

Омский государственный медицинский университет, Омская клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодников* (Омск).

Резюме. В статье представлен опыт организации специализированных программ реабилитации для детей с депрессивными и психопатоподобными психическими расстройствами на базе существующих отделений детско-подросткового психиатрического комплекса психиатрической больницы Омской области. Выделены индивидуальные подходы к реабилитации ребенка в зависимости от тяжести клинического проявления основного психопатологического синдрома, наличия психических расстройств, отягощающих существующую симптоматику, особенностей социального и культурного окружения ребенка, а также реабилитационного потенциала.

Ключевые слова: Дети, психические расстройства, депрессии, девиантное поведение, организация помощи.

Исследования последних десятилетий убедительно свидетельствуют об увеличении числа психически больных детей за счет роста в детской популяции расстройств поведения, резидуально-органической патологии, умственного дефицита и ретардации, аффективных, невротических и соматоформных расстройств [1, 3, 4, 5]. Среди спектра психических расстройств особое место занимают поведенческие нарушения и депрессивные расстройства. Так, по данным различных источников, распространенность психопатоподобного поведения среди детского населения составляет до 15,6%, а среди детей-пациентов психиатрических стационаров до 65% [7]. Распространенность депрессий в детской популяции варьирует в широких пределах от 0,4%–0,7 % до 25% [2]. Реализация научно-обоснованных программ лечения агрессивного поведения детей, а так же депрессивных расстройств позволит не только снизить количество детского преступного и суицидального поведения, но и повысить интеллектуальный потенциал ребенка, а так же профилировать возможность формирования криминогенных поступков, алкоголизма и наркомании в будущем.

Анализ зарубежного опыта реабилитации девиантных форм поведения и депрессивных расстройств у детей показал, что наиболее эффективным являются программы, реализуемые при активном участие не только психиатров, психотерапевтов, но и родителей, педагогов, психологов, социальных работников комплексно и последовательно [6, 8] в сочетании ресурсов как стационарного психиатрического звена, так и возможностей внебольничной помощи с использованием психотерапии, психотерапии, психологической и социальной поддержки. Однако современные реалии психиатрического сервиса, существующих в условиях дефицита финансирования, ограничивают возможности организации специализи-

рованных структурных подразделений помощи данному контингенту детей. С другой стороны, высокая социальная значимость и востребованность данной категории помощи детям актуализировала научные изыскания в направлении создания специализированных программ. В результате проведения научных исследований на территории Омской области были созданы две нозологически ориентированные эффективные программы реабилитации детей с психопатоподобными формами поведения и для детей с депрессивными расстройствами, реализуемые на базе детско-подросткового комплекса Омской клинической психиатрической больницы им. Н.Н. Солодникова (рис. 1).



Рисунок 1. Схема психиатрической службы для детей и подростков на территории Омской области.

В настоящее время детско-подростковый комплекс сформирован и функционирует в структуре КПБ им. Н.Н. Солодникова, являясь не только лечебным учреждением, но и областным методическим центром по вопросам организации оказания психиатрической помощи детям и подросткам на территории Омской области. В структуру комплекса входят детско-подростковое диспансерное отделение на 192

посещения в день с сельским консультативным приемом, дневной стационар на 50 мест, стационар на дому (отделение интенсивного оказания психиатрической помощи) на 45 мест, психиатрическое отделение для детей 7-14 лет на 70 коек и психиатрическое отделение для подростков 15-17 лет на 75 коек. Дети до 7 лет, проживающие в г. Омске, госпитализируются в психиатрическое отделение детской городской больницы № 1, развернутое на 30 коек, и в психоневрологическое отделение (30 коек). Дети до 7 лет из сельских районов области поступают на психоневрологические койки неврологического отделения Областной детской клинической больницы. Амбулаторная психиатрическая помощь приближена к населению, приемы детских психиатров осуществляются на базе детских поликлиник 5 административных округов г. Омска. Дети, проживающие в 32 сельских районах области, наблюдаются психиатрами центральных районных больниц, в четырех крупных сельских районах выделены должности детских психиатров.

Основываясь на возможностях существующих структурных подразделений, были созданы программы индивидуальных маршрутов детей, нуждающихся в специализированной помощи. Оценивалась степень тяжести клинического проявления основного психопатологического синдрома, наличия психических расстройств, отягощающих существующую симптоматику, особенностей социального и культурного окружения ребенка, а также реабилитационного потенциала. Оценка вышеуказанных составляющих проводилась при первичном обращении к участковому психиатру, который определял индивидуальный маршрут ребенка

Организация помощи детям с депрессивными нарушениями

Программа помощи детям с депрессивными нарушениями организуется с учетом выявленных особенностей клинической динамики депрессивных состояний на основании дифференцированного подхода к их направленному предупреждению и лечению, состоящего из последующих взаимосвязанных этапов:

Доклинический этап определяется необходимостью ранней диагностики депрессивных расстройств у детей. На данном этапе большая роль отводится участковым педиатрам, школьным психологам и педагогам. В рамках реализации данной организационной схемы лечения была проведена большая просветительская работа с указанными специалистами, направленная на выявления депрессивных расстройств у детей. Были выпущены методические рекомендации «Ранняя диагностика психических расстройств у детей», «Клинические особенности депрессивных расстройств в детском возрасте». Проведены целевые обучающие семинары с педиатрами, школьными психологами и педагогами.

Диагностический этап обеспечивает не только раннее выявление депрессивных расстройств у детей, но и позволяет осуществить лечебно-реабилитационные мероприятия, направленные на вторичную профилактику депрессивных расстройств. На данном этапе ребенок впервые получает специализированную помощь детского психиатра, работающего в структуре диспансерного отделения детско-подросткового комплекса Омской психиатрической больницы. Врачи диспансерного отделения детского подросткового комплекса Омской психиатрической больницы на базе участковых поликлиник проводят первичное психологическое и патопсихологическое обследование ребенка. При выявлении донозологических форм депрессивных расстройств рекомендуется превентивная фармакотерапия и проведение, психообразовательных программ для родителей и психокоррекционных для детей.

Превентивные психообразовательные программы для родителей включают образовательные беседы о проявлениях депрессивных расстройств у детей с учетом

клинических вариантов течения, патогенных и саногенных факторов, роли семьи и воспитания, имеющих значение для возникновения детских депрессий. Первичное семейное консультирование направлено на выравнивание нарушенной семейной иерархии, выявление патологизирующих форм воспитания в семье, объяснение последствий неправильного воспитания ребенка. С родителями проводятся психотерапевтические беседы методами рациональной и поведенческой психотерапии.

Психокоррекционные программы для детей объединяют превентивную лекарственную терапию ноотропными препаратами и психотерапевтическую работу, направленную на разрешения выявленного фактора психогении. Психотерапевтическая работа осуществляется методами игровой, групповой, гипносуггестивной, семейной когнитивно-поведенческой терапии, арт-терапии, интегративными моделями психотерапии.

При наличии диагностических сложностей или выраженных клинических проявлений депрессивных расстройств ребенок направляется на госпитализацию в стационарные отделения детско-подросткового комплекса.

Госпитальный этап: разделялся на две основные формы – госпитализация в условиях дневной формы пребывания и госпитализация в круглосуточный стационар. Помощь детям осуществляется полипрофессиональной бригадой в составе психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов, дефектологов, логопедов, педагогов и социальных работников. Критериями госпитализации в дневной стационар являются: проживание в г. Омске, наличие возможности у родителей ежедневного контроля состояния ребенка, желательно наличие полной семьи, налаживание комплаентных отношений с родителями, легкие и средней степени тяжести депрессивные расстройства без суицидальных тенденций. В стационар круглосуточного пребывания госпитализируются дети, проживающие в районах области, дети, остающиеся на длительное время без контроля родителей, дети из неблагополучных семей (алкоголизирующиеся родители, ведущие антисоциальный образ жизни), или дети, находящиеся на попечении органов опеки, дети с тяжелыми депрессивными состояниями с суицидальными тенденциями/попытками.

В условиях **психиатрического детского дневного** стационара ребенок находится в течение дня с возвращением домой в вечернее и ночное время. Данная форма стационарирования является предпочтительной в детском возрасте, так как ребенок с депрессивными проявлениями не подвергается дополнительным психотравмирующим воздействиям, связанным с нарушением привычного стереотипа жизнедеятельности. Большую часть времени ребенок находится в семье, что особенно важно для детей в возрасте от 6 до 14 лет в связи с онтогенетически обусловленными преобразованиями личности. Режим отделения соответствует режимным моментам детских дошкольных учреждений, инсталлированных в лечебно-образовательный процесс. Формирование атмосферы детского дошкольного учреждения имеет большое психотерапевтическое значение. В частности, формирование паттернов поведения онтогенетически более раннего уровня развития личности приводит к формированию регрессивных форм реагирования. В свою очередь это улучшает качество психотерапевтического процесса, позволяет проводить онтогенетически ориентированные психотерапевтические сеансы. Поскольку в детском возрасте большое значение имеет образовательный процесс, а интеллектуальное отставание ребенка, связанное со сложностями усвоения школьной программы, может привести к формированию дополнительного психотравмирующего воздействия на этапе выписки из отделения, что в свою очередь может усилить депрессивную симптоматику, при отделении работает школа для детей всех возрастов. При выписке ребенку выдается табель успеваемости,

оценки, полученные в отделении, официально переносятся в классный журнал, снимаемая необходимость отработки пропущенных дней.

Прием в отделение осуществляется врачами дневного стационара, минуя приемный покой. При приеме определяется соматический, неврологический и психиатрический статусы. Выявляется ведущий психопатологический синдром, оцениваются сопутствующие заболевания и намечается план обследования и лечения.

Госпитализация в условиях **круглосуточного стационара** осуществляется для детей, оставшихся без попечения родителей, проживающих в области, из социально неблагополучных семей и в связи с наличием тяжелых форм депрессивного расстройства. На этапе активного психофармакологического лечения ребенок находится под круглосуточным контролем медицинского персонала, постоянно находясь в отделении. В отделении работают воспитатели, организовывающие досуг детей с использованием базовых навыков игровой психотерапии. Также в отделении работают преподаватели общеобразовательной школы, обеспечивая на всем протяжении госпитализации занятия по индивидуальной программе школы, в которой ребенок занимался до госпитализации. При выписке из стационара ребенок получал табель успеваемости.

Амбулаторный этап лечения депрессивных расстройств начинается с момента перевода ребенка на амбулаторный режим наблюдения. При госпитализации в условиях дневного стационара ребенок переводится на режим полустационарного посещения (1–2 раза в неделю). Данная форма наблюдения позволяет контролировать состояние ребенка на этапе остаточных проявлений депрессивных расстройств. Основной задачей данного этапа служит наблюдение за состоянием ребенка при его возвращении в среду, приведшую к возникновению депрессивного расстройства. Вследствие этого ребенок находится под контролем психиатра оценивающего его психическое состояние и при необходимости имеющего возможность возобновить или видоизменить существующее лечение, и психотерапевта. Основным методом лечения на данном этапе служит оказание психотерапевтической помощи ребенку и его ближайшему окружению (семья, усыновители). Ребенок продолжает посещение психотерапевтических сессий индивидуального или группового характера, направленных на сохранение эмоционального состояния ребенка, привитие новых моделей и форм поведения в детской среде. Большая часть работы проводится с родителями детей с использованием методов семейной психотерапии.

При госпитализации ребенка в круглосуточный стационар ребенок выписывается под наблюдение участковых психиатров и психотерапевтов. Если ребенок воспитывается в условиях интернатного учреждения, контроль за его состоянием принимают психиатр и психолог данного учреждения совместно с участковым психиатром, посещающим это учреждение согласно штатному расписанию. Длительность данного этапа составляет от 15 до 30 дней, после чего ребенок выписывается из отделения под наблюдение врачей диспансерного детско-подросткового отделения. На данном этапе, контроль за состоянием ребенка осуществляет его семья, которая по мере необходимости обращается к участковому психиатру. Врачебный контроль за состоянием ребенка осуществляется путем телефонного консультирования 2 раза в месяц и ежемесячных контрольных осмотров в течение первого полугодия после выписки ребенка из стационара.

Контрольный этап осуществляется по мере наблюдения за состоянием ребенка в процессе диспансерного наблюдения. Раз в шесть месяцев ребенок осматривается психиатром, контролирующим психическое состояние детей. При необходимости медицинская сестра раз в год посещает ребенка на дому. Учитывая состояние ребенка, могут проводиться краткосрочные психотерапевтические курсы.

Организация помощи детям с психопатоподобными нарушениями поведения

При организации помощи детям с девиантными формами поведения были разработаны 3 модуля программ в зависимости от тяжести существующих расстройств поведения и актуальной социальной ситуации ребенка.

Программа реабилитации I для детей с легкими либо умеренно выраженными проявлениями психопатоподобного поведения, реализуемая посредством амбулаторной психиатрической помощи. Включает первичную консультацию участкового психиатра, амбулаторное еженедельное посещения психотерапевтических групп и групп психологического сопровождения с контролем психического состояния ребенка участковым психиатром. Участковым психиатром возможно назначение психофармакологических средств из группы корректоров поведения при необходимости, однако больший акцент отводился психотерапевтической помощи и социопсихологическому сопровождению ребенка и его семьи. Группы формируются на основании онтогенетических принципов: дети 12-14 лет и дети 15-17 лет. В терапевтические сессии активно привлекаются родители ребенка для создания терапевтического комплаенса и повышения эффективности реабилитационного потенциала группы. По мере реализации программы, по истечении 12 недель, проводится контрольное посещения психиатра для коррекции дальнейшей программы реабилитации, реализуемой в трех направлениях. Дети, не получившие ожидаемого положительного результата, переводятся на программу II; дети со стабильным улучшением, но сохраняющимися нарушениями поведения возвращаются на программу I; детям, получившим стойкий положительный результат, рекомендуется прекращение терапевтической сессии с последующим контролем психического состояния каждые 3 месяца.

Программа реабилитации II. Данная программа реализуется для детей с умеренными и выраженными нарушениями поведения, либо для детей, не получивших стойкого положительного результата по окончании первой реабилитационной программы. Данная программа реализуется средствами внебольничной помощи на базе отделения интенсивного оказания психиатрической помощи для детей и подростков. Включает госпитализацию в указанное отделение, назначение активной психофармакологической коррекции, ежедневные посещения психиатра, психотерапевта, психолога, социального работника в течение первых 2 недель госпитализации с постепенным переносом акцента с психофармакологического лечения в сторону медико-психологической коррекции нарушенным форм поведения. Программа занимает 4 недели, по окончании которой ребенок возвращается к реабилитационной программе I. В данной программе II подразумевается обязательное использование корректоров поведения. Контроль психического состояния ребенка проводился в течение первых 2 недель врачом отделения ежедневно. Одновременно с фармакологической коррекцией, ребенку проводится активная сессия с участием психотерапевта, медицинского психолога и социального работника. Группа психологического сопровождения организуется также для родителей ребенка или ближайшего социального окружения.

По окончании второй реабилитационной программы осуществляется контроль психического состояния ребенка для определения дальнейшего объема необходимой специализированной помощи: ребенок мог быть повторно отправлен на амбулаторную программу I, либо выписывался под амбулаторное наблюдение психиатра.

Программа реабилитации III. Данная программа организована для детей с выраженными формами нарушения поведения, либо для детей с нарушенными формами поведения и спектром других психических расстройств. Ребенок направляется на стационарное лечение для уточнения спектра психических расстройств и активной психофармакологической помощи. Сроки госпитализации зависят от результативности

проводимой терапии - в среднем от 1 до 2 месяцев. При госпитализации помощь осуществляется полипрофессиональной бригадой в составе психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов, дефектологов, логопедов, педагогов и социальных работников. На первых этапах проводится диагностика психического расстройства и выделяются мишени следующей активной фармакотерапии нарушенных форм поведения. По мере улучшения психического состояния подключаются индивидуальные психотерапевтические занятия с ребенком и образовательные беседы с родителями. Повышению терапевтической эффективности способствует вовлечение детей в образовательную деятельность: на всех сроках госпитализации ребенок продолжает обучаться по необходимым образовательным программам, а педагоги являются партнерами врачей в процессе реабилитации. К 3-й неделе госпитализации индивидуальные психотерапевтические занятия переходят в групповые психотерапевтические сессии, психологические и социальные тренинги. В зависимости от психического состояния ребенка после выписки он мог быть переведен на вторую или первую программу реабилитации для закрепления и сохранения терапевтического результата.

Таким образом, сформированные программы реабилитации детей с нарушенными формами поведения и депрессивными расстройствами оказывают длительную личностно-ориентированную помощь не только детям, но и их ближайшему окружению. Постоянный контроль психического состояния ребенка на всех этапах реабилитации, выбор индивидуального маршрута следования, объема реабилитационной помощи, стандартизированного специально разработанными модулями терапевтического вмешательства доказал свою высокую эффективность и может быть рекомендован для практического здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ключихина А.В., Гудинова Ж.В. Некоторые географические особенности формирования потерь здоровья вследствие психических расстройств у детей // Мат. Всерос. научно-практ. конф.: Актуальные вопросы психогигиены и охраны психического здоровья детей и подростков на современном этапе. М.: Издатель НЦЗД РАМН, 2007. С.120-122.

2. Карауш И.С., Куприянова И.Е. Депрессивные реакции и состояния у подростков с сенсорными нарушениями // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. Сборник тезисов XVII научной отчетной сессии НИИ психического здоровья (Томск, 6 октября 2015 г.) и II Российско-китайской научно-практической конференции «Актуальные вопросы биопсихосоциальной реабилитации пациентов с аффективными расстройствами» (Томск, 7 октября 2015 г.) / под ред. Н.А. Бохана. Томск, 2015. С. 181-183.

3. Куприянова И.Е., Рахмазова Л.Д., Агарков А.А., Стоянова И.Я., Солонский А.В., Гуткевич Е.В., Дашиева Б.А., Карауш И.С., Скороходова Т.Ф., Погорелова Т.В., Чернышева К.Г. Психическое здоровье детей и подростков с инвалидизирующими заболеваниями в регионе Сибири и дальнего востока (итоги комплексной темы НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН 2009-2011 гг.) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2013. № 4 (79). С. 63-67.

4. Куприянова И.Е., Семке В.Я., Лебедева В.Ф., Карауш И.С., Дашиева Б.А. Проблемы психического здоровья детей и подростков (обзор материалов III Всемирного конгресса по культуральной психиатрии) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2013. № 2 (77). С. 70-72.

5. Ястребов В.С. Психическое здоровье населения накануне третьего тысячелетия // Психиатрия и психофармакотерапия. 2001. № 1 (приложение). С.12-15.

1. Klochihina A.V., Gudina Zh.V. Nekotorye geograficheskie osobennosti formirovaniya poter' zdorov'ja vsledstvie psichicheskikh rasstrojstv u detej // Mat. Vseros. nauchno-prakt. konf.: Aktual'nye voprosy psihogigieny i ohrany psichicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov na sovremennom jetape. M.: Izdatel' NCZD RAMN, 2007. S.120-122.

2. Karaush I.S., Kuprijanova I.E. Depressivnye reakcii i sostojanija u podrostkov s sensornymi narushenijami // Aktual'nye voprosy psichiatrii i narkologii. Sbornik tezisov XVII nauchnoj otchetnoj sessii NII psichicheskogo zdorov'ja (Tomsk, 6 oktjabrja 2015 g.) i II Rossijsko-kitajskoj nauchno-prakticheskoy konferencii «Aktual'nye voprosy biopsihosocial'noj rehabilitacii pacientov s affektivnymi rasstrojstvami» (Tomsk, 7 oktjabrja 2015 g.) / pod red. N.A. Bohana. Tomsk, 2015. S. 181-183.

3. Kuprijanova I.E., Rahmazova L.D., Agarkov A.A., Stojanova I.Ja., Solonskij A.V., Gutkevich E.V., Dashieva B.A., Karaush I.S., Skorohodova T.F., Pogorelova T.V., Chernysheva K.G. Psichicheskoe zdorov'e detej i podrostkov s invalidizirujushimi zabolevanijami v regione Sibiri i dal'nego vostoka (itogi kompleksnoj temy NIR FGBU «NIIPZ» SO RAMN 2009-2011 gg.) // Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii. 2013. № 4 (79). S. 63-67.

4. Kuprijanova I.E., Semke V.Ja., Lebedeva V.F., Karaush I.S., Dashieva B.A. Problemy psichicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov (obzor materialov III Vsemirnogo kongressa po kul'tural'noj psichiatrii) // Si-birskij vestnik psichiatrii i narkologii. 2013. № 2 (77). S. 70-72.

5. Jastrebov V.S. Psichicheskoe zdorov'e naselenija nakanune tret'ego tysjacheletija // Psichiatrija i psihofarmakoterapija. 2001. № 1 (prilozhenie). S.12-15.

6. Ben-Yehuda, A., Aviram, S., Govezensky, J., Nitzan, U., Levkovitz, Y., Bloch, Y. Suicidal behavior in minors – Diagnostic differences between children and adolescents. // Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics. – 2012. - V. 33(7). – P. 542-547.

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

8. Sharon E. Clark; Susan J. Effectiveness of Day Treatment for Disruptive Behaviour Disorders: What is the Long-term Clinical Outcome for Children? // Can Acad Child Adolesc Psychiatry. – 2012 V. 21:3. – P.204-212.

T.I. Ivanova, O.E. Krakhmaleva*, I.V. Grankina*

**ORGANIZATION OF SPECIAL COMPLEX OF REHABILITATION
PROGRAMS FOR CHILDREN WITH SOCIALLY SIGNIFICANT TYPES
OF MENTAL DISORDERS IMPLEMENTED IN CONDITIONS
OF CHILD-ADOLESCENT MENTAL HEALTH FACILITIES
(OMSK REGION AS AN EXAMPLE)**

Omsk state medical university, N.N. Solodnikov Omsk regional clinical psychiatric hospital* (Omsk).

Summary. Article presents the experience in organizing and management of special rehabilitation programs for children with depressive and psychopathy-like mental disorders that was gained in departments of child and adolescent psychiatric care of Omsk regional psychiatric hospital. The individual approaches in care management for each child were applied. The type of approach depended on severity of manifestation for main mental syndrome, presence of mental disorders making current symptoms more severe, special properties of child's social and cultural environment and child's rehabilitation potential.

Keywords: children, mental disorders, depressions, deviant behavior, psychiatric care management.

Б.А. Дашиева*, С.В.Тюлюпо, А.В.Тюлюпо

**РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ
СЕЛЬСКИХ РОДИТЕЛЕЙ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЕТИ**
**НИИ психического здоровья*, Научно-исследовательский Томский гос-
ударственный университет (Томск).**

Резюме. На материале ретроспективного анализа карт индивидуального развития 153 сельских детей описаны формы медицинской активности их родителей. Характеристики родительского поведения как пользователей медицинского сервиса включают суженный спектр жалоб; узкий диапазон ситуаций обращения к врачу; фрагментарность поведения при проведении диагностических мероприятий; частичное выполнение врачебных рекомендаций; жесткое следование алгоритмам курации при оформлении социальных льгот. Обоснована целесообразность выявления психологических и социокультурных оснований родительского поведения.

Ключевые слова: сельские родители, медицинская активность, педиатрический сервис, перинатальная патология, комплаенс.

Качество сотрудничества родителей ребенка–пациента и врача рассматривается сегодня как ключевое условие достижения оптимального результата терапии в самом широком диапазоне клинических ситуаций [11, 12, 13]. Наиболее освещаемые аспекты родительского поведения в этом контексте – комплаенс и соблюдение режима (или врачебных предписаний). Однако, с нашей точки зрения, гораздо ранее, чем можно будет судить о специфике комплаенса, должна себя проявить готовность и способность родителей в принципе инициировать и последовательно поддерживать взаимодействие с врачом в обстоятельствах, когда состояние здоровья ребенка требует медицинской помощи и ухода. Такую способность мы рассматриваем как важную составляющую медицинской активности родителей в амбулаторной сети. Ее несформированность ставит под вопрос саму возможность достижения комплаенса. Вместе с этим исключается возможность для медицинских работников как-либо влиять на результат курации ребенка в конкретной ситуации или на протяжении всего периода курации.

Актуальность данной статьи определена взаимосвязью двух феноменов, описывающих проблематику организации медицинской помощи детям села. Первым из них является специфический социокультурный ландшафт и архитектура социальной инфраструктуры конкретной общности, являющейся средой и для развития ребенка, и для существования его семьи [5]. Вторым – поведение родителей как основной фактор, обеспечивающий онтологический базис развития и здоровья ребенка [1]. Эти два феномена и спектр раскрывающих их явлений сопряжены сложными и многоуровневыми связями. Однако интегративным результатом их влияний является общий уровень здоровья детского населения сельской популяции.

Показатели здоровья детей, проживающих сегодня в условиях сельских сообществ регионов Сибири, трудно назвать удовлетворительными [3]. Традиционно это принято объяснять спецификой первого из указанных нами факторов [2]. Однако не оспаривается роль семейного уклада как одного из мощных модуляторов влияний макросредовых факторов на здоровье и развитие ребенка. Например, степень удовлетворенности потребности ребенка в медицинской помощи напрямую зависит от того, насколько эффективны родители в использовании возможностей доступной медицинской инфраструктуры [6]. Тем не менее, качество медицинской активности населения отражено только в единичных отечественных исследованиях [8]. При этом системных описаний поведения сельских родителей

как пользователей педиатрического сервиса нам обнаружить не удалось. Между тем в зарубежной научной традиции медицинская активность различных групп населения освещена достаточно широко [11]. Получаемые в этом контексте данные учитываются при оптимизации режимов медицинской помощи. Однако данные подобного рода не могут быть перенесены в принципиально иные социокультурные условия без соответствующей адаптации к ним. Таким образом, в пределах данной статьи, мы фокусируем свое внимание именно на поведении родителей сельских детей как пользователей педиатрического сервиса.

Представленные в статье данные получены в контексте медико-психологического сопровождения образовательного процесса на базе средней общеобразовательной школы села Лучаново Томского района. Оно осуществлялось в соответствии с темой научно-исследовательской работы НИИ психического здоровья «Клинико-биологические и социально-психологические закономерности формирования непсихотических психических расстройств в условиях Сибири (онтогенетический и реабилитационный аспекты)». Как один из значимых социально-психологических факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья детей и подростков, рассматривалось поведение родителей. В пределах статьи мы стремились раскрыть характерные для сельской среды варианты родительского поведения в пространстве медицинского сервиса, ретроспективно обнаруживаемые в медицинской документации ребенка.

Материалы и методы. Выборку документов составили карты индивидуального развития ребенка (КИР) 153 учащихся в возрасте от 7 до 18 лет. Доступ к документам получен на основании добровольного информированного согласия родителей. Условием их включения в выборку являлось наличие хотя бы одного признака из следующих. Во-первых, наличие в КИР диагноза «Перинатальное поражение ЦНС» (ПП ЦНС) или указаний на клинические симптомы его резидуальных состояний. Во-вторых, наличие клинических признаков психических и неврологических состояний, имеющих патогенетическую связь с ПП ЦНС, обнаруженных при обследовании детей. Критерием исключения из выборки являлось наличие последствий тяжелых перинатальных поражений ЦНС, при которых компенсация достижима лишь при применении высокотехнологичных средств, не доступных в условиях первичного звена здравоохранения, либо указание на наличие таких поражений в КИР.

Выбирая в качестве критерия включения в выборку именно эту нозологию, мы руководствовались следующим. ПП ЦНС является наиболее распространенным диагнозом, устанавливаемым на ранних этапах онтогенеза. Связанная с этим диагнозом проблематика проявляется на протяжении длительного периода развития в широком спектре симптомов. Они накладывают отпечаток на функционирование всех уровней системной организации жизнедеятельности. Диапазон клинических проявлений включает вариативные соматические дисфункции, неврологические синдромы, затруднения в формировании высших психических функций; нарушения эмоциональной регуляции и поведенческие нарушения. В то же время проблематика, обусловленная этой патологией, в большинстве случаев хорошо поддается коррекции, вплоть до ее полной редукции. Особенно важно, что ключевым условием достижения устойчивой компенсации первичного поражения является последовательность усилий родителей в использовании элементарных возможностей поликлинического медицинского сервиса. Это фармакотерапия, физиотерапия, массаж, лечебная гимнастика, логопедическая коррекция. Применение высокотехнологичных средств современной медицины в этих случаях не целесообразно. Таким образом, мы рассматриваем поведение родителей, направленное на разрешение проблематики ПП ЦНС и отраженное в текстах КИР, как частный эмпирический референт более общего феномена – их поведения как пользователей массово доступного медицинского сервиса.

Эмпирический доступ к феномену родительского поведения мы обеспечили ретроспективно. С этой целью мы применили клинико-биографический анализ содержаний КИР ребенка. Данный документ известен как форма 112 и отражает весь процесс медицинской курации ребенка от рождения до 18 лет. С нашей точки зрения, любые содержания медицинской документации, отражающие процесс курации ребенка, могут быть рассмотрены как результат коммуникации родителей и специалистов медицинского сервиса. Алгоритм использования карты как протокола этого взаимодействия разработан нами на основании идей Жака Деррида. Он представлен в диссертационном исследовании С.В. Тюлюпо [10]. Единицу анализа в этом контексте составлял законченный паттерн медицинской курации ребенка, нашедший отражение в карте. Выделяя варианты поведения родителей, мы уделяли особое внимание полноте врачебного освидетельствования и объему диагностических и терапевтических мероприятий в двух принципиально различных ситуациях. Во-первых, в случаях самообращения родителей, обнаруживших неблагополучие в здоровье ребенка самостоятельно. Во-вторых, в случае обнаружения такового врачом или другим медработником, работающим с ребенком. Возможность выделения этих типов ситуаций обоснована нами ранее [9].

На основании традиционного клинико-биографического анализа карты оценивалась потребность ребенка в проведении лечебных и реабилитационных мероприятий, обеспечивающих контроль проявлений ПП ЦНС и сопряженных с этим состояний. Динамика клинического статуса ребенка, как результат совместных усилий родителей и специалистов медицинского сервиса, оценивалась на основании сопоставления клинико-биографических данных КИР с актуальным клиническим статусом ребенка.

Результаты. В группе обследованных детей 45,1% имели нарушения психического функционирования. Спектр нозологических форм психических расстройств включал: расстройства психологического развития ($n=34$), расстройства поведения и эмоций с началом в детском и подростковом возрасте ($n=14$); расстройства, связанные с дисфункцией головного мозга и умственная отсталость легкой степени ($n=13$), невротические расстройства ($n=8$). Еще 18,3% детей имели нарушения донозологического регистра. Неврологическая патология диагностирована у 27,5% учащихся. Патогенез обнаруженных состояний сопряжен с проявлениями ПП ЦНС.

Состояния этого рода в значительной степени могли быть скорректированы последовательными реабилитационными мероприятиями. Наши респонденты не имели каких-либо организационных или экономических препятствий для их проведения. Следовательно, основным фактором, определившим качество реабилитации детей, явилось поведение родителей как пользователей медицинского сервиса. Но в какой степени, оно действительно способствовало коррекции описанных нами состояний? Анализ содержания записей КИР показал, что несмотря на широкий спектр состояний, предполагающих целесообразность врачебного вмешательства, диапазон ситуаций, в которых родители вообще обращались к врачу, был крайне узок. Чаще всего такие ситуации были сопряжены с соблюдением обязательного регламента вакцинации или оформления ребенка в детское дошкольное учреждение. Однако в традиции российского здравоохранения вопрос о проведении вакцинации решается родителями под выраженным давлением медперсонала. Тем более что без выполнения прививочного календаря, как и без соответствующего медицинского обследования, ребенок часто не допускается в детский сад или школу. То есть поведение родителей было детерминировано макросоциальными факторами.

Вторую по встречаемости группу ситуаций составили случаи, связанные с возникновением соматического заболевания. В этих обстоятельствах большинство карт отражало крайне короткий период посещений родителями врача в случаях возникновения острых заболеваний. Независимо от возраста ребенка или тяжести

заболевания родители могли сделать не более одного двух-двух посещений на протяжении курации, даже в весьма тяжелых случаях. При возникновении или обострении заболеваний хронического регистра поведение родителей мало менялось. Оно оставалось фрагментарным независимо от объема рекомендаций врача по обследованию ребенка, необходимого для установления диагноза или реабилитации. Вполне возможно, что такое поведение родителей становилось причиной позднего обнаружения хронической патологии. Так, например, ее проявления становились случайной находкой при плановой диспансеризации учащихся старших классов, проводимой уже без активного участия родителей.

Особую группу случаев, когда родители закономерно обращались к специалисту, составили ситуации, связанные с нарушениями социального поведения, проявляющимися в образовательном процессе. В большинстве этих случаев обращения родителей к специалисту были инициированы педагогами. При детальном клинико-биографическом исследовании мы обнаруживали взаимосвязь подобных нарушений со спецификой симптомокомплекса ПП ЦНС. Диагноз ПП ЦНС мог быть установлен уже в раннем возрасте. Проявления нарушенного поведения были заметными для родителей. При их расспросе оказывалось, что нарушения охватывали достаточно широкий спектр ситуаций. Тем не менее родители не обращались к психоневрологу. Так, нередко наличие неврологической патологии впервые устанавливалось на медико-психолого-педагогической комиссии, проводимой по инициативе школы.

Еще одна группа ситуаций была сопряжена с регламентом получения социальных льгот, связанных с установлением и поддержанием статуса инвалидности. В нашей выборке всего 4 таких наблюдения. Тем не менее эти ситуации отражают достаточно выраженный уровень активности родителей. Регламент установления и поддержания статуса инвалидности предполагает необходимость множественных и многоуровневых обследований ребенка. В их число входит реабилитация на базе стационаров и местных санаториев. Таким образом, данные случаи отражали состоятельность сельских родителей реализовать широкий доступ к возможностям здравоохранения. Однако их поведение в клинических ситуациях, не связанных с инвалидизирующей патологией, оставалось фрагментарным. Рекомендации врача выполнялись лишь частично. Мы предполагаем, что природа таких рассогласований в поведении родителей, имеющих детей инвалидов, в значительной степени объяснима их рентными установками. Хотя, безусловно, это явление имеет более сложную природу и включает вариативные факторы социально-психологического и психологического характера, связанные иногда парадоксальным образом [7].

Еще один обнаруженный нами феномен можно описать как сужение спектра жалоб, активно предъявляемых врачу. Родители предъявляли жалобы только при наличии грубых, социально очевидных проявлений. Например, недержание кала или мочи в ситуациях, когда ребенка оформляют в детский сад или детский лагерь. Характерным для записи невропатолога было сочетание фраз типа «Жалоб не предъявляют» или «Жалоб нет» с последующим указанием на неврологическую симптоматику. Примерами таковых являются косоглазие, тремор подбородка, неправильная установка стоп при ходьбе, искривления конечностей, уплощение затылка, задержка физического или речевого развития (в том числе, ползания, ходьбы, прорезывания зубов), низкая прибавка в весе или отставание в росте. Ранее мы показывали, что такие симптомы легко распознают родители городской группы [4]. По всей видимости, сельские родители либо не распознавали эти состояния ребенка, либо не воспринимали их как повод для обращения к врачу.

Описанные паттерны курации и предъявления жалоб были характерными для подавляющего большинства документов (около 80%). Однако в нескольких случаях (около 9%) врачебная курация носила принципиально иной характер. При установле-

нии диагноза ПП ЦНС карты отражали развернутый план реабилитационных мероприятий, реализованных родителями в амбулаторных условиях. Отсроченное установление диагноза, как правило, было сопряжено с активным предъявлением этими родителями различных жалоб, которые отражали как нервно-психическую, так и соматическую компоненту статуса ребенка. В курацию ребенка были включены невропатолог, хирург-ортопед, психоневролог, логопед. Реабилитация детей часто осуществлялась на базе профильных специализированных учреждений (детский реабилитационный центр, логопедические отделения). Родители использовали возможности санаторно-курортного лечения и технологической базы научных медицинских учреждений областного центра. Такая последовательность обнаруживала себя и в случае возникновения острых инфекционных заболеваний. Родители обращались к специалистам в первые дни болезни, завершали лечение контрольным визитом к врачу, выполняли полный объем рекомендаций по обследованию и лечению.

Интересно, что две описанные тенденции практически полностью охватывают всю выборку изученных нами документов. Но какова природа такого принципиального и асимметричного расщепления форм родительского поведения? Пренебрежение рекомендациями врача не является исключительной прерогативой сельского населения и обнаруживается в поведении городских пациентов. Однако ранее, изучая те же аспекты поведения родителей городской группы, мы обнаружили бóльшую вариабельность реализуемых ими стратегий [10]. Каковы причины сужения диапазона их варьирования в сельской группе? Частично ответить на этот вопрос помогло обращение к социально-демографическим и социально-экономическим характеристикам семей, отраженным в картах. Обнаруженные результаты в некоторой степени прояснили ситуацию. Все родители, систематически и последовательно использующие возможности медицинского сервиса, имели высокий образовательный уровень и социальный статус. Две матери являлись сотрудниками медицинских учреждений города. То есть все вошедшие в данную группу родители имели образовательный и культурный уровень, значительно облегчающий навигацию в весьма сложном поле социальных регламентов, определяющих доступ к возможностям медицинского сервиса. Напротив, группа родителей, использующая их фрагментарно, характеризовалась низким образовательным уровнем. Около 3% родителей не закончили даже среднюю школу. Никто из родителей не имел высшего образования, 59% были заняты в сфере низко квалифицированного труда; 28% матерей и 16% отцов не имели постоянной работы. Таким образом, можно предполагать, что дефицит промежуточных стратегий поведения в поле медицинского сервиса в некоторой степени связан с полярностью социальных характеристик семей, составляющих сельскую общность.

Заключение. Программы и алгоритмы медицинского сопровождения сельских детей должны включать распознавание неготовности родителей к инициации и развитию взаимодействия с медработниками. Своевременное выявление и оценка дефицита медицинской активности родителей позволяет контролировать связанные с этим риски для здоровья детей, проживающих в сельских районах. Мы полагаем, что ретроспективный анализ поведения родителей на основании медицинской документации ребенка может с успехом использоваться в этих целях. Его применение позволяет обнаружить достаточно устойчивые характеристики активности родителей в поле педиатрического сервиса. В настоящем исследовании родительского поведения сельских детей выделены такие характеристики, как: сужение набора жалоб, низкая активность в ситуации инициирования обращения, неполный объем выполнения рекомендаций врача по обследованию и лечению, незавершенность курации, избирательная активность при оформлении социальных льгот. Мы рассматриваем эти особенности поведения родителей как интегра-

тивный результат взаимодействия социально-географических, социально-экономических, организационных и психологических факторов. В силу своей природы и масштаба многие из них не доступны контролю из профессионально-ролевой позиции рядового работника педиатрического сервиса (врача, медсестры или фельдшера). Однако, точно идентифицируя определяемую их сочетанным действием специфику поведения родителей в поле педиатрического сервиса, любой из медработников, обеспечивающих сопровождение ребенка в амбулаторном режиме может оптимизировать свое взаимодействие с пациентом и его семьей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонов А.И., Малявин С.И. Исследование образа жизни сельской семьи (результаты одновременного опроса отцов, матерей и их детей в 20 регионах России) // Вестник Московского университета. – 2005. – № 3. – С. 123–135.
2. Бударин Г.Ю., Подольская М.Н., Хуако Г.А. Обеспечение прав пациентов сельской местности на качественную медицинскую помощь // Социальное и пенсионное право. – 2013. – № 2. – С. 35–40.
3. Дашиева Б. А. Пограничные нервно-психические расстройства у бурят и русских, учащихся сельских общеобразовательных школ: Автореф. дис. канд. мед. наук. – Томск, 2004. – 23 с.
4. Кривоногова Т.С., Бабилова Я.А., Левицкая Т.Е., Тюлюпо С.В., Тренькаева Н.А. Тенденции отражения симптомокомплекса ПП ЦНС в жалобах матери при взаимодействии с педиатром // Сибирский психологический журнал. – 2016. – № 59. – С. 108–124.
5. Лихачев Н.Е. Сельская община как объект социологического анализа // Итоги научных исследований ученых МГУ им. А.А. Кулешова в 2013 г. : сб. науч. ст. / под ред. А.В. Иванова, Е.К. Сычевой. – Могилев: УО «МГУ им. А.А. Кулешова», 2014. – С. 8–12.
6. Монахов М.В. Влияние качества жизни семей на состояние здоровья детей. Электронный ресурс // Социальные аспекты здоровья населения: электрон. науч. журн. – 2009. – том 12. Выпуск 4: URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/150/30/lang.ru>. (дата доступа 30.05.2016).
7. Морозова Е.В. Парадоксы и факторы детерминации социальных и личностных конфликтов, связанных со статусом «инвалид» // Электронный ресурс. Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2013. – № 1 (1). – URL: <http://medpsy.ru/climp>. (дата доступа 30.05.2016)
8. Николаева Е.И., Меренкова В. С. Влияние особенностей привязанности матери к ребенку первых лет жизни и ее реагирование в эмоциональной ситуации на здоровье ребенка // Вопросы психологии. - 2010. - № 2. - С. 65–72.
9. Тюлюпо С.В. Карта индивидуального развития ребенка как объект клинико-биографического анализа // Ж-л Томского государственного университета. – 2010. – С. 164–167.
10. Тюлюпо С.В. Структурно-функциональная модель материнской компетентности в прогнозе здоровья ребенка: дис. ... канд. психол. наук. – Томск, 2011. – 280 с.

1. Antonov A.I., Maljavin S.I. Issledovanie obraza zhizni sel'skoj sem'i (rezul'taty odnovernennogo oprosa otcov, materej i ih detej v 20 regionah Rossii) // Vestnik Moskovskogo universiteta. – 2005. – № 3. – S. 123–135.

2. Budarin G.Ju., Podol'skaja M.N., Huako G.A. Obespechenie prav pacientov sel'skoj mestnosti na kachestvennuju medicinskuju pomoshh' // Social'noe i pensionnoe pravo. – 2013. – № 2. – S. 35–40.

3. Dashieva B. A. Pogranichnye nervno-psihicheskie rasstrojstva u burjat i russkih, uchashhihsja sel'skih obshheobrazovatel'nyh shkol: Avtoref. dis. kand. med. nauk. – Tomsk, 2004. – 23 s.

4. Krivonogova T.S., Babikova Ja.A., Levickaja T.E., Tjuljupo S.V., Tren'kaeva N.A. Tendencii otrazhenija simptomokompleksa PPCNS v zhalobah materi pri vzaimodejstvii s pediatrom // Sibirskij psihologicheskij zhurnal. – 2016. – № 59. – S. 108–124.

5. Lihachev N.E. Sel'skaja obshhina kak ob#ekt sociologicheskogo analiza // Itogi nauchnyh issledovanij uchenyh MGU im. A.A. Kuleshova v 2013 g. : sb. nauch. st. / pod red. A.V. Ivanova, E.K. Sychevoj. – Mogilev: UO «MGU im. A.A. Kuleshova», 2014. – S. 8–12.

6. Monahov M.V. Vlijanie kachestva zhizni semej na sostojanie zdorov'ja detej. Jelektronnyj resurs // Social'nye aspekty zdorov'ja naselenija: jelektron. nauch. zhurn. – 2009. – tom 12. Vypusk 4: URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/150/30/lang.ru>. (data dostupa 30.05.2016).

7. Morozova E.V. Paradoksy i faktory determinacii social'nyh i lichnostnyh konfliktov, svjazannyh so statusom «invalid» // Jelektronnyj resurs. Klinicheskaja i medicinskaja psihologija: issledovanija, obuchenie, praktika: jelektron. nauch. zhurn. – 2013. – № 1 (1). – URL: <http://medpsy.ru/climp>. (data dostupa 30.05.2016)

8. Nikolaeva E.I., Merenkova V. S. Vlijanie osobennostej privjazannosti materi k rebenku pervyh let zhizni i ee reagirovanie v jemocional'noj situacii na zdorov'e rebenka // Voprosy psihologii. – 2010. – № 2. – S. 65–72.

9. Tjuljupo S.V. Karta individual'nogo razvitija rebenka kak ob#ekt kliniko-biograficheskogo analiza // Zh-l Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. – 2010. – S. 164–167.

10. Tjuljupo S.V. Strukturno-funkcional'naja model' materinskoj kompetentnosti v prognoze zdorov'ja rebenka: dis. ... kand. psiholog. nauk. – Tomsk, 2011. – 280 s.

11. Allen K.D., Warzak W.J., The problem of parental nonadherence in clinical behaviour analysis: Effective treatment is not enough // J. Appl. Behav. Anal. – 2000. – №33. – P. 373–391.

12. Klok T., Kaptein A.A., Brand P.L.P. Improving adherence in paediatric respiratory disease // Breathe. – 2013. – №9. – P. 269–277. doi:10.1183/20734735.002513.

13. Winnick S., Lucas D.O., Hartman A.L., Toll D. How do you improve compliance? // Pediatrics. – 2005. – № 115. – P. 718–e724. doi:10.1542/peds.2004–1133.

B.A.Dashieva *, S.V.Tyulyupo , A.V.Tyulyupo

A RETROSPECTIVE ASSESSMENT OF PARENTAL MEDICAL ACTIVITY WITHIN THE RURAL PEDIATRIC HEALTH SERVICES

Mental Health Research Institute (Tomsk)*, Tomsk State University (Tomsk).

Summary. The forms of medical activity of parents in rural areas are described on a material of a retrospective analysis of Cards of Individual Development (COID) of their children. Features parental behavior as users of health services include a narrowed range of complaints; narrow range of situations to see a doctor; fragmentation of conduct for diagnostic procedures; partial implementation of medical recommendations; strict adherence to the algorithms of Supervision at the design of social benefits. The identifying the psychological and socio-cultural foundations of such parental behavior could be advisable.

Keywords: parents in rural areas, medical activity, pediatric services, perinatal brain damage, compliance.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДИСГАРМОНИЧНОГО
ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ
С ШИЗОИДНО-ЭПИЛЕПТОИДНОЙ АКЦЕНТУАЦИЕЙ ХАРАКТЕРА**
Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер
(Воронеж).

Резюме. Психосексуальное развитие - это активный процесс развития личности в акмеологическом контексте. Психосексуальное развитие на фоне акцентуаций характера представляет интерес изучения самой проблемы дисгармоний развития. Данная статья представляет клинико-психологический анализ психосексуального развития в пубертате и опытно экспериментальную проверку психокоррекционной работы.

Ключевые слова: психосексуальное развитие, дисгармония, подростки, акцентуация.

Введение. Пубертатный период (12-18 лет) - период психосексуального и полового развития - критический период в анатомическом, психологическом и социальном развитии человека. В это время завершается оформление той схемы поведения, которая будет существенно влиять на физическое, психическое и сексуальное здоровье, на всю дальнейшую общественную и личную жизнь [4]. Ряду авторов принадлежит разработка основных принципов психокоррекции акцентуаций характера и дисгармоничного психосексуального развития (ПСР) у подростков [1, 2, 5, 7, 8, 11, 12, 14 и др.].

Актуальность проблемы обусловлена результатом социальных изменений в динамике российского общества. Сексуальность вошла в структуру социальных ценностей россиян, что повлекло за собой рост напряжения и дизадаптацию в психосексуальных отношениях. Недостаточно внимания уделено ПСР при различных акцентуациях характера в пубертате [4, 6, 7, 8].

Целью настоящего исследования являлось изучение проблемы дисгармоничного ПСР в пубертатном периоде у девочек-подростков с шизоидно-эпилептоидной акцентуацией характера для дальнейшего формирования психокоррекционных мероприятий.

Задачи исследования: изучить дисгармоничное ПСР при шизоидно-эпилептоидной акцентуации характера в пубертате и провести опытно-экспериментальную проверку проделанной психокоррекционной работы.

Объект исследования: девушки-подростки в возрасте 16-18 лет. Исследование проводилось анонимно на базе Воронежского областного клинического психоневрологического диспансера, Воронежского экономико-правового института (ВЭПИ), Бутурлиновского медицинского техникума в течение 2005–2010 гг.

Методы исследования: теоретический анализ, биографический метод (анамнез), беседа, наблюдение, праксиметрический метод (медицинские карты), опросный метод, формирующий эксперимент, методы статистической обработки данных. Опросник ММРІ-566, тестовая методика «Сексуальный профиль». Проективные методики «Рисунок человека», «Нарисуй себя», «Рисунок семьи» также использовались в психокоррекционных целях.

В эмпирическом исследовании приняли участие 2 группы испытуемых девушек в общем количестве 100 человек, в возрасте 16–18 лет, обратившиеся на прием в диспансер по поводу сексуальных проблем по инициативе родителей, ча-

ще матерей: из них 50 – экспериментальная группа, 50 – контрольная группа (без психокоррекционного этапа).

1. Для изучения эмоционально-волевой сферы на предмет наличия или отсутствия шизоидных или эпилептоидных личностных особенностей, а также маскулинности-фемининности применялся Миннесотский многоаспектный личностный (ММПИ-566) [9]. Данная методика является одной из основных в сексологической практике, применяется как в России, так и за рубежом. В ходе исследования девочек-подростков с помощью ММПИ-566 нами была выявлена акцентуация по шизоидно-эпилептоидному типу, на что указывают повышения по 8 (шизофрении), 6 (паранойальности), 4 (психопатии), 9 (гипомании) шкалам выше нормативной составляющей 70 t-баллов с высоким уровнем в крайней нормативной зоне 70,86 t-баллов в экспериментальной и 70,75 t-баллов в контрольной группе по 7 шкале (психастении), что говорит о высоком уровне личностной тревожности и потребности в безопасности. Повышение 5 шкалы (фемининности, маскулинности) в контрольной и экспериментальной группах говорит о частичной, (от 60 до 75 t-баллов) либо полной (выше 75 t-баллов) трансформации полоролевого поведения, что составляет по 22% испытуемых в каждой из групп.

2. Методика «Сексуальный профиль» О.Ф. Потемкиной использовалась для диагностики сексуальной культуры, выявления особенностей в сексуальном поведении, диагностики фемининности [10].

Соотношение уровней сексуального профиля у девочек-подростков при шизоидно-эпилептоидном типе характера, распределение шкал теста Сексуальный профиль идентично у испытуемых в двух группах. Как в первой группе так и во второй статистически значимых отличий выявлено не было ($p > \pm 0,05$ по всем шкалам), что говорит об однородности выборки.

Статистическая значимость различий между двумя группами испытуемых фиксировалась нами на основании сравнения средних показателей по критерию Стьюдента при уровне значимости 5%.

Итак, согласно средним показателям методики Сексуальный профиль нами выявлен повышенный уровень по шкале гиперсексуальность 7,36 экспериментальной и 6,9 контрольной группах. Также выявлен высокий уровень по шкале корысть в экспериментальной 6,98 и 6,14 контрольной группах, что указывает на ориентацию на материальные блага при выборе сексуального партнера. Следует выделить высокий пик по шкале ревность 6,56 в экспериментальной группе и несколько ниже показатель 5,4 в контрольной группе. Завышенный показатель по шкале экспрессивность 6,28 в экспериментальной и несколько ниже показатель 5,55 в контрольной группе указывает на бурное проявление чувств, сексуального влечения и раскованность в сексуальных реакциях. Необходимо обратить внимание на шкалу разнообразие, где выявлено некоторое повышение средних значений как экспериментальной группе 5,52, так и несколько ниже в контрольной 4,7 группе, что говорит о разнообразии сексуальных контактов, их способов и форм.

Низкие показатели по таким шкалам, как жертвенность (4,14 в экспериментальной группе и среднее 5,08 в контрольной группе), нежность (4,1 контрольной группе и 3,3 в экспериментальной группе), любовь как высшая ценность (2,96 в экспериментальной группе и 4,55 в контрольной группе). Также необходимо обратить внимание на шкалу ответственность, которая также в экспериментальной (3,32) и контрольной (3,87) группах имеет довольно таки низкие показатели средних значений. Очень низкий уровень фемининности как в контрольной (3,44) группе, так и в экспериментальной (2,28) указывает на преобладание факторов в

сторону маскулинности, что также, как отмечалось выше, указывает на полную либо частичную трансформацию полоролевого стереотипа.

3. Проективная методика «Рисунок человека» К. Махвер использовалась для оценки особенностей ПСР, а также в процессе психокоррекционной работы: исследование ПСР, выявление особенностей осознания половой принадлежности, формирования полового самосознания и формирования стереотипа полоролевого поведения [15].

На первом этапе было предложено нарисовать себя. Девочки-подростки обеих групп в 100% случаев нарисовали человека женского пола. Это говорит о благополучном прохождении I этапа формирования полового самосознания, осознании половой принадлежности и ее необратимости.

На следующем этапе тестирования было предложено нарисовать человека. В 22% случаев девочки-подростки нарисовали рисунок противоположного себе пола (футболист, юноша атлетического телосложения и т. п.), носящие характер гипермаскулинного типа, что указывает на полную трансформацию полоролевого стереотипа. Рисунки человека мужского пола, которые нами наблюдались в 78% случаев, свидетельствуют о частичной трансформации полоролевого стереотипа. Все это указывает на дисгармоничное ПСР II этапа формирования стереотипа полоролевого поведения.

Данные, полученные в ходе эмпирического исследования, были обработаны путем качественного и количественного анализа с помощью t-критерия Стьюдента и линейного коэффициента корреляции Пирсона.

Психологический портрет акцентуации характера по шизоидно-эпилептоидному типу получен в ходе наблюдения за испытуемыми, опроса испытуемых девочек-подростков.

Как правило, конкретно-действенное мышление [13] всегда превалирует над образным и приводит к шаблонно регламентированному стилю мышления. Имеют место противоречивое сочетание гиперсоциальных установок наряду с антисоциальными поступками. Умозаключения иррациональны при внешней рациональности мышления, стремлении к доминированию и власти. Любят порядок и дисциплину, порою нарушая те принципы, которым следуют. Внутренняя гиперсексуальность (влечение), внешняя асексуальность. Выражена диспропорция со способностью чувствовать, ощущать, интуитивно понимать, слушать, мечтать, фантазировать, получать удовольствие от произведений искусства. Испытуемые отличаются упрямством, конфликтностью, дерзостью, ревностью, лживостью, скупостью, наблюдаются зависть и мстительность, недостаточно адаптированы в социуме, в том числе и социосексуально.

Психокоррекционная составляющая работы

Новизна нашего психокоррекционного подхода к построению работы состоит в сочетании программ не только групповых и индивидуальных занятий, но и в сочетании различных методов и подходов в коррекции акцентуаций характера и дисгармоний ПСР в целом.

В конкретном случае применялись такие методы, как аутотренинг, суггестивная психотерапия, рациональная психотерапия, арт-терапия и др. Для психологической коррекции дисгармоний ПСР использовался подход, предложенный В.М. Масловым [8] и элементы игровой психотерапии. Группы были смешанными и состояли из девочек и мальчиков подросткового возраста с шизоидными, истероидными, эпилептоидными и невротическими паттернами.

Этапы психокоррекционной работы с подростками:

подготовительный этап – знакомство с биографией (анамнез), жалобами, семейными проблемами, с сексуальной жизнью и т. д.;

второй этап – коррекция, собственно групповые занятия. Динамика – от знакомства с членами группы до проигрывания сложных ситуаций, проблем отдельных участников. Психокоррекция данного этапа была направлена на развитие гуманистических, нравственных отношений между участниками программы, а также на развитие эмоционально-волевых качеств личности, в том числе и стимулирование эмоциональности, которые выражаются в поступках и действиях: поддержать, уступить, помочь. Также данный этап направлен на психологическое сопровождение ПСР с акцентом на коррекцию сильных сторон и компенсацию слабых, индивидуально-психологических и социосексуальных особенностей подростков;

заключительный этап – закрепление, происходят изменения в поведении подростков на занятиях, изменение взаимоотношений с членами группы (развитие общения вне группы: участники перезваниваются, вместе гуляют), изменение внешнего вида для некоторых участников (начинают следить за собой, проявляют опрятность). Происходит изменение социосексуальных ценностей, особенностей, присущих данной личностной структуре, и форм сексуального поведения (проявление полноценного платонического либидо, проявление удовлетворенности психосексуальной жизнью, значительное ослабление маскулинных проявлений и формирование фемининных). В некоторых ситуациях приходилось повторно организовывать занятия.

Собственно коррекция дисгармоний ПСР, а именно:

–искажения полоролевых аспектов (частичная либо полная трансформация полоролевого стереотипа);

–редуцирования формирования платонической стадии ПСР;

–ретардации формирования эротической стадии ПСР;

–формирования сексуальных девиаций у девочек-подростков.

Достигалась:

–*устранением личностных дисгармоний* - решение коммуникативных проблем, в том числе и гетерогенных, обретение навыков взаимопонимания, уважения и т. д. (произошла минимизация влияния акцентуации);

–*изменением стереотипов полоролевого поведения* - устранение полной и сглаживание частичной трансформации полоролевого стереотипа в сторону фемининности;

–*устранением дисгармоний ПСР* - сводилась к «повторению» искаженных или пропущенных стадий и фаз II (формирование стереотипа полоролевого поведения) и III этапа (формирования психосексуальных ориентаций и т. д.).

По существу психологическая работа осуществлялась торможением второго и третьего компонентов влечения (либидо) [9].

Коррекционная составляющая II этапа ПСР: формирование полоролевых установок в сторону фемининности достигалось с помощью ролевых игр, направленных как в прошлое, так и в будущее, а также при использовании настоящего (поход по аудитории за ручку, игра в доктора и пациента, разыгрывание сцен жениха и невесты, мужа и жены). Разыгрывались и женские, и мужские роли, где главный принцип вжиться в роль. Психологическая коррекция проводилась как индивидуально, так и в небольших группах до 10 человек.

Коррекционная составляющая III этапа ПСР:

–благополучное прохождение платонической стадии;

- формирование эротической стадии, первая фаза (эротические фантазии), вторая фаза (эротические игры);
- формирование сексуальной стадии, первая фаза (сексуальные фантазии), вторая фаза (начало психосексуальной жизни).

Первым моментом коррекции была помощь в выборе партнера тем, у кого его не было. Объект подбирался совместно с девочками. Основными критериями были общие интересы, индивидуальная привлекательность и особенности характера, а не доступность, также девушки обращали внимание на семью. Далее отрабатывалась приемлемая модель поведения в процессе знакомства, платонического ухаживания, перехода к дальнейшему знакомству. Поскольку все партнеры, их поведение и ситуация знакомств отличались друг от друга, постепенно методом проб и ошибок (как это должно было быть при правильном развитии в пубертате) отрабатывался динамический стереотип сексуального поведения. Анализировались неудачи и успехи подбора партнера. Главное, в конечном счете, что все эти стадии девочка проходила с одним партнером. Если партнер по каким-либо причинам «отпадал» на любом этапе формирования сексуальных отношений, то с другим партнером начинали все сначала с учетом прошлого опыта.

Цель коррекции - пребывание полноценно в трех стадиях III этапа формирования психосексуальных ориентаций, сексуальные связи отодвигались дальше.

Результаты опытно-экспериментальной работы

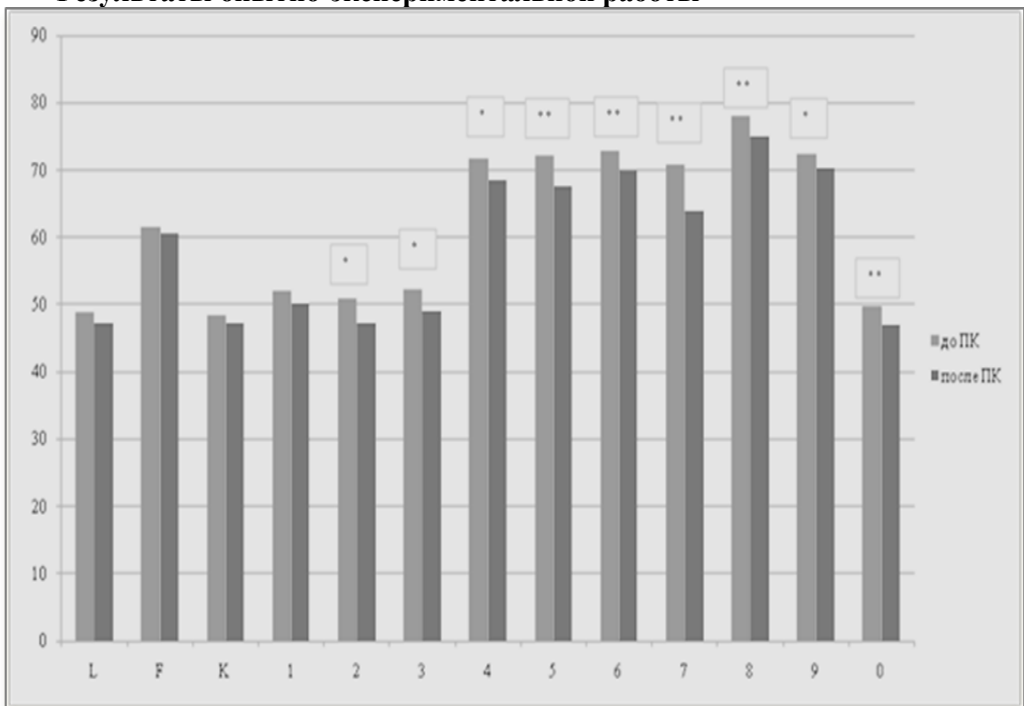


Рисунок 1. Соотношение шкал ММПИ-566 у девочек-подростков с шизоидно-эпилептоидной акцентуацией характера при дисгармоничном ПСР экспериментальной группы до психологической работы и после. Статистически значимые значения отмечены звездочками (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$).

Как видно на гистограмме (рис. 1.), до и после психологической работы наблюдается значительное снижение практически по всем шкалам ММПИ-566, что свидетельствует о положительном влиянии психологической работы. Все шкалы

находятся в средней нормативной зоне 70 t-баллов и ниже, кроме 8 (шизофрении). В целом можно сказать об улучшении общего самочувствия, снижении деструктивной конфликтности, значительном снижении личностной тревожности, на что указывает понижение 7 шкалы (психастении) при сохранении структурных личностных особенностей, присущих данной личности. В целом можно сказать, что дисгармонии эмоционально-волевой сферы при выявленном типе акцентуации характера частично устранены.

После психологической работы проведено повторное исследование с помощью тестовой методики сексуальный профиль, результаты данного исследования представлены на гистограмме (рис. 2).

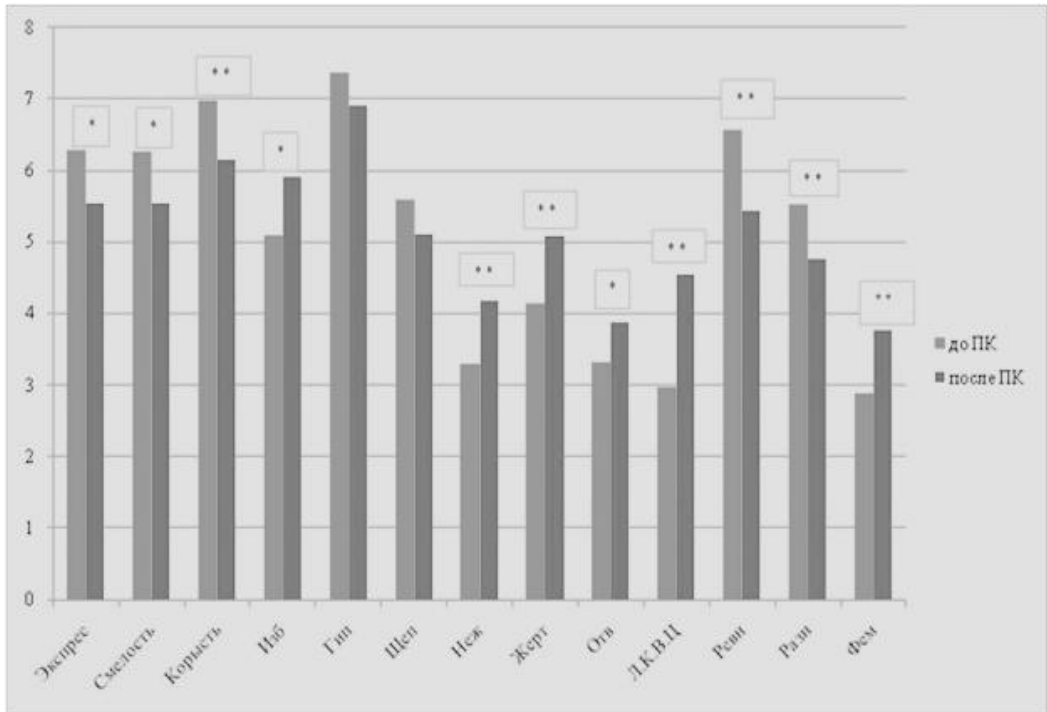


Рисунок 2. Соотношение шкал теста сексуальный профиль у девочек-подростков с дисгармоничным ПСР при шизоидно-эпилептоидной акцентуации характера экспериментальной группы до психологической работы и после. Статистически значимые значения отмечены звездочками (* $p<0,05$; ** $p<0,01$).

Наблюдается снижение по шкалам экспрессивность и ревность, где выражение чувств по отношению к сексуальному партнеру стало более адекватным. Снижение показателей шкалы смелость говорят в пользу возврата качеств личности, наиболее присущих женскому полу, при сохранении частичной трансформации полоролевого стереотипа. Уменьшение показателей по шкале корысть свидетельствует о меньшей увлеченности материальными благами при выборе сексуального партнера.

Повышение по шкале избирательность и снижение по шкале гиперсексуальность указывают на то, что девочки-подростки стали избирательнее при выборе сексуального партнера. Значительное повышение по шкалам нежность, жертвенность, ответственность, любовь как высшая ценность свидетельствует о нормализации и гармоничности платонического либидо. Повышение по шкале феминин-

ность говорит о ликвидации полной трансформации и снижении частичной трансформации полоролевого стереотипа. Снижение по шкале разнообразия указывает на нормализацию сексуальной жизни в выборе сексуального партнера.

В целом девочки-подростки стали более адекватны в выражении собственных чувств, менее ревнивы, более женственны и ответственны в сексуальных контактах за сексуального партнера, удовлетворены сексуальной жизнью, социосексуально адаптированы.

Социосексуальная адаптация проявилась в устранении желания иметь однополые половые связи, что вызвано прежде всего устранением полной трансформации полоролевого стереотипа и снижением частичной трансформации, научением новым социальным установкам, а также уменьшением влияния акцентуации характера и дисгармоничного фактора сексуальной культуры девочек-подростков.

Таким образом, в целом можно считать, что главная цель – устранение дисгармоний ПСР и личностных дисгармоний, изменение стереотипов социосексуального поведения в акмеологическом контексте – достигнута. Роль проведенной работы как средства психопрофилактики дисгармоничного ПСР и личностных дисгармоний представляется очевидной.

Выводы

1. Анализ литературы по проблеме исследования показал недифференцированность подходов к проблеме дисгармоний ПСР в пубертате при шизоидно-эпилептоидной акцентуации характера.

2. Выявлен и описан дисгармоничный тип акцентуации характера по шизоидно-эпилептоидному типу девочек-подростков: при дисгармониях ПСР. Изучены как психологические особенности девочек-подростков при шизоидно-эпилептоидном типе акцентуации характера, так и особенности ПСР.

3. Выявлены дисгармонии ПСР, а именно:

- искажение полоролевых аспектов (частичная либо полная трансформация полоролевого стереотипа);
- редуцирование формирования платонической стадии ПСР;
- ретардации формирования эротической стадии ПСР;

4. С учетом выявленных психологических особенностей подростков была разработана программа психологической коррекции дисгармоний ПСР в пубертате при шизоидно-эпилептоидной акцентуации характера. Ведущими методами психологической работы при акцентуациях характера и дисгармониях ПСР в пубертате явились рациональная психотерапия, суггестивная психотерапия, игровая психотерапия, арт-терапия, гештальт-терапия и пр.).

5. Комплексность психотерапевтического подхода показала положительные результаты в работе как с дисгармоничной структурой личности, так и с дисгармониями ПСР. Группы были организованы не только с различными пограничными состояниями, но и по половому принципу, с участием обоих полов.

6. В целом девочки-подростки стали более адекватны в выражении собственных чувств, менее ревнивы, более женственны и ответственны в сексуальных контактах и за сексуального партнера, удовлетворены социосексуальной жизнью. Произошли изменения социосексуальных ценностей, особенностей, присущих данной личностной структуре, и форм сексуального поведения (проявление полноценного платонического либидо, проявление удовлетворенности психосексуальной жизнью, значительное ослабление маскулинных проявлений и формирование фемининных).

7. Анализ проведенной работы позволил сделать вывод о достаточно высо-

кой степени эффективности предложенного подхода психологической помощи. В перспективе предполагается изучение дисгармоний ПСР, связанных с другими сочетаниями акцентуаций характера в пубертате, проведение эмпирического исследования на базе средних и высших учебных заведений.

8. Данная статья может быть полезна врачам-сексологам, психиатрам, психологам, врачам общей практики, эндокринологам, учителям школ и преподавателям средних и высших учебных заведений. Также данное исследование полезно для государственно-общественных целей, так как необходимо ставить вопрос о социализации сексуальной культуры в обществе, что в дальнейшем может положительно повлиять на ПСР подростков, на сохранение социальных институтов (семей) и т. д.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Пограничная психиатрия (Антология отечественной медицины) / Ю.А. Александровский. – М.: РЛС, 2006. – 1280 с.
2. Березин, Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф.Б. Березин. – Л.: Наука, 1988. – 267 с.
3. Божович Л.И. Психологические особенности развития личности подростка / Л.И. Божович. – М.: Знание, 1979. – 39 с.
4. Васильченко Г.С. Сексопатология: Справочник / Под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.
5. Ковалев В.В. Нарушения поведения у детей и подростков (Особенности клиники, терапии и социальной адаптации) / В.В. Ковалев. – М., Моск. НИИ психиатрии, 1981. – 288 с.
6. Кришталь В.В., Григорян, С.Р. Сексология. Учебное пособие / В.В. Кришталь, С.Р. Григорян – М.: ПЕР СЭ, 2002. – 879 с.
7. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А.Е. Личко. – Л.: Медицина. Ленинградское отделение, 1983. – 255 с.
8. Маслов В.М. Лечебная практика при задержках психосексуального развития. – В кн.: Лечение половых расстройств / В.М. Маслов. – Киев, 1982. – С. 63-66.
9. Методика многостороннего исследования личности в клинической медицине и психогигиене. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Рожанец Р. Б. – М.: Медицина, 1976. – 186 с.
10. Потемкина О.Ф. Психология сексуальности / О.Ф. Потемкина – М.: ИП РАН, 2003. – С. 56–79.
11. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского; 2-е изд. – СПб.: Питер, 2002. – 1024 с.
12. Свядощ А.М. Психотерапия / А.М. Свядощ. – СПб.: Питер, 2000. – С. 96–129.
13. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛ / Л.Н. Собчик – СПб.: Речь, 2000. – 219 с.
14. Эйдемиллер, Э.Г. Групповая психотерапия у подростков с пограничными нервно-психическими расстройствами / Э.Г. Эйдемиллер // Ж. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1990. – № 5. – С. 118–125.

1. Aleksandrovskij Ju.A. Pogranichnaja psihiatrija (Antologija otechestvennoj mediciny) / Ju.A. Aleksandrovskij. – M.: RLS, 2006. – 1280 s.
2. Berezin, F.B. Psihicheskaja i psihofiziologicheskaja adaptacija cheloveka / F.B. Berezin. – L.: Nauka, 1988. – 267 s.
3. Bozhovich L.I. Psihologicheskie osobennosti razvitija lichnosti podroostka / L.I.

Bozhovich. – M.: Znanie, 1979. – 39 s.

4. Vasil'chenko G.S. Seksopatologija: Spravochnik / Pod red. G.S. Va-sil'chenko. - M.: Medicina, 1990. - 576 s.

5. Kovalev V.V. Narushenija povedenija u detej i podroستkov (Osobennosti kliniki, terapii i social'noj adaptacii) / V.V. Kovalev. – M., Mosk. NII psihiatrii, 1981. – 288 s.

6. Krishtal' V.V., Grigorjan, S.R. Seksologija. Uchebnoe posobie / V.V. Krishtal', S.R. Grigorjan – M.: PER SJe, 2002. – 879 s.

7. Lichko A.E. Psihopatii i akcentuacii haraktera u podroستkov / A.E. Lichko. – L.: Medicina. Leningradskoe otdelenie, 1983. – 255 s.

8. Maslov V.M. Lechebnaja praktika pri zaderzhkah psihoseksual'nogo razvitija. – V kn.: Lechenie polovyh rasstrojstv / V.M. Maslov. – Kiev, 1982. - S. 63-66.

9. Metodika mnogostoronnego issledovanija lichnosti v klinicheskoj medicene i psihogigiene. Berezin F. B., Miroshnikov M. P., Rozhanec R. B. - M.: Medicina, 1976. - 186 s.

10. Potemkina O.F. Psihologija seksual'nosti / O.F. Potemkina – M.: IP RAN, 2003. – S. 56–79.

11. Psihoterapevticheskaja jenciklopedija / pod red. B.D. Karvasarskogo; 2-e izd. - SPb.: Piter, 2002. –1024 s.

12. Svjadoshh A.M. Psihoterapija / A.M. Svjadoshh. – SPb.: Piter, 2000. – S. 96–129.

13. Sobchik L.N. Standartizirovannyj mnogofaktornyj metod issledovanija lichnosti SMIL / L.N. Sobchik – SPb.: Rech', 2000. – 219 s.

14. Jejdemiller, Je.G. Gruppovaja psihoterapija u podroستkov s pogranichnymi nervno-psihicheskimi rasstrojstvami / Je.G. Jejdemiller // Zh. nevropatol i psihiatr im. S.S. Korsakova. – 1990. – № 5. – S. 118–125.

15. Machover, K. Personality projection in the drawing of the human figure. Springfield: Charles C. Thomas, 1949. –181 p.

D.A. Donskoy

PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF DISHARMONIOUS PSYCHOSEXUAL DEVELOPMENT WITH THE ACCENTUATION OF CHARACTER IN ADOLESCENT GIRLS

Voronezh regional clinical mental hospital (Voronezh).

Summary. Psychosexual development is an active process of personality development in the context of acmeological. Psychosexual development on the background of the character accentuation is of interest to study the problem of disharmony of psychosexual development. This article provides a clinical-psychological analysis of psychosexual development puberty and experimental validation of psycho-correction work.

Keywords: psychosexual development, disharmony, adolescents, accentuation.

Т.П. Бартош, О.П. Бартош

ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОДРОСТКОВ-УРОЖЕНЦЕВ СЕВЕРА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ

Научно-исследовательский центр «Арктика» ДВО РАН (Магадан).

Резюме. В работе представлены результаты исследования психического состояния подростков, родившихся в г. Магадане, с разным уровнем нервно-психической адаптации. Показано, что подростки обоего пола с низким уровнем нервно-психической адаптации по сравнению со сверстниками демонстрируют более выраженные проявления тревожности, вегетативной лабильности, социальной фрустрированности, агрессивные, враждебные и аутоагрессивные (у мальчиков) реакции.

Ключевые слова: подростки, нервно-психическая адаптация, тревожность, агрессивные реакции, фрустрация, Север.

Введение. Данные литературы указывают на увеличение распространенности нервно-психических нарушений в подростковых популяциях за счет пограничных невротических и личностных расстройств [1, 10]. Результаты углубленных медицинских осмотров свидетельствуют о негативной динамике показателей здоровья и функциональных возможностей подрастающего поколения, влиянии соматических расстройств на психическое развитие и социальную адаптацию детей [1]. В условиях Северо-Востока на процесс онтогенеза человека влияет целый комплекс природно-климатических и социально-экономических факторов, которые предъявляют повышенные требования к физиологическим и психическим ресурсам человека. Уже с раннего возраста организм северян испытывает напряжение различных функциональных систем, центральной нервной системы и психической сферы [2-4]. Особо значимыми психологическими свойствами, влияющими на адаптацию в детско-подростковом возрасте, являются особенности эмоционального статуса и эмоционального реагирования (эмоциональная устойчивость, уровень тревожности) и личностные качества ребенка [11]. В районах с неблагоприятными климато-географическими условиями можно ожидать повышение риска развития психической дизадаптации. Показатели уровня нервно-психической адаптации отражают уровень психического здоровья, являются важным критерием социально-психологической адаптированности человека [5, 10].

Нарушение психической адаптации выражается в проявлениях тревоги, депрессии, фрустрации, агрессивных реакциях, невротизации, психопатизации и связанного с ними психовегетативного синдрома [8, 9]. Поэтому актуальным является исследование функционального состояния детского населения с предпатологическими, преморбидными, нарушениями. Актуально проведение скрининговых исследований по выявлению среди школьников групп риска по уровню нервно-психической адаптации.

Цель: исследование особенностей психического состояния у подростков Магадана с разным уровнем нервно-психической адаптации.

Объект и методы исследования. Обследованы 282 учащихся 13-16 лет, уроженцев Севера (162 девочки и 120 мальчиков) гимназий №№ 1, 13, 30 г. Магадана. Для оценки актуального психического состояния применяли стандартизи-

ванные методики. Уровень ситуативной (СТ) и личностной (ЛТ) тревожности определяли с помощью методики Спилбергера-Ханина [7]. Также применяли методику «Уровень социальной фрустрированности подростковый» (УСФ-п). Опросник позволяет определить риск нарушения психической адаптации в различных социальных сферах. Методика включает 20 аспектов личностно-социальных взаимоотношений, удовлетворенность которыми испытуемый оценивает по пятибалльной шкале. Степень вегетативной лабильности определяли по опроснику СВЛ (методики разработаны в НИПНИ им. В.М. Бехтерева). Для определения форм агрессивных и враждебных реакций использовали опросник А. Басса и А. Дарки [7]. Опросник выявляет формы агрессии: физическая агрессия (ФА) – использование физической силы против другого лица; косвенная агрессия (КА) – окольным путем направленная на другое лицо или ни на кого не направленная; вербальная агрессия (ВА) – выражение негативных чувств как через форму (крик, визг), так и через содержание словесных ответов (проклятия, угрозы); раздражение – готовность к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении (вспыльчивость, грубость); негативизм – оппозиционная манера в поведении от пассивного сопротивления до активной борьбы против установившихся обычаев и законов; обида – зависть и ненависть к окружающим за действительные и вымышленные действия; подозрительность – недоверие и осторожность по отношению к людям, убеждение в том, что другие люди планируют и приносят вред. Чувство вины (ЧВ) выражает возможное убеждение субъекта в том, что он является плохим человеком, а также ощущаемые им угрызения совести. Индекс враждебности (ИВ) включает в себя показатели Обиды и Подозрительности, Индекс агрессивных реакций (ИАР) составляют три формы агрессии и Раздражение.

Распределение по группам производили на основании теста нервно-психической адаптации (НПА) [6]. Тест НПА включает 26 утверждений, отражающих невротические и неврозоподобные проявления в эмоционально-аффективной сфере. Итоговая оценка соотносится с основными категориями шкалы адаптации, определяя место индивидуума на континууме нервно-психической адаптации. В итоге, выделили 4 группы: 1-я – девочки с высоким баллом (более 30) по шкале НПА (70 чел., 43%) низкоадаптированные; 2-я – девочки с низким баллом НПА (92 чел., 57%), высокоадаптированные; 3-я – мальчики с высоким баллом НПА (45 чел., 37%), низкоадаптированные; 4-я – мальчики с низким баллом НПА (75 чел., 63 %), высокоадаптированные.

Статистическая обработка проведена с использованием стандартного приложения Excel к лицензионному пакету Windows-97 и пакета прикладных программ Statistika-6. Для каждого изучаемого параметра вычислялись среднее арифметическое (M), ошибка репрезентативности средней (m). Зависимость параметров устанавливали с помощью коэффициента корреляции Спирмена. Для определения статистической значимости различий использовался расчет значений t -критерия Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование показало, что у 43% девочек и 37% мальчиков отмечались нарушения нервно-психической адаптации. Согласно опроснику НПА, среди девочек наиболее распространены жалобы на сниженное или подавленное настроение, изменение настроения без видимых причин; раздражительность, вспыльчивость; склонность к слезам, беспричинную тревогу (46%). Неуверенность в себе и своих силах отметили 28% подростков обоего пола. Наличие сильного чувства вины – у 40% девочек и 23% мальчиков. В табл. 1 представлены данные исследования психологических показателей подростков с учетом уровня нервно-психической адаптации.

Таблица 1.

Психологические показатели подростков Магадана в зависимости от уровня нервно-психической адаптации ($M \pm m$)

Исследуемые параметры (баллы)	Девочки		Мальчики	
	1-я группа (n=70)	2-я группа (n=92)	3-я группа (n=45)	4-я группа (n=75)
Нервно-психическая адаптация	42±1,5	17±0,7*	35±1,2	13±0,6*
Ситуативная тревожность	44±1,5	37±1,1*	40±1,3	36±0,9*
Личностная тревожность	46±1,4	36±1,2*	41±1,1	35±0,9*
Степень вегетативной лабильности	23 ±0,9	17 ±0,8*	21 ±1,4	12±0,8*
Уровень социальной фрустрированности	2±0,1	1,7±0,1*	1,9±0,1	1,6±0,1*

*- достоверное различие при $p < 0,05$.

Показатели СТ и ЛТ у низкоадаптированных подростков обоего пола значимо ($p < 0,05$) выше, чем у высокоадаптированных. Причем, среднегрупповые значения ЛТ у девочек 1-й группы соответствовали высокой тревожности, то есть нарушения в сфере нервно-психической адаптации отражаются на свойствах личности. Также подростки обоего пола с низкой нервно-психической устойчивостью демонстрировали значимо ($p < 0,05$) более выраженные проявления вегетативной лабильности (ВЛ). В целом, согласно опроснику СВЛ, у девочек максимальное число утверждений пришлось на головные боли (75%); рябь в глазах (70%); часто встречаются головокружение и потемнение в глазах при ортостатической пробе (66%). Наиболее часто встречающимися утверждениями у мальчиков были жалобы на головные боли; на потребность в сне более 8 часов (59%) и трудности засыпания (54%). При этом 45% девочек и 57% мальчиков отмечали признаки, оцениваемые как метеочувствительность; около 40% подростков указывали на разного рода аллергические проявления. Исследование выраженности фрустрированности показало, что более фрустрированными являются ученики с низкой нервно-психической устойчивостью ($p < 0,05$).

Профиль агрессивных и враждебных реакций представлен на рис. 1-2.

Как девочки, так и мальчики с низкой нервно-психической устойчивостью значимо отличаются ($p < 0,05$) от высокоадаптированных сверстников более выраженными проявлениями КА, Р, Об, ПОД и ЧВ (у мальчиков). Средний показатель ИВ у девочек 1-й группы значимо превышал таковой у девочек 2-й группы ($12 \pm 0,41$ и $9 \pm 0,41$ баллов соответственно, $p < 0,05$). В группе низкоадаптированных мальчиков уже оба показателя ИАР и ИВ превышали аналогичные по отношению к высокоадаптированным сверстникам. Так, средний показатель ИАР составил 25 ± 1 и $22 \pm 0,66$ баллов соответственно, $p < 0,05$; ИВ 10 ± 1 баллов и $8 \pm 0,42$ соответственно, $p < 0,05$. Таким образом, подростки обоего пола с низким уровнем нервно-психической устойчивости отличаются от своих сверстников более выраженными проявлениями СТ и ЛТ, ВЛ, социальной фрустрированности, раздражительности, обиды, подозрительности, косвенной агрессии, чувством вины, характеризуются более высокими агрессивными и враждебными реакциями. У низкоадаптированных мальчиков более выражены аутоагрессивные тенденции.

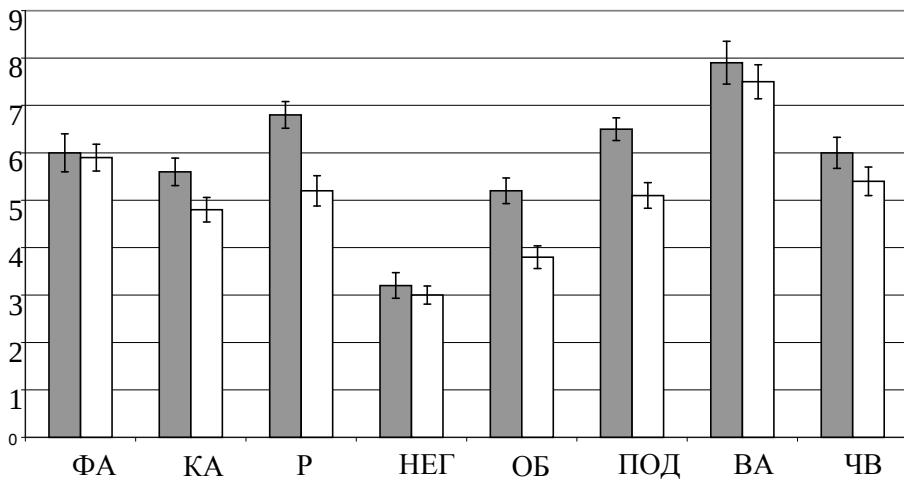


Рисунок 1. Профиль агрессивных и враждебных реакций у девочек-подростков с разным уровнем нервно-психической устойчивости (темно-серым цветом выделены подростки с низким уровнем нервно-психической устойчивости; белым цветом - подростки с высоким уровнем нервно-психической устойчивости. ФА – физическая агрессия; КА – косвенная агрессия; Р – раздражение; НЕГ – негативизм; ОБ – обида; ПОД – подозрительность; ВА – вербальная агрессия; ЧВ – чувство вины.

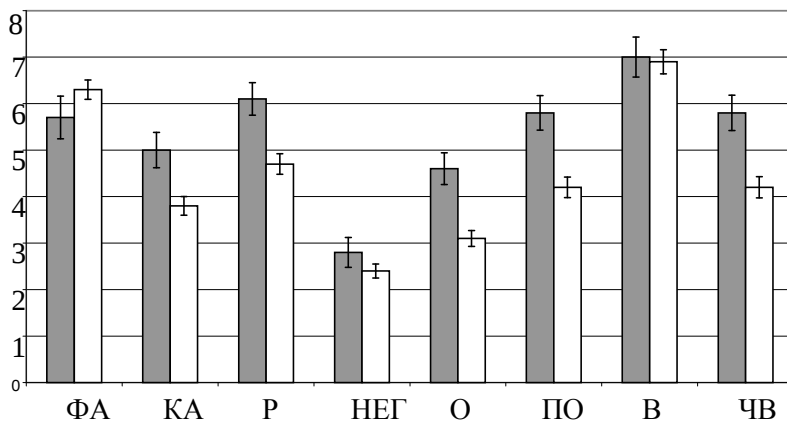


Рисунок 2. Профиль агрессивных и враждебных реакций у мальчиков-подростков с разным уровнем нервно-психической устойчивости (обозначения те же).

Известно, что фрустрация является одним из источников тревожности, раздражительности, неуверенности в себе, агрессивных реакций и, наконец, неврозов. В свою очередь, показатели подозрительности, обиды и чувства вины отражают невротические реакции. Поэтому мы можем говорить о взаимодополняющем воздействии агрессивных, враждебных и фрустрационных реакций и о вероятности риска дисгармоничных психических состояний, конфликтности, нарушений поведения в группах низкоадаптивных, способных привести к психической дизадаптации.

Корреляционный анализ данных показал высокую силу связи показателя НПА с ЛТ у лиц обоего пола ($r=0,65-0,70$, $p<0,01$). Также регистрировались положительные взаимосвязи показателя НПА с параметрами УСФ-п ($r=0,47$, $p<0,01$), СВЛ ($r=0,50$, $p<0,01$), Обиды ($r=0,34$, $p<0,05$), Раздражения ($r=0,25$, $p<0,05$), КА ($r=0,25$, $p<0,05$), а также ИАР и ИВ ($0,45-0,52$) ($p<0,05$).

Выявленные корреляционные связи свидетельствуют о формировании у подростков с низким уровнем нервно-психической адаптации симптомокомплекса эмоциональных нарушений, в рамках которых наблюдается сочетание вегетативной лабильности, раздражительности, тревожных, фрустрационных, агрессивных и враждебных реакций.

Заключение. Исследование показало существенные отличия показателей психического состояния подростков обоего пола с низким уровнем нервно-психической устойчивости по сравнению с высокоадаптированными сверстниками. В итоге низкоадаптированные подростки являются достаточно уязвимой группой, у них большая напряженность адаптивных механизмов и затрат психофизиологических резервов организма, что требует самого пристального внимания профессионалов в сфере психического здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. и др. Оценка нервно-психического здоровья и психофизиологического статуса детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах. Пособие для врачей. - М.: НЦЗД РАМН, 2005. - 108 с.
2. Бартош Т.П., Бартош О.П., Мычко М.В. Нарушения в психоэмоциональной сфере у старшеклассников Магадана // Вестник СВНЦ ДВО РАН. - 2011. - № 4. - С. 24-29.
3. Бартош Т.П., Бартош О.П., Мычко М.В. Функциональное состояние центральной нервной системы у подростков с признаками нарушения психической адаптации // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2012. - № 3 (72). - С. 8-12.
4. Бартош Т.П., Бартош О.П., Мычко М.В. Выраженность акцентуаций характера у подростков Магадана в зависимости от уровня нервно-психической адаптации // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2013. - № 6. - С. 39-45.
5. Гулин А.В., Зайцева С.Д., Засядько К.И. Нервно-психическая устойчивость подростков с нарушением коммуникативной функции как основа их нервно-психической адаптации // Вестник ТГУ. - 2010. - Вып. 1 (81). - С. 214-219.
6. Гурвич И.Н. Тест нервно-психической адаптации // Вестник гипнологии и психотерапии. - 1992. - № 3. - С. 46-53.
7. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособие / Д.Я. Райгородский. - Самара: БАХРАХ-М, 2011. - 672 с.
8. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. - Воронеж: НПО «Модэк», 2000. - 304 с.
9. Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство - М: Независимая фирма «Класс», 2005. - 592 с.
10. Сухотина Н.К. Донозологические формы нервно-психических расстройств у детей. Сообщение 1 // Социальная и клиническая психиатрия. - 2008. - Вып. № 1. - Т. 18. - С. 75-80.
11. Шевченко Ю.С. Концепция комплексной многоуровневой терапии детей и подростков (на модели психогенных психосоматических расстройств) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2010 (10). - № 1. - С. 19-29.

1. Baranov A.A., Kuchma V.R., Suhareva L.M. i dr. Ocenka nervno-psihicheskogo zdorov'ja i psihofiziologicheskogo statusa detej i podrostkov pri profilakticheskikh medicinskih osmotrah. Posobie dlja vrachej. – M.: NCZD RAMN, 2005. – 108 s.
2. Bartosh T.P., Bartosh O.P., Mychko M.V. Narushenija v psihosocial'noj sfere u starsheklassnikov Magadana // Vestnik SVNC DVO RAN. – 2011. – № 4. – С. 24-29.
3. Bartosh T.P., Bartosh O.P., Mychko M.V. Funkcional'noe sostojanie central'noj nervnoj sistemy u podrostkov s priznakami narushenija psihicheskoy adaptacii // Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii. – 2012. – № 3 (72). – С.8-12.
4. Bartosh T.P., Bartosh O.P., Mychko M.V. Vyrazhennost' akcentuacij haraktera u podrostkov Magadana v zavisimosti ot urovnja nervno-psihicheskoy adaptacii // Reprodukivnoe zdorov'e detej i podrostkov. – 2013. – № 6. – С. 39-45.
5. Gulin A.V., Zajceva S.D., Zasad'ko K.I. Nervno-psihicheskaja ustojchivost' podrostkov s narusheniem kommunikativnoj funkcii kak osnova ih nervno-psihicheskoy adaptacii // Vestnik TGU. – 2010. – Vyp. 1 (81). – С. 214-219.
6. Gurvich I.N. Test nervno-psihicheskoy adaptacii // Vestnik gipnologii i psihoterapii. – 1992. – № 3. – С. 46-53.
7. Prakticheskaja psihodiagnostika. Metodiki i testy: ucheb. posobie / D.Ja. Rajgorodskij. – Samara: BAHRAH-M, 2011. – 672 s.
8. Prihozhan A.M. Trevozhnost' u detej i podrostkov: psihologicheskaja priroda i vozrastnaja dinamika. – Voronezh: NPO «Modjek», 2000. – 304 s.
9. Sandomirskij M.E. Psihosomatika i telesnaja psihoterapija: Prakticheskoe rukovodstvo - M: Nezavisimaja firma «Klass», 2005. – 592 s.
10. Suhotina N.K. Donozologicheskie formy nervno-psihicheskikh rasstrojstv u detej. Soobshhenie 1 // Social'naja i klinicheskaja psichiatrija. – 2008. – Vyp. № 1. – Т. 18. – С. 75-80.
11. Shevchenko Ju.S. Konceptcija kompleksnoj mnogourovnevoj terapii detej i podrostkov (na modeli psihogennyh psihosomaticheskikh rasstrojstv) // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2010 (10). – № 1. – С. 19-29.

T.P. Bartosh, O.P. Bartosh

PSYCHIC STATE OF THE NORTH BORN ADOLESCENTS IN DEPENDENCE ON NEURO-PSYCHIC ADAPTATION LEVEL

Scientific-Research Center “Arktika” FEB RAS (Magadan).

Summary. Presented in the paper are results of the study on psychic state of adolescents born in the city of Magadan and having different levels of neuro-psychic adaptation. Found that, those having low levels of neuro-psychic adaptation demonstrate more pronounced signs of anxiety, autonomic lability, social frustration as well as aggressive, hostile and auto aggressive (in boys) reactions.

Keywords: adolescents, neuro-psychic adaptation, anxiety, aggressive reactions, frustration, the North.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Национальный исследовательский Томский государственный университет (Томск).

Резюме. Статья посвящена изучению качества жизни подростков с хроническими заболеваниями. Качество жизни рассматривается как параметр, необходимый при планировании реабилитационной программы подростков. В статье представлен сравнительный анализ показателей качества жизни между группами подростков с заболеваниями различных нозологических форм. Показано, что качество жизни подростков различно при различных заболеваниях – гастрит и гастродуоденит, вегето-сосудистая дистония, сахарный диабет. Выделены факторы, имеющие возможное влияние на качество жизни подростков с хроническими заболеваниями.

Ключевые слова: качество жизни, подростковый возраст, хронические заболевания.

Психологическая помощь детям и подросткам с хроническими соматическими заболеваниями сегодня рассматривается как одна из ведущих составляющих их системной реабилитации. Важнейшим показателем оценки эффективности качества реабилитационных вмешательств в условиях медицинского учреждений является показатель качества жизни пациентов. [2]

Определение феномена «качество жизни» в современной науке противоречиво, содержит контрастные конструкты, включает составляющие, которые имеют не столько биологическую, сколько сложную, биосоциальную природу [2]. Они не могут быть скорректированы посредством только лишь биологически ориентированных коррекционных (терапевтических) средств.

Теоретико-методологическое основание данного исследования составляет концепция Новик А.А., рассматривающая качество жизни ребенка в условиях болезни как интегративную характеристику жизнедеятельности ребенка, включающую в себя физическое, психологическое и социальное функционирование, учитывающее специфику субъективного восприятия [3].

В группу исследования вошли 90 подростков, каждый из которых имел клинически подтвержденный диагноз хронического соматического заболевания и находился на стационарном лечении детского многопрофильного медицинского учреждения г. Томска. Возраст респондентов 13-16 лет. Наибольший запрос на работу психолога в данном медицинском учреждении ориентирован на заболевания: сахарный диабет (СД), вегето-сосудистая дистония (ВСД), гастрит и гастродуоденит, чем и обусловлен выбор групп сравнения.

Эмпирический доступ к феномену «качество жизни» обеспечен методикой SF-36 (адаптированный вариант для подростков) [1]. Статистическая валидизация данных обеспечена логикой однофакторного дисперсионного анализа на платформе SPSS.

Все показатели исследуемых групп по параметрам качества жизни достоверно отличаются от показателей здоровых подростков. Это является естественным и не требует дополнительной интерпретации.

Значимые отличия обнаружены между типом заболевания и уровнем общего здоровья (GH) на уровне статистической тенденции ($F=2,763$, $p=0,069$). Наиболее низкие показатели по данному параметру обнаружены у подростков с ВСД (43,07);

более высокие показатели - у подростков с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (52,17). Наиболее высокие показатели - у подростков с СД (58,50).

Таким образом, субъективная оценка общего здоровья у подростков с ВСД имеет наименьший уровень. Субъективная оценка общего здоровья в группе подростков с заболеваниями ЖКТ находится на более высоком уровне, однако значительно ниже нормативных показателей. Подростки с СД оценивают свое общее здоровье выше, чем подростки с заболеваниями других нозологических форм.

Интересно, что подростки с заболеванием наибольшего витального риска (СД), при том что они постоянно находятся в ситуации необходимости соблюдения норм и правил, без соблюдения которых уровень гомеостаза будет значительно нарушен, воспринимают свое здоровье на достаточно высоком уровне. Данные результаты могут быть обусловлены особенностями способов совладания с тяжелыми жизненными ситуациями подростков.

Обнаруженные значимые отличия составляют взаимосвязи на достоверном уровне значимости ($F=6,430$, $p=0,002$) между характером заболеванием и уровнем субъективной оценки подростками жизнеспособности (VT). Наиболее благополучной в этом отношении группой, как ни странно, является группа подростков с СД (57,33).

Ребенок с СД, можно сказать, постоянно находится в ситуации витального риска. Так, нарушение предписанной диеты, несвоевременная диагностика сахара в крови могут вызвать состояние кетоацидоза с тяжелыми последствиями. Однако, при соблюдении всех правил лечения вероятность возникновения кетоацидоза практически приравнивается к нулю. Мы предполагаем, что именно сформированный уровень саморегуляции позволяет подросткам не только контролировать собственное заболевание, но и обеспечивать более высокий уровень качества жизни.

В то время как дети с заболеваниями ЖКТ и ВСД не имеют навыка жизненно необходимой саморегуляции. Таким образом, здесь вероятна обратная связь между существующей болезнью и уровень жизнеспособности. Так, вероятно, не болезнь обуславливает более низкий уровень жизнеспособности, а имеющиеся способы совладающего поведения, являясь неэффективными, проявляются в физиологическом ответе организма – появлении заболевания.

Значимые различия на статистически достоверном уровне значимости ($F=3,465$, $p=0,036$) обнаружены между типом заболевания и параметром психологического здоровья. Наиболее высокие показатели обнаружены у подростков с СД (58,67), по сравнению с подростками с заболеваниями ЖКТ (50,27) и ВСД (48). Данные результаты достаточно закономерны, так как в природе возникновения заболеваний ЖКТ и ВСД отмечается вклад психологических факторов.

Были выявлены значимые достоверные отличия между параметром ролевого (физическое) функционирования (RP), связанного с качеством жизни и профилем заболевания при статистически достоверном уровне значимости ($F = 6,927$, $p = 0,002$). Наиболее высокие показатели по данному параметру обнаружены у подростков с заболеваниями ЖКТ (64,17), более низкие у подростков с СД (58,33), и самые низкие у подростков с ВСД (38,6). Так субъективная оценка физической активности у подростков с ВСД имеет значимые различия от оценок подростков с заболеваниями ЖКТ и СД. Различий уровня ролевого функционирования между подростками с заболеваниями ЖКТ и СД не обнаружено.

Парадоксально, что такое заболевание, как ВСД, относясь скорее к функциональным нарушениям, чем к хроническим заболеваниям, обуславливает более низкий уровень ролевого функционирования у подростков, чем заболевания других нозологических форм. Объективно при ВСД подростки испытывают значи-

тельные ограничения в повседневной активности. Так, регулярно возникающая головная боль, которая часто встречается при всех вариантах течения данного заболевания, в значительной степени ограничивает деятельность подростка. Достаточно часто дети предъявляют жалобы на головную боль во время нахождения в школе (в этом случае обнаруживают себя трудности подростка в общении со сверстниками или с учителями, неуспешность обучения при наличии ожиданий от родителей высоких показателей в обучении и т. д.). При этом жалобы подростков, страдающих заболеваниями ЖКТ, имеют более низкий уровень регулярности, а также в значительной степени связаны с приемом пищи, нарушением диеты. Именно поэтому данные различия могут быть заложены не столько в физических показателях, сколько в отношении подростка к имеющемуся заболеванию, возможно, вторичной выгоды от болезни. Таким образом, наибольшие ограничения ролевого функционирования испытывают подростки с ВСД.

Значимые достоверные взаимосвязи ($r=0,217$, $p=0,04$) обнаружены между показателями «ролевое функционирование» и «интенсивность боли» у подростков всех исследуемых групп. При проведении корреляционного анализа по отдельным нозологическим группам было обнаружено, что статистически значимые корреляции присутствуют только в группе ВСД ($p=0,02$). Таким образом, можно сделать вывод, что на снижении активности в повседневной деятельности подростка, связанной с физическим функционированием, достоверно влияет показатель интенсивности боли, что является достаточно естественным и, по нашему мнению, не требует дополнительной интерпретации.

Статистический анализ показал наличие значимых отличий ($F=13,099$, $p=0,000$) между показателем интенсивности боли (ВР), связанного с качеством жизни, и профилем заболевания. Полученные данные являются вполне закономерными, так как в структуру клинических проявлений заболеваний ЖКТ и ВСД входит болевой синдром, в то время как у подростков с СД боль не является обязательным симптомом, сопровождающим повседневную жизнь ребенка.

Несмотря на то, что в структуру клинических проявлений СД болевой синдром в принципе не входит, показатели интенсивности боли оказывают влияние на снижение уровня качества жизни. По данному параметру показатели здоровых подростков значительно превышают показатели подростков с СД. Это может быть объяснимо более высокой степенью сенситивности подростков с хроническими заболеваниями к телесной симптоматике и связанному с этим снижением болевого порога вообще и подростков с СД в частности. Кроме того, необходимость постоянных манипуляций (измерение сахара в крови, самостоятельная установка инсулиновой помпы) может обуславливать чувствительность подростков к боли.

Достоверно значимые различия обнаружены между уровнем социального функционирования подростков с ВСД и подростков с другими нозологическими формами заболеваний ($F=5,247$, $p=0,007$). При этом достоверных различий между показателями по данному параметру у подростков с СД и подростков с заболеваниями ЖКТ не обнаружено. Таким образом, можно говорить о том, что как сам факт наличия заболевания, так и его конкретная нозологическая форма обуславливают уровень качества жизни по параметру социального функционирования. Подростки с ВСД испытывают наиболее значительные ограничения социальных контактов в связи с физическим и эмоциональным состоянием. Дети с ВСД изначально характеризуются высокой чувствительностью к событиям, происходящим вокруг. Это чувствительность часто отражается в симптоме болезни – головной боли. Однако, по нашему мнению, важным фактором, вероятно, имеющим влия-

ние на качество жизни, для подростков являются отношения с родителями, отношения со сверстниками и учителями. Для уточнения природы полученных различий необходимо рассмотреть, не кроются ли они в наличии высокого уровня тревожности подростков, связанной с социальным взаимодействием, а также с особенностями внутрисемейного взаимодействия.

Таким образом, анализируя полученные данные, мы видим, что показатели качества жизни подростков с заболеваниями различных нозологических форм имеют достоверные различия. При этом наиболее уязвимыми оказываются дети с ВСД. Наиболее высокие показатели имеют дети с СД. В этом случае, как мы предполагаем, сама болезнь и уровень приверженности ей задают тенденцию на относительно высокий уровень качества жизни. Дети с заболеваниями ЖКТ оказываются на периферии, т. е. какие-то параметры качества жизни у них характеризуются на достаточно высоком, какие-то на более низком уровне, что, вероятно, имеет связь с социальным окружением, со способами саморегуляции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гигиеническая оценка и нормативные величины показателей качества жизни подростков, обучающихся в разных типах образовательных учреждений, по данным опросника MOSSF-36 // Методические рекомендации, – Псков, 2012. – 378 с.

2. Минаев С.В., Ходжаян А.Б., Цуциева В.В., Минаева Н.В., Обедин А.Н., Болотов Ю.Н. Современные подходы в изучении качества жизни у детей // Медицинский вестник Северного Кавказа, - 2010. – № 1. – С. 77-83.

3. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / Под. ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко - М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп». – 2007. – 320 с.

1. Gigenicheskaja ocenka i normativnye velichiny pokazatelej kachestva zhizni podrostkov, obuchajushhihsja v raznyh tipah obrazovatel'nyh uchrezhdenij, po dannym oprosnika MOSSF-36 // Metodicheskie rekomendacii, – Pskov, 2012. – 378 s.

2. Minaev S.V., Hodzhajan A.B., Cucieva V.V., Minaeva N.V., Obedin A.N., Bolotov Ju.N. Sovremennye podhody v izuchenii kachestva zhizni u detej // Medicinskij vestnik Severnogo Kavkaza, - 2010. – № 1. – S. 77-83.

3. Novik A.A., Ionova T.I. Rukovodstvo po issledovaniju kachestva zhizni v medicine. 2-e izdanie / Pod. red. akad. RAMN Ju.L. Shevchenko - M.: ZAO «OLMA Media Grupp». – 2007. – 320 s.

A.E. Zaitseva

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE SUBJECTIVE ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE OF ADOLESCENTS WITH DISEASES OF DIFFERENT CLINICAL ENTITIES

National Research Tomsk State University (Tomsk).

Summary. The paper studies the quality of life of adolescents with chronic diseases. Quality of life is considered as a parameter required for planning the rehabilitation program. The article presents a comparative analysis of the quality of life between the two groups of teenagers with diseases of different clinical entities. It is shown that the quality of life of adolescents is different for different diseases - gastritis and gastroduodenitis, vegetative-vascular dystonia, diabetes. The article highlights the factors that have potential impact on the quality of life of adolescents with chronic diseases.

Keywords: quality of life, adolescence, chronic diseases.

СОМАТОПСИХИЧЕСКИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ У ДЕТЕЙ

Северо-Западный государственный медицинский университет им.
И.И. Мечникова (Санкт-Петербург).

Резюме. В статье описаны результаты изучения соматопсихических взаимоотношений у больных сахарным диабетом детей в семейном контексте. Отражено влияние заболевания сахарным диабетом на эмоциональные и поведенческие характеристики детей и их матерей и влияние материнского воспитания на ряд психологические характеристик больных сахарным диабетом детей.

Ключевые слова: сахарный диабет, соматопсихические взаимоотношения, целиакия, реакция на фрустрацию, переживание семейной ситуации, невротизация, копинг-стиль, характеристики воспитания.

Актуальность исследования обусловлена широкой распространенностью сахарного диабета 1 типа (СД) у детей и недостаточной изученностью ряда его клинико-психологических аспектов, отражающих соматопсихические взаимоотношения [2]. В рамках клинической психологии семьи и детства [8, 9, 10], теоретической основой которой является биопсихосоциальный подход в понимании здоровья, болезни и поведения [19], важно исследовать особенности больного ребенка в семейном окружении для выявления последующих мишеней для психологической коррекции как самого ребенка, так и его семьи. Анализ проведенных ранее психологических исследований показал, что они прежде всего были направлены на изучение различных аспектов внутренней картины болезни и нарушений межличностных отношений детей и подростков с СД [1, 4, 5, 12, 15, 16, 18]. В то же время современные тенденции клинической психологии показывают важность исследования процессов психической адаптации в ситуации болезни, то есть того, как дети с СД и их матери реагируют на хроническую фрустрирующую ситуацию блокирования их актуальных жизненных потребностей и как осуществляют совладание с болезнью, какие копинг-стратегии у них являются доминирующими, какие имеются ресурсы для преодоления стресса. Также с позиции соматопсихических и психосоматических взаимоотношений важно подчеркнуть недостаточную ясность в характере взаимовлияний и взаимозависимостей между наличием заболевания СД у ребенка, психологическими характеристиками больных детей и их матерей; между психологическими характеристиками детей с СД и чертами материнского воспитания [11].

Цель исследования – определить влияние биологического (заболевание) и социального (материнское воспитание) факторов на эмоциональные и поведенческие характеристики больных СД 1 типа детей.

Организация и методики исследования. В исследовании приняли участие 190 человек (95 детей от 8 до 11 лет, учащихся общеобразовательных школ, и 95 матерей), жителей г. Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Основную группу составили 35 детей с СД 1 типа и 35 матерей этих детей, первую группу сравнения составили 40 условно здоровых детей и 40 матерей, вторую группу сравнения – 20 детей с диагнозом «целиакия» и их матери. Диагноз «сахарный диабет» детям был установлен эндокринологами, диагноз «целиакия» – гастроэнтерологами.

Целиакия – это токсико-аллергическая диспепсия, развивающаяся в результате воздействия на кишечник продуктов неполного расщепления глютена (белка злаковых). Целиакия, как и СД, начинается в раннем возрасте и требует от ребенка постоянного соблюдения диеты, что затрудняет повседневное функционирование

семьи. Сходны также другие условия, в которых находится соматически больной ребенок: хроническое течение и неизлечимость болезни, риск инвалидизации, режим ограничений и запретов, контакты с врачом. Можно предположить, что механизмы психической адаптации при двух хронических соматических заболеваниях могут иметь сходства и различия.

Для исследования детей использовались: Шкала явной тревожности СМАС [3]; Фрустрационный тест С. Розенцвейга [13]; Тест «Кинетический рисунок семьи» Р. Бернса и С. Кауфмана [6]. Для исследования матерей: Шкала УН для психологической экспресс-диагностики уровня невротизации (НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1999) [14]; Методика многомерного измерения копинга «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» С. Эндлера, А. Паркера в адаптации Т.Л. Крюковой [7]; Опросник для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» Э.Г. Эйдемиллера и В. Юстицкиса [17]. Математическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ STATISTIKA с применением регрессионного и дискриминантного анализов.

Результаты исследования. При изучении влияния фактора болезни на эмоциональные и поведенческие характеристики детей с СД и их матерей методы регрессионного и дискриминантного анализа позволили установить принадлежность ряда изученных психологических переменных к группе больных СД детей и их матерей (в отличие от группы больных целиакией детей и их матерей).

К этим характеристикам относятся: переживание ребенком с СД конфликтности и тревожности в семейной ситуации; реакция в ситуации фрустрации с фиксацией на самозащите; уровень невротизации матери; гиперпротекция в воспитании с чрезмерностью у матери требований-обязанностей и запретов; неразвитость родительских чувств, вынесение супружеского конфликта в сферу воспитания, предпочтение в ребенке детских черт, расширение родительских чувств, фобия утраты ребенка; выраженность у матери копинг-стиля «отвлечение» (знч.=0,000). Установлено, что заболевание СД положительно влияет на уровень фрустрационной реакции с фиксацией на самозащите у детей; чрезмерность требований-обязанностей и запретов, гиперпротекцию, неразвитость родительских чувств, вынесение супружеского конфликта в сферу воспитания, предпочтение детских черт у ребенка, уровень невротизации - у матерей и, напротив, отрицательно влияет на переживание конфликтности и тревожности в семейной ситуации у детей; фобию утраты ребенка на фоне выраженного копинг-стиля отвлечения у матерей. В совокупности это определяет эмоциональные и поведенческие характеристики группы детей с СД и их матерей.

Регрессионный анализ более четко установил влияние типичной для детей с СД интрапунитивной реакции на фрустрацию на характеристики материнского воспитания и проблемно-ориентированный копинг матери. Доказано, что выраженность интрапунитивных реакций на фрустрацию у детей положительно влияет на чрезмерность материнских санкций ($t=2,961$, знч.=0,006) и отрицательно - на чрезмерность запретов ($t=-2,937$, знч.=0,006), предпочтение матерью у ребенка детских черт ($t=-3,937$ знч.=0,000), выраженность у матери проблемно-ориентированного копинг-стиля ($t=-2,378$, знч.=0,024). Полученные данные говорят, что дети с СД, считая себя источником неприятностей, признавая свою вину, принимая ответственность за исправление ситуации, определяют этим чрезмерность материнских санкций.

С целью установления влияния характеристик воспитания матерями как социального фактора на психологические характеристики детей с СД с помощью регрессионного анализа было показано, что чрезмерность запретов матери отрицательно влияет на переживание ребенком семейной ситуации как благоприятной ($t=-2,980$, знч.=0,005) и одновременно конфликтной ($t=-2,176$, знч.=0,037). Чрез-

мерность запретов в воспитательной практике матерей определяет для ребенка с СД возможность открытого проявления негативных чувств, при этом сохраняя в фоне стабильность семейной ситуации.

По данным регрессионного анализа чрезмерность выраженности у матерей детей с СД санкций за нарушение требований ребенком отрицательно влияет на переживание ребенком конфликтности ($t=-3,306$, $знч.=0,003$) и положительно влияет на реакции в стрессе с фиксацией на разрешение ситуации ($t=2,987$, $знч.=0,005$). Наказания матерей определяют активность детей с СД в преобразовании фрустрирующих ситуаций самостоятельно, при этом переживание конфликтности в семье снижается.

Фобия утраты ребенка у матери отрицательно влияет на переживание ребенком конфликтности в семейной ситуации ($t=-2,884$, $знч.=0,007$). Страх «потерять» ребенка с СД матерью определяет переживание семейной ситуации как неконфликтной.

Таким образом, наличие СД определяет выраженность реакции с фиксацией на самозащите у ребенка, его меньшую тревожность и конфликтность в семейной ситуации. Наличие СД у ребенка также определяет специфические эмоциональные и поведенческие характеристики его матери. Матери больных СД детей невротизированы, не могут отвлекаться от проблем, в их воспитательной практике преобладают гиперпротекция, множество требований и запретов и большое число личностных проблем, решаемых за счет воспитания ребенка.

Обсуждение результатов. На основе анализа психологических характеристик больных СД и целиакией детей и их матерей была доказана принадлежность ряда изученных психологических характеристик к данным группам сравнения. Установленный факт влияния заболевания ребенка СД на уровень невротизации и особенности воспитания его матери раскрывает характерный для матерей детей с СД личностный смысл жизнедеятельности: они живут и действуют ради сохранения и улучшения качества жизни своих больных детей, формируя отношения к ним и воспитывая их, исходя из наличия тяжелой инвалидизирующей болезни. В свою очередь такое особое материнское воспитание оказывает влияние на переживание детьми с СД семейной ситуации как тревожной и формирует особый тип поведения в ситуации фрустрации, направленный на разрешение ситуации.

Выводы. Таким образом, исследование еще раз подтвердило важную роль особенностей материнского воспитания в соматопсихических взаимоотношениях детей с соматическим заболеванием. Спецификой является то, что такой биологический фактор, как заболевание СД, влияет на воспитания матерей. Можно уверенно говорить, что ситуация болезни диктует матерям, как им воспитывать ребенка. СД у ребенка определяет у матери чрезмерность требований-обязанностей, чрезмерность запретов, выраженные гиперпротекцию, неразвитость родительских чувств, вынесение супружеского конфликта в сферу воспитания, предпочтение детских черт у ребенка. Данные о характере соматопсихических взаимоотношений детей с СД и их матерей вносят существенный вклад в разработку задач и методологию исследования больных детей в современной клинической психологии, в представления о механизмах формирования психической адаптации и дизадаптации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вечканов В.А. Особенности нервно-психических расстройств у детей и подростков, больных сахарным диабетом. Дисс. ... канд. мед. наук. - М. - 1973.
2. Дедов И.И., Шестакова М.В., Сунцов Ю.И. Сахарный диабет в России: проблемы и решения. - М. - 2008. - С. 3-6.
3. Диагностика эмоционально-нравственного развития / Ред. и сост. И.Б. Дерманова. - СПб: Речь. - 2002. - 176 с.
4. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихиче-

ские расстройства у детей. – СПб.: Речь. - 2005. – С. 147-150

5. Зелинский С.М. Представление о своей болезни у детей, страдающих сахарным диабетом // Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. - Л. - 1990. - С.55-59.

6. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения. – Кострома: Студия оперативной полиграфии «Авантитул». – 2004. – 344 с.

7. Лидерс А.Г. Психологическое исследование семьи. – М.: Издательский центр «Академия». – 2007. – 432 с.

8. Никольская И.М. Биопсихосоциальная модель болезни и здоровья как теоретико-методологическая основа клинической психологии и психотерапии семьи и детства // Семья: межинституциональное взаимодействие в социокультурном пространстве Санкт-Петербурга / под общей редакцией Е.Н. Барышникова, О.В. Эрлиха. - СПб.: Изд-во. Политехн. ун-та. – 2001. - С. 161-167.

9. Никольская И.М. Клиническая психология семьи // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2005 (5). - № 2. -С. 7-11.

10. Никольская И.М. Клиническая психология семьи: основные положения. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. № 4. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru).

11. Никольская И.М., Коломиец И.Л. Уровень невротизации и стили совладающего поведения матерей детей, больных сахарным диабетом // Российский семейный врач. – 02.2011. – Том 15. – С. 40-45.

12. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Под редакцией Д.Н. Исаева, Б.Е. Микиртумова. - Л.:ЛПМИ. -1990. - 139 с.

13. Фрустрационный тест С. Розенцвейга. Методическое руководство / Под ред. Л.А. Ясюковой. - СПб.: Иматон, 2002. - 122 с.

14. Шкала для психологической экспресс-диагностики невротизации. Пособие для врачей и психологов. – СПб., 1999. – 35 с.

15. Целибеев Б.А. Психические нарушения при эндокринных заболеваниях. - М.: Медицина, 1966. - 208 с.

16. Шукина Е.Г., Бибикина Е.А. Некоторые психологические особенности детей и подростков с сахарным диабетом // Экология человека. – 2000, № 3. - С. 41.

17. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. - СПб.: Питер, 2008. - 672 с.

18. Ялтонский В.М., Самарина М.А. Особенности мотивационного уровня внутренние картины болезни подростков с сахарным диабетом (1 типа) // Мат-лы V Международного конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» / под ред. А.А. Северного, Ю.С. Шевченко. - М.: ООО ONEBOOK.RU, 2013. - С.150-151.

1. Vechkanov V.A. Osobennosti nervno-psihicheskikh rasstrojstv u detej i podrostkov, bol'nyh saharnym diabetom. Disc. ... kand. med. nauk. - M. - 1973.

2. Dedov I.I., Shestakova M.V., Suncov Ju.I. Saharnyj diabet v Rossii: problemy i reshenija. – M. - 2008. – S. 3-6.

3. Diagnostika jemocional'no-nravstvennogo razvitija / Red. i sost. I.B. Dermanova. – SPb: Rech'. – 2002. – 176 s.

4. Isaev D.N. Jemocional'nyj stress, psihosomaticheskie i somatopsihicheskie rasstrojstva u detej. – SPb.: Rech'. - 2005. – S. 147-150

5. Zelinskij S.M. Predstavlenie o svoej bolezni u detej, stradajushhih saharnym diabetom // Psihosomaticheskie i somatopsihicheskie rasstrojstva u detej. - L. - 1990. - S.55-59.

6. Krjukova T.L. Psihologija sovladajushhego povedenija. – Kostroma: Studija op-

erativnoj poligrafii «Avantitul». – 2004. – 344 s.

7. Liders A.G. Psihologicheskoe issledovanie sem'i. – M.: Izdatel'skij centr «Akademija». – 2007. – 432 s.

8. Nikol'skaja I.M. Biopsihosocial'naja model' bolezni i zdorov'ja kak teoretiko-metodologicheskaja osnova klinicheskoy psihologii i psihoterapii sem'i i detstva // Sem'ja: mezhhinstitucional'noe vzaimodejstvie v sociokul'turnom prostranstve Sankt-Peterburga / pod obshhej redakciej E.N. Baryshnikova, O.V. Jerliha. - SPb.: Izd-vo. Politehn. un-ta. – 2001. - S. 161-167.

9. Nikol'skaja I.M. Klinicheskaja psihologija sem'i // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2005 (5). - № 2. -S. 7-11.

10. Nikol'skaja I.M. Klinicheskaja psihologija sem'i: osnovnye polozenija. [Jelektronnyj resurs] // Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn. 2010. № 4. URL: <http://medpsy.ru>.

11. Nikol'skaja I.M., Kolomiec I.L. Uroven' nevrotizacii i stili sovladajushhego povedenija materej detej, bol'nyh saharnym diabetom // Rossijskij semejnij vrach. – 02.2011. – Tom 15. – S. 40-45.

12. Psihosomaticheskie i somatopsihicheskie rasstrojstva u detej / Pod redakciej D.N. Isaeva, B.E. Mikirtumova. - L.:LPMI. -1990. - 139 s.

13. Frustracionnyj test S. Rozencvejga. Metodicheskoe rukovodstvo / Pod red. L.A. Jajukovoj. - SPb.: Imaton, 2002. - 122 s.

14. Shkala dlja psihologicheskoy jekspress-dijagnostiki nevrotizacii. Posobie dlja vrachej i psihologov. – SPb., 1999. – 35 s.

15. Celibeev B.A. Psihicheskie narushenija pri jendokrinnyh zabolevanijah. - M.: Medicina, 1966. - 208 s.

16. Shhukina E.G., Bibikova E.A. Nekotorye psihologicheskie osobennosti detej i podrostkov s saharnym diabetom // Jekologija cheloveka. – 2000, № 3. - S. 41.

17. Jejdemiller Je.G., Justickis V. Psihologija i psihoterapija sem'i. - SPb.: Piter, 2008. - 672 s.

18. Jaltonskij V.M., Samarina M.A. Osobennosti motivacionnogo urovnja vnutrenne kartiny bolezni podrostkov s saharnym diabetom (1 tipa) // Mat-ly V Mezhdunarodnogo kongressa «Molodoe pokolenie XXI veka: aktual'nye problemy social'no-psihologicheskogo zdorov'ja» / pod red. A.A. Severnogo, Ju.S. Shevchenko. - M.: OOO ONEBOOK.RU, 2013. - S.150-151.

19. Borrell-Garrió Fr., Suchman A. L., Epstein R. M. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. In: Annals of Family Medicine. Vol. 2. № 6. November/December. - 2004. - P. 84-92.

I.L. Kolomiets

SOMATOPSYCHIC RELATIONSHIP WITH DIABETES MELLITUS IN CHILDREN

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (St. Petersburg).

Summary. The article describes the results of a study somatopsychic relationship in patients with diabetes mellitus (DM) of children in the family context. Reflecting the impact of diabetes disease to emotional and behavioral characteristics of children and their mothers, and the impact of maternal education on a number of psychological characteristics of patients with diabetes children.

Keywords: diabetes mellitus, somatopsychic relationship, celiac disease, a reaction to frustration, the experience of the family situation, neuroticism, coping style, characteristics of parenting.

Ю.С. Шевченко

**КОМПЛЕКСНАЯ МНОГОУРОВНЕВАЯ ТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ
С СИНДРОМАМИ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА:
КОНЦЕПЦИИ И ПРАКТИКА (ЛЕКЦИЯ)¹****Российская медицинская академия последиplomного образования МЗ
РФ (Москва).**

Резюме. В работе рассматриваются стратегические (инклюзия, интеграция в обществе) и тактические модели реабилитационных мероприятий в отношении детей с различными формами расстройств аутистического спектра. В рамках последних предлагается программа комплексного, полипрофессионального лечебно-коррекционного подхода, осуществляемого на метаболическом, нейрофизиологическом, синдромальном, бихевиоральном и социально-личностном уровнях. На каждом уровне решаются как общие (этиопатогенетические), так и специфические (синдромально-психопатологические) задачи.

Ключевые слова: ранний детский аутизм, инклюзия, интеграция, нейропсихологическая коррекция, бихевиоральная терапия, интегративная психотерапия.

Как известно, у детей и подростков могут наблюдаться расстройства практически из всех классификационных рубрик за исключением тех, которые связаны со специфическими поражениями головного мозга, происходящими при заболеваниях, возникающих исключительно в пожилом и старческом возрасте («деменция» при болезнях Альцгеймера, Пика, Паркинсона, сосудистая деменция и т. д.), тогда как многие психические заболевания и аномалии взрослых берут свое начало в детстве. В то же время выделяется группа заболеваний, временных или стойких психических расстройств и аномалий, возникающих только в детском возрасте. К ним относятся: «умственная отсталость»; «расстройства психологического (психического) развития», включающие специфические расстройства моторики, речи, задержки психического развития, ранний детский аутизм; «эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте» [7], нарушения развития школьных навыков.

Общим для всех этих разнообразных по клиническим проявлениям расстройств является основное звено патогенеза – нарушение созревания психических свойств, функций и/или компонентов личности, т. е. **психический дизонтогенез**, обусловленный разными причинами (как отзвучавшими, так и продолжающими действовать), что никак не отражено в рубриках действующей классификации болезней.

Дизонтогенез в форме раннего детского аутизма может быть как первичным, генетически обусловленным проявлением дизнейроонтогенеза [10, 37] (первазивное расстройство развития Каннера, аутистическая психопатия Аспергера) и обозначаться как «синдром-болезнь», так и вторичным проявлением более общего расстройства – текущего или перенесенного эндогенного заболевания («процессуальный и постпроцессуальный аутизм»), экзогенного повреждения головного мозга у ребенка, не имеющего специфической аномальной наследственно-генетической программы развития – «органический аутизм». Вероятность психогенного варианта

¹ Начало. Окончание см. - Вопросы психического здоровья 2017 (17), № 1.

РДА представляется исключительно теоретической, тогда как значение среды, социального окружения и стиля воспитания безусловно важны в плане динамики состояния, равно как и соматическое состояние ребенка [27, 35, 38, 44]. Тем более что первичный дефект, связанный с нарушениями мозгового субстрата, порождает вторичные и третичные психические образования, которые являются следствием и реакцией на первичный дефект, что в совокупности формирует иерархическую многоуровневую картину нарушений психического развития [9, 20].

Все эти факторы предполагалось учитывать в рамках «Многоосевой диагностики» - единственно бесспорного достижения МКБ-10, но как раз она-то и оказалась за «бортом» детской психиатрической практики [31]. Декларирование же междисциплинарного, полипрофессионального взаимодействия, бригадного метода с участием врачей, психологов, педагогов (включая дефектологов и логопедов) и социальных работников – принципа, с которым никто не спорит, не находит оптимальной реализации в силу ряда объективных и субъективных причин [32, 44]. В то же время применительно к детской психологии и психиатрии разработка комплексного эволюционно-биологического подхода [40] имеет самые широкие перспективы — от индивидуализации воспитания до онтогенетической ориентации психо- и фармакотерапии.

В социально-педагогическом аспекте сосуществование «интегративной» и «инклюзивной» парадигм в теории и практике современных лечебно-реабилитационных подходов [19, 50] предполагает индивидуализацию моделей для максимального эффекта комплексных усилий специалистов и семьи в отношении конкретного ребенка с конкретной патологией. Применительно к детям с РДА этот гипотетически оптимальный эффект прежде всего должен ориентироваться на нозологический вариант синдрома, определяющий клинические и возрастные перспективы его вероятной позитивной динамики.

Так, базисный клинический вариант РДА, представленный синдромом Каннера, в большей степени тяготеет к инклюзивной (включающей, вовлекающей) модели реабилитации [8, 15, 54], когда общество терпимо относится к носителю психической аномалии. Генетическая предопределенность состояния направляет усилия специалистов на снижающее издержки толерантности окружающих обеспечение максимально возможного усвоения ребенком навыков самообслуживания и нормативного поведения в рамках пожизненной инвалидности. Именно в отношении этих больных сохранение диагноза РДА в зрелом возрасте представляется достаточно адекватным.

Дети с синдромом Аспергера при условии сохранного интеллекта и отсутствия осложнений (в частности, обусловленных проявлениями перинатальной энцефалопатии и/или школьной невротизации) до подросткового возраста нередко не обнаруживают признаков декомпенсации, поскольку родители, как правило, находят для них приемлемую социальную нишу [36, 39]. Инклюзивность детей с аутистической психопатией обеспечивается «изнутри» сверхценно-аутистическими фантазиями и увлечениями, делающими их самодостаточными и беспроблемными, а «снаружи» – принятием окружающими в качестве формально нормативных оригиналов, не создающих социальной конкуренции [52]. Подростковый возраст с его обязательными, но дизонтогенетически искаженными реакциями эмансипации, оппозиции, группирования, хобби реакциями и реакциями, связанными с формирующимся половым влечением [13, 14, 24], ставит аутистического (шизоидного) психопата перед неразрешимой проблемой – желанием выйти из до того достаточно комфортной, но ставшей тесной семейно-микросоциальной ниши и отсутствием для этого необходимых коммуникативных навыков, не приобретенных в более раннем возрасте. Этим и должны определяться вторично-профилактические задачи психотерапевтической и психокоррекционной работы, цель которой – максимально способствовать

тому, чтобы сделать данный вариант аутизма «высокофункциональным» [5] за счет «сильных» сторон психопатической личности [48]. Успешность указанных усилий определяет возможность «позитивного дрейфа» официального диагноза во взрослом возрасте от «шизоидной психопатии», к «пограничной аномальной личности» [6] и даже к крайним вариантам нормы в рамках «акцентуации характера» [28, 41]. Это определяет оптимальную цель реабилитационных мероприятий в виде интеграции, соединения с обществом в качестве ее полноценного субъекта.

Процессуальный аутизм (рано начавшаяся шизофрения с негативно-дизонтогенетическим регрессом, фенотипически сходным с синдромом Каннера) безусловно требует длительной нейрорепитивной терапии вплоть до остановки эндогенного процесса. Сформировавшийся эмоционально-волевой дефект в сочетании с интеллектуальной задержкой, порой достигающей степени «олигофренического плюса», фенотипически выглядит как тяжелый вариант РДА с полевым поведением, отсутствием речи и активного общения, умственной непродуктивностью. Тем не менее, он не всегда столь же малоперспективен как сходный по тяжести синдром Каннера, при котором «генетика развития» изначально ограничена определенным «потолком». Программа нормального психического онтогенеза, подавленная «генетикой болезни», в случае остановки действия последней предполагает большие перспективы при планировании лечебно-реабилитационной программы в отношении детей с процессуальным аутизмом, включая те, что ориентированы не только на ее инклюзивный, но и на интегративный компонент (вплоть до обучения в массовой школе на общих условиях). Во взрослом возрасте официальный диагноз «процессуальный аутизм» в отношении этих пациентов представляется неадекватным. При отсутствии повторных приступов шизофрении и успешности реабилитационных усилий эти пациенты в большей или меньшей степени гармонизируются и представляют широкий диагностический спектр от дисгармонического психического инфантилизма, «псевдопсихопатии» шизоидного или мозаичного типа до условной нормы.

Наконец, наименее наследственно детерминированный так называемый «органический аутизм», клиническое сходство которого с синдромом Каннера имеет перинатально-энцефалопатическую природу, предполагает существенную специфику лечебно-реабилитационного подхода и качественно иные прогностические перспективы. По сути его можно рассматривать как «гипотонически-аутистический вариант психоорганического синдрома раннего возраста», осложненный вторичной задержкой психического развития. Здесь так же, как и в случае синдрома Аспергера на резидуально-органической почве, имеет место сочетание дизонтогенеза асинхронного и ретардационного типа, однако в прямо противоположной пропорции. Это отражается в нюансах как психопатологического, так нейропсихологического статуса. Автономно-отгороженное поведение при органическом аутизме обусловлено не инстинктивной компенсацией гиперсенситивности, как при истинном аутизме, а гипестезией, повышенным порогом восприятия естественной сенсорной, информационной и эмоциональной стимуляции, обеспечивающей в норме «рабочее состояние» психической сферы. Образно говоря, внешний мир для истинного аутиста выступает как пугающий сверхраздражитель (предполагающий терапевтические усилия, направленные на психическую десенсибилизацию и приспособление к внешним условиям), а для органического – как незнакомо-недостаточный источник побуждающих сигналов (что нацеливает специалиста на воздействия, повышающие у такого ребенка чувствительность к сенсорным, эмоциональным и информационным стимулам и развитие овладевающего компонента адаптации к среде).

Общим для обоих вариантов раннего аутизма является слабость психического тонуса (обеспечивающегося ретикулярной формацией, подкорково-стволовым

блоком мозга), необходимого как для успешного приспособления, так и для экспансивной адаптации к материальному и социальному миру. Это предполагает соответствующие терапевтические мероприятия, направленные на облегчение условий и стимуляцию процесса созревания и функционирования вышерасположенных, фило- и онтогенетически более молодых анатомо-функциональных церебральных структур (корково-полушарных, префронтальных). На это указывает характерное сочетание органического аутизма с общей и парциальной задержкой сенсомоторного и психоречевого развития.

Лечебно-коррекционная компенсация психоорганической основы данного дизонтогенетического образования способна обеспечить выход из аутистического фенотипа (нередко через этап симптомокомплекса дефицита внимания с гиперактивностью - СДВГ) вплоть до проявления наследственно-конституциональной экстравертированности ребенка (что порой обнаруживается в социальной сверхнормативности и обусловленных ею невротических реакциях). При этом решение проблемы интеграции-инклюзии определяется степенью сохранности собственно интеллекта и его предпосылок. Оптимальная цель адаптационных мероприятий в этих случаях – подготовка ребенка к массовой или коррекционной школе того или иного вида. Отдаленные диагностические варианты при органическом аутизме: пограничная интеллектуальная недостаточность; органическая психопатия; практическая норма.

Обозначенные клинико-динамические варианты синдрома раннего детского аутизма представляют собой крайние точки ядерных и наиболее очерченных «расстройств аутистического спектра», между которыми располагается основная масса сходных состояний смешанного и промежуточного типа. В связи с этим комплексный, многоуровневый и полипрофессиональный подход, обеспечивающий лечение и реабилитацию конкретного (единично представленного) ребенка с конкретным заболеванием-аномалией развития, предполагает как общие для всех пациентов с аутизмом лечебно-коррекционные подходы, так и их этиопатогенетически обусловленные особенности.

В соответствии с принципами предлагаемой ВОЗ [7] многоосевой диагностики психических расстройств у детей и подростков (в структуре которой вполне возможно сохранение традиционного для отечественных классификаций нозологического подхода с подразделением наблюдающихся в детском возрасте клинически близких симптомокомплексов на первично-дизонтогенетические, психогенные, экзогенно-органические, соматогенные, эндогенные и смешанные) нами предлагается пятиуровневая модель их комплексной терапии, успешно отработанная на различных клинических моделях – психосоматические расстройства, СДВГ, патологические привычные действия, элективный мутизм, психопатии и проч. [45, 48, 49].

Условно эти уровни мы обозначили как «метаболический»; «нейрофизиологический»; «синдромальный»; «поведенческий» и «личностный». В комплексной онтогенетически ориентированной терапии психических расстройств у детей и подростков каждый уровень включает **специфический** (психопатологический) и **общий** (этиопатогенетический) эффект лечебно-коррекционного воздействия.

Первый уровень – метаболический. Его двойная синдромально-нозологическая сущность заключается в сочетании собственно психофармакологического лечения (направленного как на ведущий психопатологический симптомокомплекс той или иной природы, так и на сопутствующие и коморбидные расстройства, а также на столь частые у детей и подростков проявления резидуально-органической церебральной недостаточности) с общеукрепляющим и специфическим соматотропным лечением. В отношении проявлений психоречевой ретардации первично-дизонтогенетической и/или энцефалопатической природы без-

условно оправдано назначение ноотропов. При этом следует учитывать, что на сам аутизм любой природы они не влияют, а при процессуальном способны спровоцировать обострение заболевания.

Прицельно в отношении собственно синдрома Каннера широко применяются как ноотропные препараты, так и нейролептик – рисполепт (рисперидон), как правило, в невысоких дозах, дающих стимулирующий и «собирающий» эффект. В отношении детей с процессуальным аутизмом показан более широкий круг медикаментов, традиционно применяемых при лечении шизофрении. Сочетанным действием (на процесс и на синдром) обладают рисполепт (в индивидуально-возрастных лечебных дозах), а также лепонекс (клозапин) и абилифай (арипипразол).

Собственно, лечебные возможности рутинного детского психиатра этим уровнем и ограничиваются.

К сожалению, в нашей стране не только не ведутся исследования в области онтогенетически ориентированной психофармакотерапии, основанной на изучении онтогенеза нейромедиаторных систем в норме [29], а также детской психондокринологии, но и введение в практику новых эффективных препаратов сопряжено с существенными юридическими, организационными и бюрократическими сложностями. В связи с этим сплошь и рядом вместо современных, эффективных и не вызывающих нейролептический синдром препаратов пациентам с процессуальным аутизмом назначаются либо «разрешенные» нейролептики первого поколения (с мощным антипсихотическим действием, требующие присоединения корректоров, но не влияющие на ведущие негативные симптомы), либо малые нейролептики, дающие чисто симптоматический эффект. Так что получается: «Все лучшее детям, но в последнюю очередь».

В то же время, если учесть, что мозг «стареет» не по другому пути, а по тому же, по которому созрел, только в обратном направлении, как считает Дик Свааб [30], тридцать лет возглавлявший институт мозга в Нидерландах, то препараты, зарекомендовавшие себя в геронтопсихиатрии, имеют право на клинические испытания в педопсихиатрии без предварительного этапа, трудно реализуемого в детстве «двойного слепого метода».

Переходными с следующему уровню можно считать немедикаментозные биологические воздействия на дизнейроонтогенетические механизмы РДА. Они представлены транскраниальной магнитной стимуляцией, нуждающейся в специальных исследованиях на предмет разработки более дифференцированных методик, а также гипербарической оксигенацией, успешно применяемой как в педиатрии, так и во взрослой психиатрии, но до сих пор «не освоенной» педопсихиатрами.

Что касается перспектив использования глубинных электродов, нейротрансплантации эмбриональной ткани коры головного мозга (применяемой за рубежом при лечении болезни Паркинсона и хореи Гентингтона), генной терапии, пробно используемой при лечении болезни Альцгеймера, то они пока что представляются весьма отдаленными. Привлекательным видится исследование на детях с РДА (равно как и на детях с психосоматическими расстройствами) нейрореабилитационной методики **электростимуляции языка** [44]. Идея принадлежит Полу Бах-и-Рите (Paul Bach-y-Rita), американскому нейрофизиологу, который всю жизнь занимался феноменом нейропластичности и разработал технологию, позволяющую заменить зрение электростимуляцией языка. Вместе с ним в Университете штата Висконсин работал Юрий Данилов, специалист по сенсорным системам человека. Технология может оказаться эффективной для воздействия на развитие мозга через ствол и мозжечок, к которым от передних отделов языка идут 2, а возможно, 4 пути (тройничный нерв, подъязычный, языкоглоточный, добавочный). Методика стимулирует 4 вида нейропластично-

сти (через глиальную систему, контролирующую нейромедиаторный баланс и имеющую большую скорость электропроводимости в сравнении с биохимической проводимостью нервных волокон): баланс возбуждения–торможения (равновесие, спастическая дисфония, нистагм); улучшение проводимости сигналов на несколько часов после первой стимуляции (речь); влияние на рост нейронов (через 1-2 года восстанавливается потерянная чувствительность и моторика после черепно-мозговой травмы); восстановление пластичности на уровне систем (езда на велосипеде у неспособных сохранять равновесие с закрытыми глазами)².

Второй уровень – нейрофизиологический. Он представлен нейропсихологической (сенсомоторной) коррекцией [18, 33, 34], направленной на исправление дизнейроонтогенетически-дизонтогенетических дефектов функции основных блоков мозга (по А.Р. Лурия), ответственных за *энергетическое обеспечение* всего организма (1-й блок), *операциональную деятельность* мозга на уровне сенсорно-информационных систем, их внутри- и межполушарное взаимодействие и психомоторную реализацию (2-й блок), произвольно-волевое, разумное поведение и чисто человеческое мышление (3-й блок). Анатомо-функциональная представленность первого блока соответствует подкорково-стволовым образованиям, второго — теменно-височно-затылочной коре больших полушарий, третьего — лобной коре головного мозга. Методика построена как трехуровневая система в соответствии с этапностью развития пространственно-временных (нижне-верхних, право-левых; задне-передних) координат психической деятельности в онтогенезе, в том числе его телесности.

Первый уровень, названный авторами [33, 34] «уровнем активации, энергоснабжения и стато-кинетического баланса психических процессов», направлен на элиминацию (исключение) дефекта и функциональную активацию подкорково-стволовых образований головного мозга. Он включает дыхательные упражнения, самомассаж, обучение релаксации и регуляции тонуса, снятие локальных мышечных зажимов, тренировку равновесия, развязку синкинезий, развитие целостного образа тела. *Стимуляция передней трети языка (как альтернатива ее электростимуляции) осуществляется в процессе логопедического массажа и выполнения упражнений, развивающих оральный праксис.* В качестве вспомогательных приемов предлагается использовать музыкальное и цветковое сопровождение, ароматерапию.

Второй уровень – «уровень операционального обеспечения сенсомоторного взаимодействия с внешним миром» - имеет своей мишенью стабилизацию межполушарных взаимодействий в контексте формирования синтетического пространственного поля из зрительных, осязательных, проприоцептивных, слуховых и вестибулярных компонентов. На этом уровне осваиваются упражнения на развитие чувства ритма, перцептивных и мнестических возможностей, формирование пространственных представлений, динамическую организацию двигательного акта, развитие одновременных и реципрокных сенсомоторных взаимодействий, ловкости, внимания.

Третий уровень – «уровень произвольной регуляции и смыслообразующей функции психомоторных процессов» - ориентирован на формирование оптималь-

² Лекция по нейрореабилитации профессора Ю. Данилова (<https://www.youtube.com/watch?v=QQW-G8i-I3Q>). Активная (с участием пациента) нейрореабилитация взрослых пациентов с двигательными нарушениями, а также детей с синдромом гиперактивности с помощью аппарата для «транслингвальной нейромодуляции черепных нервов» освещается в лекции Г.Н. Чудиновой «Нейрореабилитация» (Общероссийская соц. сеть: Врачи РФ, дайджест от 9 сент.2016 г.).

ного функционального статуса передних (префронтальных) отделов мозга. Используются игры по правилам и ролевые игры, отрабатываются коммуникативные навыки, развиваются произвольное внимание и память, синестезии и произвольная саморегуляция.

Данная технология весьма эффективна в отношении детей с задержками психического развития, СДВГ, психосоматическими расстройствами, развивающимися на резидуально-органической почве [17]. В оформлении клинической картины синдромов Каннера и Аспергера также доказано значение фактора резидуально-органического поражения головного мозга [37, 42]. Конечно же, не все «органики» – аутисты, но все аутисты – «органики» (экзогенно- или эндогенно-органические, дизнейроонтогенетические), что определяет безусловную показанность включения нейropsychологической коррекции в программу их реабилитации.

В этой связи уместно напомнить, что еще в 1926 г., за два десятилетия до классических статей Лео Каннера и Ганса Аспергера, Г.Е. Сухаревой была представлена клиническая картина расстройства, которое сейчас носит название аутизма. В ее работе приведены истории болезни мальчиков, наблюдавшихся в течение двух лет. Первоначально ею был использован термин «шизоидная психопатия», но позднее он был заменен на «аутистическую психопатию». Симптомы описанного состояния идентичны тем симптомам, о которых позднее заявили Л. Каннер и Г. Аспергер. В представленном Г.Е. Сухаревой подробном описании детей отмечено парадоксальное сочетание высокого уровня интеллекта и бедной моторики у всех детей, которых она наблюдала. По результатам патогистологических исследований был определен и анатомический субстрат этого расстройства: мозжечок, базальные ганглии и лобные доли [41].

Как показали современные исследования, мозговая организация детей-аутистов характеризуется более или менее специфическими, но достаточно выраженными признаками нейropsychологической дефицитарности [12]. Это дает основания считать нейropsychологическую (сенсомоторную) коррекцию и близкую ей по идеологии технологию «замещающего онтогенеза» [1], основанную на концепции Н.А. Бернштейна об эволюционных уровнях физиологии движений и активности (руброспинальном – осуществляющим тоническую регуляцию тела; таламопаллидарном – определяющим двигательные синергии и штампы; стриопаллидарном – обеспечивающим построение «пространственного поля»; теменно-премоторном – отвечающим за построение речевых и графических координаций; интеллектуальном – определяющим социально-психический уровень личности), обязательными в работе с детьми-аутистами. В контексте рассмотренной концепции нами систематизированы традиционные, современные и авторские детские игры, компенсирующие и развивающие сенсомоторную сферу, которые можно использовать в качестве первично- или вторично-профилактического подхода в домашних условиях и в условиях воспитательного учреждения [18].

Неспецифическое воздействие на нейрофизиологическом уровне комплексного подхода на те или иные психические расстройства реализуется за счет оптимизации церебральных процессов, повышения их экономичности, улучшения «материального обеспечения» душевно-духовного существования и саногенного взаимодействия «тела» и «духа». Специфический эффект нейropsychологической коррекции заключается в воздействии на церебральные причины продуктивно- и негативно-дизонтогенетических (по В.В. Ковалеву) синдромов, в частности, за счет расширения и развития связей между «речевым» и «эмоциональным» полушариями, совершенствования функциональных механизмов сенсомоторных и пространственно-временных предпосылок ситуационно-личностного предвосхи-

щения и вероятностного прогнозирования, субординации инстинктивно-подкорковых и личностно-лобных детерминант поведения. Что касается детей с «органическим аутизмом», то нейропсихологическая коррекция уже сама по себе может во многих случаях обеспечить выход ребенка из аутизма, то есть является для них ведущим лечебно-реабилитационным методом.

Высокая эффективность данного подхода ставит задачу подготовки соответствующих специалистов — детских нейропсихологов, владеющих методикой сенсорной коррекции и другими методами исправления и формирования базовых составляющих психических функций [2, 16].

Переходом к следующему уровню комплексного лечебно-коррекционного подхода можно считать лечебный массаж, регрессивные и развивающие подвижные и сенсорные игры с неструктурированным природным материалом (вода, песок, глина, камни, палки), с краской, с шумовыми, звенящими и свистящими объектами, техники телесно-ориентированной психотерапии, включая психотерапевтическую кинезиологию [43], игры в сухом бассейне, занятия в сенсорной комнате, плавание, прыжки на батуте, иппотерапию, «комплексную игровую кинезитерапию» [44].

Третий уровень - синдромальный. Коррекционно-психологическая работа на этом уровне направлена, прежде всего, на облегчение для конкретной нозологической группы патопсихологический синдром.

При психосоматических расстройствах это, как известно, алекситимия и дизонтогенетически-конституциональная дефицитарность эмоциональной сферы в целом, при психопатиях — антиципационная несостоятельность и неспособность усваивать собственный опыт, при элективном мутизме — психолингвистическая составляющая социофобии. Конкретные коррекционные методики работы на данном уровне представлены «антиципационным тренингом» [25], «тренингом эмоциональной компетентности» и «саморегуляции эмоциональных состояний», общением в «режиме молчания», дезавтоматизацией патологических привычных действий и вегетативно-соматических реакций с помощью аппаратов биологической обратной связи и проч. При СДВГ дефицит активного внимания, двигательная расторможенность и импульсивность корректируются в процессе тренировки соответствующих психических функций с помощью традиционных игр, привлекательных для ребенка и требующих активного контроля только одного компонента патопсихологической триады [4].

В случае РДА синдромальный подход ориентирован, в первую очередь, на эмоционально-коммуникативную и когнитивную составляющую расстройства. Глубокий, инстинктивно-поведенческий пласт патологии предполагает этологическую ориентацию коррекционных мероприятий. Ключевое место в ней, на наш взгляд, должна занимать холдинг-терапия в своем классическом варианте [22, 53], либо с дополнением интраназального введения окситоцина (в виде спрея) обоим участникам процедуры для усиления механизма взаимного импринтинга ребенка и матери.

В рамках семейной терапии или занятий в малых группах нами используется позитивно-регрессивная техника «второе рождение», приемы «царь Гвидон», «яйцо», материнский массаж [46]. На оживление и канализацию филогенетических инстинктов нацелены анималотерапия, использование палатки как индивидуальной территории с предоставлением возможности ее маркировки, искусственный костер, боксерская груша, собирание растений, листьев, корешков и т. п., экспансивно-разрушительные игры.

Работа на этом уровне, направленная на коррекцию и стимуляцию интеллектуально-речевой сферы, включает также психологическую, логопедическую, дефектологическую коррекцию факультативных синдромов - дислалии, дислексии, дискалькулии, дисграфии и проч. [2, 12], группы Монтессори. Эффективным ме-

тодом обучения детей, имеющих определенные трудности чтения, письма или арифметического счета, является метод мультисенсорного обучения (multisensory teaching method), логически связанный с методиками предыдущего уровня. Он также известен под названием ВАКТ-метод (акроним от английских слов V - Visual – визуальный; A – Auditory – слуховой; K – Kinesthetic – кинестетический, T – Tactile – тактильный), включающий одновременную работу зрительного и слухового восприятия, ощупывание и манипуляцию с объектами) [12].

Понятно, что работа на этом уровне требует включения в лечебно-реабилитационную бригаду смежных специалистов - детских психологов, коррекционных педагогов, логопедов, дефектологов. Фактически же это может быть и один человек, имеющий соответствующую подготовку (также, как функцию психотерапевта, работающего на следующих уровнях, может совмещать психиатр или клинический психолог).

При работе с интеллектуально сохранными детьми и подростками с шизоидной (аутистической) психопатией (РДА Аспергера) синдромально направленная психотерапия нацелена, прежде всего, на так называемую **психэстетическую пропорцию** (по Э. Кречмеру), представленную индивидуальным сочетанием полярно противоположных качеств – гиперэстетичности (сверхчувствительности, болезненной ранимости) и анэстетичности (бесчувственности, эмоциональной холодности к окружающим), а также на собственно **аутизм** (крайнюю степень интровертированности, субъективизма и автономности). Исходя из этого индивидуальная программа материнского внушения [11], которое для этих пациентов представляется предпочтительным в силу часто наблюдаемого симбиоза с матерью и негативного восприятия гетеросуггестии, проводимой другими лицами, должна включать формулы соответствующего содержания: «Тебе интересно и приятно общаться со сверстниками»; «Большинство людей хорошие и добрые, поэтому нахождение среди них вызывает не страх, а любопытство и удовольствие»; «Ты спокойно относишься к посторонним взглядам и прикосновениям, тебе нравится здороваться за руку и отвечать улыбкой на приветствие». Во время психотерапевтических бесед с шизоидами, обращаясь к их интеллекту (нередко являющемуся сильной стороной их индивидуальности) полезно логически (не полагаясь на отсутствующую у них синтонность) доказывать, что «к людям выгодно относиться хорошо, проявляя вежливость и тактичность, принимая их такими, какие они есть», что «Разумно отвечать услугой на услугу» и даже проявлять инициативу подобно полевой мыши из сказки Г.Х. Андерсена, руководствуясь рациональным принципом – «Почему бы не сделать доброе дело, если это тебе ничего не стоит». Работая в малых группах общения, шизоид обучается поведенческим моделям, позволяющим «Оставаться на дистанции, не обижая окружающих», предварять рассказ о собственном увлечении терпеливым выслушиванием чужого рассказа, уклоняться от неприятных расспросов переключением беседы на события жизни собеседника. Нарботанная, натренированная искусственная общительность аутиста аспергеровского типа (спонтанный прообраз которой известен как феномен так называемых «экстравертированных шизоидов»), улучшая формальную коммуникабельность способствует его социальной адаптации, что, в свою очередь, работает на гармонизацию всей личностно-характерологической структуры и интеграцию в обществе [48].

В этой связи и в контексте предыдущего реабилитационного уровня показателны результаты проведенного международного исследования, позволяющие утверждать, что увеличение «социально-ориентированных» отделов мозга может быть не только причиной (или базисом) участия индивида в сложной сети общественных взаимоотношений, но и следствием такого участия. Эти отделы можно

натренировать подобно мышцам, а конечным результатом такой тренировки может стать рост общественного статуса индивида [55].

Переходными к следующему уровню можно считать различные индивидуальные и групповые регрессивно-кондуктивные техники (в частности, музыкально-терапевтические, игровые, творческие), основанные на концепции В.В. Лебединского, касающейся онтогенетических уровней регуляции базального аффективного тонуса («полевого поведения», уровня «стереотипов», «аффективной экспансии», «социального контроля») [21, 26].

Понимая первично-компенсаторную природу соответствующего варианта автономного поведения, которое достаточно быстро делается гиперкомпенсаторным, а затем и условно-патологическим за счет ограниченной фиксации ребенка на одном из врожденно-инстинктивных уровней психической саморегуляции (в ущерб остальным), а также за счет того, что инертные поведенческие шаблоны не подвергаются, как у здоровых детей, естественной социализации, усложнению и рационализации, а начинают тормозить и ограничивать эволютивный онтогенез, следует не бороться с проявлениями полевой, стереотипной, экспансивной или архаично-социальной активности, а пытаться «очеловечивать» их. Этого можно достичь актуализацией «неработающих» уровней регуляции базальной аффективности и постепенным простраиванием их фило-онтогенетической иерархии (поскольку пассивный гуманист столь же ущербен, как и безжалостный воин). Второй принцип синдромальной работы в контексте данной концепции – это обогащение каждого уровня за счет разнообразия его сенсомоторных проявлений, подключения и одновременного задействования разных органов чувств и видов двигательной активности (так, арт-терапевтический хоровод включает танцевальный, вокальный и социально-поведенческий стереотип музыкально-сценического действия). Третий принцип – подключение к демонстрируемой ребенком выхолощенной активности и насыщение ее (бесцельного блуждания, стереотипных раскачиваний, бессмысленного разрушения и т. п.) социально-игровым содержанием («езда на автомобиле», «выступление дрессированного медведя», «превращение ключев разорванной бумаги в снегопад или салют» и т. п.). Четвертый принцип – постепенное расширение круга лиц, участвующих в саморегулирующем поведении (музыкально-ритмический дуэт, трио, квартет и т. д.).

Ju.S. Shevchenko

INTEGRATED MULTI-LEVEL THERAPY FOR CHILDREN WITH AUTISM EARLY CHILDHOOD SYNDROMES: CONCEPTS AND PRACTICE (LECTURE)³

Russian Medical Academy of postgraduate education, the Ministry of Health of the Russian Federation (Moscow).

Summary. In this paper we consider strategic (inclusion, integration in society) and tactical model of rehabilitation activities for children with various forms of autism spectrum disorders. As part of the latest integrated program is offered, poliprofessional medical-correctional approach on metabolic, neuro-physical, syndromal, behavioral, social and personal levels. At each level are handled as General (ethiopathogenesis), and specific (syndrome-psychopathological) challenges.

Keywords: early infantile autism, inclusion, integration, correction of Neuropsychological, behavioral therapy, integrative psychotherapy.

³ First part. Final part see – Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya 2017 (17), № 1.

В.В. Грачев, Ю.С. Шевченко, Е.А. Зубова
**НЕЙРОПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ
(АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР)⁴**

Кафедра детской психиатрии и психотерапии РМАПО (Москва).

Резюме. В статье отражены результаты исследований нейрокогнитивного дефицита и нарушений функционального состояния различных регионов ЦНС у больных нервной анорексией (НА). Изложены современные нейropsychологические/нейropsychиатрические взгляды на проблему, основываясь на которых представлена собственная оригинальная нейropsychиатрическая концепция этиопатогенеза подростковой НА. Рассматриваются нейropsychологически и нейрофизиологически ориентированные методы лечения заболевания, которые представляются наиболее патогенетически обоснованными и могут явиться средством преодоления терапевтической резистентности.

Ключевые слова: нервная анорексия, нейropsychиатрия, нейрокогнитивный дефицит, нейropsychологические нарушения, когнитивная восстановительная терапия, транскраниальная магнитная стимуляция.

Исходя из представленной нами нейropsychологической концепции НА, можно предполагать негрубый нейрокогнитивный сдвиг или дефект после перенесенной НА, заключающийся, в первую очередь, в нарастании психической ригидности со склонностью к построению дисфункциональных когнитивных схем, эмоциональной и когнитивной вязкостью и в то же время с импульсивностью, трудностями принятия решений. Выраженность резидуального нейрокогнитивного дефицита, по-видимому, зависит от возраста начала и продолжительности заболевания. Так, больные подростковой НА с ранним становлением ремиссии и восстановлением массы тела практически не отличались от контрольной группы по показателям исполнительных и зрительно-пространственных функций [59].

С точки зрения большинства исследователей, выраженность нейрокогнитивных нарушений определяет терапевтический исход и может рассматриваться как прогностический маркер эффективности терапии [28, 32, 45]. В США и Западной Европе в последние годы все большее признание начинают получать нейropsychологические подходы к лечению РПП, в частности, нарастает число публикаций, посвященных эффективности у больных НА когнитивно-восстановительной терапии (КВТ), первоначально разработанной для лечения последствий органического поражения ЦНС, а позднее нашедшей применение при различных формах психической патологии [13, 62, 63]. В основе использования КВТ у больных НА лежит направленность на улучшение психического состояния и социального функционирования посредством коррекции нейрокогнитивного дефицита и, в первую очередь, нарушений исполнительных функций [84]. У больных НА КВТ дает возможность организации позитивной терапевтической среды в то время, когда большинство пациентов когнитивно еще не способно к включению в более интенсивные и комплексные психотерапевтические вмешательства.

Системный подход предполагает воздействие не только на нейрокогнитивную дефицитарность, связанную с функциональной слабостью префронтальных отделов коры (3-й структурно-функциональный блок мозга, по А.Р. Лурия [13]), но и на расстройства сенсорно-образного восприятия тела, обусловленные дисфункцией теменно-затылочных областей мозга (2-й операциональный блок), а

⁴ Окончание. Начало см.: Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2016 (16), № 3.

также подкорково-стволовые структуры, ответственные за энергетическое обеспечение, регуляцию обменных процессов и инстинктивное поведение (1-й блок). Тем более что к моменту начала заболевания как 1-й, так и 2-й анатомо-функциональные блоки мозга давно прошли сенситивные периоды своего формирования и их органически-дизнейроонтогенетическая ущербность сама собой уже не сглаживается, а обусловленная этим функциональная энергетическая и операциональная дефицитарность не может в достаточной степени компенсироваться «сверху вниз» за счет 3-го блока – лобных долей, находящихся в состоянии дисфункции, и требует специальной нейропсихологической коррекции.

По-видимому, по крайней мере подростковую НА следует понимать как во многом дизонтогенетическое расстройство, что предполагает значимость в лечении этого заболевания онтогенетически ориентированных нейропсихологических методов, хорошо зарекомендовавших себя в терапии детей и подростков с различными формами дизонтогенетической патологии [10]. В этом контексте наиболее перспективной представляет разработка нейропсихологических воздействий, обеспечивающих реонтогенез «телесного самосознания».

На повестке дня также стоит вопрос о дополнении нейропсихологической коррекции нейрофизиологическими методами, такими как транскраниальная микрополяризация мозга (ТКМП) и транскраниальная магнитная стимуляция (ТКМС), направленными на изменение функционального состояния различных отделов коры головного мозга. В литературе представлены предварительные данные эффективности воздействия ТКМС на префронтальные отделы левого полушария [33, 60, 61]. Следует однако учитывать, что эффект подобной стимуляции может зависеть от ряда факторов, в первую очередь, от этапа формирования нейрокогнитивной дисфункции и как повышать критичность пациентов к своему состоянию, так делать их еще стеничнее в своем аноректическом поведении. Торможение лобной активности может вернуть состояние к дисморфофобическому этапу. В любом случае, учитывая сочетающиеся с нарушениями функции префронтальных отделов устойчивую дисфункцию теменных отделов коры головного мозга и подкорковых структур без улучшения «телесной компетентности» и корково-подкорковых взаимодействий, данный вид лечебного воздействия вряд ли обеспечит стойкий позитивный эффект. Это подтверждается и экспериментальными данными полного восстановления симптоматики НА, сгладившейся на фоне проведения курса ТКМС, в течение 12 месяцев после его окончания [61].

Представленные в статье данные раскрывают некоторые аспекты этиопатогенеза такого сложного полифакторного психобиологического заболевания, как подростковая НА, и направляют на дальнейшую разработку нейропсихологически и нейрофизиологически ориентированных методов его терапии, которые представляются наиболее патогенетически обоснованными. В то же время стоит рассматривать их не как альтернативу другим видам лечения, а скорее как часть терапевтического комплекса, повышающего эффективность других лечебных воздействий, и как одно из средств преодоления терапевтической резистентности, повышения устойчивости ремиссий и профилактики НА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев А., Рупчев Г. Понятие об исполнительных функциях в психологических исследованиях: перспективы и противоречия // Психологические исследования: электрон, науч. журн. 2010. № 4(12). URL: <http://psystudy.ru>
2. Амоут С., Вонг С. Тайны мозга вашего ребенка. М.: Эксмо, 2013. 480 с.
3. Балакирева Е.Е., Зверева Н.В., Якупова Л.П. Психологическая квалификация когнитивных нарушений при нервной анорексии у детей и подростков // Со-

временная терапия в психиатрии и неврологии. 2014. № 1. С. 30-34.

4. Бехтерева Н.П. Магия мозга и лабиринты жизни. М.: АСТ, 2015. 386 с.
5. Бобров А.Е. Психопатологические аспекты нервной анорексии // Альманах клинической медицины. 2015. Спецвыпуск 1. С. 13–23.
6. Грачев В.В., Шевченко Ю.С. Особенности нейрореконструктивного дефицита у больных нервной анорексией (критический обзор). Неврологический вестник. 2016. Т. XLVIII, вып. 1. С. 4-16.
7. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – 2-е изд., переработанное и дополненное. М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1986. 287 с.
8. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1979. 608 с.
9. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М.: Медицина, 1985. 288 с.
10. Корнеева В.А., Шевченко Ю.С. Нейропсихологическая коррекция пограничных состояний у детей и подростков (теория и практика). М.: ИП «ТАКТ», 2010. 154 с.
11. Коркина М.В., Цивилько М.А., Кареева М.А., Жигалова Н.Д., Кислова Е.К. Клинико-психопатологические корреляции психической ригидности при нервной анорексии. Журн. невропатол. психиатр. им. С.С. Корсакова. 1990. Т. 90. № 10. С. 86-88.
12. Кропотов Ю.Д. Современная диагностика и коррекция синдрома нарушения внимания. СПб.: ЭЛБИ–СПб, 2005. 148 с.
13. Лурия А.Р. Потерянный и возвращенный мир (история одного ранения). М.: Изд-во Моск. ун-та, 1971. 123 с.
14. Марилов В.В., Сулейманов Р.А. Доманифестный период нервной анорексии. Журн. невропатол. психиатр. им. С.С. Корсакова. 2004. № 10. С. 22– 25.
15. Мясищев В.Н. Личность и нервозы. Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1960. 426 с.
16. Протопопов А.И., Вязовский А.В. Инстинкты человека: попытка описания и классификации. Якутск: Компания «Дани АлмаС», 2011. 144 с.
17. Свааб Д. Мы – это наш мозг: От матки до Альцгеймера. СПб.: Иван Лимбах, 2014. 544 с.
18. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы: Руководство для врачей. СПб.: Политехника, 2014. 623 с.
19. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 1. М.: Медгиз, 1955. 459 с.
20. Темирова А.Р. Корреляция особенностей психических и соматоневрологических расстройств у больных нервной анорексией: Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2005. 23 с.
21. Фрейд З. Введение в нарциссизм. М: Здоровье, 1990. 123 с.

1. Alekseev A., Rupchev G. Ponjatje ob ispolnitel'nyh funkcijah v psihologicheskikh issledovanijah: perspektivy i protivorechija // Psihologicheskije issledovanija: jelektron, nauch. zhurn. 2010. № 4(12). URL: <http://psystudy.ru>

2. Amodt S., Vong S. Tajny mozga vashego rebenka. M.: Jeksmo, 2013. 480 s.
3. Balakireva E.E., Zvereva N.V., Jakupova L.P. Psihologicheskaja kvalifikacija kognitivnyh narushenij pri nervnoj anoreksii u detej i podrostkov // Sovremennaja terapija v psihiatrii i nevrologii. 2014. № 1. S. 30-34.
4. Behтерева N.P. Magija mozga i labirinty zhizni. M.: AST, 2015. 386 s.
5. Bobrov A.E. Psihopatologicheskie aspekty nervnoj anoreksii // Al'manah

klinicheskoy meditsiny. 2015. Specvypusk 1. S. 13–23.

6. Grachev V.V., Shevchenko Ju.S. Osobennosti nejrokognitivnogo deficita u bol'nyh nervnoj anoreksiej (kriticheskij obzor). Nevrologicheskij vestnik. 2016. T. XLVIII, vyp. 1. S. 4-16.

7. Zejgarnik B.V. Patopsihologija. – 2–e izd., pererabotannoe i dopolnennoe. M.: Izd-vo Mosk. Un-ta, 1986. 287 s.

8. Kovalev V.V. Psihiatrija detskogo vozrasta. M.: Medicina, 1979. 608 s.

9. Kovalev V.V. Semiotika i diagnostika psihicheskikh zabolevanij u detej i podrostkov. M.: Medicina, 1985. 288 s.

10. Korneeva V.A., Shevchenko Ju.S. Nejropsihologicheskaja korrekcija pogranichnyh sostojanij u detej i podrostkov (teorija i praktika). M.: IP «TAKT», 2010. 154 s.

11. Korkina M.V., Civil'ko M.A., Kareeva M.A., Zhigalova N.D., Kislova E.K. Kliniko-psihopatologicheskie korrelyacii psihicheskoy rigidnosti pri nervnoj anoreksii. Zhurn. nevropatol. psihiatr. im. S.S. Korsakova. 1990. T. 90. № 10. S. 86-88.

12. Kropotov Ju.D. Sovremennaja diagnostika i korrekcija sindroma narushenija vnimanija. SPb.: JeLBI–SPb, 2005. 148 s.

13. Lurija A.R. Poterjannyj i vozvrashhennyj mir (istorija odnogo ranenija). M.: Izd-vo Mosk. un-ta, 1971. 123 s.

14. Marilov V.V., Sulejmanov R.A. Domanifestnyj period nervnoj anoreksii. Zhurn. nevropatol. psihiatr. im. S.S. Korsakova. 2004. № 10. S. 22– 25.

15. Mjasishhev V.N. Lichnost' i nervozy. L.: Izd-vo Leningr. un-ta, 1960. 426 s.

16. Protopopov A.I., Vjazovskij A.V. Instinkty cheloveka: popytka opisaniya i klassifikacii. Jakutsk: Kompanija «Dani AlmaS», 2011. 144 s.

17. Svaab D. My – jeto nash mozg: Ot matki do Al'cgejmera. SPb.: Ivan Limbah, 2014. 544 s.

18. Skoromec A.A., Skoromec A.P., Skoromec T.A. Topicheskaja diagnostika zabolevanij nervnoj sistemy: Rukovodstvo dlja vrachej. SPb.: Politehnika, 2014. 623 s.

19. Suhareva G.E. Klinicheskie lekcii po psihiatrii detskogo vozrasta. T. 1. M.: Medgiz, 1955. 459 s.

20. Temirova A.R. Korrelyacija osobennostej psihicheskikh i somatonevrologicheskikh rasstrojstv u bol'nyh nervnoj anoreksiej: Avtoref. dis. kand. med. nauk. M., 2005. 23 s.

21. Frejd Z. Vvedenie v narcissizm. M: Zdorov'e, 1990. 123 s.

22. Abbate-Daga G., Buzzichelli S., Amianto F. et al. Cognitive flexibility in verbal and nonverbal domains and decision making in anorexia nervosa patients: a pilot study // BMC Psychiatry. 2011. Vol. 11. P. 162.

23. Benau E.M., Orloff N.C., Janke E.A., Serpell L., Timko C.A. A systematic review of the effects of experimental fasting on cognition // Appetite. 2014. Vol. 77. P. 52-61.

24. Biezonski D., Cha J., Steinglass J., Posner J. Evidence for thalamocortical circuit abnormalities and associated cognitive dysfunctions in underweight individuals with anorexia nervosa // Neuropsychopharmacology. 2016. Vol. 41. № 6. 1560-1568.

25. Bissonette G.B., Powell E.M., Roesch M.R. Neural structures underlying setshifting: Roles of medial prefrontal cortex and anterior cingulate cortex // Behav. Brain. Res. 2013. Vol. 250. P. 91-101.

26. Boehm I., Finke B., Tam F.I. et al. Effects of perceptual body image distortion and early weight gain on long-term outcome of adolescent anorexia nervosa // Eur. Child Adolesc. Psychiatry. 2016. Vol. 7. [Epub ahead of print]

27. Bolton H.M., Burgess P.W., Gilbert S.J., Serpell L. Increased set shifting costs in fasted healthy volunteers. PLoS One. 2014. Vol. 9. № 7. e101946.

28. Cavedini P., Zorzi C., Bassi T. et al. Decision-making functioning as a predictor of treatment outcome in anorexia nervosa // *Psychiatry Res.* 2006. Vol. 145(2-3). P. 179-187.
29. Collier D.A., Treasure J.L. The aetiology of eating disorders // *Br. J. Psychiatry* 2004. Vol. 185. P. 363-365.
30. Downing P.E., Peelen M.V. The role of occipitotemporal body-selective regions in person perception // *Cogn. Neurosci.* 2011. Vol. 2(3-4): 186-203.
31. Downing P.E., Peelen M.V. Body selectivity in occipitotemporal cortex: causal evidence // *Neuropsychologia*. 2016. Vol. 83. P. 138-148.
32. Duchesne M., Mattos P., Fontenelle L.F. et al. Neuropsychology of eating disorders: a systematic review of the literature // *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2004. Vol. 26. 107-117.
33. Dunlop K., Woodside B., Lam E. et al. Increases in frontostriatal connectivity are associated with response to dorsomedial repetitive transcranial magnetic stimulation in refractory binge/purge behaviors // *Neuroimage Clin.* 2015. Vol. 8. P. 611-618.
34. Ells L.J., Hillier F.C., Shucksmith J. et al. A systematic review of the effect of dietary exposure that could be achieved through normal dietary 24 intake on learning and performance of school-aged children of relevance to UK schools // *Br. J. Nutr.* 2008. Vol. 100. P. 927-936.
35. Fassino S., Pierò A., Abbate-Daga G. et al. Attentional bias and frontal functioning in anorexia nervosa // *Int. J. Eat. Disord.* 2001. Vol. 31. № 3. P. 274-283.
36. Favaro A., Tenconi E., Santonastaso P. The relationship between obstetric complications and temperament in eating disorders: a mediation hypothesis // *Psychosom. Med.* 2008. Vol. 70. № 3. P. 372-377.
37. Fitzpatrick S., Gilbert S.J., Serpell L. Systematic Review: Are Overweight and Obese Individuals Impaired on Behavioural Tasks of Executive Functioning? // *Neuropsychol. Rev.* 2013. Vol. 23. P. 138-156.
38. Fladung A.K., Schulze U.M., Schöll F. et al. Role of the ventral striatum in developing anorexia nervosa // *Transl. Psychiatry*. 2013. Vol. 22. № 3. e315.
39. Foerde K., Steinglass J.E., Shohamy D., Walsh B.T. Neural mechanisms supporting maladaptive food choices in anorexia nervosa // *Nat. Neurosci.* 2015. Vol. 18(11): 1571-1573.
40. Fulford J., Varley-Campbell J.L., Williams C.A. The effect of breakfast versus no breakfast on brain activity in adolescents when performing cognitive tasks, as assessed by fMRI // *Nutr. Neurosci.* 2016. Vol. 19(3): 110-115.
41. Gailliot M.T., Baumeister R.F. The physiology of willpower: Linking blood glucose to self-control // *Personality and Social Psychology Review*. Vol. 2007. 11, 303-327.
42. Galimberti E., Fadda E., Cavallini M.C. et al. Executive functioning in anorexia nervosa patients and their unaffected relatives // *Psychiatry Res.* 2013. Vol. 208, № 3. P. 238-244.
43. Garrido I., Subirá S. Decision-making and impulsivity in eating disorder patients // *Psychiatry Res.* 2013. Vol. 207(1-2). P. 107-112.
44. Grunwald M., Ettrich C., Assmann B. et al. Deficits in haptic perception and right parietal theta power changes in patients with anorexia nervosa before and after weight gain // *Int. J. Eat. Disord.* 2001. Vol. 29. P. 417-428.
45. Guillaume S., Sang C.N., Jaussent I. et al. Is decision making really impaired in eating disorders? *Neuropsychology*. 2010. Vol. 24(6): 808-812.
46. Halmi K.A., Sunday S.R., Klump K.L. et al. Obsessions and compulsions in anorexia nervosa subtypes. *Int. J. Eat. Disord.* 2003. Vol. 33: 308-319.

47. Happé F., Frith U. The weak coherence account: Detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders // *J. Autism Dev. Disord.* 2006. 36: 5-25.
48. Harrison A., Tchanturia K., Treasure J. Measuring state trait properties of detail processing and global integration ability in eating disorders // *World J. Biol. Psychiatry.* 2011. Vol. 12(6). P. 462-472.
49. Hjern A., Lindberg L., Lindblad F. Outcome and prognostic factors for adolescent female in-patients with anorexia nervosa: 9- to 14-year follow-up // *Br. J. Psychiatry.* 2006. Vol. 189. P. 428-32.
50. Holliday J., Tchanturia K., Landau S. et al. Is impaired set-shifting an endophenotype of anorexia nervosa? // *Am. J. Psychiatry.* 2005. Vol. 162. P. 2269-2275.
51. Hoyland A., Dye L., Lawton C.L. A systematic review of the effect of breakfast on the cognitive performance of children and adolescents // *Nutr. Res. Rev.* 2009. Vol. 22: 220-243.
52. Idini E., Marquez-Medina D., Pifarre J. et al. Are the neuropsychological alterations in eating disorders endophenotypes of the disease? Review and state of the art // *Rev. Neurol.* 2012. Vol. 55(12). P. 729-736.
53. Jáuregui-Lobera I. Neuropsychology of eating disorders: 1995-2012 // *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2013. Vol. 9. P. 415-430.
54. Kanakam N., Raoult C., Collier D., Treasure J. Set shifting and central coherence as neurocognitive endophenotypes in eating disorders: a preliminary investigation in twins // *World J. Biol. Psychiatry.* 2013. Vol. 14(6). P. 464-475.
55. Kingston K., Szukler G., Andrewes D. et al. Neuropsychological and structural brain changes in anorexia nervosa before and after refeeding // *Psychol. Med.* 1996. Vol. 26. P. 15-27.
56. Kinsbourne M., Bemporad J.R. Lateralization of emotion: a model and the evidence // *The psychobiology of affective development.* [A. Fox, R.J. Davidson (eds.)]. – New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates. 1984. – P. 259-291.
57. Lezak M.D., Howieson D.B., Loring D.W. *Neuropsychological Assessment*, 4th ed. N.-Y.: Oxford University Press. 2004. 1200 p.
58. Lopez C., Tchanturia K., Stahl D. et al. An examination of the concept of central coherence in women with anorexia nervosa // *Int. J. Eat. Disord.* 2008. Vol. 41. P. 141-152.
59. Lozano-Serra E., Andrés-Perpiña S., Lázaro-García L., Castro-Fornieles J. Adolescent Anorexia Nervosa: Cognitive performance after weight recovery // *J. Psychosom. Res.* 2014. Vol. 76. P. 6-11
60. McClelland J., Bozhilova N., Nestler S. et al. Improvements in symptoms following neuronavigated repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) in severe and enduring anorexia nervosa: findings from two case studies // *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2013. Vol. 21. № 6. P. 500-506.
61. McClelland J., Kekic M., Campbell I.C., Schmidt U. Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) Treatment in Enduring Anorexia Nervosa: A Case Series // *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2016. Vol. 24. № 2. P. 157-163.
62. McGurk S.R., Twamley E.W., Sitzler D.I. et al. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia // *American. J. Psychiatry.* 2007. Vol. 164. № 12. P. 1791-1802.
63. Medalia A. Cognitive remediation for psychotic and affective disorders // *Can. J. Psychiatry.* 2013. Vol. 58. № 6. P. 309-310.
64. Micali N., Solmi F., Horton N.J. et al. Adolescent eating disorders predict psychiatric, high-risk behaviors and weight outcomes in young adulthood // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2015. Vol. 54. № 8. 652-659. e1. doi:

10.1016/j.jaac.2015.05.009.

65. Nakazato M., Tchanturia K., Schmidt U. et al. Brain-derived neurotrophic factor (BDNF) and set-shifting in currently ill and recovered anorexia nervosa patients // Psychol. Med. 2009. Vol. 39. № 6. P. 1029-1035.

66. Norman D.A., Shallice T. Attention to action: Willed and automatic control of behavior // Cognitive neuroscience [M.S. Gazzaniga (eds.)]. – Oxford: Blackwell, 2000. – P. 376-392.

67. Oltra-Cucarella J., Espert R., Rojo L. et al. Neuropsychological impairments in anorexia nervosa: a spanish sample pilot study // Appl. Neuropsychol. Adult. 2014. Vol. 21. № 3. P. 161-175.

68. Oldershaw A., Treasure J., Hambrook D. et al. anorexia nervosa a version of autism spectrum disorders? // Eur. Eat. Disord. Rev. 2011. Vol. 19. P. 462-474.

69. Pender S., Gilbert S.J., Serpell L. The neuropsychology of starvation: set-shifting and central coherence in a fasted nonclinical sample // PLoS One. 2014. Vol. 9. № 10. e110743.

70. Pinheiro A.P., Root T., Bulik C.M. The genetics of anorexia nervosa: current findings and future perspectives // Int. J. Child Adolesc. Health. 2009. Vol. 2. № 2. P. 153-164.

71. Pivik R., Tennal K., Chapman S., Gu Y. Eating breakfast enhances the efficiency of neural networks engaged during mental arithmetic in school-aged children // Physiol. Behav. 2012. Vol. 106. P. 548-555.

72. Rawal A., Park R.J., Williams J.M. Rumination, experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders // Behav. Res. Ther. 2010. Vol. 48. № 9. P. 851-859.

73. Roberts M.E., Tchanturia K., Treasure J.L. Exploring the neurocognitive signature of poor set-shifting in anorexia and bulimia nervosa // J. Psychiatr. Res. 2010. Vol. 44. № 14. P. 964-970.

74. Roberts M.E., Tchanturia K., Treasure J.L. Is attention to detail a similarly strong candidate endophenotype for anorexia nervosa and bulimia nervosa? // World J. Biol. Psychiatry. 2013. Vol. 14. P. 452-463.

75. Rozenstein M.H., Latzer Y., Stein D., Eviatar Z. Neuropsychological psychopathology measures in women with eating disorders, their healthy sisters, and nonrelated healthy controls // Compr. Psychiatry. 2011. Vol. 52. № 6. P. 587-595.

76. Snyder H.R. Major depressive disorder is associated with broad impairments on neuropsychological measures of executive function: A meta-analysis and review // Psychol. Bull. 2013. Vol. 139. № 1. P. 81.

77. Southgate L., Tchanturia K., Treasure J. Building a model of the aetiology of eating disorders by translating experimental neuroscience into clinical practice // Journal of Mental Health. 2005. Vol. 14. № 6. P. 553-566.

78. Stedal K., Rose M., Frampton I. et al. The neuropsychological profile of children, adolescents, and young adults with anorexia nervosa // Arch. Clin. Neuropsychol. 2012. Vol. 27. № 3. P. 329-337.

79. Steinglass J.E., Walsh B.T., Stern Y. Set shifting deficit in anorexia nervosa // J. Int. Neuropsychol. Soc. 2006. Vol. 12. P. 431-435.

80. Steinhausen H.C. Outcome of eating disorders // Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am. 2009. Vol. 18. № 1. P. 225-242.

81. Szmukler G.I., Andrewes D., Kingston K. et al. Neuropsychological impairment in anorexia nervosa before and after refeeding // J. Clin. Exp. Neuropsychol. 1992. Vol. 14. P. 347-352.

82. Talbot A., Hay P., Buckett G., Touyz S. Cognitive deficits as an endopheno-

type for anorexia nervosa: an accepted fact or a need for re-examination? // *Int. J. Eat. Disord.* 2015. Vol. 48. № 1. P. 15-25.

83. Tchanturia K., Liao P.C., Uher R. et al. An investigation of decision making in anorexia nervosa using the Iowa Gambling Task and skin conductance measurements // *J. Int. Neuropsychol. Soc.* 2007. Vol. 13. № 4. P. 635-641.

84. Tchanturia K., Hambrook D. Cognitive remediation therapy for anorexia nervosa // *The treatment of eating disorders* [C.M. Grilo, J.E. Mitchell (eds.)]. – The Guilford Press New York London, 2010. – P. 102-126.

85. Tenconi E., Santonastaso P., Degortes D. et al. Set-shifting abilities, central coherence, and handedness in anorexia nervosa patients, their unaffected siblings and healthy controls: exploring putative endophenotypes // *World J. Biol. Psychiatry.* 2010. Vol. 11. № 6. P. 813-823.

86. Thompson J.K., Spana R.E. Visuospatial ability, accuracy of size estimation and bulimic disturbance in a noneating-disordered college sample: a neuropsychological analysis // *Percept Mot Skills.* 1991. Vol. 73. P. 335-338.

87. Weider S., Indredavik M.S., Lydersen S., Hestad K. Neuropsychological function in patients with anorexia nervosa or bulimia nervosa // *Int. J. Eat. Disord.* 2015. Vol. 48. № 4. P. 397-405.

88. Wentz E., Gillberg I.C., Anckarsäter H. et al. Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome // *British Journal of Psychiatry.* 2009. Vol. 194. P. 168-174.

89. Wesnes K.A., Pincock C., Scholey A. Breakfast is associated with enhanced cognitive function in schoolchildren: an internet based study // *Appetite.* 2012. Vol. 59. P. 646-649.

90. Wilmsmeier A., Ohrmann P., Suslow T. et al. Neural correlates of set-shifting: decomposing executive functions in schizophrenia // *J. Psychiatry Neurosci.* 2010. Vol. 35. P. 321-329.

91. Zakzanis K.K., Campbell Z., Polsinelli A. Quantitative evidence for distinctive cognitive impairment in anorexia nervosa and bulimia nervosa // *J. Neuropsychol.* 2010. Vol. 4. P. 89-106.

V.V. Grachev, Yu.S. Shevchenko, E.A. Zubova
NEUROPSYCHIATRIC ASPECTS OF ANOREXIA NERVOSA
(ANALYTICAL REVIEW)⁵

The Russian Medical Academy of Post-graduate Education (Moscow).

Summary. The article reflects the results of studies of neurocognitive deficit and disturbances of the functional state of various CNS regions in patients with anorexia nervosa (AN). We represent the original neuropsychiatric concept of etiopathogenesis of adolescent AN, based on modern neuropsychological-neuropsychiatric data and views on the problem. Neuropsychological and neurophysiological oriented methods of therapy, which seems most pathogenetically justified and can be a means of overcoming treatment resistance are considered.

Keywords: anorexia nervosa, neurocognitive deficit, neuropsychiatry, neuropsychological dysfunction, cognitive remediation therapy, transcranial magnetic stimulation.

⁵ Ending part. Beginning part see: *Voprosy psicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov*, 2016 (16), N 3.

Н.В. Филиппова, Ю.Б. Барыльник, М.А. Деева, А.С. Кормилицина
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАДЕРЖЕК
ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ
ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
(Саратов).

Резюме: Задержки психического развития в детском возрасте, описанные впервые как нозологическая группа Г.Е. Сухаревой в 1959 г. [32], несмотря на длительное и всестороннее изучение, по-прежнему остаются важной клинико-социальной проблемой в силу разнообразия клинических проявлений и трудностей своевременной диагностики. До настоящего времени не существует как четких диагностических рамок данной группы расстройств, так и единого мнения о возрасте, до которого правомерен этот диагноз. Ошибки при диагностике задержек психического развития ведут к выбору неадекватной обучающей программы и возникновению школьной дизадаптации, на фоне которой в дальнейшем может формироваться девиантное поведение.

Ключевые слова: задержки темпа психического развития, детский возраст, классификация, клиника, диагностика.

Задержка психического развития (ЗПР) – вариант психического дизонтогенеза, к которому относятся различные по этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям и особенностям динамики состояния легкой интеллектуальной недостаточности, занимающие промежуточное положение между интеллектуальной нормой и УО и имеющие тенденцию к положительной динамике при хорошо организованной реабилитационной работе [9, 19, 39].

Интерес к изучению распространенности данного расстройства возник в 60-е годы прошлого столетия и сохраняется у исследователей до настоящего времени. Статистические данные по этому вопросу на протяжении полувека были крайне нестабильными. Так, в исследованиях НИИ дефектологии АПН СССР (1972-1973 гг.), ЗПР выделяли у 5–6% учащихся младших классов [5, 6, 9, 21]. В диссертационном исследовании У.В. Ульяновской [34] отмечено, что из 20% отстающих по школьной программе детей в 50% случаев выявляется ЗПР. В настоящее время распространенность ЗПР как самостоятельного заболевания оценивается в среднем как 1%-2% в общей популяции детей, а в клинической структуре других психических расстройств – 8%-10% [9, 40]. Специфика подхода к изучению данной группы расстройств во многом определяет терминологию и описание патологии специалистами различного профиля (психиатрами, психологами, педагогами и дефектологами) в разных странах. Так, термин «минимальная дисфункция мозга» (МДМ), официально принятый в 1962 г. в Оксфорде, используется в англо-американской литературе для обозначения задержанного темпа развития в детском возрасте до настоящего времени [8, 10]. Следует отметить, что некоторые зарубежные авторы относят к МДМ и синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) или без нее, связывая минимальные повреждения головного мозга с гиперактивным синдромом. СДВГ является одним из наиболее частых поведенческих расстройств, и у более чем половины детей, страдающих СДВГ, этот синдром сохраняется и в подростковом возрасте, что во многих случаях обуславливает трудности к адаптации в коллективе, склонность к наркомании и исключение из школы. В 30%-70% случаев симптомы расстройства наблюдаются и во взрослом возрасте [8, 37]. Рядом отечественных исследователей выделялись связанные с отрицательными культуральными влияниями легкие формы психического недоразвития [9, 19].

Е. Lasegue и К. Larrain, описав клинику инфантилизма в детском возрасте, стали основоположниками другого направления в изучении задержек темпа психического развития. В дальнейшем G. Anton выделил собственно психический инфантилизм, отметив, что, кроме эмоционально-волевой незрелости, такие дети демонстрируют также некоторое отставание в развитии познавательных способностей, внимания и памяти, не достигающие, однако, уровня олигофрении, но создающие определенные трудности при обучении [19; 41].

В отечественной литературе до настоящего времени наиболее широко используется термин «задержка психического развития», предложенный Г.Е. Сухаревой в 1959 г. В дальнейшем этого термина при описании детей с подобными расстройствами придерживались и другие ведущие отечественные психиатры и психологи [4, 11, 12, 24, 25, 29, 28]. Однако, по мнению многих современных исследователей [19], этот термин не совсем удачен, поскольку задержка умственного развития не всегда носит временный характер, а может являться более или менее стойкой, что отмечала еще Г.Е. Сухарева [32]. Более того, данный термин недостаточно адекватен и при обозначении пограничных интеллектуальных расстройств в подростковом возрасте, в связи с чем В.В. Ковалев [13] объединил все формы легкой интеллектуальной недостаточности понятием «пограничная интеллектуальная недостаточность» [19].

Основные клинические признаки, характерные для всех форм ЗПР, были выделены М.Ш. Вроно в 1983 г. [7] и включали:

1. запаздывание развития основных психофизических функций (моторики, речи, социального поведения);
2. эмоциональную незрелость;
3. неравномерность развития отдельных психических функций;
4. функциональный, обратимый характер нарушений.

Существует несколько классификаций ЗПР, предложенных ведущими отечественными детскими психиатрами и психологами. Первая классификация ЗПР, основанная на этиопатогенетических механизмах этой категории расстройств, была разработана Г.Е. Сухаревой в 1965 г. и включала:

- интеллектуальные нарушения в связи с неблагоприятными условиями среды и воспитания или патологией поведения;
- интеллектуальные нарушения при длительных астенических состояниях, обусловленных соматическими заболеваниями;
- нарушения при различных формах инфантилизма;
- вторичную интеллектуальную недостаточность в связи с поражением слуха, зрения, дефектами речи, чтения и письма;
- функционально-динамические интеллектуальные нарушения у детей на резидуальной стадии и в отдаленном периоде инфекций и травм ЦНС [32].

Другую классификацию представили Т.А. Власова и М.С. Певзнер [4], выделив среди детей с ЗПР две группы:

1. Дети с нарушенным темпом физического и умственного развития. Причиной возникновения ЗПР в этом случае считается замедление темпа развития коры головного мозга. Клинически дети данной группы уступают сверстникам в физическом развитии, отличаются инфантилизмом в интеллектуальном, эмоциональном и личностном развитии.

2. Дети с функциональными расстройствами психической деятельности вследствие органического поражения головного мозга. Клиническими особенностями в этом случае будут неустойчивость внимания и астенические проявления.

Клиническая классификация, предложенная К.С. Лебединской [17], основыв-

валась на генезе расстройств и включала четыре основных варианта ЗПР:

1. ЗПР конституционального происхождения, причинами которых являлись нарушения обмена веществ, а также специфика генотипа. Ведущими симптомами, определяющими клиническую картину, считаются задержка физического развития, интеллектуальные нарушения, эмоционально-личностная незрелость, проявляющаяся в аффектах и нарушении поведения.

2. ЗПР соматогенного происхождения, развивающиеся в связи с длительными соматическими заболеваниями и под воздействием экзогенных факторов (тяжелые инфекции и аллергические реакции). В клинике наблюдается не только задержка психического развития и эмоциональная незрелость, но и невротические расстройства (замкнутость, робость, заниженная самооценка).

3. ЗПР психогенного происхождения, возникающие при воздействии неблагоприятных условий воспитания на ранних этапах онтогенеза, травмирующей микросоциальной среды. В данном случае клинически определяются несформированность детской компетентности и произвольной регуляции деятельности и поведения, патологическое развитие личности, эмоциональные расстройства.

4. ЗПР церебрально-органического происхождения. Это наиболее часто встречающийся тип ЗПР, который обладает большой стойкостью и выраженностью нарушений как в эмоционально-волевой сфере, так и в познавательной деятельности. Причинами возникновения данного типа могут являться органическое поражение ЦНС, патология беременности и родов, недоношенность, асфиксии, постнатальные нарушения в течении первых 3 лет жизни [38].

Признаки замедления психической деятельности при ЗПР церебрально-органического происхождения отмечаются довольно рано и касаются всех сфер психической деятельности. По данным И.Ф. Марковской [21], обследовавшей 100 учеников младших классов специальной школы для детей с ЗПР, замедление темпа физического развития было отмечено у 32% детей, задержка в становлении локomotorных функций - у 69%, задержка развития речи - у 63%, длительная задержка формирования навыков опрятности (энурез) - у 36% детей. На основании результатов проведенного исследования автором была дополнена классификация К.С. Лебединской, и выделены 2 группы ЗПР церебрально-органического генеза [22]:

- группа «А», когда в структуре дефекта преобладают черты эмоциональной незрелости по типу органического инфантилизма;

- группа «Б», в которой доминируют симптомы поврежденности (стойкие энцефалопатические расстройства, парциальные нарушения корковых функций с преобладанием интеллектуальных расстройств в структуре дефекта).

Г.В. Козловская и А.В. Горюнова [16] классифицировали ЗПР как:

1. Первичные задержки церебрально-органического генеза, в основе которых лежат гипоксические, травматические, инфекционные, токсические и другие факторы, действующие на развивающийся мозг в перинатальном периоде и приводящие к негрубому поражению головного мозга, не достигающему четкого органического дефекта.

2. Вторичные задержки нервно-психического развития, возникающие на фоне первично неповрежденного головного мозга при хронических соматических заболеваниях.

3. Особый вариант нарушений, представляющий задержанное развитие с диссоциированностью и дисгармоничностью развития отдельных психических функций (с аутистическим синдромом).

Наиболее полная классификация задержек психического развития, по мнению большинства российских детских психиатров [9; 19], была предложена

В.В. Ковалевым [13]:

I. Дизонтогенетические формы пограничной интеллектуальной недостаточности:

1. Интеллектуальная недостаточность при состояниях психического инфантилизма:

- а) при простом психическом инфантилизме;
- б) при осложненном психическом инфантилизме;
- при сочетании психического инфантилизма с психоорганическим синдромом (органический инфантилизм, по Г.Е. Сухаревой, 1965);
- при сочетании психического инфантилизма с церебрастеническим синдромом;
- при сочетании психического инфантилизма с невротическими состояниями;
- при сочетании психического инфантилизма с психоэндокринным синдромом.

2. Интеллектуальная недостаточность при отставании в развитии отдельных компонентов психической деятельности:

- а) при задержках развития речи;
- б) при отставании в развитии школьных навыков (чтения, письма, счета);
- в) при отставании в развитии психомоторики.

3. Искажённое психическое развитие с интеллектуальной недостаточностью (вариант синдрома раннего детского аутизма).

II. Энцефалопатические формы:

1. Церебрастенические синдромы с запаздыванием развития школьных навыков;

2. Психоорганические синдромы с интеллектуальной недостаточностью и нарушением высших психических функций;

3. Пограничная интеллектуальная недостаточность при детских церебральных параличах;

4. Интеллектуальная недостаточность при общих недоразвитиях речи (синдром алалии).

III. Интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами анализаторов и органов чувств:

1. Интеллектуальная недостаточность при врожденной или рано приобретенной глухоте и тугоухости;

2. Интеллектуальная недостаточность при слепоте, возникшей в раннем детстве.

IV. Интеллектуальная недостаточность в связи с дефектами воспитания и дефицитом информации с раннего детства («педагогическая запущенность»).

Ф.М. Гайдук в 1988 г. классифицировал ЗПР по тяжести клинических проявлений на 3 степени: легкую, среднюю и тяжелую (выраженную), а по степени уравновешенности эмоционально-волевой и психомоторной сфер – тормозимый, неустойчивый и уравновешенный типы [11].

При анализе вышеперечисленных классификаций становится очевидным, что, несмотря на длительное и всестороннее изучение, не существует единого мнения в отношении систематики данной группы расстройств, прежде всего в силу неоднородности их клинических проявлений. Однако, несмотря на такое многообразие классификаций, некоторые клинические особенности ЗПР в детском возрасте не вызывают сомнений:

- 1. Становление психических функций происходит неравномерно, замедленно.
- 2. Для детей с ЗПР характерна неравномерная сформированность психиче-

ских процессов.

3. В большей степени страдают эмоционально-личностная сфера, общие характеристики деятельности и работоспособности; в интеллектуальной деятельности наиболее яркие нарушения проявляются на уровне логического мышления при относительно высоком уровне развития наглядных форм мышления.

4. В большинстве случаев отмечается неблагоприятный перинатальный период, патология родов (травматизация, гипоксические поражения, асфиксия плода).

5. Характерен синдром церебральной астении: повышенная утомляемость, нарастание психической медлительности либо импульсивности; недостаточная концентрация внимания; немотивированные расстройства настроения, капризность; вялость, сонливость либо гиперактивность, ухудшение почерка, головные боли.

6. Формируется неврозоподобный синдром (страхи, тики, заикание, нарушения сна, энурез и пр.) и

7. Психопатоподобный синдром, который характеризуется эмоциональной взрывчатостью в сочетании с агрессивностью, лживостью, расторможенностью влечений.

Корректная диагностика ЗПР возможна только в случае комплексного обследования ребенка психолого-медико-педагогической комиссией, включающей детского психолога, психиатра, педиатра, детского невролога, логопеда и дефектолога [39]. При этом оценка психического развития включается в себя:

1. предречевое и речевое развитие;
2. развитие восприятия (представления о частях тела, предметах, цвете, размере, форме, ориентировка в пространстве);
3. развитие памяти (стихи, пересказы);
4. развитие мышления (знания об окружающем мире - время года, время суток; аналитико-синтетическая деятельность, способность к сравнению, обобщению, классификации);
5. развитие внимания (устойчивость, переключаемость);
6. развитие игровой деятельности (характер и содержание игр);
7. развитие творческой деятельности (рисование, лепка, постройки и др.);
8. развитие навыков самообслуживания (гигиенические навыки, аккуратность, одевание, раздевание, прием пищи и др.);
9. становление эмоционально-волевой сферы (устойчивость чувств и действий, ответственность, критичность к своему поведению, саморегуляция поведения);
10. коммуникативное развитие (контактность и адекватность поведения в общении с окружающими: интерес ребенка к взрослому, способность привлечь внимание взрослого, реакция на отношение взрослого);
11. развитие самосознания (знания о себе - имя, фамилия, возраст, пол, адрес; самооценка, саморегуляция поведения);
12. развитие школьных навыков (счет, чтение, письмо и др.).

Для исследования уровня психического развития ребенка также используются психологические тесты, результаты, которых, однако, необходимо соотносить с данными клинического наблюдения. При обследовании детей раннего возраста используются такие методики, как «Диагностика нервно-психического развития детей первых трех лет жизни» [27; 30; 39], а также методика «Гном», разработанная Г.В. Козловской и соавт. [15] и особенно актуальная при первичном обследовании ребенка. При определении уровня интеллекта у детей наиболее часто используют ревизованную шкалу Стэнфорд–Бине (начиная с 3-летнего возраста), шкалу Векслера для детей (от 5 до 15 лет), методику Рейвена и др. В качестве до-

полнительных методов могут быть применены шкала развития Гезелла, методика Кноблах, шкала детского развития Бейли, Денверская скрининговая методика, зрительно-моторный гештальт-тест Бендер, метод предметной классификации. Современная тестовая методика психологической диагностики «Потенциал интеллектуального развития» является интересной и удобной в практическом применении. Педагогическая характеристика представляется важным дополнением к клиническому и психологическому исследованию, поскольку педагог имеет все условия для оценки познавательных способностей ребенка и возможной формы его обучения [1, 3, 31, 35, 36, 39].

Круг дифференциально-диагностического поиска при задержках темпа психического развития в дошкольном возрасте наиболее часто ограничивается синдромами алалии, расстройствами аутистического спектра и (УО) [2,; 18-20, 22, 26].

Изучению дифференциально-диагностических критериев УО и психического инфантилизма уделялось значительное внимание в течение многих лет [4, 23, 41]. Клиническая картина неосложненного инфантилизма, в отличие от УО, характеризуется большей живостью психики, интереса к окружающему и инициативностью, отсутствием инертности и более высоким уровнем логических процессов. При органическом инфантилизме, имеющем признаки, сходные с олигофренией (снижение уровня обобщения и неспособность к логическому мышлению), дифференциальная диагностика с УО представляет определенные сложности. В данном случае необходимо обращать внимание на иную иерархию структуры познавательной деятельности при органическом инфантилизме, в которой преобладает недостаточность «предпосылок» мышления, а не собственно мышления (способности к отвлечению и обобщению) [19].

Дифференциации интеллектуальных расстройств как следствия астении, когда снижение интеллектуальной продуктивности обусловлено неустойчивым тоном внимания и неспособностью к длительному психическому напряжению, с УО способствует тщательное изучение данных соматического и психического состояния.

При проведении дифференциальной диагностики между умственной УО и ЗПР церебрально-органического генеза необходимо помнить, что для ЗПР характерны парциальность и мозаичность в развитии всех компонентов психической деятельности ребенка. Дети с задержками темпа психического развития обладают гораздо большими потенциальными возможностями развития познавательной деятельности и, главным образом, высших форм мышления (обобщения, сравнения, анализа, синтеза, отвлечения, абстрагирования). Это обусловлено тем, что при ЗПР в большей степени страдают предпосылки интеллекта. Еще одной отличительной чертой ребенка с ЗПР является большая готовность и способность принимать помощь взрослого и/или более интеллектуально развитого сверстника. Игровая деятельность при ЗПР также отличается большим разнообразием и эмоциональной живостью; при этом игра у детей с ЗПР повышает продуктивность деятельности, в то время как при УО, напротив, приводит к уклонению от выполнения задания. Более того, яркость эмоциональных реакций позволяет детям с ЗПР длительно сосредоточиваться на выполнении интересных для них заданий. Отсутствие диспластичности и грубых неврологических расстройств также отличает детей с ЗПР от детей с УО.

Дифференциальная диагностика ЗПР и тяжелых форм речевых нарушений коркового генеза (моторная и сенсорная алалия) представляет значительные сложности. В данном случае важно помнить, что для моторной алалии характерна крайне низкая речевая активность [14]. При моторной алалии в значительной сте-

пени страдают звукопроизношение и фразовая речь, а также возможности усвоения норм родного языка. При сенсорной алалии нарушается произвольное внимание вследствие истощаемости слуховых функций; такие дети не умеют «прислушиваться», быстро утомляются и теряют интерес к происходящему. Круг общения при сенсорной алалии в большинстве случаев ограничивается близкими людьми, что обусловлено выраженной интонационной окрашенностью и жестовым сопровождением речи матери, облегчающей ребенку восприятие информации. Когда речевая активность ребенка возрастает и приобретает характер общения, в речи появляются эхолалии. Сенсорная алалия не мешает ребенку участвовать в подвижных играх со сверстниками, не требующих вербализации [19].

В ряде случаев проводится отграничение ЗПР и детского аутизма. Проявления аутистического поведения в виде двигательных стереотипий, гипопрозекии, примитивизма и монотонности игровой деятельности могут присутствовать и в клинической картине ЗПР, однако при ЗПР эти расстройства носят фрагментарный характер и, более того, при ЗПР отсутствует главный аутистический симптом – несформированность потребности в общении с окружающими [18]. Для детей с церебрально-органическим инфантилизмом в отличие от аутистов не характерна отгороженность от внешнего мира, избегание зрительного контакта и особая дистанцированность поведения.

Наибольшие затруднения при проведении дифференциально-диагностического поиска между ЗПР и УО обусловлены необходимостью максимально полно и точно оценить структуру и уровень нарушений интеллектуального развития ребенка. Более того, в ряде случаев необходима также внутренняя дифференциация, связанная с качественной неоднородностью детей с ЗПР, что служит обязательным условием оптимального выбора форм и методов психолого-педагогической и медико-социальной коррекции. По мнению большинства исследователей, диагноз ЗПР правомочен лишь до возраста 11-14 лет [19, 26].

Таким образом, в отношении данной группы расстройств остается больше вопросов, чем ответов. До настоящего времени не существует единых принципов систематики ЗПР. Кроме того, даже самостоятельность данного диагноза подвергается сомнению. В этой связи, наиболее целесообразным представляется рассмотрение ЗПР в качестве сборной группы этиопатогенетически различных, но клинически сходных синдромов. Нозологическая принадлежность психического инфантилизма также остается недостаточно уточненной. Отсутствие четких критериев постановки диагноза в группе детей младшего и дошкольного возраста также препятствует своевременной диагностике и раннему началу проведения коррекционных мероприятий, поскольку пик выявляемости ЗПР приходится именно на младший школьный возраст (7-10 лет) [19, 33]. Дальнейшее изучение эпидемиологических, клинко-диагностических и прогностических аспектов ЗПР, а также коморбидности ЗПР с другими психопатологическими состояниями, особенно в группе младшего и дошкольного возраста, имеют большое медико-социальное значение, позволяя индивидуализировать терапевтическую и реабилитационную тактику.

Диспансеризация детского и подросткового населения с соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2012 г. № 1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них», согласно которому несовершеннолетним в возрасте 12 мес., 3, 7, 10, 14, 15, 16 и 17 лет должны проводиться профилактические, предварительные и периодические медицинские осмотры, в том числе психиатрами для несовершеннолетних в соответ-

ствующие возрастные периоды, направлена на максимально раннее выявление детей, не имеющих отчетливых клинических проявлений заболевания, к числу которых могут быть отнесены и дети с ЗПР, с целью оказания своевременной квалифицированной медико-социальной и психолого-педагогической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахутина Т.В. Нейропсихологический подход к диагностике трудностей обучения // Проблемы специальной психологии и психодиагностика отклоняющегося развития. — М.: Изд-во Минобразования РФ, 1998. — С. 85- 92.
2. Бооркес Де Бутаманте А. Дифференциальная диагностика задержек умственного развития: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. — М., 1978. — 18 с.
3. Бурменская Г.В., Захарова Е.И., Карабанова О.А., Лебедева Н.Н., Лидерс А.Г. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков: учеб. пособие для студ. вузов, обуч. по напр.и спец.психологии. — М.: Академия, 2002. — 410 с.
4. Власова Т.А., Певзнер М.С. Учителю о детях с отклонениями в развитии. — М.: Просвещение, 1967. — 206 с.
5. Власова Т.А., Лебединская К.С. Актуальные проблемы клинического изучения ЗПР у детей // Дефектология. — 1975. — № 6. — С. 8-17.
6. Власова Т.А., Лубовский В.И., Цыпина Н.А. Дети с задержкой психического развития. — М., Педагогика, 1984. — 256 с.
7. Вроно М.Ш. Задержки психического развития // Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. — В 2-х т. Т. 2. — М.: Медицина, 1983. — С. 442-508.
8. Глушенко В.В., Шабанов П.Л. Минимальная мозговая дисфункция. — М.: БИНОМ. — 2013. — 320 с.
9. Емелина Д.А., Макаров И.В. Задержки темпа психического развития у детей (обзор литературных данных) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2011. — № 3. — С. 11-16.
10. Журба Л.Т., Мاستюкова Е.М. Минимальная мозговая дисфункция: научный обзор. — М., ВНИИМИ, 1978. — 50 с.
11. Гайдук Ф.М. Задержки психического развития церебрально-органического генеза у детей: Автореф. ... дисс. докт. мед. наук. — М., 1988. — 38 с.
12. Кириченко Е.И. Задержка психического развития в детском возрасте: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1983. — 18 с.
13. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста // Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1979. — 608 с.
14. Ковшиков В.А. Экспрессивная алалия и методы ее преодоления. — СПб: КАРО, 2006. — 304 с.
15. Козловская Г.В., Горюнова А.В., Самохвалова В.И. Методика определения психического развития детей до 3 лет — ГНОМ // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1997. — № 8. — С. 38–43.
16. Козловская Г.В., Горюнова А.В. Задержки психического развития // Патология психического развития / под ред. академика А.С. Тиганова. — М.: НЦПЗ РАМН. — 1998. — 157 с.
17. Лебединская К.С. Клинические варианты задержки психического развития // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1980. — № 3. — С. 16–20.
18. Лебединская К.С., Никольская О.С., Баенская Е.Р. и др. Дети с нарушениями общения: Ранний детский аутизм. — М.: Просвещение, 1989. — 92 с.
19. Макаров И.В. Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста. — СПб: Наука и Техника, 2013. — С. 273-288.
20. Макаров И.В. Умственная отсталость у детей и подростков: клинические

рекомендации (протокол лечения). – СПб, 2015 [Электронный ресурс]. URL: http://psychiatr.ru/download/2303?view=1&name=%D0%9A%D0%A0_%D0%A3%D0%9E..pdf.

21.Марковская И.Ф. Задержка психического развития церебрального органического генеза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Л., 1982.- 23 с.

22.Марковская И.Ф. Задержка психического развития: клиническая и нейропсихологическая диагностика. – М.: Компенс-центр, 1995. – 198 с.

23.Мельникова А.Ф. К вопросу о синдроме психофизического инфантилизма в дошкольном возрасте // Вопросы психоневрологии детей и подростков. – Т.3. – М., 1936. – С. 211.

24.Мнухин С.С. О временных задержках, замедленном темпе умственного развития и психическом инфантилизме у детей // Труды Ленинградского педиатрического медицинского института. – Т. 51. – 1968. – С. 70-77.

25.Мнухин С.С. О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей // Труды Ленингр. педиатр. мед. ин-та. – Л., 1968. – Т. 51. – С. 5-22.

26.Незнанов Н.Г., Макаров И.В. Умственная отсталость (глава 30) // Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - С. 653-681.

27.Пантюхина Г.В., Печора К.Л., Фрухт Э.Л. Диагностика нервно-психического развития детей первых трех лет жизни. – М.: ЦОЛИУВ, 1983. – 84 с.

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

29.Пекелис Э.Я. Клинико-педагогическая характеристика детей с задержкой психического развития и церебральной астенией и опыт коррекционно-воспитательной работы: Дисс. ... канд. пед. наук. – М., 1971. – 23 с.

30.Печора К.Л., Пантюхина Г.В., Голубева Л.Г. Дети раннего возраста в дошкольных учреждениях. - М. : Владос, 2003. – 172 с.

31.Скоромец А.П., Крюкова И.А., Семичова И.Л., Шумилина М.В., Фомина Т.В. Задержки психического развития у детей и принципы их коррекции // Лечащий врач. - 2011. - № 5/11 [Электронный ресурс] URL: <http://www.lvrach.ru/2011/05/15435193/>.

32.Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Избранные главы. – М.: Медгиз, 1955. - Т.1. – 456 с.; М.: Медгиз, 1959. - Т.2. – 406 с.; М.: Медицина, 1965. - Т. 3. – 335 с.

33.Улба П.П. Задержка психического развития у детей младшего школьного возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Тарту, 1987. – 26 с.

34.Ульенкова У.В. Психологические особенности дошкольников с задержкой психического развития и коррекционно-педагогическая работа с ними: Автореф. дис. ... д-ра психол. наук. - М., 1983.- 38 с.

35.Ульенкова У.В. Дети с задержкой психического развития. – Н. Новгород: НГПУ, 1994. – 230 с.

36.Ульенкова У.В., Лебедева О.В. Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии: учебное пособие. – 3-е изд., стер. – М.: Академия, 2007. – 176 с.

37.Уэндер П., Шейдер Р. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью // Психиатрия / под ред. Р. Шейдера. – М., 1998. – С. 222-236.

38.Фадина Г.В. Диагностика и коррекция задержки психического развития детей старшего дошкольного возраста: Учебно-методическое пособие. - Балашов: «Николаев», 2004. — 68 с.

39.Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б., Исмаилова А.С. Современный взгляд

на задержку психического развития // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015а. - № 10 (2). – С. 256-262.

40. Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б., Бачило Е.В., Исмаилова А.С. Эпидемиология нарушений психического развития в детском возрасте // Российский психиатрический журнал. – 2015. - № 6. – С. 45-51.

41. Юркова И.А. О некоторых клинических особенностях психического инфантилизма // Дети с временными задержками развития. – М., 1971. – С. 25-31.

1. Ahutina T.V. Nejropsihologicheskij podhod k diagnostike trudnostej obuchenija // Problemy special'noj psihologii i psihodiagnostika otklonjajushhegosja razvitija. — М.: Izd-vo Minobrazovanija RF, 1998. - S. 85- 92.

2. Boorkes De Butamante A. Differencial'naja diagnostika zaderzhkek umstvennogo razvitija: Avtoref. diss. ... kand. psihol. nauk. – М., 1978. – 18 s.

3. Burmenskaja G.V., Zaharova E.I., Karabanova O.A., Lebedeva N.N., Liders A.G. Vozrastno-psihologicheskij podhod v konsul'tirovanii detej i podrostkov: ucheb. posobie dlja stud. vuzov, obuch. po napr.i spec.psihologii. - М. : Akademija, 2002. - 410 s.

4. Vlasova T.A., Pevzner M.S. Uchitelju o detjah s otklonenijami v razvitii. - М. : Prosveshhenie, 1967. – 206 s.

5. Vlasova T.A., Lebedinskaja K.S. Aktual'nye problemy klinicheskogo izuchenija ZPR u detej // Defektologija. - 1975. - № 6. - S. 8-17.

6. Vlasova T.A., Lubovskij V.I., Cypina N.A. Deti s zaderzhkoj psihicheskogo razvitija. – М., Pedagogika, 1984. – 256 s.

7. Vrono M.Sh. Zaderzhki psihicheskogo razvitija // Rukovodstvo po psihiatrii / Pod red. A.V. Snezhnevskogo. - V 2-h t. T. 2.- М.: Medicina, 1983.- S. 442-508.

8. Glushhenko V.V., Shabanov P.L. Minimal'naja mozgovaja disfunkcija. – М.: BINOM. – 2013. – 320 s.

9. Emelina D.A., Makarov I.V. Zaderzhki tempa psihicheskogo razvitija u detej (obzor literaturnyh dannyh) // Obozrenie psihiatrii i medi-cinskoj psihologii im. V.M. Behtereva. - 2011. - № 3. - S. 11-16.

10. Zhurba L.T., Mastjukova E.M. Minimal'naja mozgovaja disfunkcija: nauchnyj obzor. – М., VNIIMI, 1978. – 50 s.

11. Gajduk F.M. Zaderzhki psihicheskogo razvitija cerebral'no-organicheskogo geneza u detej: Avtoref. ... diss. dokt. med. nauk. – М., 1988. – 38 s.

12. Kirichenko E.I. Zaderzhka psihicheskogo razvitija v detskom vozraste: Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. – М., 1983. – 18 s.

13. Kovalev V.V. Psihiatrija detskogo vozrasta // Rukovodstvo dlja vrachej. – М.: Medicina, 1979. – 608 s.

14. Kovshikov V.A. Jekspressivnaja alalija i metody ee preodolenija. – SPb: KARO, 2006. – 304 s.

15. Kozlovskaja G.V., Gorjunova A.V., Samohvalova V.I. Metodika opredelenija psihicheskogo razvitija detej do 3 let – GNOM // Zhurn. nevropatol. i psihiatr. im. S.S. Korsakova. – 1997. – № 8. – S. 38–43.

16. Kozlovskaja G.V., Gorjunova A.V. Zaderzhki psihicheskogo razvitija // Patologija psihicheskogo razvitija / pod red. akademika A.S. Tiganova. – М.: NCPZ RAMN. – 1998. – 157 s.

17. Lebedinskaja K.S. Klinicheskie varianty zaderzhki psihicheskogo razvitija // Zhurn. nevropatol. i psihiatr. im. S.S. Korsakova. – 1980. - № 3. – S. 16–20.

18. Lebedinskaja K.S., Nikol'skaja O.S., Baenskaja E.R. i dr. Deti s narushenijami obshhenija: Rannij detskij autizm. – М.: Prosveshhenie, 1989. – 92 s.

19. Makarov I.V. Klinicheskaja psihiatrija detskogo i podrostkovogo vozrasta. -

Spb: Nauka i Tehnika, 2013. - S. 273-288.

20. Makarov I.V. Umstvennaja otstalost' u detej i podrostkov: klinicheskie rekomendacii (protokol lechenija). – SPb, 2015 [Elektronnyj resurs]. URL: http://psychiatr.ru/download/2303?view=1&name=%D0%9A%D0%A0_%D0%A3%D0%9E..pdf.

21. Markovskaja I.F. Zaderzhka psihicheskogo razvitija cerebral'nogo organicheskogo geneza: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. - L., 1982. - 23 s.

22. Markovskaja I.F. Zaderzhka psihicheskogo razvitija: klinicheskaja i nejropsihologicheskaja diagnostika. – M.: Kompens-centr, 1995. – 198 s.

23. Mel'nikova A.F. K voprosu o sindrome psihofizicheskogo infantilizma v doshkol'nom vozraste // Voprosy psihonevrologii detej i podrostkov. – T.3. – M., 1936. – S. 211.

24. Mnuhin S.S. O vremennyh zaderzhkah, zamedlennom tempe umstvennogo razvitija i psihicheskom infantilizme u detej // Trudy Leningradskogo pediatričeskogo medicinskogo instituta. – T. 51. – 1968. – S. 70-77.

25. Mnuhin S.S. O rezidual'nyh nervno-psihicheskikh rasstrojstvah u detej // Trudy Leningr. pediatr. med. in-ta. – L., 1968. – T. 51. – S. 5-22.

26. Neznakov N.G., Makarov I.V. Umstvennaja otstalost' (glava 30) // Psihiatrija: nacional'noe rukovodstvo / Pod red. T.B. Dmitrievoj, V.N. Krasnova, N.G. Neznakova, V.Ja. Semke, A.S. Tiganova. - M.: GJeOTAR-Media, 2009. - S. 653-681.

27. Pantjuhina G.V., Pechora K.L., Fruht Je.L. Diagnostika nervno-psihicheskogo razvitija detej pervyh treh let zhizni. – M.: COLIUV, 1983. – 84 s.

28. Pevzner M.S. Klinicheskaja harakteristika detej s zaderzhkoj razvitija // Defektologija. – 1972. - № 3. – S. 3-9.

29. Pekelis Je.Ja. Kliniko-pedagogicheskaja harakteristika detej s zaderzhkoj psihicheskogo razvitija i cerebral'noj asteniej i opyt korrekcionno-vospitatel'noj raboty: Diss. ... kand. ped. nauk. – M., 1971. – 23 s.

30. Pechora K.L., Pantjuhina G.V., Golubeva L.G. Deti rannego vozrasta v doshkol'nyh uchrezhdenijah. - M. : Vlado, 2003. – 172 s.

31. Skoromec A.P., Krjukova I.A., Semichova I.L., Shumilina M.V., Fomina T.V. Zaderzhki psihicheskogo razvitija u detej i principy ih korrekcii // Lechashhij vrach. - 2011. - № 5/11 [Elektronnyj resurs] URL: <http://www.lvrach.ru/2011/05/15435193/>.

32. Suhareva G.E. Klinicheskie lekicii po psihiatrii detskogo vozrasta. Izbrannye glavy. – M.: Medgiz, 1955. - T.1. – 456 s.; M.: Medgiz, 1959. - T.2. – 406 c.; M.: Medicina, 1965. - T. 3. – 335 s.

33. Ulba P.P. Zaderzhka psihicheskogo razvitija u detej mladshego shkol'nogo vozrasta: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – Tartu, 1987. – 26 s.

34. Ul'enkova U.V. Psihologicheskie osobennosti doshkol'nikov s zaderzhkoj psihicheskogo razvitija i korrekcionno-pedagogicheskaja rabota s nimi: Avtoref. dis. ... d-ra psihol. nauk. - M., 1983. - 38 s.

35. Ul'enkova U.V. Deti s zaderzhkoj psihicheskogo razvitija. – N. Novgorod: NGPU, 1994. – 230 s.

36. Ul'enkova U.V., Lebedeva O.V. Organizacija i sodержanie special'noj psihologicheskoi pomoshhi detjam s problemami v razvitii: uchebnoe posobie. – 3-e izd., ster. – M.: Akademiya, 2007. – 176 s.

37. Ujender P., Shejder R. Sindrom narushenija vnimanija s giperaktivnost'ju // Psihiatrija / pod red. R. Shejdера. – M., 1998. – S. 222-236.

38. Fadina G.V. Diagnostika i korrekcija zaderzhki psihicheskogo razvitija detej starshego doshkol'nogo vozrasta: Uchebno-metodicheskoe posobie. - Balashov: «Nikolaev», 2004. — 68 s.

39. Filippova N.V., Baryl'nik Ju.B., Ismajlova A.S. Sovremennij vzgljad na za-

derzhku psihicheskogo razvitija // Mezhdunarodnyj zhurnal prikladnyh i fundamental'nyh issledovanij. – 2015a. - № 10 (2). – S. 256-262.

40. Filippova N.V., Baryl'nik Ju.B., Bachilo E.V., Ismajlova A.S. Jepidemiologija narushenij psihicheskogo razvitija v detskom vozraste // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. – 2015. - № 6. – S. 45-51.

41. Jurkova I.A. O nekotoryh klinicheskikh osobennostjah psihicheskogo infantilizma // Deti s vremennymi zaderzhkami razvitija. – M., 1971. – S. 25-31.

N.V. Filippova, J.B. Baryl'nik, M.A. Deeva, A.S. Kormilitsina
CLINICAL AND DIAGNOSTIC ASPECTS OF MENTAL RETARDATION
IN CHILDREN

Saratov State Medical University (Saratov).

Summary. Mental retardation in children, described for the first time as a nosological group by G.E. Sukhareva in 1959, in spite of a long and comprehensive study, still remain an important clinical and social problem due to a variety of clinical manifestations and the difficulties of timely diagnostics. So far, there is no a clear diagnostic framework for this group of disorders, and the consensus of the age up to which justified the diagnosis. Errors in diagnosing mental retardation leads to the choice of inadequate training programs and the emergence of school exclusion, against which deviant behavior can be shaped in the future.

Keywords: mental retardation, children, classification, clinic, diagnostics.

ПРОБЛЕМЫ И РЕСУРСЫ АДАПТИВНОСТИ В ТРУДНЫХ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЯХ (СООБЩЕНИЕ 2)

Казанский (Приволжский) федеральный университет, Институт фундаментальной медицины и биологии (Казань).

Резюме. В статье рассматриваются методы оценки адаптивности. Особое внимание уделяется методам оценки субъектности человека, организующего адаптивность восходящего равновесия. В 1-й части представлены фрагменты исследований с использованием ранее опубликованной методики адаптивного отношения к сложным ситуациям, которая рассматривается нами в комплексе разрабатываемых методик для изучения проблемы адаптивности как системного свойства. Во 2-й части описана следующая методика диагностики внутренних ресурсов адаптивности, включающая расчет динамического коэффициента результата теста в соответствии с количественной оценкой степени выраженности симптома.

Ключевые слова: методы, диагностика, ресурсы, субъектная активность, личностная активность, осознанная саморегуляция, адаптивность восходящего равновесия.

Цель включения в статью следующей научно-методической разработки — описать методику диагностики ресурсов адаптивности с точки зрения учета возможных вариантов направленности активности субъекта и динамического аспекта ее проявления в условиях трудной ситуации.

Методика включает 29 утверждений, с которыми испытуемый должен оценить степень своего согласия с ними. При этом предлагаются два подхода к оценке: первый, связанный с состоянием «Готовность к действию», и второй — «Реализация действия». В содержание утверждений неявственно, для дальнейшего анализа и интерпретаций, включен критерий направленности активности — «социо-ориентированной», «автономно-ориентированной» и дополнительно к ним «организованной самостоятельности».

Набор утверждений опросника позволяет определить общий показатель индивидуального уровня развития субъектной адаптивности и типовые варианты субъектной и личностной активности с учетом показателей — рефлексивно-оценочной, эмоционально-волевой и поведенческой сфер. Оценка степени согласия обследуемого с каждым утверждением дается по пятибалльной шкале. Это позволяет сделать многопараметрический статистический анализ результатов эксперимента, а опросник — достаточно коротким.

Наряду с определением общего индекса субъектной адаптивности методика позволяет сделать расчет индекса динамики ее проявления. Параметры характеристик субъектной адаптивности заложены в субшкалах, отражающих три основных механизма организации и регуляции поведения: понимания как когнитивного аспекта преодоления нарушенного равновесия, эмоционально-волевого самоподкрепления к выбору вариантов поведения и ценностно-смыслового аспекта. По каждой из трех субшкал представлены уровневые показатели низкого, среднего и высокого значений, соотношение которых образует профиль характеристик феноменологических проявлений, соответствующих диагностическим шкалам.

Шкалы методики

I. Шкала «Социо-ориентированная направленность субъектной активности» является наиболее выраженной и объясняет 81,359% дисперсии. Включает следующие утверждения по субшкалам:

Субшкала Рефлексивно-оценочная активность (аспект когнитивного преодоления нарушенного равновесия) включает утверждения:

1. Убеждение в необходимости включения в проблему, вызванное объективным социальным запросом и вероятностью получить возможность изменить собственную социальную ситуацию при позитивном ее решении (1⁶).
2. Стремление получить новые знания и жизненный опыт, что поможет в собственных начинаниях (7).
3. Понимание, что организация проверки своих умений и возможностей при благоприятных условиях может принести значительный прогресс в будущей сфере деятельности (16*).
4. Аргумент в необходимости подчинения часто является полезным для того, чтобы разрешить конфликтную ситуацию (29).

Субшкала Эмоционально-волевое отношение (самоподкрепление к выбору вариантов поведения) включает утверждения:

1. Желание знать правила для совладания с ситуацией (8).
2. Опасение, что не справлюсь с трудностями, когда берусь за выполнение данного мне задания (18*).
3. Уверенность, что мне придется делать что-то привычное и не потребует «изобретать велосипед» (20*).
4. Интерес к мнению других о моих качествах и возможностях (26).

Субшкала Ценностно-смысловые основания активности (ориентированность на нормативную сторону с включением эмоциональной и рациональной составляющей):

1. Необходимость поддержать семью (3).
2. Предпочтение поддержать здоровье (2).
3. Намерение использовать известные из своего опыта действия, которые не потребуют особого напряжения, но благодаря которым буду уверен в успехе (5*).
4. Желание приложить все силы, используя социальную поддержку, чтобы справиться, несмотря на то, что жизненные обстоятельства не изменяются в лучшую сторону (27).

Шкала «Социо-ориентированная направленность» характеризует степень доминирования побуждений, обусловленных заданностью рамок социально-культурного поведения и деятельности, конституируя направленность поведения.

ВЫСОКИЕ ОЦЕНКИ. Зависят от специфики организации и регуляции поведения, связанной с повышенным чувством долга жизненного стереотипа. Рефлексивность носит вариант оценки совпадений собственной модели поведения с ожиданиями социального окружения. *Побудительным механизмом готовности к действию* является контроль своего поведения и своих эмоций. Стратегия подчинения социальной нормативности рассматривается как само собой разумеющееся. Напряженность и повышенная активность поддерживаются обостренным чувством ответственности, чувством внутренней дисциплины, беспокойством, агрессивностью, децентрацией от человеческих отношений. *Ценность поведения* определяется соблюдением социальных интересов, которые ставятся превыше всего, свои же либо не принимаются во внимание, либо вообще отрицаются.

СРЕДНИЕ ОЦЕНКИ. Выражены в социальной адаптированности. Рефлексивность выступает отправной точкой выстраивания стратегий поведения, ориентированных на реализацию своих потребностей, обусловленных социальным стилем отношений. *Ценность поведения* определяется способностью децентриро-

⁶ Опросник см. ниже (Протокол обследования)

ваться как от своих внутренних интересов к социальным (от «Я» к «Другим»), так и от социальных интересов к собственным (от «Других» к «Я»). Чувства уверенности и интереса (захваченность, любопытство), которые могут проявляться в разной степени, определяют меру энергичности, напряженности и активности как необходимых ресурсов организации и регуляции готовности к действию.

НИЗКИЕ ОЦЕНКИ. Связаны с недостаточностью социализации. Рефлексивность носит дефицитарный характер, что и определяет специфику побудительных механизмов готовности к действию. Невозможность активно реализовать свои претензии так, как бы хотелось, а вынужденная необходимость постоянно контролировать свое поведение в соответствии с требованиями общества становятся постоянным источником эмоциональной напряженности и снижения ресурса активности. *Ценность правомерного поведения* снижена за счет механизма децентрации от социальных интересов к собственным (от «Других» к «Я»), определяющего специфические аспекты регуляции поведения, в крайних случаях к социальной инвалидизации.

II. Шкала «Автономно-ориентированная направленность субъектной активности» описывает 65,14% дисперсии. Включает следующие утверждения по субшкалам:

Субшкала Рефлексивно-оценочная активность (аспект когнитивного преодоления нарушенного равновесия):

1. Понимание срочности выполнения действий, что приводит к необходимости самостоятельно составить план и алгоритм предстоящих действий – а это облегчит поиск более короткого пути к решению проблемы (19).

2. Осознание, что препятствие непреодолимо, а возникшие трудности неразрешимы, приводит к состоянию готовности изменить свои действия и найти более адекватное решение и сохранить равновесие (24).

3. Разумная целесообразность выбора поведения в изменившейся ситуации – главная стратегия сэкономить расходование энергии (28).

Субшкала Эмоционально-волевое отношение (аспект самоподкрепления к выбору вариантов поведения)

1. Деятельностное состояние, оно позволяет подойти более осознанно к решению проблемы со стороны нестандартного решения (11).

2. Переживание драйва, т. к. за счет возникающего эмоционального возбуждения и повышения активности легче добиться хороших результатов (13*).

3. Уверенность в том, что я нашел необходимую информацию, дает хороший шанс контролировать ситуацию в нужный момент (9).

Субшкала Ценностно-смысловые основания активности (ориентированность на нормативную сторону с включением эмоциональной и рациональной составляющей):

1. Убеждение в том, что адекватно судить о своих способностях и возможностях можно только на основе собственного опыта достижений поставленных целей (10).

2. Стремление к самосовершенствованию, т. к. считаю, что мне удалось найти призвание и интересные цели, которые сделают мою жизнь интересной и позволят стать полезным другим и своей семье (12).

3. Удовольствие, получаемое от деятельности, наполненной интересными делами, т. к. именно это позволяет мне достигать поставленных целей своей жизни (14).

Шкала «Автономно-ориентированная направленность» характеризует степень доминирования мотивов готовности к действию и их реализации, обусловленных самостоятельностью выбора способов поведения, согласованностью с

требованиями ситуации и собственных возможностей, что проявляется в особенностях саморегуляции активности и способах нахождения равновесия.

ВЫСОКИЕ ОЦЕНКИ. Связаны с выраженностью эгоцентрической ориентации, с субъективно обоснованными принципами самостоятельной организации и регуляции действий. Рефлексивность носит односторонне выраженный характер с преобладанием активности, сосредоточенной на себе, собственных интересах и проблемах, зачастую не замечая неадекватности некоторых представлений о собственном «Я». Демонстративная автономность, обусловленная полной центрацией на себе, может быть разной в проявлении своей субъективной уникальности, определяет меру энергичности, напряженности и активности поведения. *Ценность поведения* связана со стремлением добиться того, чтобы общество и близкое окружение относилось к нему как к особой ценности, при этом механизм самоподкрепления часто проявляется в форме инстинктивно-эмоционального или эмоционально-волевого напряжения, отражая недостаточность самоорганизации и саморегуляции.

СРЕДНИЕ ОЦЕНКИ. Связаны с выраженностью относительно устойчивой системой отношений, в которой доминирует «активность отдачи» субъекта. *Ценность поведения* обеспечивается организованной самостоятельностью, уверенностью в своих действиях, творческими способностями, гибкостью, повышенной спонтанностью. Рефлексивность проявляется через высокую способность сосредоточиваться на проблеме, при этом выраженную автономность и уединенность, целесообразность выбора поведения. Напряженность и активность поддерживается осознанием своих достоинств и недостатков, способностью получать удовольствие от самоотдачи и творчества.

НИЗКИЕ ОЦЕНКИ. Активность выражена в неадекватной по форме организации достижения своих целей, низкой самоотдаче. Рефлексивность проявляется через обостренное осознание и переживание своей несостоятельности, определяя специфику самоорганизации и саморегуляции. *Ценность поведения* обеспечивается ориентацией на замкнутую автономность. Напряженность и активность поддерживается низкой степенью «самоодобрения», неприемлемостью подачи себя для других.

III. Шкала «Организованная самодеятельность» включает в себя 48,909 % дисперсии, и ей соответствуют следующие утверждения по субшкалам:

Субшкала Рефлексивно-оценочная активность (аспект когнитивного преодоления нарушенного равновесия):

1. Убеждение, что не совершает ошибки только тот, кто ничего не делает, позволяя делать дело, как сам считаю нужным, а не так, как советуют другие (17).
2. Понимание необходимости собранности и энергичности, если выполненные мною действия требуют корректировки, стимулируют отдаваться полностью, не считаясь с тем, сколько свободного времени я могу потратить на это (22).
3. Убеждение, что надо делать дело более продуктивно, предпочитаю получить задание только в общих чертах, а не по указке, что да как надо делать (23).

Субшкала Эмоционально-волевое отношение (самоподкрепление к выбору вариантов поведения):

1. Интерес к самостоятельному обнаружению проблемы, поиску алгоритма решения позволяет мне в свободное от учебных занятий время продолжить нахождение способов наиболее рационального ее решения (6).
2. Удовлетворение и уверенность в значимости своих способностей я нахожу в кружках технического (художественного) и научного творчества, в свое досуговое время (15).

3. Неудовлетворенность в творческой деятельности я компенсирую в техническом (художественном) и научном творчестве в свободное от занятий время (21).

Субшкала Ценностно-смысловые основания активности:

1. Ценность времени является для меня важным условием для организации ситуаций качественного выполнения поставленных перед собой задач (4).

2. Значимость для меня в участии в общественных мероприятиях связана с потребностью самовыражения и повышения своего потенциала как личности и как свободного деятеля (22)

3. Групповая деятельность для меня важна, т. к. помогает в организации собственной изобретательности (25).

Шкала «Организованная самостоятельность» характеризует степень проявления самостоятельной организации выбора стратегий поведения, осознанной регулятивной активности обусловленной внутренним устремлением, являясь важной составляющей в структуре адаптивности восходящего равновесия.

ВЫСОКИЕ ОЦЕНКИ. Связаны часто с выраженной познавательной активностью, любопытством к жизни, бесстрашием в совершении ошибок, с умением их корректировать. *Ценность* организации и регуляции действий связана с доминированием мотивационной активности, с адекватным отношением к себе и открытостью к другим (обществу). Может проявляться и в эгоцентрической форме поведения, и в способности отдачи себя в пользу других, проявляясь ментальным и мотивационным напряжением в ситуациях ответственного выбора стратегий «при-способление-преодоление» в условиях трудной ситуации.

СРЕДНИЕ ОЦЕНКИ. Связаны с согласованием собственных и социальных интересов. *Ценность* поведения связана и обоснована собранностью, концентрированностью в организации решения готовности к действиям, соответствующих задачам для достижения поставленной цели.

НИЗКИЕ ОЦЕНКИ. Связаны с сосредоточенностью на собственных проблемах, чрезмерной центрации на собственных интересах и жесткой дифференциации своих и социальных интересов («Я» и «Они»). *Ценность* организации и регуляции поведения связана с индивидуальным целеполаганием, направленным на защиту, поддержание или развитие собственной личности.

Оценка выраженности свойства субъектной адаптивности

Шкалы стандартизированной оценки по низкому, среднему или высокому процентному соотношению накопленной частоты ответов испытуемых по вопросам, построенные с возможностью перевода сырых баллов в стены.

Для определения места испытуемого выбраны интервальные оценки ряда от 1 до 5. Группировка оценок проведена по подобию шкалы Кеттелла (группируются испытуемые). Кеттеллом был предложен способ нормированности оценок путем перевода исходных тестовых оценок в десятибалльную равно интервальную шкалу, путем разбиения оси значения тестовых оценок на десять интервалов, соответствующих долям стандартного отклонения.

Нами используется стандартная шкала стенов, в которой $m=5,5$ и $\sigma=2$. Сырой балл принимает значение 1–145. По шкалам $m=5,5$ и $\sigma=2$; 10 стен – 2σ . Повышенные оценки по той или иной шкале – это отклонение от средней величины в большую сторону более чем на $+2,25 \sigma$. В методике высокие оценки – 42–45 баллов. Низкие оценки – 9–12 баллов.

Методика предоставляет возможность применить аналитико-статистическую процедуру для изучения показателей направленности субъектной активности, как в индивидуальном, так и групповом режиме.

Ключ:

1. Шкала «Социо-ориентированная направленность субъектной активности» включает 1, 2, 3, 5, 7, 8, 16, 18, 20, 27, 29 утверждения.

Субшкалы:

1а – пункты 1, 7, 16, 29 – 45–55 балла (7, 8, 9, 10 стенов);

2а – пункты 8, 18, 20, 26 – 31–44 балла (4, 5, 6 стенов);

3а – пункты 2, 3, 5, 27 – 12–30 баллов (1, 2, 3 стена).

2. Шкала «Автономно-ориентированная направленность субъектной адаптивности» включает 9, 10, 11, 12, 13, 14, 19, 24, 28 утверждения.

Субшкалы:

1б – пункты 19, 24, 28 – 34–45 баллов (7, 8, 9, 10 стенов);

2б – пункты 9, 11, 13 – 22–33 балла (4, 5, 6 стенов);

3б – пункты 11, 12, 14 – 9–21 балл (1, 2, 3 стена).

3. Шкала «Организованная самодеятельность» включает 4, 6, 15, 17, 21, 23, 24, 25 утверждения.

Субшкалы:

1в – пункты 17, 22, 23 – 34–45 баллов (7, 8, 9, 10 стенов);

2в – пункты 6, 15, 21 – 22–33 балла (4, 5, 6 стенов);

3в – пункты 4, 24, 25 – 9–21 балл (1, 2, 3 стена).

Подсчет сырых баллов

Баллы по методике подсчитываются простым арифметическим способом суммирования. Присутствуют инвертированные пункты – по этим пунктам в суммарный балл идут баллы, отмеченные звездочками. Номера вопросов и инвертированные оценки: 4, 5, 6, 8, 9, 10, 20, 22 – по методике 5* баллов ставим 1* балл. Например, в пункте № 22 поставлен балл 5, в сумму идет 1 (табл. 1).

Таблица 1.

Перевод сырых баллов в стандартные стены

Накопленный процент	3-9	10-16	17-24	25-49	50-74	75-82	83-89	90-96	97-98	99
Стены	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Сырые баллы	9-12	13-16	17-21	22-25	26-29	30-33	34-37	38-41	42-44	45

Таблица 2.

Средние величины стандартных шкальных оценок субъектной адаптивности по фактору «Готовность к действию» для студентов

Возраст	Параметры	Социо-ориентированная суб. активность	Автономно-ориентированная суб. активность	Организованная самодеятельность	Средняя. готовность к действию	N/ N чел
15-16	Средн.	205	205	205	205	107
	%	25-49	25-49	25-49	25-49	107
	%	75-82	75-82	75-82	75-82	107
	Ош.ср.	0,123	0,210	0,134	0.321	107

Условное обозначение: Средн. – средняя величина, Ош. ср. – ошибка средней – ...% и + ...% – доверительные интервалы средних величин.

Таблица 3.

Вариант оценочных шкал по методу сигмальных отклонений для выборки, N = 1070

	Уровни			Среднее	Средне- квадратичное отклонение
	Низкий	Средний	Высокий	X	S
CHCA					
Баллы	12-30	31-44	45-60	5	0,6
АОСА					
Баллы	9-21	22-33	34-45	5	0,2
ОС					
Баллы	9-21	22-33	34-45	5	0,2

Ниже приводится опросник, который на первом этапе диагностики используется как вариант оценки поведения в ситуации – «Готовность к действию», а затем, на втором этапе – как вариант оценки сохранения важности и актуальности повода после совершения действий – «Оценка реализации действия». К каждому варианту прилагается инструкция.

1-й этап. Инструкция: (вариант оценивания «Готовность к действию») Изменчивость жизненных ситуаций нередко вызывает намерение сохранить нарушенное равновесие. На пути к этому, как часто бывает, возникают ограничения и препятствия, что требует от человека определенной активности, и прежде всего готовности действовать с целью их преодоления. Оцените, насколько важен конкретно для Вас тот или иной повод (варианты представлены ниже), ради реализации которого Вы готовы начать действовать.

2-й этап. Инструкция: (вариант оценивания «Реализация действий»). Оцените, какой повод все-таки остался важным после того, как Вами совершены действия, к которым Вы заранее готовились.

Оценку необходимо дать в соответствии с Вашим представлением о себе, используя следующую шкалу:

- 1 – не согласен;
- 2 – скорее не согласен;
- 3 – в чем-то согласен, в чем-то нет;
- 4 – скорее согласен;
- 5 – согласен.

Ф И О	Дата опроса
(полностью)	Колледж, техникум, вуз
Число, мес., г. р.	Колледж, техникум, вуз
Место рождения	курс, специальность
(достаточно указать область)	

Результаты ответов респондента заносятся в таблицы и рассчитываются все показатели как этапа оценивания «Готовности к действию», так и этапа «Реализация действия».

ПРОТОКОЛ ОБСЛЕДОВАНИЯ

	Важным поводом для меня, для того, чтобы начать поведение при наличии готовности к нему, является:	1	2	3	4	5
1	Уверенность в том, что, если я решу возникшую передо мной проблему, то ситуация изменится к лучшему					
2	Необходимость поддержать здоровье					
3	Появившаяся возможность поддержать семью					
4	Время, если оно имеется для его выполнения					
5*	Условия, которые не потребуют от меня особого напряжения, но благодаря которым буду уверен в успехе					
6	Свободное от учебных занятий время, где можно самостоятельно искать способы наиболее рационального решения интересующей меня проблемы					
7	Убеждение, что новые знания и новый опыт помогут мне в моих начинаниях					
8	Знание, как это делать, и соблюдение соответствующих правил для этого					
9	Уверенность в том, что я контролирую ситуацию					
10	Уверенность в своих способностях, что я сумею справиться					
11	Деятельностное состояние и желание попробовать нестандартное решение					
12	Возможность самосовершенствования, что делает мою жизнь интересной и позволяет быть полезным другим					
13*	Переживание драйва, т. к. за счет возникающего эмоционального возбуждения и повышения активности легче добиться хороших результатов					
14	Удовольствие, т. к. именно это позволяет мне достигать достаточно часто поставленных целей своей жизни					
15	Удовлетворение, получаемое в свое свободное время (в техническом, художественном, научном или другом творчестве – укажите)					
16*	Понимание, что это может принести мне значительные бонусы в будущем					
17	Заверение от других, что буду делать так, как сам считаю нужным, а не так, как советуют другие, т. к. не совершает ошибки только тот, кто ничего не делает					
18*	Отсутствие опасения в том, что не справлюсь с трудностями, когда берусь за выполнение данного мне задания					
19	Срочность и необходимость поиска более короткого пути к решению проблемы					
20*	Уверенность, что мне придется делать что-то привычное и не потребует «изобретать новый велосипед»					
21	Неудовлетворенность, которую можно компенсировать в свободное от занятий время (в техническом, художественном, научном или другом творчестве – укажите)					
22	Необходимость корректировки уже сделанного, казалось бы, задания, когда становится неважно, сколько времени я могу потратить на это					

23	Получение задания, решение которого неизвестно, а условия даны только в общих чертах					
24	Трудно разрешаемые препятствия, нарушающие стабильность деятельности, что «заводит» меня к поиску способов их преодоления					
25	Поддержка других и убежденность, что с тобой хорошая команда					
26	Интерес к мнению других о моих качествах и возможностях					
27	Социальная поддержка для того, чтобы справиться с жизненными обстоятельствами, изменив их в лучшую сторону					
28	Нахождение разумной стратегии экономии расходования собственной энергии при изменении ситуации					
29	Аргумент в необходимости подчинения, для того чтобы разрешить конфликтную ситуацию					

Расчет индекса динамики. Вычисление индекса динамики показывает изменение изучаемого процесса во времени. Рассчитывается как отношение значения величины реализации к величине готовности к действию:

$$id = \frac{X1}{X0}, \text{ где: } X1 - \text{реализация; } X0 - \text{готовность.}$$

Критерий оценки индекса динамики (стремится к 1):

Заполнение данных обследования в сырых баллах по показателям субъектной адаптивности приведено в табл. 4.

Таблица 4.

Шкалы	Готовность	Реализация	$id = \frac{X1}{X0}$
Социо-ориентированность.	44	40	0,6
Организованная самодеятельность.	28	30	1,07
Автономно-ориентированность.	15	14	0,9
Организованная самодеятельность	21	23	1,09

Таблица 5.

Сравнительная стандартная шкала нормированности по общему показателю субъектной адаптивности

проценты	3%	10%	17%	25%	50%	75%	83%	90%	97%	99%
стены	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1. 3%–24% (1, 2, 3 стена) – низкий уровень; 2. 25%–82% (4, 5, 6 стенов) – средний уровень; 3. 83%–99% – (7, 8, 9, 10 стенов) – высокий уровень.

Выводы. Представленный метод технически прост в использовании и в тоже время, на наш взгляд, эффективен. Проведенные исследования с использованием разработанных методик предоставляют исследователю возможность подойти к проблеме с разных ракурсов изучения в динамике. Полученные результаты в рамках изучаемой проблемы для нас - это только начало пути в научно-методическом обосновании роли индивидуальных особенностей активности человека как условий, стимулирующих механизмы мобилизации функциональных ресурсов орга-

низма, личностных и субъектных ресурсов преодоления трудностей в динамическом процессе адаптивности восходящего равновесия в условиях постоянно изменяющейся среды жизни и деятельности.

Описанные методики изучения ресурсов адаптивности и диагностики адаптивных отношений дают возможность получить эмпирические данные как в их раздельном использовании, так и комплексной диагностике, что позволяет рекомендовать описанный метод как самостоятельный.

L.M. Kolpakova

**THE PROBLEMS AND RESOURCES OF ADAPTABILITY
IN DIFFICULT LIFE SITUATIONS (REPORT 2)**

Kazan (Volga region) Federal University, Institute of fundamental medicine and biology (Kazan).

Summary. The article considers methods of assessment of adaptability. Special attention is paid to evaluating the subjectivity of the person organizing the adaptability of the rising balance. В part 1 presents excerpts of the study using a previously published method for the adaptive attitude to difficult situations. This technique we consider the complex plan for the development of methods to study the problem of adaptability as systemic properties. n the 2nd part describes the following methods for diagnostics of internal resources of adaptability, including the calculation of the dynamic ratio test result in accordance with a quantitative evaluation of the severity of the symptom. .

Keywords: methods, diagnosis, resources, subjective activity, a personal activity, conscious self-regulation, adaptability of the rising balance.

Консилиум состоялся 2 июня 2016 г. на кафедре детской психиатрии и психотерапии Российской медицинской академии последипломного образования Минздрава России. Присутствовали 38 человек: психологи, психиатры, коррекционные педагоги – сотрудники кафедры РМАПО, Научного центра психического здоровья, Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, Института Гармоничного Развития и Адаптации («ИГРА»), преподаватели Московского государственного психолого-педагогического университета, Московского городского педагогического университета и Российского национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова, врачи и психологи Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой, детских поликлиник и центров.

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

История болезни представлена **лечащим врачом А.В. Абрамовым**, ординатором 5 отделения Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой.

Девочка Х, 16 лет.

Жалобы: Ограничение приема пищи, значительная потеря массы тела, употребление слабительных и аноректогенных средств, сниженное настроение, слабость.

Анамнез (со слов отца, матери и данных мед. документации)

В семье 5 человек. Пробанд проживает с матерью, отцом и братом. Обстановка в семье беспокойная, отец и мать заявляют о том, что собираются развестись; в то же время родители едины в оценке состояния девочки. Материальное положение хорошее.

Наследственность

Отец, 43 лет, имеет среднее образование, журналист. Служил в армии. Физически здоров. По характеру вспыльчивый, эмоциональный, отходчивый, с повышенным жизненным и аффективным тонусом. Страдает тиками.

Двоюродный прадед по л/о покончил с собой.

Двоюродный брат по л/о покончил с собой, страдал депрессиями.

Мать, 42 лет, образование высшее, не работает. Тихая, спокойная, склонна к сомнениям, тревоге, мнительности. Отмечает сезонные колебания настроения с осенними депрессиями.

Двоюродный дед по л/м страдал шизофренией.

Сестра, 19 лет, студентка дневного отделения ВУЗа, активная, общительная.

Брат, 10 лет, ученик 3 класса, отличник.

Личный анамнез

Девочка от 2-й беременности, протекавшей с отслойкой плаценты на 4-м месяце. 2 недели мать лежала на сохранении. Роды срочные, вес при рождении 3500, рост 50 см, закричала сразу. К груди приложена в 1 сутки. Выписана в срок. В грудном возрасте спокойная, на дискомфорт реагировала, рано стала улыбаться, на руки тянулась, выделяла мать и близких родственников. Раннее развитие в целом своевременное: села в 7 мес., пошла в 13 мес., первые слова к году, фразы к 1,5-2 годам.

Росла активной, игровая деятельность без особенностей, к детям тянулась, с родителями была ласковой. Детский сад посещала с 3 лет, адаптировалась легко, с

детьми играла, жалоб на поведение не было. Любила быть в центре внимания, была артистична, с удовольствием выступала на утренниках. В дошкольном возрасте боялась спать в темноте, просила оставить свет или приоткрытую дверь.

В школе с 7 лет, адаптировалась хорошо. С 1-го по 5-й класс училась на «4» и «5». Была самостоятельна, у родителей помощь при выполнении домашнего задания просила редко. В классе с детьми общалась, серьезных конфликтных ситуаций в школе не отмечалось, были постоянные подруги и друзья. С удовольствием занималась балетными танцами, училась также в музыкальной школе, дополнительно изучала иностранный язык. Всегда была активной, очень подвижной, решительной в отношениях, никогда не была ведомой, сама определяла с кем ей дружить, могла разорвать отношения, если что-то ей не понравилось. В 7-м классе успеваемость стала чуть ниже, но позднее сама исправила оценки. В 8-м и 9-м классах (до госпитализации) вновь училась в на «4» и «5». Всегда занималась спортом, на протяжении последних лет (с 7-го класса) увлеклась чирлидингом. Полной не была, но после начала занятий в группе чирлидинга начала понемногу переживать, что у нее «большая попа» и «круглое лицо». В 8-м классе «случился роман» с последующими устойчивыми отношениями с молодым человеком, которые сохраняются до настоящего времени (молодой человек был очень внимателен к девочке).

В 14 лет (8-й класс) – начало месячных. Месячные прекратились 3 месяца назад.

Перенесенные заболевания: Аллергия на цитрусовые, аспирин. Редкие ОРВИ, ветряная оспа. В 3-летнем возрасте по поводу перелома руки перенесла операцию под наркозом. В 6 лет – черепно-мозговая травма с явлениями легкого сотрясения головного мозга (ударилась головой о стул). В 8-летнем возрасте - компрессионный перелом позвоночника (сбегала с горки, упала на копчик).

Около 2-х лет назад (14 лет) у девочки появилось недовольство своей фигурой, но ничего не предпринимала. В течение 2014-2015 учебного года сложилась компания, куда входили в основном девочки из спортивной группы, некоторые из них (особенно одна, с которой были наиболее близкие отношения) старались всеми способами поддерживать стройность фигуры. Кто-то в этой компании сказал, что наша обследуемая крупнее других девочек, но постоянной критики и тем более насмешек не было.

С начала лета 2015 г. озабоченность своей фигурой и переживания насчет избыточного веса без видимого повода значительно усилились. В это время весила 52-53 кг при росте 160 см, индекс массы тела (ИМТ) - 20,3-20,7 (норма 18,5-25). Летом 2015 г. (15 лет девочке) поехала в спортивный лагерь в Болгарии, где все дети в лагере отравились. После физических упражнений в жарком климате и отравления заметно похудела. Возвратившись из лагеря, очень понравилась себе, приняла решение худеть и дальше (считала девочек в лагере более стройными). На тот момент спортивная команда распадалась по возрасту, спортом заниматься перестала, но по этому поводу не переживала. Продолжала худеть, для этого ограничила рацион (исключила хлеб, мучное, масло, сахар, сладкое, картофель, мясо), питалась овощами, изредка ела курицу, детские каши. В самом конце июля 2015 г. стала вызывать у себя рвоту после приема пищи (использовать рвоты как способ снижения веса подсказала девочка из компании, которая сама их практиковала), но после того, как родители заметили это и стали следить за дочерью, через месяц прекратила вызывать рвоты. Продолжала ограничивать себя в приеме пищи, так что, по выражению родителей, стала «стремительно худеть». Родители неоднократно и безрезультатно беседовали с девочкой. Вскоре выяснилось, что еще и по-

стоянно (с осени 2015 г.) принимает слабительные.

В течение осени-зимы-начала весны 2015-2016 г. настроение было ровным, работоспособность не снижалась, с нагрузкой в школе справлялась. Продолжались и отношения с молодым человеком. Была довольна собой. Родители, не замечая снижения работоспособности и успеваемости, недооценивали серьезность проблемы. Позволили девочке даже ходить в фитнес-клуб при условии, что она будет нормально питаться (позже выяснилось, что она их обманывала). В течение нескольких месяцев почти постоянно принимала слабительные. Незадолго до помещения в больницу дома были обнаружены пустые и полные блистеры слабительных средств. Вес снизился до 35 кг (ИМТ 13,7). В феврале 2016 г. прекратились месячные.

Была госпитализирована в Детскую городскую клиническую больницу им. З.А. Башляевой, где провела около недели. Был установлен диагноз: гастродуоденит, рефлюкс-эзофагит 2 степени, недостаточность кардии и привратника. За время пребывания в клинике прибавила 750 гр. После выписки продолжала активно отказываться от еды, стала просить родителей уйти с кухни, так как не могла есть, когда на нее смотрят. При этом на словах соглашалась, что надо прибавить в весе, но ничего для этого не делала и, напротив, стремилась к снижению веса.

Слабость, снижение работоспособности появились с апреля 2016 г. В это время стала менее общительной. Потеряла интерес к общению даже со своим другом, говорила родителям, что и с ним, и с другими сверстниками «как-то стало не о чем говорить». Перестала отвечать на звонки и послания своего друга. Сообщила родителям, что рассталась с ним без большого сожаления. Если раньше живо всем интересовалась, то теперь интерес вызывало только то, что связано с похудением. Взгляд, по выражению отца, стал тусклым. В весеннем лагере, который раньше очень любила, была равнодушной, пассивной, ни с кем не общалась. За 3-4 недели до настоящего стационарирования стала особенно замкнутой, ослабленной, говорила, что «все плохие». Родители направили девочку на занятия с психологом, но эффекта не было.

После консультации психиатра согласилась принимать таблетки, однако родители вскоре обнаружили, что она их кладет в рот, но, выбрав удобный момент, выплевывает. Было принято решение госпитализировать подростка в детскую психиатрическую больницу (Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой). За день до госпитализации родители заметили следы от самопорезов. На вопросы родителей о происхождении порезов ответила: «Хотела сделать себе больно, я вас так мучаю, хотела свести счеты с жизнью».

Жалобы при поступлении 25 апреля 2016 г. (со слов родителей): отказ от еды, извортлива, старается избавиться от того, что требуется съесть, прячет еду, употребляет слабительные (турбослим), вызывает рвоту в течение месяца.

Соматический статус. Астенического телосложения, пониженного питания. Кожные покровы бледные, сухие. На наружной поверхности левой голени художественная гиперпигментация. На левом предплечье с ладонной стороны свежая линейная царапина 3-4 см., множественные линейные рубчики на тыльной поверхности кисти слева и справа, на правом бедре, правой голени линейные рубчики. Тургор тканей несколько снижен. Подкожно-жировая клетчатка отсутствует. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин. Живот мягкий, безболезненный. Температура тела - 36,6. Артериальное давление - 90/60 мм р.с. Масса тела 31.400 кг, Рост 160 см., ИМТ 12,26. Менструации прекра-

тились около 2 мес. назад.

Диагноз педиатра. Нервная анорексия. Белково-энергетическая недостаточность тяжелой степени. Гастродуоденальный рефлюкс. Эзофагит. Хронический гастродуоденит, обострение. Лекарственная аллергия (аспирин). Пищевая аллергия.

Неврологический статус. Легкая рассеянная резидуально-органическая симптоматика.

Психический статус. Выражение лица грустное, унылое, гипомимично. Голос тихий. Темп речи замедлен. Зрительный контакт поддерживает. Помощи не ищет, отмечает, что уже безразлично, помогут ей или нет. Фон настроения снижен. Формально соглашается, что «перегнула с похудением». С целью похудения несколько месяцев употребляла слабительные средства.

Когда начала худеть, то в течение 2-3 месяцев настроение было даже несколько повышенным («на 20% от обычного»), радостно отмечала снижение веса, но до восторженного это настроение не доходило. К концу осени 2015 г. настроение постепенно стало снижаться, появилась выраженная раздражительность, снизилась работоспособность. Последний месяц отмечает значительное снижение настроение, ничего не хочется, есть ощущение, будто пропали чувства, ощущение притупленности чувств, все кажется «серым». Ничто не радует. На душе появилась тяжесть, локализует ее в области груди. С зимы стала наносить себе поверхностные порезы на руке и ноге «на фоне стресса», так «немного отпускало». Настроение, как правило, улучшалось к вечеру. Не скрывает, что появлялись суицидальные мысли, хотела или порезать вены, или спрыгнуть с моста, или упасть под поезд. Заявляет, что если бы не попала в больницу, то совершила бы задуманное. Как-то разбила вазу и осколком расцарапала ногу, чтобы заглушить душевные переживания. Отмечает нарушения сна: трудно уснуть, сон с пробуждениями, беспокоят ночные кошмары, часто просыпается в 4-5 часов утра. В настоящее время суицидальных мыслей не высказывает.

Рассказала, что на фоне значительного снижения веса и нарастания слабости несколько раз слышала единичные оклики по имени. Причем, голос слышался внутри головы, он всегда был одним и тем же: мужской и «какой-то ненастоящий». После сильного похудения, когда входила в класс, временами возникала мысль, что ребята ее обсуждают. Думает, что чаще всего «обсуждали на самом деле», так как она очень сильно похудела и вызывала к себе внимание класса. Говорит, что и сейчас, вероятно, продолжают обсуждать, так как она не ходит в школу. Около года тому назад приняла решение похудеть, поскольку считала, что у ее подруги фигура лучше. Подтверждает, что в прошлом поначалу ограничивала себя в еде, рассчитывала калории на сутки (не превышая 800 ккал). Потом стала вызывать рвоту, но перестала после того, как на это обратили внимание родители. С целью похудения употребляла слабительные средства. Жалуется, что после приема пищи в области желудка возникает ощущение «раздутости». В течение ограничения в питании отмечались постоянные навязчивые мысли о калориях, способах снижения веса, нередко усиливающиеся перед сном и мешающие заснуть.

Себя характеризует как склонную к сомнениям, несколько мнительную, но в тоже время целеустремленную, перфекциониста, старается все сделать максимально хорошо. Считает себя общительной, за исключением периода значительного снижения веса. Отмечает, что общаться для нее всегда было и сейчас остается потребностью и наиболее приятным занятием. Любит, когда на нее обращают внимание, «расцветает» от внимания и комплиментов. С удовольствием выступает на сцене, искренне удивляется: «Как такое может не нравиться?». Настроение обычно улучшается весной и летом и ухудшается зимой. Стала бороться за сни-

жение веса на подъеме настроения. Мечтает стать журналистом. Хочет иметь семью и, как у родителей, 3-х детей. Любит возиться с малышами. Когда говорит о детях - «тепеют глаза».

В отделении пыталась хитрить, чтобы демонстрировать прибавку веса и выпиться, для чего пила много воды перед взвешиванием (появились отеки на лице). Фон настроения в последнее время ближе к ровному, стала более улыбочливой, общительной. Активно работает с психотерапевтом, делится своими проблемами, довольно открыта для общения. Считает, что уже справилась с болезнью, дает во многом установочные ответы. В пищевом поведении без нареканий. Аппетит достаточный, сон в норме, физиологические отправления в норме. Масса тела 39.150.

Заключение психолога (первичный прием). В исследовании выявляется значительное превышение уровня суицидального риска. Рекомендовано проведение психокоррекционной работы с учетом выявленных зон психологического неблагополучия.

Гинеколог. Олигоменорея на фоне снижения веса.

Кардиолог. Нервная анорексия, белково-энергетическая недостаточность тяжелой степени. Вторичная миокардиодистрофия, дисфункция синусового узла.

ЭКГ. Умеренная синусовая аритмия с ЧСС 73-90/мин. Вертикальная ЭОС. Изменения миокарда желудочков обменного характера. В ортостазе - синусовый ритм, избыточный прирост ЧСС - 155/мин. Отклонение ЭОС вправо. Усиление изменений миокарда желудочков.

УЗИ органов брюшной полости, мочевыделительной системы. Косвенные признаки гастрита. Эхо-признаки сгустков солей и слизи в просвете чашечно-лоханочного комплекса.

УЗИ щитовидной железы. Эхо-признаки диффузных изменений щитовидной железы.

Клинический анализ крови. в норме.

Биохимический анализ крови: без отклонений от нормы.

А.А. Северный: Какую терапию она получает?

В.В. Грачев (канд. мед. наук): Я лечил ее три дня до поступления в больницу сертралином (золофтом). В стационаре она стала получать также небольшие дозы rispолепта. В последние 1.5 недели наращиваются дозы препаратов, так что сейчас она получает 75 мг сертралина и 2 мг rispолепта. Отмечаются выраженная эмоциональная лабильность, плаксивость - градом слезы. Остается открытой, общительной с девочками, помогает им. При увеличении дозы rispолепта стала слишком быстро (по сравнению с другими больными) прибавлять в весе. Не исключено, что намеренно для улучшения показателей при взвешивании слишком много пила или намеренно не сходила в туалет. В этот период неадекватной прибавки в весе ее специально обманули, сказав, что у нее плохие анализы мочи. Перестала пить чрезмерно много воды.

А.В. Абрамов: До этого постоянно бегала в туалет и пила из сливного бачка.

А.А. Северный: Есть ли еще вопросы к лечащему врачу?

Н.А. Боброва (канд. мед. наук): С молодым человеком у девочки не было сексуальных отношений?

А.В. Абрамов: Нет.

Л.Ю. Данилова (канд. мед. наук): Какие отношения между девочкой и ее родителями?

А.В. Абрамов: В последнее время стала меньше смеяться над шутками отца.

Н.А. Боброва: Что известно об отношениях девочки с братом и сестрой?

А.С. Дьяченко (психолог): О брате она вообще ничего не говорит; с сестрой,

со слов девочки, отношения очень хорошие.

А.А. Северный: Какой повод имелся для начала голодания?

А.В. Абрамов: В спортивной группе одна девочка, на которую больше всего обращала внимания наша больная, худенькой была.

Н.М. Иовчук (докт. мед. наук): В разгаре аноректического периода что-то готовила дома?

А.В. Абрамов: Нет. Не жарила, не пекла и никого не закармливала.

С.А. Игумнов (докт. мед. наук): Принимала ли мочегонные средства? Когда стала вызывать рвоту?

А.В. Абрамов: Мочегонных средств никогда не принимала. Рвоту стала вызывать почти сразу после начала голодания.

Ю.С. Шевченко (докт. мед. наук): Был всего один эпизод самопорезов, когда разбила вазу и осколком расцарапала ногу?

О.Б. Левковская (врач-психотерапевт): Следов порезов значительно больше, но на вопрос, как они появились, обычно отвечала «не помню». В основном резала ноги, бедра и в зимние время прятала следы под одеждой.

А.А. Северный: Были ли в отделении оклики?

А.В. Абрамов: В процессе лечения стала отрицать и оклики, и суицидальные намерения.

Н.А. Боброва: Пытается ли выбраться из больницы и что для этого делает?

А.В. Абрамов: Пытается добиться выписки любым путем, но выписать нельзя из-за суицидальной опасности.

А.А. Северный: Спасибо. Если вопросов больше нет, надо остановиться на заключениях специалистов.

Нейропсихологическое заключение от 31 мая 2016 года (О.Б. Левковская). Подавляющее большинство проб выполняется без каких-либо затруднений, в хорошем темпе, согласно возрастным нормативным требованиям. Негрубые отклонения в графическом праксисе и при копировании фигуры Рея-Тэйлора, проявляющиеся в некоторой склонности к персеверативным проявлениям и метрических ошибках (уменьшение размера фигуры, изменение угловых размеров), могут свидетельствовать о дисфункциональных корково-подкорковых взаимодействиях.

Заключение психолога от 2 июня 2016г (А.С. Дьяченко). Во время исследования зрительный контакт несколько недостаточный, сидит в однообразной позе, говорит тихим голосом. На фоне монотонности, бедности эмоциональных проявлений отмечаются отдельные адекватные ситуации реакции (улыбки на утрированную шутку психолога). Оживление вызывает более всего тема осуждения идеи похудения. Девочка неожиданно энергично и с несколько утрированной убеждающей интонацией говорит: «Худоба - это некрасиво, на кости не бросаются». Вспоминая период активного стремления к похуданию, сказала: «Сейчас я поняла, что это отвратительно: слишком худые – «кожа да кости» - ничего привлекательного!». Свое настроение оценивает как «очень хорошее сейчас».

В методике «Закончи предложение» самокритично заявляет: «Мой главный недостаток - быстрая смена настроения». При сохранении внешнего эмоционального однообразия данный феномен отчетливо прослеживается в проективной методике. Опосредованно выявляются признаки некоторого снижения фона настроения: больше половины персонажей рассказов, составленных девочкой по рассказам ТАТ, оказываются «грустными», «плачут» в неприятных жизненных ситуациях разной степени тяжести («мальчика заставляют играть на скрипке», «девочка получила плохую оценку в университете», «они любят друг друга, но не смогут быть вместе», «у мужчины украли проект, все результаты работы насмарку», «у

мужчины убили любимую жену»), при этом относительно положительные финалы большинства историй позволяют говорить об отсутствии крайне стойкого снижения настроения. Два рассказа, напротив, весьма радужны («дедушка приехал из командировки, наконец, увидел сына, и они проведут целый день вместе, наслаждаясь общением друг с другом», «молодой мужчина получит хорошую работу и прославится, а старший станет главой агентства»). Трагичные и оптимистичные истории необъяснимо перемежаются. Еще два рассказа умудряются вписать в себя и печальную часть и оптимистическую, отражая противоречивую натуру девочки. Описанное диссоциирует с обнаруженной в методике Дембо-Рубинштейн достаточно высокой самооценкой («Я считаю себя довольно эрудированным человеком», «красивой девочкой, не королевой красоты, но симпатичной»), а по шкале «счастья» - очень высокой (прямо на отметке «самый счастливый»): «Я счастливый человек, у меня есть семья, я могу дышать, живу, есть возможность осуществить свои мечты, есть эти мечты, я могу творить, наслаждаться жизнью в полной мере, испытывать разные эмоции, я могу любить, я любима, я люблю людей и себя». В методике «Закончи предложение» девочка продолжает фразу «Я очень люблю...» - «жизнь, она наполнена яркими событиями и прекрасными людьми».

Девочка описывает значительные изменения настроения и отношения к еде за период госпитализации: «Я очень грустная была, депрессивная, несчастная на фоне похудения, я очень люблю еду, а тут я себя постоянно лишала этого удовольствия, не получала того, что хотела, не давала поблажек организму и душе. Здесь я первые несколько дней тоже ничего не ела /как и дома/, а потом с девчонками пообщалась, стало не страшно есть, захотелось быть как они».

При расспросах суицидальных высказываниях и самоповреждениях девочка не дает внятного ответа: «Ты говорила, что хочешь броситься с моста или упасть под поезд» - «Я?! Не помню такого. Бывает плохо, но чтобы жизни лишаться?». Действительно «резала кожу, скорее царапала, следы остались». Зачем она это делала, ответить не смогла: «Как будто о другом человеке, теперь я этого не понимаю, как не со мной было, абсурд какой-то. Тогда это казалось нормально, наверное, я не помню». Затруднительно однозначно объяснить такие высказывания: возможно, девочка была в измененном состоянии сознания и реально не помнит или диссимилирует для ускорения выписки.

Наблюдаются элементы демонстративности - в методике «Закончи предложение» девочка продолжает фразу «Когда я вырасту...» - «я хочу стать журналистом, хочу написать книгу жизнеутверждающую, чтобы оставалась в памяти у людей и оставляла след».

Выявляются страхи, в методике «Закончи предложение» девочка продолжает фразу «Хотелось бы мне перестать бояться...» - «утонуть, не знаю, и плаваю хорошо, и воды не боюсь, но всегда боялась утонуть. Темноты не боюсь, я сплю в маске от света, Одной в квартире неуютно, мистики боюсь, привидений всяких, шорохов, дверь скрипнет, а я думаю, что это привидение». Верит, что есть привидения, что-то потустороннее в нашем мире. Если халат лежит на стуле, ночью может показаться, что это страшное что-то, но быстро понятно, что это не по правде».

Обращают на себя внимание феномены, напоминающие идеи отношения: «Злюсь, когда говорят у меня за спиной плохо, когда одноклассник плохо обо мне отзывался, я с ним не общаюсь». На улице, в метро бывает, что незнакомые говорят плохо или смотрят недобро. Бывает, «чувствуется», что думают плохое; это понятно по выражению лица, по мимике, по взгляду».

Отмечается выраженная познавательная потребность: учиться на 4 и 5, «легко

и в удовольствие» читает книги. Предлагаемые задания девочка выполняет без большого интереса, но весьма старательно, не бросает при трудностях, обращается за помощью, принимает ее и использует в работе. При этом достаточно формально относится к работе, равнодушна к результатам (не огорчается тому, что не может вспомнить все слова в одной методике на проверку памяти, и не радуется тому, что ей удастся вспомнить все слова в другой методике). Потенциально сформированы навыки самоконтроля в деятельности, но изредка девочка действует бездумно, нуждается в организующей помощи. Запас знаний и слов достаточен для возраста, речь развернутой грамматически оформленной фразой. Наблюдаются неравномерность достижений (трудности в отдельных более простых заданиях и успешное выполнение более сложных) и сочетания формальности и оттенка своеобразия

У девочки сформированы простые и сложные обобщения («измерительные инструменты», «набор ученика», «живые», «неживые»). При выполнении предметной классификации наблюдается разноплановость в мышлении: наряду с обобщенными связями наблюдаются формальные, своеобразные: при наличии группы «животные» /слон+коза/ объединяет свинью и уборщицу - «оба дышат, у них розовая кожа, они обе свинюшки - эта насорила и убирает, а там просто свинья», диван+голубь - «коричневые, есть у каждого горожанина»; пила+чашка - «серебряные, их руками можно держать». Изредка девочка испытывает трудности в подборе простых обобщающих формулировок: диван+кровать - «отдых, сон, лежанка», при этом отдельно собирает стол и шкаф - «мебель». На последнем этапе работы после наводящих вопросов собирает группы «живые» и «неживые».

В беседе и в методиках наблюдаются эпизоды непоследовательности, порой противоречивость в мышлении, склонность к рассуждательству с оттенком резонерства: в методике «Закончи предложение» девочка продолжает фразу «Самое главное для человека - «это... - оставаться человеком, мыслить разумно, не совершать необдуманные поступки. Разум - главное отличие человека от животного. Хочешь есть - можешь потерпеть, если рядом нет магазина. Животные повинуются инстинктам. Мы можем размышлять, чего животные не могут».

В методике на опосредованное запоминание по Леонтьеву наблюдаются отдельные формальные связи, отдаленные и по принципу противоположности: для слова «театр» берет карточку с писчими перьями - «спектакли ставят по сценарию, а могут писать перьевой ручкой»; для слова «отряд» - картинку с забором - «отряд ассоциируется с пионерами, пионеры должны быть все как один по струнке, здесь дощечки ровненько стоят в ряд»; для слова «дождь» - изображение солнечного пейзажа - «тут светит солнце и погода хорошая, противоположное - это дождь и тучи»; для слова «день» - карточку с фонарем на фоне темного неба - «можно запомнить противоположное: ночью фонарь светит, а днем - солнце». В методике «Сравнение понятий» наблюдаются эпизоды искажения логики суждения: «бабочка» и «глобус» - сходство - «разноцветные, яркие»; «тарелка» и «лодка» - «имеют полость внутри, которая заполняется»; «муха» и «стакан» - «полупрозрачные, стакан из стекла, а у мухи крылышки полупрозрачные»; «часы» и «река» - сходство - «оба текут - река и время»; «корзинка» и «сова» - «коричневого цвета, связаны с походом в лес».

Работоспособность несколько ослаблена в силу медлительности и негрубо выраженной психической инертности (трудностей вхождения в деятельность и трудностей переключения на новые способы деятельности). Быстрой истощаемости и грубой патологии внимания не отмечается. Продуктивность механического запоминания достаточная (10 слов: 7.9.9.10.10...10), опосредованного - высокая (15

слов из 15).

Таким образом, у девочки с достаточными способностями к проведению формально-логических операций исследование выявляет диссоциацию между преобладающей эмоциональной монотонностью, опосредованно выявляемыми признаками некоторого снижения настроения и декларируемым «очень хорошим настроением», ощущением счастья; наблюдаются определенная старательность в работе и потенциально сохраненные навыки самоконтроля, но разнообразные нарушения мышления и общее формальное отношение к работе приводят к неравномерности умственных достижений. Отмечаются также непоследовательность, противоречивость мышления, опора на латентные признаки, некоторая вычурность и парадоксальность суждений.

Е.В. Свистунова (канд. психол. наук): Не может ли она специально оригинальничать, «прикалываться»?

А.С. Дьяченко: Не тот она человек – без юмора. Тепло говорит о разном, но нет этого в интонациях, диссимилирует, чтобы все поверили, что у нее есть друзья, интересы, сильные привязанности.

М.Н. Тетерина (психолог): Можно ли говорить в данном случае об эмоциональной дефицитности?

А.С. Дьяченко: Да, конечно: об эмоциональной диссоциации.

Н.В. Зверева (канд. психол. наук): Что вы можете сказать об энергетической составляющей?

А.С. Дьяченко: Через 1,5 часа обследования появляются признаки утомления. Это не может объясняться астенизацией.

Результаты психотерапевтического обследования от 5.05.2016 г. (О.Б. Левковская)

Проведено первичное обследование **на 7-й день госпитализации** у постели пациентки. Лежит, закутавшись в одеяло, надвинув на голову капюшон толстовки. Выражение лица однообразно грустное. При этом на вопрос о самочувствии жалоб не предъявляет, говорит, что у нее все хорошо. Эмоциональное состояние с колебаниями. Неожиданно, выполняя задание проективного рисуночного теста (Человека под дождем), становится еще более подавленной, начинает плакать. Объясняет это тем, что скучает по матери, «я вспомнила, как мы с ней гуляли под дождем с собакой, я по ней скучаю». В отношении своего веса и идей похудения девочка дает противоречивые сведения. С одной стороны, утверждает, что поняла, что вес имеет неправильный, «мой здоровый вес должен быть около 40 кг». С другой стороны, на вопрос о достижении своего идеального веса, отвечает, что «помешала госпитализация», для этого не хватало сбросить «еще пару килограммов». Начала худеть, пытаясь подражать подруге, которую описывает как худую особу, но при этом не отказывающую себе в еде. В своем весе девочка перестала себе нравиться. Аппетит сохранялся практически все время, вплоть до госпитализации, когда начал исчезать, настроение во время сброса веса было снижено. Сама девочка комментирует это так: «Мне нравится кушать, я лишала себя радости еды, но радовали сброшенные килограммы». Рядом с девочкой находился ее романтический партнер, который говорил о необходимости набрать вес, «он меня кормил, он меня поддерживал, говорил, что до похудения я ему нравилась больше». Периодически возникали состояния, когда как будто видела себя со стороны.

С зимы 2016 г. несколько раз наносила себе намеренно самопорезы на предплечья, бедра, голень. Делала это кухонным ножом, ножницами в ванной, обрабатывала ранки мирамистином, потом пантенолом. Считает, что побудили к этому ролики в интернете, где другие подростки делились тем, что таким образом «мож-

но заглушать моральную боль» Основными мотивами выступали самонаказание за срыв диеты, а также попытка справиться с негативными переживаниями. Суицидальные мысли в этих эпизодах категорически отрицает.

Хочет стать журналистом, любит «излагать в письме свои мысли, фотографировать», хотела бы писать статьи по кулинарии или психологии. Себя считает «спокойной, уравновешенной, сочувствующей, доброй, открытой, целеустремленной», «я могу повести людей за собой».

Общий темп деятельности средний, выполняет все предложенные задания. Человека под дождем изображает в виде простой схемы, описывает как мужчину 30 лет, идущего под дождем в офис на работу, настроение спокойное. В проективном рисуночном тесте Силвер получает по шкалам невербального интеллекта (умение выбирать, умение комбинировать и умение представлять) 4-4-4 баллов, соответственно. Эмоциональное содержание и образ Я - умеренно положительные.

Т. о., на эмоционально сниженном фоне отмечаются колебания настроения в сторону большей подавленности со слезливостью. Актуальны идеи снижения веса, критика к своему состоянию отсутствует. Деперсонализационные расстройства, дисморфофобические идеи. Аутоагрессивное поведение в виде многократно наносимых самопорезов – по механизму самонаказания и неадекватной попытки справиться с негативными переживаниями у подростка с достаточными когнитивными возможностями. В ходе комплексного обследования обнаруживаются искажения в Образе телесного Я с наличием признаков негативного отношения к своему телу в аспектах привлекательности, эффективности, здоровья и целостности тела. Пациентка демонстрирует признаки алекситимии и недостаточного эмоционального интеллекта в аспектах, касающихся оценки и выражения эмоций, а также регулирования эмоций.

С девочкой было проведено **7 групповых психотерапевтических занятий** с использованием элементов арт-терапии. За данный промежуток времени пациентка проявляла заинтересованность в психотерапии, строила психотерапевтический контакт, критически переосмыслила механизмы и функциональные составляющие своего расстройства пищевого поведения. Демонстрировала высокий уровень рефлексии и самоанализа, склонность к философским размышлениям о взаимодействии человека с космосом и вселенной, что в большей степени характерно для замкнуто-углубленного (шизоидного) склада. На занятиях была активна, продуктивна, часто занимала лидерскую позицию. Была способна оказать эмпатическую помощь другим участникам группы. Реализовывала творческий, рациональный, групповой психотерапевтические механизмы.

А.А. Северный: Какие методы психотерапии применялись?

О.Б. Левковская: Терапия творческим самовыражением. Это в данном случае самое лучшее.

А.А. Северный: Есть ли подобные описания в литературе?

О.Б. Левковская: Нет, но должно помогать. На практике очень хорошие результаты для всех, если учитывать два принципа: нормальный интеллект и переживание собственной неполноценности.

А.А. Портнова (доктор мед. наук): Я хотела бы уточнить цель демонстрации больной на консилиуме.

А.В. Абрамов: Мы показываем больную на консилиуме, так как есть некоторые проблемы диагностики. Здесь не вполне типичная для нервной анорексии история: типичное начало, но спонтанное возникновение идеи, рвоты начала вызывать раньше, чем стала голодать, внезапно прекратила рвоты. Идея в данном случае превосходит уровень сверхценной.

Результаты ЭЭГ-исследования от 31.5.2016 г. (В.В. Грачев).

ЭЭГ дезорганизована, уплощена. Низкоамплитудные диффузные θ -волны в умеренном количестве наблюдаются во всех отведениях, индекс медленноволновой активности не повышен. Индекс активности β -диапазон также находится в пределах возрастных значений.

В затылочных отведениях доминирует фрагментированный нерегулярный низкоамплитудный зрительный α -ритм с акцентом по левому полушарию, в спектре которого преобладают колебания частотой 9,5-11,0 Гц. Колебания α -ритма перемежаются участками низкоамплитудной поличастотной активности.

В теменных отведениях регистрируются повторяющиеся периоды α -колебаний частотой 9,0-11,0 Гц, временами распространяющихся на центральные отведения.

В течение записи отмечаются повторяющиеся билатеральные вспышки ритмических θ -волн с амплитудным максимумом в проекции передних зон коры головного мозга, которые часто принимают генерализованный характер.

При записи с открытыми глазами наблюдается отчетливая десинхронизация ЭЭГ с устойчивой депрессией как зрительного α -ритма, так и иных ритмических форм активности.

Прерывистая Ф.С. не вызывает значимых изменений картины ЭЭГ.

Реакция на HV-пробу слабая, гипервентиляция приводит к легкому повышению индекса медленных волн и некоторому учащению отмеченных в фоновой записи вспышек. После окончания пробы наблюдается быстрое восстановление фоновой картины ЭЭГ.

Заключение: в ЭЭГ на первом плане регуляторные нарушения в виде признаков мягкой, но устойчивой ирритации коры головного мозга со снижением ее реактивности и функциональной активности, с недостаточностью организующих влияний лобных долей, а также некоторой слабостью корково-подкорковых взаимодействий. Значимых изменений по органическому типу, эпилептической активности и очаговых проявлений не зарегистрировано.

А.А. Северный: Спасибо. Теперь можно пригласить девочку, хотя очень жаль, что здесь нет родителей ребенка.

Психический статус на консилиуме. Девочка высокого роста, очень худая, бледная, миловидная. На лице полуулыбка, но мимика однообразная, невыразительная. На всем протяжении беседы сидит в однообразной позе, совсем не жестикулирует. Считает, что лежит в больнице для того, чтобы избавиться от навязчивых мыслей о том, что необходимо похудеть, и о том, что неправильно ест. Эти мысли приходят помимо воли. Настроение в последние дни улучшилось, последний раз плакала два дня назад. Со слов девочки, все началось летом прошлого года, когда была в спортивном лагере, когда мальчики «выбрали» другую девочку – очень тоненькую. С тех пор появились мысли о снижении веса. Поняла – по взглядам и выражению лица окружающих, что к ней изменилось отношение, ее обсуждают, хотят обидеть. Сначала стала вызывать рвоту, а уже потом стала соблюдать особую диету. Сейчас настроение «великолепное». Так говорят и девочки, и мама, ссылаясь на то, что она стала улыбаться.

А.А. Северный: Хочет ли кто-нибудь задать вопрос девочке?

А.А. Портнова: Какая ты больше нравишься своему молодому человеку?

Девочка: Пополнее, но мне казалось, что он лукавит. Не верила ему. Говорил, что красивая, хорошенькая.

Н.А. Боброва: Лидер ли ты по характеру?

Девочка: Да, лидер.

В.В. Грачев: Считаешь ли ты, что худеньким лучше в жизни?

Девочка: Раньше именно так считала. Сверстники уделяли мне меньше внимания и даже обзывались.

В.В. Грачев: Что же – и заговор был? С какой целью?

Девочка: Был заговор, но с какой целью не знаю.

А.А. Северный: Что они замыслили, и как ты пыталась защититься?

Девочка: Хотели обидеть, говорили, обсуждали за спиной. Старалась не обращать внимания, игнорировать.

Г.В. Скобло (канд. мед. наук): До прошлого лета бывало очень плохое настроение?

Девочка: Очень хорошее – «жизнеутверждающее» - настроение было каждое лето, когда ездила во Францию. Еще до прошлого лета был период очень плохого настроения, который снова сменился радостным настроением, а потом снова долго было сниженное настроение.

С.А. Игумнов: Такая смена настроения зависит от сезона?

Девочка: Да. Зимой я грустная, весной и летом – веселая.

Г.В. Скобло: Как меняется настроение в течение дня?

Девочка: Одинаковое на протяжении всего дня.

Ю.С. Шевченко: Что для тебя более убедительно: снижение веса или как ты выглядишь в зеркале?

Девочка: Раньше важнее было снижение веса, теперь важно, как я выгляжу в зеркале.

А.А. Северный: Какого результата ты ждешь от лечения?

Девочка: Закрепить результат.

В.В. Грачев: Когда ты слышала оклики?

Девочка: Не слышала.

В.В. Грачев: Но ты же раньше говорила, что слышала.

Девочка: Раньше, вечерами. Это ненормально. Голос незнакомый, что говорил, не помню, но называл по имени. Зачем это было, я не знаю.

А.А. Северный: Голос был мужской или женский? Где ты его слышала?

Девочка: Голос мужской. Слышала где-то около уха, скорее в голове (показывает). Это было при весе 34-35 кг в феврале или марте этого года. Это пугало, было страшно.

О.Ф. Панкова (канд. мед. наук): Было ли ощущение потери чувств?

Девочка: Нет, но было ощущение, что смотрю на себя со стороны, как бы сбоку и сверху, и не понимала – материальная я или нематериальная.

А.А. Северный: Если больше вопросов к девочке нет, отпустим ее и выслушаем заключение лечащего врача.

Заключение лечащего врача А.В. Абрамова. В клинической картине на первом плане выраженные проявления депрессивного синдрома, представленные характерной триадой: сниженным фоном настроения, замедлением моторной и идеаторной активности, суицидальными мыслями с элементами планирования, интрапунитивными действиями с целью заглушить душевные страдания, эпизодическими деперсонализационными явлениями, напоминающими по описанию пациентки болезненное психическое бесчувствие. Учитывая отягощенную наследственность по обоим родительским линиям, вероятно, на фоне выраженного истощения произошла реализация имевшего место тимопатического диатеза у девочки.

Помимо этого, имеет место синдром нервной анорексии, проявляющийся недовольством собственной внешностью с основной фабулой полноты, деятель-

ностью, направленной на снижение массы тела, что привело к существенным изменениям в соматическом статусе (белково-энергетическая недостаточность тяжелой степени, гастродуоденит, рефлюкс-эзофагит 2 ст., недостаточность кардии и привратника). В настоящий момент неоднозначным представляется генез указанных расстройств. Несмотря на типичное время начала для пациентов данной категории (пришлось на период пубертата) и личностные особенности, свойственные пациентам данной группы (сочетание истерических и психастенических черт), девочка подозрительна в плане течения малопрогрессирующего эндогенного заболевания. Уровень имевших место дисморфофобических переживаний, по-видимому, достигал бредового, о чем говорят скрытность и малодоступность девочки в отношении своих переживаний и агрессивные способы коррекции внешности. Очевидные идеи отношения и выявленные при патопсихологическом исследовании нарушения мышления (разноплановость, паралогичность, опора на латентные признаки) также заставляют дифференцировать типичную нервную анорексию от текущего эндогенного заболевания.

А.А. Северный: Спасибо. Можно приступить к обсуждению. Кто хочет высказаться?

О.В. Александрова (психиатр): Я провожу дополнительное обследование подростков с аноректическим поведением на психическую зрелость. В данном случае по шкале психический инфантилизм девочка определяется как «слабо инфантильная». Выявлены большие баллы по «преодолевающему поведению», невыраженная «феминность» и отсутствие «детского сексуального опыта».

А.А. Портнова: В преморбиде у девочки отмечались ананкастные и истеро-эпилептоидные черты. Потеряла одну треть своего веса, прежде чем это заметили ее родители. Здесь был провоцирующий фактор: ее дразнили (наверное, от того, что она очень симпатичная внешне), и тогда девочка стала вызывать рвоту. Такое начало не совсем уж не типично для нервной анорексии – у некоторых больных анорексия действительно начинается с рвоты. Поскольку девочка не справлялась с тревогой, стала применять самопорезы – боль, чтобы успокоиться. В настоящее время чрезвычайно распространено шрамирование среди подростков именно для снижения уровня тревоги. Сейчас у девочки очевидная депрессия, но она скрывает свое истинное состояние, потому что хочет выписаться любым путем. Не осознает своей худобы, нарушено восприятие собственного тела, как и у других подростков с анорексией. Так, одна из девочек-близнецов с нервной анорексией, глядя на другую, говорила ей, что она слишком худа, а сама считала себя слишком полной и стремилась еще больше похудеть. Я считаю, что в настоящем случае мы наблюдаем типичную нервную анорексию.

В.В. Грачев: В данном случае есть некоторые психопатологические особенности, которые порождают сомнения в типичности анорексии. Выявлены очевидные нарушения мышления, хотя они могут быть не только у больных шизофренией, но и у их родственников. Девочка определенно из наследственно отягощенной семьи. Гипомания в начале болезни дала ей силы, среагировав на обиду, начать анорексию, вслед за чем возникла эндоформная депрессия с явлениями болезненного бесчувствия. Таким образом, на протяжении всего патологического состояния отмечаются коморбидные биполярные аффективные расстройства. Надо отметить с каждой неделей стационарирования положительную динамику. Сейчас отмечается скорее смешанное состояние.

А.А. Северный: Что делать? Как помочь ребенку?

А.А. Портнова: Первый метод – бихевиоральная психотерапия. Возможна польза и от психотерапии самовыражения средствами искусства. Главное в психо-

терапии – упор на правильное питание.

Н.В. Зверева: Я хотела бы заметить по поводу выявленных нарушений мышления: даже в норме подростковый возраст имеет право на особенности мышления с шизоидным радикалом.

Г.В. Скобло: Нервная анорексия довольно типичная, но развивается в данном случае на фоне шизоаффективного психоза.

Н.М. Иовчук: Здесь какая-то неправильная анорексия от начала до конца. Начнем с того, что у девочки неправильная для анорексии семья. Где авторитарная, толстая мать, большая дружная семья? Вместо этого, вероятно, постпроцессуальный отец с явными специфическими нарушениями мышления, и наследственность, отягощенная по обеим линиям аффективными психозами, назревающий не вполне понятный развод. Начало странное: не «последняя капля» у толстенькой девочки, а насмешки, «заговор», обсуждают за спиной, что-то готовят плохое, то есть явный бред. И начало неправильное – со рвоты, которая в классических случаях появляется на более поздних стадиях анорексии. Кроме того, с самого начала отмечалась депрессивная симптоматика, а не гипомания с радостью от того, что удалась потеря в весе. Стоит также обратить внимание на особенности депрессии – она анестетическая. Как показывает мой опыт, болезненная анестезия всегда прогностически плоха, поскольку появляется на ранних стадиях шизофрении. Что касается окликов, то ведь это не оклики, а элементы псевдогаллюцинаторных расстройств (она же сама показала, где слышит звук – между ухом и окружающим пространством). Неприятным является также появление деперсонализационных расстройств: видит себя как бы со стороны: сверху и сбоку, бестелесной, бесчувственной. Один из патриархов детской психиатрии Штутте писал, что если появляются очевидные деперсонализационные расстройства на фоне депрессии, нужно думать о шизофрении. Конечно, нарушения мышления могут быть не только у больных, но и в семьях больных шизофренией. Но в общем контексте болезни они все же играют определенную диагностическую роль. Если анорексия может быть в рамках разных болезней, то в данном случае, по моему мнению, она, вероятно, возникла в начале процессуального заболевания. Что делать? Лечить, долечить в стационаре и в дальнейшем не выпускать из виду из-за возможности нарастания симптоматики и суицидального риска.

О.Ф. Панкова: У девочки отмечается депрессия, ассоциированная с анорексией. Первичной была депрессия, к которой в дальнейшем присоединились другие расстройства, в том числе элементы псевдогаллюцинаций и бредовые расстройства (идеи «заговора» здесь – не просто идеи отношения). Не нравится мне нынешний статус больной: однообразие, монотонность, амимичность, апатичность, отсутствие эмоционального резонанса. Совсем не реагировала на аудиторию. Так что я считаю, что в данном случае мы имеем дело не просто с нервной анорексией, а с шизоаффективным приступом. По моему мнению, в лечении надо поменять рisperидон на этаперазин и ввести нормотимики.

Ю.С. Шевченко: Особенность состояния состоит также в том, что девочка очень быстро «сдала» свою анорексию. Не хватает для анорексии и того факта, что здесь нет нарушения схемы тела. С учетом всех особенностей, на которые обратили внимание предыдущие выступавшие, считаю, что этого достаточно для установления диагноза шизофрении.

А.А. Северный: Если больше никто не хочет высказаться, позволю себе заключить сегодняшний консилиум. Прежде всего хотелось бы отметить очень хорошую историю болезни и подробный, вполне аргументированный разбор, представленные лечащим врачом. Что касается квалификации настоящего случая, то

принципиально, что здесь не просто анорексия, но анорексия, выступающая в рамках биполярного аффективного расстройства. Важно в настоящем статусе: диссоциированность, однообразие, эмоциональная монотонность. За все время беседы всего один раз «изобразила» улыбку, не было реакции на большое количество присутствующих. Настоящая аноректичка эмпатична, а здесь для диагноза достаточно психического статуса с эмоциональным дефицитом и диссоциированностью. Во всех случаях депрессия – это страдание, но девочка ничем не показывает своего страдания. Больная не полностью вышла из патологического состояния, остается измененным аффективный фон, возможно, в рамках смешанного состояния. Больная достаточно ярко продемонстрировала симптомы первого ранга, которые старается диссимулировать. К этому относятся специфические нарушения мышления и псевдогаллюцинаторные расстройства. Она сама показала, где слышит оклики, потом отказалась («Этого не было»), а потом все же сказала: «Это ненормально». Если симптомы первого ранга больной диссимилируются, то депрессивные расстройства как наиболее болезненные активно вытесняются. Не попадает данный случай в разряд типичной анорексии еще и из-за глубины депрессии. В течение 2-х месяцев резала себя, все время находилась на грани суицида. Нервная анорексия всегда сопровождается деперсонализацией, но в данном случае деперсонализация с расщеплением: «Из меня выхожу я», «Я сама лишаюсь чувствительности», отнимаются руки, перестала ощущать себя. В классических случаях статус у больных с анорексией скорее не гипоманиакальный, а эйфорический. Конечно, здесь есть аноректический синдром, но аноректический синдром может возникать в рамках разных болезней, а в данном случае – в рамках шизоаффективного процесса. Я склонен согласиться с лечащим врачом: это шуб. Необходимо нейролептическая терапия. Мне кажется, что девочка получает адекватную терапию. Ее надо продолжать, как и психотерапию. Еще раз хочется поблагодарить лечащего врача за прекрасный доклад, а всех присутствующих за участие в дискуссии.

**ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ,
присылаемых для публикации в журнале «Вопросы психического здоровья
детей и подростков (Научно-практический журнал психиатрии, психоло-
гии, 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 – до 14 стр., краткие сообщения – до 7 стр.;** архивные материалы, обзоры литературы, методические материалы, лекции 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. Ссылки на литературные источники в тексте даются цифрами (соответственно пристатейному списку) в квадратных скобках.

9. Список литературы оформляется **В АЛФАВИТНОМ ПОРЯДКЕ** 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 01.12.2016 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