

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2022(22), №2

«Вопросы психического здоровья детей и подростков»
(Научно-практический рецензируемый 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.

Подписка на сайте
«Пресса России»
<https://www.pressa-rf.ru/cat>

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 300 экз.

Материалы для публикации 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. 2021

Главный редактор

Н.М. Иовчук

Заместитель Главного редактора

А.А. Северный

Редакционная коллегия:

Т.А. Баилова, М.Ю. Городнова, И.А. Горьковая,
И.В. Добряков, Н.В. Зверева, С.А. Игумнов,
Н.К. Кириллина, Т.А. Куприянова, И.В. Макаров,
В.Д. Менделевич, Л.Е. Никитина, В.С. Собкин,
Ю.С. Шевченко, А.М. Щербакова

Выпуск журнала осуществляется при финансовой поддержке Института Гармоничного Развития и Адаптации («ИГРА»)

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

С.Б. Бабарахимова, В.К. Абдуллаева, Ш.Р. Сулейманов, Ф.К. Шарипова КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИЙ У ПОДРОСТКОВ.....	4
Л.С. Эверт, Н.Ю. Гришкевич, Ю.Р. Костюченко, С.А. Бахшиева КОМОРБИДНОСТЬ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ЦЕФАЛГИЙ С ДИСТРЕССОМ И ТРЕВОЖНО-КОМПУЛЬСИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ У ПОДРОСТКОВ.....	10
С.В. Бизюкевич КОМБИНАЦИЯ ФАКТОРОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....	19
Д.В. Федулова ГЕНДЕРНЫЕ ОТЛИЧИЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИКАХ ДЕТЕЙ С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ....	27
И.Ю. Маргошина СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА НЕГАТИВНОГО РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ В СИСТЕМЕ ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК И ОТНОШЕНИЙ К РЕБЕНКУ МАТЕРЕЙ...	35
А.Г. Кошавцев, С.В. Гречаный ИНФАТИЦИДНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ У ЖЕНЩИН С ДЕПРЕССИЯМИ, СВЯЗАННЫМИ С РЕПРОДУКТИВНЫМ ЦИКЛОМ.....	44

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

М.Ю. Городнова ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КАК АНТРОПОЛОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРОЦЕССОВ АДАПТИВНОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ.....	51
Н.А. Савельева, А.Б. Пальчик, Т.П. Калашникова ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ ПРАДЕРА-ВИЛЛИ И ЭПИЛЕПСИЕЙ.....	61
Ю.С. Шевченко, В.В. Грачев ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ «ЗАПОЙНЫХ» ВАРИАНТОВ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ (КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ОЧЕРК).....	74

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

С.В. Давидовский, С.А. Игумнов, К.С.Козлов НЕСУИЦИДАЛЬНЫЕ САМОПОВРЕЖДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ: СОВРЕМЕННЫЕ КОНЦЕПЦИИ.....	80
В.М. Ганузин СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ: БУЛЛИНГ, ВИКТИМИЗАЦИЯ, ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ НАСИЛИЕ, ДИДАКТОГЕНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ (ОБЗОР).....	92
А.В. Коткова, О.В. Баландина, Ж.В.Альбицкая, У.А. Насонова, О.М. Силантьева МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ РЕЧЕВЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	102
Г.В. Козловская, М.А. Калинина НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В МИКРОПСИХИАТРИИ.....	115

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ, ИНФОРМАЦИЯ

НАТАЛИЯ АЛЕКСАНДРОВНА МАЗАЕВА НЕКРОЛОГ.....	121
НАТАЛЬЯ ВАЛЕНТИНОВНА СИМАШКОВА НЕКРОЛОГ.....	123
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ	126

CONTENTS

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

S.B. Babarakhimova, V.K. Abdullaeva, Sh.R. Suleymanov, F.K. Sharipova CLINICAL FEATURES OF DEPRESSION IN ADOLESCENTS.....	4
L.S. Evert, N.Yu. Grishkevich, Yu.R. Kostyuchenko, S.A. Bakhshieva COMORBIDITY OF RECURRENT CEPHALGIA WITH DISTRESS AND ANXIETY-COMPULSIVE DISORDERS IN ADOLESCENTS.....	10
S.V. Biziukevich COMBINATION OF FACTORS ASSOCIATED WITH THE RISK OF DEVELOPING AUTISM SPECTRUM DISORDERS.....	19
D.V. Fedulova GENDER DIFFERENCES IN PSYCHOLOGICAL AND BEHAVIORAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH A MILD DEGREE OF MENTAL DEFECT.....	27
I.Yu. Margoshina SUBJECTIVE ASSESSMENT OF NEGATIVE PARENTAL ATTITUDE IN THE SYSTEM OF PERSONAL CHARACTERISTICS AND ATTITUDES TOWARDS THE CHILD IN MOTHERS.....	35
A.G. Koshchavtcev, S.V. Grechany INFATICIDAL TRENDS IN WOMEN WITH POSTPARTUM DEPRESSION.....	44

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

M.Yu. Gorodnova PSYCHOTHERAPY OF CHILDREN AND ADOLESCENTS AS AN ANTHROPOLOGICAL PRACTICE OF RESTORING ADAPTIVE SELF-REGULATION PROCESSES.....	51
N.A. Savelyeva, A.B. Palchik, T.P. Kalashnikova FEATURES OF THE EARLY DEVELOPMENT OF A CHILD WITH PRADER-WILLI SYNDROME AND EPILEPSY.....	61
Yu.S. Shevchenko, V.V. Grachev PATHOPSYCHOLOGICAL MECHANISMS OF FORMATION OF «BINGE» VARIANTS OF EATING DISORDERS (CLINICAL-PSYCHOLOGICAL ESSAY).....	74

LITERATURE REVIEWS, LECTIONS, METHODOICAL MATHERIALS

S.V. Davidouski, S.A. Igumnov, K.S. Kozlov NON-SUICIDAL SELF-HARM IN ADOLESCENTS: MODERN CONCEPTS.....	80
V.M. Ganuzin A MODERN VIEW ON THE FEATURES OF PSYCHO-TRAUMATIC FACTORS IN THE EDUCATIONAL ENVIRONMENT: BULLYING, VICTIMIZATION, PEDAGOGICAL VIOLENCE, DIDACTOGENY AND THE POSSIBILITIES OF THEIR PREVENTION (REVIEW)...	92
A.V. Kotkova, O.V. Balandina, Zh.V. Albitskaya, U.A. Nasonova, O.M. Silantieva METHODS OF DIAGNOSIS OF SPEECH DISORDERS IN CHILDREN (LITERATURE REVIEW).....	102
G.V. Kozlovskaya, M.A. Kalinina NEW APPROACHES TO THE TREATMENT OF MENTAL DISORDERS IN YOUNG CHILDREN IN MICROPSYCHIATRY.....	115
THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS.....	126

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

С.Б. Бабарахимова, В.К. Абдуллаева, Ш.Р. Сулейманов, Ф.К. Шарипова
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИЙ У ПОДРОСТКОВ

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт (Ташкент, Узбекистан).

Резюме. В данной статье рассматриваются результаты исследования, которые позволяют выявить личностные особенности подростков с депрессивными расстройствами и своевременно оказывать медико-психологическую и психокоррекционную помощь родителям и детям, прогнозировать развитие депрессивной патологии на самых ранних этапах ее формирования. В профилактике подростковых депрессивных состояний важная роль принадлежит воспитательному значению семьи и семейных взаимоотношений в формировании гармонично развитой личности.

Ключевые слова: семья; подростки; личностные особенности; эмоциональные расстройства; депрессия.

Введение: актуальность проблемы депрессивных расстройств поведения у детей и подростков вызвана сложностями своевременной верификации аффективной патологии, целесообразностью правильно выбранной фармакотерапии и трудностями прогнозирования данных психических нарушений [1]. У детей и подростков депрессивная патология, в отличие от взрослой популяции населения, в редких случаях клинически протекает с классической симптоматикой депрессивной триады - снижения настроения, замедление мышления и двигательной активности [3]. Чаще всего клиническая картина депрессии имеет атипичный характер, отличается стертой основными симптомами, маскированностью под другие заболевания, преобладанием соматовегетативных нарушений [2, 4]. По данным ряда авторов, только 27% детей с депрессивным началом заболевания были проконсультированы психиатром при первой депрессии; остальные длительное время наблюдались специалистами общесоматического профиля [9]. При первичном обращении к психиатру депрессивное состояние было установлено лишь в 23,6% случаев в связи с невыраженностью собственно аффективных расстройств, преобладанием жалоб на нарушение поведения, в том числе агрессивность, школьную дизадаптацию¹,

¹Понятие нарушенной, искаженной адаптации следует обозначать как «**дизадаптация**» вместо более распространенного в последнее время «дезадаптация». Употребление термина «**дизадаптация**» в данном контексте более адекватно, что подтверждается и литературными источниками, и справочными изданиями. Впервые в отечественной справочной литературе нарушенная адаптация была обозначена именно термином «**дизадаптация**» (см. Энциклопедический словарь медицинских терминов. Т. 1. М.: Советская энциклопедия, 1982. 464 с.); то же: Большой толковый психологический словарь (Arthur S. Reber. The Penguin Dictionary of Psychology. 2nd Edition). Пер. Е.Ю. Чеботарева. М.: Вече, Аст, 2001. Т. 1. С. 238; то же на сайте www.glossary.ru. В других зарубежных справочных изданиях и словарях (таких, как Springer Lexikon Medizin, Marriam-Webster's Medical Dictionary, и др.) и в

компьютерную зависимость [8]. В пубертатном периоде отмечается нарастание депрессивной симптоматики на фоне идей собственной неполноценности и дисморфофобических включений со склонностью к асоциальному поведению, своевременно не диагностированных вследствие присутствия нездорового микроклимата в семье и отсутствия взаимопонимания между детьми и родителями [5, 7]. В первую очередь депрессивные состояния в подростковом и юношеском возрасте сопряжены с деструктивными формами поведением, крайним вариантом которого является суицидальное поведение [10]. Поведенческие нарушения и патохарактерологические реакции протеста и оппозиции, межличностные конфликты со сверстниками и педагогами являются специфическими признаками пубертатных депрессий [6].

Цель исследования: изучить клинические особенности депрессий у подростков с учетом их личностных характеристик для оптимизации ранней психопрофилактики и психокоррекционной помощи.

Материал и методы исследования: объектом для исследования было выбрано 111 подростков в возрасте от 15 до 19 лет включительно, 78 мальчиков и 33 девочек (средний возраст 16,96±1,98 лет), поступивших на стационарное лечение в подростковые отделения Городской Клинической Психиатрической больницы города Ташкента с наличием депрессивных расстройств. Клинико-психопатологический метод применялся для выявления ведущего на момент осмотра психопатологического синдрома. Все установленные диагнозы основывались согласно критериям Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10). Личностные особенности подростков (ЛОП) мы определяли при помощи Модифицированного Патохарактерологического Диагностического Опросника (МДПО А.Е. Личко, Н.Я. Иванов, 2001). Депрессивные расстройства нами были выявлены с помощью шкалы самооценки депрессии Цунга (ZDRS) (Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова, 1995).

Результаты и их обсуждение. На инициальном этапе исследования было проведено изучение особенностей клинических проявлений депрессивной патологии у подростков. Согласно классификации Э.Г. Эйдемиллера (2005), в подростковом возрасте депрессивная симптоматика подразделяется на подростковые депрессивные эквиваленты - делинквентный, астенопатический, тревожный, ипохондрический, которые маскируют типичную классическую триаду депрессии, воспринимаются как особенности пубертатного периода и весьма затрудняют диагностику и лечение.

В нашем исследовании все подростки были распределены на пять групп в зависимости от преобладания ведущего симптома депрессии - дисфорическая, тревожная, дисморфофобическая, астенопатическая и маскированная (рис.1).

Дисфорическая депрессия клинически проявлялась вспышками тоскливо-злобного настроения, конфликтностью, агрессией, грубостью по отношению ко взрослым, особенно к родителям и близким родственникам, на фоне пониженного психоэмоционального состояния. Такое поведение провоцирует формирование внутрисемейных конфликтов, ухудшение микроклимата в семье, наказа-

различных монографиях понятие нарушенной адаптации также обозначается как «дизадаптация» («dysadaptation»).

ние и побои ребенка за плохое поведение, что в итоге способствует побегам из дома и бродяжничеству, приводит подростка в асоциальные компании. В клинических проявлениях дисфорической депрессии нами выявлены аддитивные формы нарушения поведения: склонность к агрессии и физическому насилию, мелким правонарушениям, воровству, побегам из дома и бродяжничеству, табакокурение, ранняя алкоголизация и эпизодическое употребление психоактивных веществ ПАВ. В нашем исследовании дисфорическая депрессия была верифицирована чаще (у 33 подростков), чем другие виды, и в основном наблюдалась у мальчиков с социализированным расстройством поведения.



Рисунок 1. Клинические формы депрессивной симптоматики у подростков.

У подростков с тревожной депрессией на фоне сниженного настроения возникало чувство ожидания опасности неопределенного характера, которое формировало представление о неблагоприятном развитии событий, подростки находились в состоянии постоянного напряжения, во власти дурных предчувствий, у них наблюдались соматовегетативные реакции, неусидчивость и непоседливость, неадекватное реальной ситуации поведение. Тревожная депрессия была установлена у 30 подростков обследуемой группы.

Дисморфофобическая депрессия наблюдалась лишь у 14 (12,61%) девочек-подростков. В клинической картине дисморфофобической депрессии преобладали жалобы на чувство собственной неполноценности, наличие физических недостатков, несоответствие эталонам и стандартам красоты. В отличие от нервной анорексии девочки с дисморфофобической депрессией не стремились изменить себя, соблюдая диеты и ограничительное пищевое поведение, а наоборот, были пассивными и удрученными, у них отмечалось чувство малоцен-

ности, никчемности, ненужности из-за наличия лишнего веса и недостатков во внешности. Такие состояния сопровождались понижением аппетита на фоне гипотимии и появления рудиментарных идей самоуничтожения.

В клинической картине астенопатической депрессии ведущими жалобами были быстрая утомляемость и слабость, упадок сил, снижение двигательной активности, плохая переносимость большого скопления людей, невозможность находится в обществе сверстников и одноклассников, трудности в общении, бездеятельность, чувство скуки и уныния. Наличие данной симптоматики вызывало у подростка стремление к одиночеству, ощущение неполноценности, никчемности, нарушение взаимоотношений с родителями и близкими, расстройство школьной адаптации и формирование суицидальных мыслей и намерений. Пониженный фон настроения при астенопатической депрессии неправильно трактовать как апатию, скорее всего это скудость проявлений снижения настроения. Вариант астенопатической депрессии встречался у 14 подростков, которые в большей мере предъявляли жалобы на слабость, плаксивость, быструю истощаемость и усталость.

У пациентов с маскированной депрессией на первом плане были жалобы ипохондрического характера, соматической симптоматики, такие подростки аггравировали имеющиеся соматические заболевания на фоне пониженного настроения, отсутствия аппетита, повышенной утомляемости, отказывались посещать школьные занятия и уроки, готовить домашние задания, помогать по дому. Маскированная депрессия встречалась у 20 пациентов исследуемой выборки.

Не меньший интерес для исследования представляло изучение корреляции между клинической формой депрессии и типом акцентуации характера подростка. Распределение подростков с различными вариантами акцентуации характера в зависимости от клинической формы депрессии приведено в табл. 1.

Сравнительный анализ распределения подростков с разным типом акцентуации характера в зависимости от клинической формы депрессии выявил относительное преобладание дисфорических депрессий у подростков с эпилептоидной акцентуацией характера (18,0%), однако статистически достоверных различий с подростками с истероидным (9,0%, $p > 0,05$), аффективным (1,8%, $p > 0,05$), гипертимным (0,9%, $p > 0,05$) и неустойчивым (1,8%, $p > 0,05$) типом акцентуации характера по этому показателю не выявлено. Тревожная депрессия чаще наблюдалась у подростков с психастеническим складом личности (12,6%), хотя статистически значимых различий с истерическим (2,7%; $p > 0,05$) и аффективным (11,7%, $p > 0,05$) складом личности не обнаруживалось. Астенопатическая депрессия чаще наблюдалась у истерических личностей (5,4%), однако достоверных различий с личностями аффективного (0,9%; $p > 0,05$), психастенического (3,6%; $p > 0,05$) и неустойчивого (2,7%; $p > 0,05$) склада не установлено. Дисморфофобическая депрессия встречалась у 11,7% подростков с истероидной акцентуацией характера, однако различия с личностями психастенического (0,9%; $p > 0,05$) склада по этому признаку не обладали статистической значимостью. У гипертимных (5,4%) личностей относительно чаще диагностировалась ипохондрическая депрессия, но статистически значимых различий с подростками с истероидным (2,7%, $p > 0,05$), аффективным (0,9%, $p > 0,05$), психастениче-

ским (4,5%, $p>0,05$) и неустойчивым (2,7%, $p>0,05$) типами акцентуации характера по этому показателю не выявлено. Корреляция клинической формы депрессии с преморбидными типологическими особенностями личности оказалась достаточно сильной ($C=0,71$, $p<0,001$) и превышала размеры связи с нозологической принадлежностью депрессивного расстройства.

Таблица 1.

Типы акцентуации характера и клинической формы депрессии

Виды депрессий	Тип акцентуации характера						Всего
	Истероидный	Аффективный	Эпилептоидный	Психастенический	Гипертимный	Неустойчивый	
	абс. %	абс. %	абс. %	абс. %	абс. %	абс. %	абс. %
Дисфорическая	10/9,0	2/1,8	20/18,0*	—	1/0,9	2/1,8	35/31,5
Тревожная	3/2,7	13/11,7	—	14/12,6*	—	—	30/27,0
Астенопатическая	6/5,4	1/0,9	—	4/3,6	—	3/2,7	14/12,6
Дисморфо-фобическая	13/11,7*	—	—	1/0,9	—	—	14/12,6
Ипохондрическая	3/2,7	1/0,9	—	5/4,5	6/5,4	3/2,7	18/16,2
Всего	35/31,5	17/15,4	20/18,0	24/21,6	7/6,3	8/7,2	111/100

Примечание: * достоверность различий $p < 0,045$

Выводы. Таким образом, проведенное исследование особенностей депрессивной симптоматики у подростков установило, что наиболее часто в пубертатном периоде формируются дисфорические депрессии со значительными нарушениями поведения у лиц с эпилептоидной акцентуацией характера. Полученные результаты позволят выделить важные личностные мишени психотерапевтической работы с пациентами, склонными к развитию депрессивной симптоматики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаева В.К., Бабарахимова С.Б. Личностные особенности у подростков с депрессивными расстройствами // Новый день в медицине. 2020. № 1 (29). С.109-112.
2. Абдуллаева В.К., Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К. Влияние семейных взаимоотношений в формировании депрессивных и поведенческих нарушений у подростков // Человеческий Фактор. Социальный Психолог. 2020. № 1 (39). С.146-153.

3. Жукова Н.Ю. Взаимосвязь отношения к смерти и склонности к саморазрушающему поведению у подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017 (17). № 4. С. 27-33.

REFERENCES

1. Abdullaeva V.K., Babarakhimova S.B. Lichnostnye osobennosti u подростков s depressivnymi rasstrojstvami // Novyj den' v medicine. 2020. № 1 (29). S.109-112.

2. Abdullaeva V.K., Sulejmanov Sh.R., Sharipova F.K. Vlijanie semejnyh vzaimootnoshenij v formirovanii depressivnyh i povedencheskih narushenij u подростков // Chelovecheskij Faktor. Social'nyj Psiholog. 2020. № 1 (39). S.146-153.

3. Zhukova N.Ju. Vzaimosvjaz' otnoshenija k smerti i sklonnosti k samorazrushajushhemu povedeniju u подростков // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i подростков. 2017 (17). № 4. S. 27-33.

4. Abdullaeva V.K. The influence of parenting styles on the formation of suicidal tendencies in adolescents // Sciences of Europe .VOL 1, No 37 (2019), pp. 7-8

5. Abdullaeva V.K., Abbasova D.S. et al. Predict depressive disorders at the earliest stages of its formation in adolescents // Annali d/ Italia (2020) VOL 1, No 7, pp 15-18.

6. Abdullaeva V.K., Babarakhimova S.B. Analisis of psychosocial factors in development of suicidal tendencies at adolescents // Central Asian Journal of Pediatrics 2 (1), 201-204, 2019.

7. Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Sultonova K.B., et al. Role of psychological research of suicidal behavior in adolescents / Sciences of Europe. VOL 2, No 36 (2019) pp. 52-55

8. Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Abbasova D.S. et al. Research of influence personal characteristics in adolescents in development types of suicidal tendencie // Austria-science. VOL 1, No 24 (2019), pp. 16-18

9. Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al. Optimization of psychodiagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. VOL 3, No 5, pp. 24-27

10. Nurkhodjaev S., Babarakhimova S., Abdullaeva V. Early Detection and Prevention of Suicidal Behavior in Adolescents // Indian Jornal of Forensic Mmedicine & Toxicology. VOL 14, No 3(2020), pp.7258-7263

S.B. Babarakhimova, V.K. Abdullaeva, Sh.R. Suleymanov, F.K. Sharipova **CLINICAL FEATURES OF DEPRESSION IN ADOLESCENTS**

Tashkent Pediatric Medical Institute (Tashkent).

Summary. The article presents the results of the study, which allow identifying risk groups for depressive disorders among this group of patients, taking into account types of family relationship, and timely providing medical, psychological and psycho-correctional assistance to parents and children, predicting depressive disorders at the earliest stages of its formation. In the prevention of depressive disorders, an important role belongs to the educational value of the family in the formation of a harmoniously developed personality.

Keywords: family; adolescent; personal characteristic; emotional disorders; depressive disorders.

Л.С. Эверт^{1,3}, Н.Ю. Гришкевич², Ю.Р. Костюченко¹, С.А. Бахшиева²
**КОМОРБИДНОСТЬ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ЦЕФАЛГИЙ
С ДИСТРЕССОМ И ТРЕВОЖНО-КОМПУЛЬСИВНЫМИ
РАССТРОЙСТВАМИ У ПОДРОСТКОВ**

¹Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук», НИИ медицинских проблем Севера – обособленное подразделение ФИЦ КНЦ СО РАН, ²ФГБОУ ВО «Красноярский государственный университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» (Красноярск), ³Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова, Медико-психолого-социальный институт (Абакан).

Резюме. Рецидивирующая цефалгия – наиболее часто встречающееся в подростковой популяции функциональное соматическое расстройство, влияющее на качество жизни подростка, его психоэмоциональный статус, повышает риск развития социальной дизадаптации. Взаимосвязь рецидивирующих цефалгий (РЦ) с психическим здоровьем подростков – важная проблема современной педиатрии. В статье приведены результаты исследования особенностей психопатологических характеристик (уровня дистресса и тревожно-компульсивных расстройств) у 266 подростков г. Абакана (Республика Хакасия) 12-17 лет с рецидивирующими цефалгиями. Установлено, что частые цефалгии ассоциированы с большей выраженностью компульсивных расстройств, фобической тревожности и уровня дистресса.

Ключевые слова: подростки, цефалгии, тревожность, навязчивости, дистресс

Введение. Рецидивирующая цефалгия входит в число наиболее часто встречающихся у детей и подростков функциональных соматических расстройств [1, 2, 6, 7, 12, 14, 19]. Результаты проведенных в последние годы исследований свидетельствуют о частых сопутствующих нарушениях психоэмоционального статуса и изменениях психопатологического профиля у лиц с цефалгиями, особенно с мигренью и частыми эпизодами головной боли напряжения [4, 5, 15, 17, 20]. В связи с чем все более актуальной становится проблема ранней диагностики данных видов нарушений и их своевременная коррекция в рамках проведения общего комплекса лечебно-профилактических мероприятий у лиц с цефалгиями [3, 8, 9, 16].

Одним из современных и высокоинформативных диагностических инструментов для оценки психоэмоционального статуса является Симптоматический опросник SCL-90-R (англ. Symptom Check List-90-Revised).

Целью нашего исследования было изучение у подростков коморбидных ассоциаций рецидивирующих цефалгий с дистрессом и тревожно-компульсивными расстройствами.

Материалы и методы. Методом случайных выборок обследованы подростки 12-17 лет, учащиеся 4 школ г. Абакана (Республика Хакасия). Общая численность обследованных составила 266 школьников, в их числе 117 (44,0%) мальчиков и 149 (56,0%) девочек, средний возраст $15,3 \pm 1,2$ лет. Анализируемые показатели сравнивали в 3 группах: 1 гр. – без рецидивирующих цефалгий

(n=151), 2 гр. – с редкими эпизодами цефалгии (n=97) и 3 гр. – с частыми цефалгиями (n=18).

Сбор информации проводили методом анкетного опроса школьников. Согласно Хельсинской Декларации Всемирной Медицинской Ассоциации, регламентирующей проведение научных исследований родители подростков младше 15 лет или сами школьники в возрасте ≥ 15 лет подписывали информированное согласие на участие в исследовании.

Вид рецидивирующих цефалгий верифицировали по скрининговой анкете, разработанной С.Ю. Терещенко и основанной на критериях частоты эпизодов головной боли, изложенных в третьей версии МКГБ-3b (2013). Критериями вида цефалгии являлись ее наличие и частота за последние 3 мес.: при наличии в анамнезе эпизодов головной боли ≤ 1 раза в месяц констатировали отсутствие цефалгий, эпизодичность головных болей от 1 до 15 дней в месяц позволяла считать цефалгии редкими, при повторяемости болей чаще 15 дней в месяц цефалгии расценивали как частые.

Особенности тревожно-компульсивных расстройств, тревожности и уровня дистресса оценивали по соответствующим шкалам Симптоматического опросника SCL-90-R: обсессивность-компульсивность (шкала О-С, навязчивости), фобическая тревожность (шкала РНОВ), уровень наличного симптоматического дистресса (шкала PTSD) с использованием критериев, разработанных для каждой из шкал опросника. Согласно балльной оценке определяли степень выраженности характеристик, верифицируемых по каждой из шкал: низкая, умеренно выраженная, значительно выраженная.

Исследование одобрено Этическим комитетом ФГБНУ ФИЦ КНЦ СО РАН. Этическая экспертиза осуществлена в соответствии с процедурой комплексной экспертной оценки, предусмотренной для исследований по данному направлению.

Полученные данные проанализированы в модулях «Basic Statistics» и «Nonparametrics» программы «Statistica 12» (StatSoft, USA). Формой представления результатов анализа качественных (бинарных) признаков были: % доля, абсолютное значение χ^2 Pearson, степень свободы (df) для критерия χ^2 , показатель статистической значимости различий (p) и границы доверительного интервала (ДИ) для % доли. Доверительный интервал для процентной доли оценивали по методу Уилсона (Wilson) и рассчитывали с использованием онлайн-калькулятора. Величину значимости различий (p) при попарном сравнении процентных показателей двух независимых групп оценивали по критерию χ^2 Пирсона (chi-square Pearson). Критический уровень статистической значимости при проверке нулевой гипотезы принимали при 95% уровне значимости ($p \leq 0,05$).

Результаты. Статистической обработке подвергались только те опросники и их шкалы, в которых подростками были даны ответы на все вопросы. Из 266 обследованных не имели эпизодов рецидивирующих цефалгий в анамнезе 56,8% (151/266, ДИ=50,8-62,6%), редкие цефалгии отмечались у 36,5% (97/266, ДИ=30,9-42,4%) и частые цефалгии имели место у 6,8% (18/266, ДИ=4,3-10,4%) подростков.

Мы проанализировали такой компонент психоэмоционального профиля

подростков, как обсессивность-компульсивность (навязчивости). Обсессии (навязчивые состояния) – мысли, сомнения, страхи, влечения, действия, возникающие у человека вопреки его желанию. Для лиц с обсессивно-компульсивным расстройством характерно наличие преследующих их навязчивых мыслей (стремление вновь и вновь разрешать ненужные и даже бессмысленные вопросы, бесцельно считать предметы), воспоминаний (попытки мучительно вспоминать неприятные события) и сомнений (неуверенность в точности и завершенности своих действий). Они совершают множество необоснованных движений и действий, чаще всего обусловленных навязчивыми сомнениями и патологическими страхами, в реальности не имеющими для этого никакой объективной причины.

Нами установлено, что в общей выборке обследованных значительно выраженными симптомами навязчивостей отличалось 15,8% (36/228, ДИ=11,6-21,1%) подростков, у 23,7% (54/228, ДИ=18,6-29,6%) уровень обсессивности-компульсивности был умеренно выраженным, а у большей части обследованных регистрировался низкий уровень навязчивостей – 60,5% (138/228, ДИ=54,1-66,6%).

В табл. 1 представлены результаты анализа степени выраженности навязчивостей по шкале «обсессивность-компульсивность» (О-С) в зависимости от вида цефалгий.

Таблица 1.

Структура обсессивности-компульсивности у подростков с различными видами рецидивирующих цефалгий

	Степень выраженности характеристики шкалы						Всего (n=228)	
	Низкая		Умеренно выраженная		Значительно выраженная			
	abc (%)	ДИ, %	abc (%)	ДИ, %	abc (%)	ДИ, %	abc (%)	ДИ, %
	Обсессивность-компульсивность (по шкале О-С)							
1 гр. – без цефалгий (n=122)	88 (72,1)	63,6-79,3	23 (18,9)	12,9-26,7	11 (9,0)	5,1-15,4	122/228 (53,5)	47,0-59,9
2 гр. – с редкими цефалгиями (n=88)	46 (52,3)	42,0-62,4	26 (29,5)	21,0-39,8	16 (18,2)	11,5-27,5	88/228 (38,6)	32,5-45,1
3 гр. – с частыми цефалгиями (n=18)	4 (22,2)	9,0-45,2	5 (27,8)	12,5-50,9	9 (50,0)	29,0-71,0	18/228 (7,9)	5,1-12,1
Статистическая значимость различий (p) по критерию χ^2 Пирсона	p1-2=0,0031; df=1, 2=8,73. p1-3<0,0001; df=1, χ^2 =17,34. p2-3=0,0200; df=1, χ^2 =5,42		p1-2=0,0707; df=1, χ^2 =3,27. p1-3=0,3769; df=1, χ^2 =0,78. p2-3=0,8806; df=1, χ^2 =0,02.		p1-2=0,0503; df=1, χ^2 =3,83. p1-3<0,0001; df=1, χ^2 =21,52. p2-3=0,0038; df=1, χ^2 =8,39.			

Как следует из представленной выше таблицы, значительно выраженный уровень навязчивостей в большей степени был характерен для подростков с

частыми цефалгиями, ниже был данный показатель у обследованных с редкими цефалгиями и минимальны оказались его значения в группе без эпизодов цефалгий в анамнезе.

Одной из характеристик, входящей в структуру психоэмоционального профиля, является фобическая тревожность. Основным клиническим проявлением у лиц с фобической тревожностью является испытываемое ими стойкое, иррациональное чувство страха и необоснованной тревоги, возникающее в отсутствие реальной опасности. Такие навязчивые неадекватные поведенческие, физические и когнитивные переживания возникают у них в определенных ситуациях, в период нахождения в определенных местах, во время контакта с каким-либо лицом или объектом, а также «в предчувствии» этих моментов. Чтобы избежать или уменьшить воздействие подобных ситуаций или объектов, лица с фобическими расстройствами совершают различные ритуализированные действия.

Из 145 обследованных, давших полностью все ответы на вопросы данной шкалы, 22,8% (33/145, ДИ=16,7-30,2%) отличались значительно выраженными проявлениями фобической тревожности, 24,1% (35/145, ДИ=17,9-31,7%) – умеренно выраженным фобическим поведением, а у 53,1% (77/145, ДИ=45,0-61,0%) обследованных подростков проявлений фобической тревожности не было.

В табл. 2 представлены результаты сравнений частоты встречаемости разных градаций фобической тревожности у подростков с различными видами рецидивирующих цефалгий.

Таблица 2.

Структура фобической тревожности по шкале РНОВ у подростков с различными видами цефалгий

Группы обследованных	Степень выраженности характеристики шкалы						Всего (n=145)	
	Низкая		Умеренно выраженная		Значительно выра- женная			
	абс (%)	ДИ, %	абс (%)	ДИ, %	абс (%)	ДИ, %	абс (%)	ДИ, %
	Фобическая тревожность (по шкале РНОВ)							
1 гр. – без цефалгий (n=65)	44 (67,7)	55,6- 77,8	11 (16,9)	9,7- 27,8	10 (15,4)	8,6- 26,1	65/145 (44,8)	37,0- 53,0
2 гр. – с редкими це- фалгиями (n=66)	28 (42,4)	31,2- 54,4	20 (30,3)	20,6- 42,2	18 (27,3)	18,0- 39,0	66/145 (45,5)	37,6- 53,6
3 гр. – с частыми це- фалгиями (n=14)	5 (35,7)	16,3- 61,2	4 (28,6)	11,7- 54,6	5 (35,7)	16,3- 61,2	14/145 (9,7)	5,8- 15,6
Статистическая зна- чимость различий (p) по критерию χ^2 Пир- сона	p1-2=0,0037; df=1, χ^2 =8,45 p1-3=0,0253; df=1, χ^2 =5,00 p2-3=0,6432; df=1, χ^2 =0,21		p1-2=0,0716; df=1, χ^2 =3,25 p1-3=0,3135; df=1, χ^2 =1,02 p2-3=0,8978; df=1, χ^2 =0,02		p1-2=0,0970; df=1, χ^2 =2,75 p1-3=0,0785; df=1, χ^2 =3,09 p2-3=0,5262; df=1, χ^2 =0,40			

Доля подростков с низким уровнем фобической тревожности оказалась значительно выше в группе без цефалгий в анамнезе (67,7%), второе ранговое место по данному показателю занимали обследованные с редкими цефалгиями (42,4%), еще меньше (35,7%) было таких лиц среди обследованных с частыми цефалгиями.

Лучшим индикатором состояния и глубины расстройства является общий индекс тяжести симптомов по шкале GSI опросника SCL-90-R, в частности его целесообразно использовать как единичный интегральный показатель. Индекс GSI включает суммарную информацию о количестве симптомов и интенсивности переживаемого человеком дистресса. Значительная выраженность тяжести симптомов по индексу GSI определялась у 14,6% (31/212, ДИ=10,5-20,0%) обследованных общей выборки, умеренная выраженность регистрировалась у 19,8% (42/212, ДИ=15,0-25,7%) подростков и низкая выраженность тяжести симптомов была установлена у большей части обследованных – у 65,6% (139/212, ДИ=58,9-71,6%).

Интенсивность симптоматического дистресса является интегральной характеристикой и высокочувствительным маркером, позволяющим оценить особенности реагирования индивидуума при взаимодействии с исследователем. Оценка интенсивности симптоматического дистресса проводится по шкале PSDI опросника. Как показал проведенный анализ, 20,8% (52/250, ДИ=16,2-26,3%) обследованных из общей выборки характеризовались значительно выраженной интенсивностью дистресса, у половины – 49,2% (123/250, ДИ=43,1-55,4%) интенсивность дистресса была умеренной и у 30,0% (75/250, ДИ=24,7-35,9%) уровень дистресса был низким. Табл. 3 дает представление об интенсивности дистресса у подростков с различными видами рецидивирующих цефалгий.

Таблица 3.

Интенсивность дистресса по шкале PSDI у подростков с различными видами цефалгий

Группы обследо- ванных	Степень выраженности характеристики шкалы						Всего (n=250)	
	Низкая		Умеренно выраженная		Значительно выраженная			
	абс (%)	ДИ, %	абс (%)	ДИ, %	абс (%)	ДИ, %	абс (%)	ДИ, %
	Интенсивность дистресса (по шкале PSDI)							
1 гр. – без цефал- гий (n=136)	57 (41,9)	34,0- 50,3	57 (41,9)	34,0- 50,3	22 (16,2)	10,9- 23,3	136/250 (54,4)	48,2- 60,5
2 гр. – с редкими цефалгиями (n=96)	18 (18,7)	12,2- 27,7	58 (60,4)	50,4- 69,6	20 (20,8)	13,9- 30,0	96/250 (38,4)	32,6- 44,6
3 гр. – с частыми цефалгиями (n=18)	0 (0,0)	0,0- 17,6	8 (44,4)	246- 66,3	10 (55,6)	33,7- 75,4	18/250 (7,2)	4,6- 11,1
Статистическая значимость разли- чий (p) по крите- рию χ^2 Пирсона	p1-2=0,0002; df=1, $\chi^2=13,80$ p1-3=0,0005; df=1, $\chi^2=11,98$ p2-3=0,0453; df=1, $\chi^2=4,01$.		p1-2=0,0055; df=1, $\chi^2=7,71$. p1-3=0,8380; df=1, $\chi^2=0,04$. p2-3=0,2079; df=1, $\chi^2=1,59$.		p1-2=0,3643; df=1, $\chi^2=0,82$. p1-3=0,0001; df=1, $\chi^2=14,97$ p2-3=0,0021; df=1, $\chi^2=9,42$			

Обследованные с частыми цефалгиями отличались большей численностью лиц со значительно выраженной интенсивностью дистресса (55,6%), несколько меньшей была доля таких подростков в группе с редкими цефалгиями (20,8%) и минимальным была численность данного контингента в группе без цефалгий в анамнезе (16,2%). Большее число подростков с низкой интенсивностью дистресса вошло в группу без цефалгий, а подростков с умеренной выраженностью дистресса – в группу с редкими цефалгиями (табл. 3).

На основании проведенного исследования и полученных в ходе него результатов нами были сделаны следующие **выводы**:

1. Установлено наличие коморбидных ассоциаций рецидивирующих цефалгий у подростков с уровнем дистресса и тревожно-компульсивными расстройствами.

2. Частые цефалгии ассоциируются со значительно выраженным уровнем навязчивостей и фобической тревожности.

3. Для подростков с редкими эпизодами цефалгий чаще характерна умеренная выраженность изученных показателей психоэмоционального профиля.

4. Численность лиц с низкой (минимальной) выраженностью характеристик психоэмоционального профиля выше среди подростков без цефалгий.

Обсуждение: Многие исследователи заболеваний психоэмоционального и психосоматического спектра у детей и подростков отмечают, что различные сопутствующие нарушения способствуют более тяжелому и осложненному течению функциональных соматических расстройств, а поздняя диагностика коморбидных нарушений и отсутствие их лечения повышают риск формирования хронических форм психосоматической патологии [4, 5, 9, 17, 20]. Сопоставив результаты выполненной нами работы с данными других исследователей, мы можем констатировать, что наши данные подтверждают приводимые ими сведения о наличии коморбидных ассоциаций функциональных соматических расстройств, в том числе рецидивирующих цефалгий, с различными видами нарушений психоэмоционального состояния [3, 13, 15].

Ряд исследований описывает ассоциации социального тревожного расстройства (social anxiety disorder – SAD) с различными соматическими симптомами. В частности, в исследовании P. Sackl-Pammer с соавт. изучались соматические жалобы у детей и подростков с наличием и отсутствием SAD и оценивалась связь между социальной тревожностью и тяжестью соматических симптомов. Авторы констатировали более высокую степень выраженности соматических симптомов у подростков с SAD, установили значительную положительную связь между соматическими симптомами и социальной тревожностью [18]. Аналогичная тенденция была выявлена и нами: направленность изменений частоты и выраженности психоэмоциональных нарушений у подростков с FSD (в нашей работе это были рецидивирующие цефалгии) подтверждается результатами нашего исследования, показавшего большую частоту встречаемости значительно выраженной степени нарушений изученных характеристик психоэмоционального спектра у обследованных с частыми цефалгиями в сравнении с лицами, не имеющими в анамнезе цефалгических эпизодов.

Клинически выраженные расстройства психоэмоционального статуса значи-

тельно повышают риск нарушений как психического, так и социального развития, следствием чего являются выраженные нарушения социальной адаптации подростков. Рядом исследований показано, что клинически выраженные формы расстройств психоэмоционального статуса у подростков нередко повышают риск нарушений их психического развития и вероятности возникновения проблем межличностного общения с последующим развитием социальной дизадаптации.

Учитывая мультифакторную природу психоэмоциональных расстройств, их клиническое разнообразие, связанное с гетерогенностью, особую значимость приобретает вопрос об актуальности и необходимости проведения сравнительного клинического анализа разных форм данных нарушений на ранних этапах их формирования. Безусловно, важным аспектом является учет коморбидных фоновых состояний и заболеваний, индивидуально-типологических особенностей личности подростка, медико-биологических и социальных факторов, способствующих их развитию. Для обеспечения персонифицированного клинического и социального прогноза, повышения эффективности мероприятий по социальной реабилитации данного контингента подростков важен учет выраженности у них нарушений психоэмоционального статуса, проявлений психопатологической симптоматики и характера приспособительного поведения уже на ранней стадии формирования данных расстройств [10].

Заключение. Учитывая частое наличие коморбидных ассоциаций и значимый вклад коморбидности в более неблагоприятное течение функциональных соматических расстройств, высокий риск длительного течения и последующего перехода в хронические психосоматические синдромы и заболевания, необходимо проведение мультидисциплинарных и проспективных клинических исследований, разработка и внедрение дифференцированных подходов к ведению данных контингентов подростков. Целесообразно проведение ранней диагностики и обоснованной коррекции данных видов нарушений в детской подростковой популяции [10, 11]. Своевременное выявление нарушений психоэмоционального статуса, проведение их коррекции в рамках общего комплекса терапевтических мероприятий у лиц с повторными эпизодами головных болей может способствовать улучшению прогноза течения цефалгии и нормализации психоэмоционального состояния подростков с этой патологией.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Al-Hashel J.Y., Ahmed S.F., Alroughani R. Prevalence of primary headache disorders in Kuwait. *Neuroepidemiology*. 2017; (48): 138–46. <https://doi.org/10.1159/000478892>
2. Blume H.K. Childhood headache: a brief review. *Pediatr Ann*. 2017; (46): 155–65. <https://doi.org/10.3928/19382359-20170321-02>
3. Bonvanie I.J., Kallesøe K.H., Janssens KAM, Schröder A., Rosmalen JGM, Rask C.U. Psychological Interventions for Children with Functional Somatic Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pediatr*. 2017; (187): 272–281. e17. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.03.017>
4. Burri A., Ogata S., Vehof J., Williams F. Chronic widespread pain: Clinical comorbidities and psychological correlates. *Pain*. 2015; 156(8): 1458–1464.
5. Campo J.V. Annual research review: functional somatic symptoms and asso-

ciated anxiety and depression-developmental psychopathology in pediatric practice. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012; 53(5): 575-92. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02535.x>

6. Christian Wöber, Çiçek Wöber-Bingöl, Derya Uluduz, Aslan T., Uygunglu U., Ahmet Tüfekçi et al. Undifferentiated headache: broadening the approach to headache in children and adolescents, with supporting evidence from a nationwide school-based cross-sectional survey in Turkey. *J Headache Pain*. 2018; 19(18): 1-9. <https://doi.org/10.1186/s10194-018-0847-1>

7. Чутко Л.С., Корнишина Т.Л., Сурушкина С.Ю., Яковенко Е.А., Анисимова Т.И., Волов М.Б. Синдром вегетативной дисфункции у детей и подростков // *Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова*. 2018. Т. 118. № 1. С. 43-49.

7. Chutko L.S., Kornishina T.L., Surushkina S.Yu., Yakovenko E.A., Anisimova T.I., Volov M.B. Sindrom vegetativnoj disfunkczii u detej i podrostkov // *Zh. nevrol. i psikiatr. im. S.S. Korsakova*. 2018. Т. 118. № 1. С. 43-49.

8. Эверт Л.С., Терещенко С.Ю., Реушева С.В., Гришкевич Н.Ю., Бахшиева С.А., Зайцева О.И. и др. Способ оценки нарушений психосоматического статуса у детей и подростков. *Современные проблемы науки и образования*. 2016; 4. <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=248979>.

8. E`vert L.S., Tereshhenko S.Yu., Reusheva S.V., Grishkevich N.Yu., Bakhshieva S.A., Zajczewa O.I. i dr. Sposob ocenki narushenij psikhosomaticheskogo statusa u detej i podrostkov. *Sovremenny`e problemy` nauki i obrazovaniya*. 2016; 4. <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=24897>

9. Fisher E., Law E., Dudeney J., Palermo T.M., Stewart G., Eccleston C. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;29; 9(9): CD003968. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003968.pub5>

10. Friedrichsdorf S.J., Giordano J., Desai Dakoji K., Warmuth A., Daughtry C., Schulz C.A. Chronic Pain in Children and Adolescents: Diagnosis and Treatment of Primary Pain Disorders in Head, Abdomen, Muscles and Joints. *Children*. 2016;3(4):42. <https://doi.org/10.3390/children3040042>

11. Genizi J., Khourieh Matar A., Schertz M., Zelnik N., Srugo I. Pediatric mixed headache - The relationship between migraine, tension-type headache and learning disabilities - in a clinic-based sample. *J Headache Pain*. 2016; 42(17). <https://doi.org/10.1186/s10194-016-0625-x>

12. Hinton D., Kirk S. Families' and healthcare professionals' perceptions of healthcare services for children and young people with medically unexplained symptoms: a narrative review of the literature. *Health Soc Care Community*. 2016 Jan; 24(1): 12-26. <https://doi.org/10.1111/hsc.12184>

13. Kröner-Herwig B., Gassmann J. Headache disorders in children and adolescents: adolescents: their association with psychological, behavioral, and socio-environmental factors. *Headache*. 2012; 52(9): 1387-401. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2012.02210.x>. PMID: 22789010

14. Malas N., Ortiz-Aguayo R., Giles L., Ibeziako P. Pediatric Somatic Symptom Disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2017; 19(2): 11. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0760-3>

15. Маневич Т.М., Соколова Е.Д., Яхно Н.Н., Роговина Е.Г. Клинико-

психологические особенности детей и подростков с хроническими головными болями. Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2004. Т. 104. № 2. С. 11-15..

15. Manevich T.M., Sokolova E.D., Yakhno N.N., Rogovina E.G. Kliniko-psikhologicheskie osobennosti detej i podrostkov s khronicheskimi golovny`mi bolyami. Zh. nevrol. i psikiatr. im. S.S. Korsakova. 2004. T. 104. № 2. S. 11-15.

16. Morriss R. The Role of Mental Health Professionals in Managing Functional Somatic Symptoms in Primary Care. Br J Psychiatry. 2012; 200(6): 444-445. [https://doi.org/ 10.1192/bjp.bp.111.098681](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.098681)

17. Noel M., Groenewald C.B., Beals-Erickson S.E., Gebert J.T., Palermo T.M. Chronic pain in adolescence and internalizing mental health disorders: A nationally representative study. Pain. 2016; 157(6): 1333–1338.

18. Sackl-Pammer P., Özlü-Erkilic Z., Jahn R., Karwautz A., Pollak E., Susanne Ohmann & Türkan Akkaya-Kalayci. Somatic complaints in children and adolescents with social anxiety disorder. Neuropsychiatr. 2018; 32(4): 187-195. <https://doi.org/10.1007/s40211-018-0288-8>

19. Stefan J. Friedrichsdorf, James Giordano, Kavita Desai Dakoji, Andrew Warmuth, Cyndee Daughtry and Craig A. Schulz. Chronic Pain in Children and Adolescents: Diagnosis and Treatment of Primary Pain Disorders in Head, Abdomen, Muscles and Joints (Review). Children. 2016;3(4): 42. <https://doi.org/10.3390/children3040042>

20. Tegethoff M., Belardi A., Stalujanis E., Meinlschmidt G. Comorbidity of mental disorders and chronic pain: Chronology of onset in adolescents of a national representative cohort. J. Pain. 2015; (16): 1054–1064. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.06.009>

L.S. Evert^{1,3}, N.Yu. Grishkevich², Yu.R. Kostyuchenko¹, S.A. Bakhshieva²
COMORBIDITY OF RECURRENT CEPHALGIA WITH DISTRESS
AND ANXIETY-COMPULSIVE DISORDERS IN ADOLESCENTS

¹Federal Research Center «Krasnoyarsk Scientific Center Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences», Research Institute of Medical problems of the North - a separate subdivision of the FRC KSC SB RAS, ²Krasnoyarsk State University prof. V.F. Voyno-Yasenetsky (Krasnoyarsk), ³Khakass State University N.F. Katanova, Medical-Psychological-Social Institute (Abakan).

Summary. Recurrent cephalgia is the most common functional somatic disorder in the adolescent population that affects the quality of life of an adolescent, his psycho-emotional status, and increases the risk of developing social maladaptation. The relationship of recurrent cephalgia (RC) with the mental health of adolescents is an important problem in modern pediatrics. The article presents the results of a study of the features of psychopathological characteristics (level of distress and anxiety-compulsive disorders) in 266 adolescents in the city of Abakan (Republic of Khakassia) 12-17 years old with recurrent cephalgia. It has been established that frequent cephalgias are associated with a greater severity of compulsive disorders, phobic anxiety and distress levels.

Keywords: adolescents, cephalgia, anxiety, obsessions, distress.

**КОМБИНАЦИЯ ФАКТОРОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С РИСКОМ
РАЗВИТИЯ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Гродненский государственный медицинский университет, (Гродно, Республика Беларусь).

Резюме. В детской психиатрии остро стоит задача выявления значимых факторов, способствующих развитию расстройств аутистического спектра (РАС). В статье приведены результаты исследования полиморфизмов генов фолатного цикла и особенностей протекания пре-, перинатальных периодов у 187 детей 2-10 лет с РАС и психически здоровых. Установлена комбинация факторов, ассоциированная с риском развития РАС: генетические – генотипы AG, G/G полиморфизма A66G гена MTRR, генотип T/T полиморфизма C677T гена MTHFR; пре-, перинатальные – угроза прерывания беременности и внутриутробная гипоксия.

Ключевые слова: полиморфизм генов фолатного цикла, пре-, перинатальные факторы, расстройства аутистического спектра.

Актуальность. В современных научных исследованиях акцентируется внимание на эпигенетической модели развития РАС, которая обусловлена сочетанным влиянием различных групп факторов. При этом генетические факторы выступают в роли фактора уязвимости, а влияние агентов внешней среды приводят к реализации патологических механизмов развития РАС [9].

Роль генетических факторов в развитии РАС у детей пока не ясна и является предметом научных исследований. В научной литературе описана прямая зависимость полиморфизма генов фолатного цикла с риском развития РАС. Отмечается, что носительство определенных аллелей генов фолатного цикла может указывать на высокий риск развития РАС [6, 8, 10, 11, 12].

Роль пренатальных и перинатальных факторов в развитии РАС признается многими исследователями. Учеными определены различные пре-, перинатальные осложнения, которые могут повышать риск развития РАС: фетоплацентарная недостаточность (ФПН), преэклампсия, многоводие, маловодие, обвитие пуповиной, длительный безводный период, перенесенная беременность, угроза прерывания беременности, внутриутробная гипоксия. Как отмечают исследователи, гипоксия, перенесенная внутриутробно, ante-, intra- и постнатально, к которой наиболее чувствительны фетальные ткани плода, приводит к рождению ребенка не только с неврологическими нарушениями, но и в последующем с социальным дефицитом [4, 7, 13, 14, 15, 16].

Существуют предположения, что полиморфизмы генов фолатного цикла, проявляющие свою активность при воздействии пре-, перинатальных факторов, могут играть значимую роль в развитии аутоиммунных нарушений и приводить к повреждению структур головного мозга, реализующих социально-коммуникативную функцию.

В то же время предметом дискуссии является выявление комбинации факторов, ассоциированных с риском развития РАС. В зарубежных исследованиях

изучается сочетанное влияние генетических и пре-, перинатальных факторов на риск развития РАС [5]. Однако результаты, доступные в опубликованной литературе и посвященные данной тематике, минимальны, поэтому изучение вклада полиморфизмов генов фолатного цикла в развитие РАС у детей, а также поиск комбинации факторов, ассоциированных с риском развития РАС, является актуальным и значимым.

Цель исследования. Определить комбинацию генетических и пре-, перинатальных факторов, ассоциированных с риском развития РАС у детей.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе детского отделения учреждения здравоохранения Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-Наркология» в период с 2016 по 2020 гг. В исследование были включены 187 детей обоего пола в возрасте от 2 до 10 лет. В соответствии с дизайном исследования были выделены следующие группы: основная группа – 102 пациента, у которых в соответствии с исследовательскими диагностическими критериями Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) был выставлен диагноз «расстройств аутистического спектра» (F84). Контрольную группу составили 85 здоровых детей, не имеющих симптомов психических расстройств согласно диагностическим критериям МКБ-10.

Критериями включения являлись: письменное информированное согласие родителя или законного представителя пациента на участие в исследовании; наличие диагноза РАС (F84) в соответствии с исследовательскими диагностическими критериями МКБ-10; возраст от 2 до 10 лет. *Критерии исключения для обеих групп:* отказ родителя или законного представителя пациента от участия в исследовании; сопутствующая острая и хроническая соматическая патология; врожденные пороки развития внутренних органов и дефекты развития органов слуха и зрения (глухота, слепота); хромосомные и наследственные заболевания; для основной группы еще один критерий – коморбидные психические расстройства.

С целью изучения пре-, пери- и постнатальных факторов риска развития РАС были проанализированы данные медицинской документации (медицинские карты стационарного пациента, медицинские карты амбулаторного пациента – психиатрическая и педиатрическая, выписной эпикриз новорожденного, история родов, выписка из истории родов) 102 детей с РАС с последующим сравнением полученных результатов с контрольной группой, состоящей из 85 психически здоровых детей. Устанавливались особенности течения беременности и родов у матери, неблагоприятные факторы, выявленные в ранний неонатальный период развития детей. Оценивались характер и длительность грудного вскармливания ребенка.

Для изучения полиморфизмов C677T, A1298C, A66G, A2756G генов MTHFR, MTRR, MTR использовалась геномная ДНК, выделенная из лейкоцитов цельной крови с помощью набора «ДНК-экстран-1» («Синтол», Россия). Определение полиморфизма гена выполнялось методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в реальном времени на приборе Rotor-Gene Q (Qiagen, Германия) с применением диагностического набора «SNP-ЭКСПРЕСС» («Синтол», Россия).

Полученные данные обработаны с использованием лицензионной версии программы STATISTICA 10.0 (AXAR207F394425FA-Q). Для сравнения двух независимых групп использовался критерий Манна-Уитни (U) и Краскела-Уоллиса (H). При анализе категориальных данных использованы точный двусторонний тест Фишера или χ^2 Пирсона и таблицы сопряженности. Распределение изученных полиморфизмов проверяли на соответствие равновесию Харди-Вайнберга ($p^2+2pq+q^2=1$), с помощью теста χ^2 Пирсона. Для распределения генотипов и аллелей генов фолатного цикла определяли частоты встречаемости в процентах (%). Для сравнения частот генотипов и аллелей между исследуемыми группами использовали критерий χ^2 Пирсона с поправкой Йейтса на непрерывность. Для определения сочетания факторов, ассоциированных с риском развития РАС (генетических, пери- и постнатальных) было построено уравнение логистической регрессии с бинарным откликом и логит-функцией связи. Различия считались достоверными при значении $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. В основную группу вошли 86 (84%) мальчиков и 16 (16%) девочек. Средний возраст мальчиков составил 5,0 [4,0-7,0] лет, девочек – 4,5 [4,0-7,0]. В контрольной группе было 48 мальчиков (56%) и 37 (44%) девочек. Средний возраст мальчиков 6,0 [4,0-7,5] лет, девочек – 5,0 [3,0-7,0] лет ($p>0,05$). Сравнимые группы детей статистически не различались по возрасту в целом как среди мальчиков, так и среди девочек ($p>0,05$).

В результате молекулярно-генетического исследования было выявлено, что у детей с РАС статистически значимо чаще были выявлены генотипы по мутантной аллели (гетерозиготы и гомозиготы) полиморфизмов генов фолатного цикла в сравнении с контрольной группой детей [2].

В табл. 1 представлено распределение частот генотипов генов фолатного цикла по группам.

Таблица 1.

Распределение частот генотипов генов фолатного цикла в основной и контрольной группах

Ген/ Локус	Генотип	Основная группа (n=102) % (абс.)	Контрольная группа (n=85) % (абс.)	Критерий χ^2 Пирсона; p
MTHFR/ C677T	C/C	33,3 (34)	50,5 (43)	9,367; 0,009
	C/T	44,1 (45)	41,2 (35)	
	T/T	22,5 (23)	8,2 (7)	
MTHFR/ A1298C	A/A	48,0 (49)	56,5 (48)	4,556; 0,102
	A/C	40,2 (41)	40,0 (34)	
	C/C	11,8 (12)	4,7 (3)	
MTRR/ A66G	A/A	21,6 (22)	41,2 (35)	12,635; 0,001
	A/G	49,0 (50)	47,0 (40)	
	G/G	29,4 (30)	11,7 (10)	
MTR/ A2756G	A/A	49,0 (50)	52,9 (45)	3,348; 0,187
	A/G	35,3 (36)	40,0 (34)	
	G/G	15,7 (16)	7,05 (6)	

Как видно из данных табл. 1, статистически значимые различия между основной и контрольной группами детей установлены для частоты встречаемости генотипов в локусе С677Т гена МТНFR и генотипов в локусе А66G гена МТRR.

В табл. 2 представлены распределения частот аллелей генов фолатного цикла. При анализе результатов распределения частот аллелей были выявлены статистические отличия только для аллели Т (44,6%) полиморфизма С677Т гена МТНFR и аллели G (53,9%) полиморфизма А66G гена МТRR. В группе детей с РАС носителей мутантной аллели Т локуса С677Т гена МТНFR и аллели G полиморфного варианта А66G гена МТRR соответственно на 18,7% и 15,8% больше по сравнению с группой здоровых детей [2].

Таблица 2.

Распределение частот аллелей генов фолатного цикла в основной и контрольной группах

Ген/ Локус	Аллель	Основная группа (n=102) (%) абс.	Контрольная группа (n=85) (%) абс.	Критерий χ^2 Пирсона; p
МТНFR/ С677Т	С	55,3 (113)	71,1 (121)	9,864; <0,001
	Т	44,6 (91)	28,8 (49)	
МТНFR/ А1298С	А	68,1 (139)	76,4 (130)	3,189; 0,074
	С	31,8 (65)	23,5 (40)	
МТRR/ А66G	А	46 (94)	64,7 (110)	12,977; <0,001
	G	53,9 (110)	35,2 (60)	
МТR/ А2756G	А	66,6 (136)	72,9 (124)	1,723; 0,189
	G	33,3 (68)	27 (46)	

В процессе изучения особенностей пре-, перинатального периодов нами было изучено большое количество таких факторов, указанных в научной литературе, как факторы риска развития РАС. Однако в нашем исследовании статистически значимые различия между группами были получены для следующих пре-, перинатальных факторов: угроза прерывания беременности (на 12 ± 2 недели беременности) ($p < 0,001$), преэклампсия ($p < 0,05$), ФПН ($p < 0,05$), внутриутробная гипоксия, впервые отмеченная до родов, во время родов и родоразрешения ($p < 0,05$), искусственное вскармливание ($p < 0,05$) [3].

Среди акушерской патологии у матерей детей с РАС угроза прерывания беременности встречалась в 37 случаях (36,2%), тогда как в контрольной группе детей этот показатель статистически значимо ниже – 11 случаев (12,9%). В нашем исследовании в группе матерей, имеющих детей с РАС, угроза прерывания беременности отмечалась в среднем на 12 ± 2 недели у 29 женщин (78%). У 8 женщин (22%) отмечалась как угроза прерывания беременности, так и угроза преждевременных родов. В группе контроля только у 11 (12,9%) матерей отмечалась угроза прерывания беременности на 10 ± 2 неделе [3].

Статистически значимые различия также были установлены в группе детей с РАС, матерям которых в течение беременности был выставлен диагноз преэклампсии. Преэклампсия, которая сопровождалась повышением артериального

давления, наличием отеков и появлением белка в моче, у матерей, родивших детей с РАС, встречалась в 3 раза чаще (в 19 случаях (18,6%)), чем у матерей психически здоровых детей контрольной группы – в 6 случаях (7%) [3].

ФПН при беременности у матерей детей с РАС наблюдалась в 17 случаях (16,6%), что на 10,6% выше, чем у матерей здоровых детей – 5 случаев (6%).

Внутриутробная гипоксия у детей основной группы выявлена в 35 случаях (34,3%), что значимо отличается в сравнении с группой здоровых детей, где внутриутробная гипоксия, была выявлена в 12 случаях (14,1%).

Дети с РАС в большем проценте случаев (31%) находились на искусственном вскармливании в отличие от детей контрольной группы – 12,9% случаев [3].

Для определения оптимального сочетания факторов, ассоциированных с риском развития РАС, выполнен регрессионный анализ полученных предикторов, которые были включены в модель логистической бинарной регрессии. Путем перебора лучшей комбинации факторов с наивысшим предсказательным потенциалом статистически значимыми в данной модели были определены генетические факторы: гомозиготный генотип Т/Т полиморфизма С677Т гена МТНFR и генотипы А/Г, Г/Г полиморфизма А66G гена МТRR, а также пре-, перинатальные факторы – внутриутробная гипоксия и угроза прерывания беременности [1].

Оценки коэффициентов факторов окончательной регрессионной модели приведены в табл. 3.

Таблица 3.

Оценки коэффициентов факторов окончательной регрессионной модели

Фактор	Оценки коэффициентов факторов	Стандартное отклонение	Z-значение	p
Константа регрессионного уравнения	-2,4397	0,483	-5,0452	0,001
G/G A66G MTRR	2,3733	0,583	4,0706	0,001
T/T C677T MTHFR	1,3465	0,618	2,1763	0,03
A/G A66G MTRR	0,8819	0,446	1,9773	0,04
C/T C677T MTHFR	0,2174	0,406	0,5351	0,05
Внутриутробная гипоксия	2,5422	0,422	6,0244	0,001
Угроза прерывания беременности	1,7201	0,479	3,5847	0,001

В ходе анализа было рассчитано уравнение для оценки вероятности риска развития РАС:

$$p = \frac{1}{1 + e^{-(k + 2,3733 \cdot X_1 + 1,3465 \cdot X_2 + 0,8819 \cdot X_3 + 2,5425 \cdot X_4 + 1,7201 \cdot X_5)'}}$$

где p – вероятность риска развития РАС;

e – основание натурального логарифма (e=2,718);

k – константа регрессионного уравнения (k=-2,4397);

X₁ – фактор «генотип G/G полиморфизм A66G гена MTRR»;

X_2 – фактор «генотип T/T полиморфизм C677T гена MTHFR»;

X_3 – фактор «генотип A/G полиморфизм A66G гена MTRR»;

X_4 – фактор «внутриутробная гипоксия»;

X_5 – фактор «угроза прерывания беременности».

В случае наличия любого фактора из вышеперечисленных X принимается за 1, а при отсутствии – значение X равно 0.

Для оценки качества полученной модели был проведен ROC-анализ. На рис. 1 построена ROC-кривая. Площадь под ROC-кривой (AUC) составила 0,86, что свидетельствует об адекватном качестве модели.

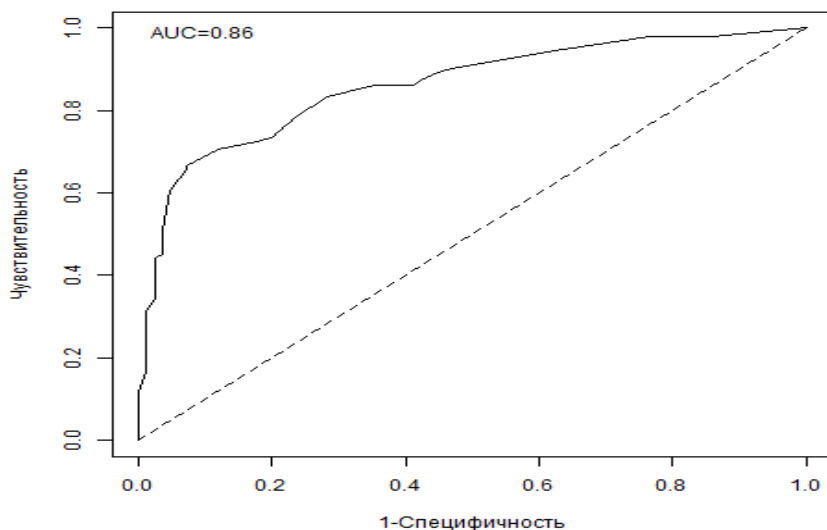


Рисунок 1. ROC-кривая модели.

В качестве порога отсеечения выбрана вероятность $p=0,525$. Порог отсеечения выбирался таким, чтобы разность между чувствительностью и специфичностью была наименьшей. При выбранном пороге 0,525 чувствительность (Se) равна 83,33%, специфичность (Sp) – 71,76%, точность (Acc) – 78,07%.

Следует отметить, что при наличии гомозиготного генотипа T/T полиморфизма C677T гена MTHFR и генотипов G/G, A/G полиморфизма A66G гена MTRR, а также факторов внутриутробной гипоксии и угрозы прерывания беременности значение вероятности (p) риска развития PAC равно 0,998, а при отсутствии таких факторов, как «внутриутробная гипоксия» и «угроза прерывания беременности», показатель p составляет 0,896. Следовательно, при наличии пре-, перинатальных факторов в комбинации с полиморфизмом генов фолатного цикла вероятность риска развития PAC увеличивается, а при их отсутствии существенно не изменяется.

Выводы: Таким образом, в результате исследования определена комбинация факторов, ассоциированная с риском развития PAC: гомозиготный генотип T/T полиморфизма C677T гена MTHFR и генотипы G/G, A/G полиморфизма A66G гена

MTRR, а также выявлены факторы, повышающие риск развития РАС, – гипоксия и угроза прерывания беременности. Выявленная комбинация факторов, ассоциированных с риском развития РАС позволит расширить и продолжить научные изыскания в понимании этиопатогенетических механизмов развития РАС.

ЛИТЕРАТУРА

1.Бизюкевич С.В. Генетические и перинатальные факторы риска расстройств аутистического спектра // Журн. Гродн. гос. мед. ун-та. 2021. Т. 19, № 3. С. 306-310.

2.Бизюкевич С.В., Карпюк В.А. Сравнительная характеристика распределения аллелей и полиморфизмов генов фолатного цикла у детей с расстройствами аутистического спектра и здоровых детей г. Гродно и Гродненской области // Вестник Витебского государственного медицинского университета. 2020. Т. 19, № 3. С. 106-111.

3.Бизюкевич С.В. Перинатальные факторы риска развития расстройств аутистического спектра у детей и их взаимосвязь с полиморфизмом генов фолатного цикла // Педиатрия. Вост. Европа. 2021. Т. 9, № 3. С. 369-381.

4.Примышева Е.Н., Ольшевская Н.С., Шурыгина Д.А. и др. Взаимосвязь развития расстройств аутистического спектра с перинатальной патологией // Таврический журнал психиатрии. 2017. Т. 21. № 4 (81). С. 50-56.

REFERENCES:

1.Bizyukevich S.V. Geneticheskie i perinatal'ny'e faktory` riska rasstrojstv autisticheskogo spektra // Zhurn. Grodn. gos. med. un-ta. 2021. T. 19, # 3. S. 306-310.

2.Bizyukevich S.V., Karpjuk V.A. Sravnitel'naya kharakteristika raspredeleniya allelej i polimorfizmov genov folatnogo czikla u detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra i zdorovy`kh detej g. Grodno i Grodnenskoj oblasti // Vestnik Vitebskogo gosudarstvennogo mediczinskogo universiteta. 2020. T. 19, # 3. S. 106-111.

3.Bizyukevich S.V. Perinatal'ny'e faktory` riska razvitiya rasstrojstv autisticheskogo spektra u detej i ikh vzaimosvyaz` s polimorfizmom genov folatnogo czikla // Pediatriya. Vost. Evropa. 2021. T. 9, # 3. S. 369-381.

4.Primy'sheva E.N., Ol'shevskaya N.S., Shury`gina D.A. i dr. Vzaimosvyaz` razvitiya rasstrojstv autisticheskogo spektra s perinatal'noj patologiej // Tavricheskij zhurnal psikhiiatrii. 2017. T. 21. # 4 (81). S. 50-56.5.Amiri M., Lamballais S., Geenjaar E., Blanken L.M.E., Marroun H., Tiemeier H., White T. Environment-Wide Association Study of Prenatal and Perinatal Factors Associated With Autistic Traits: A Population-Based Study. Autism Research. 2020. № 13(9). P. 1582-1600. doi:10.1002/aur.2372.

6.Arab A., Elhawary N. Methylenetetrahydrofolate reductase gene variants confer potential vulnerability to autism spectrum disorder in a Saudi community. J. Neuropsychiatr Dis. Treat. 2019. № 15. P. 3569-3581. doi:10.2147/NDT.S230348

7.Chien Yi-L., Chou M-C., Chou W-J., Wu Yu-Yu., Tsai W-C., Chiu Y-N., Gau SS-F. Prenatal and perinatal risk factors and the clinical implications on autism spectrum disorder. J. Autism. 2019. № 23 (3). P. 783-791. doi: 10.1177/1362361318772813.

8.Farida El-baz., Mohammed A.E-A, Tarek M.K., Abdelrahim A.S. Study of the C677T and 1298AC polymorphic genotypes of MTHFR Gene in autism spectrum

disorder. *J. Electronic Physician*. 2017. № 9. P. 5287-5293. doi: 10.19082/5287.

9. Iakoucheva L.M., Muotri A.R., Sebat J. Getting to the Cores of Autism. *J. Cell*. 2019. № 178 (6). P. 1287-1298. doi: 10.1016/j.cell.2019.07.037.

10. Ismail S., Senna A.A., Behiry E.G., Ashaat E.A., Zaki M.S., Ashaat N.A., Salah D.M. Study of C677T variant of methylenetetrahydrofolate reductase gene in autistic spectrum disorder Egyptian children. *Am. J. Med. Genet. B. Neuropsychiatr Genet*. 2019. № 180(5). P. 305-309. doi:10.1002/ajmg.b.32729.

11. Li Chen-Xi., Liu Yiguang., CheYue-Ping., Ou Jian-Lin., Ruan Wen-Cong., Yu Yong-Lin., Li Hai-Feng. Association Between MTHFR C677T Polymorphism and Susceptibility to Autism Spectrum Disorders: A Meta-Analysis in Chinese Han Population. *J. Front. Pediatr*. 2021. № 9. P. 598805. doi: 10.3389/fped.2021.598805.

12. Zhang Z., Yu L., Li S., Liu J. Association Study of Polymorphisms in Genes Relevant to Vitamin B12 and Folate Metabolism with Childhood Autism Spectrum Disorder in a Han Chinese Population. *J. Med. Sci. Monit*. 2018. № 24. P. 370-376. doi: 10.12659/msm.905567.

13. Modabbernia A., Mollon J., Boffetta P., Reichenberg A. Impaired gas exchange at birth and risk of intellectual disability and autism: A Meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2016. № 46 (5). P. 1847-1859. doi: 10.1007/s10803-016-2717-5.

14. O'Driscoll D.J., Felice V.D., Kenny L.C., Boylan D.G., O'Keeffe G.W. Mild prenatal hypoxia-ischemia leads to social deficits and central and peripheral inflammation in exposed offspring. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2018. № 69. P. 418-427. doi:10.1016/j.bbi.2018.01.001.

15. Saroukhani S., Maureen S-V., Lee M., Bach A., Bressler J., Hessabi M., Grove M.L., Sydonnie S-P., Loveland K.A., Rahbar M.H. Perinatal Factors Associated with Autism Spectrum Disorder in Jamaican Children. *J. of Autism and Developmental Disorders*. 2019. № 50 (9). P. 3341-3357. doi: 10.1007/s10803-019-04229-0.

16. Walker C.K., Krakowiak P., Baker A., Hansen R.L., Ozonoff O., Picciotto I.H. Preeclampsia, placental insufficiency, and autism spectrum disorder or developmental delay. *JAMA Pediatrics*. 2015. № 169(2). P. 154. doi:10.1001/jamapediatrics.2014.2645.

S.V. Biziukevich

COMBINATION OF FACTORS ASSOCIATED WITH THE RISK OF DEVELOPING AUTISM SPECTRUM DISORDERS

Grodno State Medical University (Grodno, Republic of Belarus).

Summary. In child psychiatry, the task of identifying significant factors contributing to the development of autism spectrum disorders (ASD) is acute. The article presents the results of a study of polymorphisms of folate cycle genes and the peculiarities of the pre- and perinatal periods in 187 children 2-10 years old with ASD and mentally healthy. A combination of factors associated with the risk of developing ASD was established: genetic – AG genotypes, G/G polymorphism A66G of the MTRR gene, genotype T/T polymorphism C677T of the MTHFR gene; pre-, perinatal – the threat of termination of pregnancy and intrauterine hypoxia.

Keywords: folate cycle gene polymorphism, pre-, perinatal factors, autism spectrum disorders.

ГЕНДЕРНЫЕ ОТЛИЧИЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИКАХ ДЕТЕЙ С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

ФГАОУ ВО «УрФУ имени первого Президента России Б.Н. Ельцина»,
ГАУ СО «Спортивно-адаптивная школа паралимпийского и сурдолимпий-
ского резерва» (Екатеринбург).

Резюме. В статье рассмотрены результаты проведения диагностики детей в возрасте 12-13 лет с легкой степенью умственной отсталости по тестам Г.Ю. Айзенка и М. Люшера на предмет выявления типов темперамента, психического состояния и внутренних процессов, взаимосвязанных с характеристикой работы нервной системы. Проведено сопоставление по гендерным отличиям, выявлена взаимосвязь показателей.

Ключевые слова: умственная отсталость, темперамент, тест Айзенка, тест Люшера, гендерные отличия.

Введение. По различным данным, качество жизни детей с умственной отсталостью (УО) отличается от здоровых сверстников, и чем глубже степень отсталости, тем существеннее изменения [3, 6, 7]. Это проявляется в нарушенном эмоциональном фоне, в асоциальном поведении, школьной дизадаптацией, менее развитом физическом функционировании.

Первичной физиологической основой данных проблем является патологическая инертность корковых процессов [1, 5], что вторично влечет за собой изменения в социальном сфере ребенка.

Целью данного исследования является анализ психологических и поведенческих характеристиках детей с легкой степенью УО и влияние гендерных отличий на их проявление.

Методы и организация исследования. В исследовании приняли участие 40 детей (20 мальчиков и 20 девочек) с легкой степенью УО из коррекционных школ VIII вида г. Екатеринбурга в возрасте 12-13 лет.

Тестирование проводилось на аппаратно-программном комплексе «НС-ПсихоТест» компании «Нейрософт». Изучались вопросы прохождения детьми двух тестов:

1. Опросник ЕРІ (Г.Ю. Айзенка). Предназначен для диагностики типа темперамента на основе определения экстраверсии/интроверсии и уровня нейротизма. Тест включал 57 вопросов, из которых 24 связаны со шкалой экстраверсии-интроверсии, еще 24 – со шкалой нейротизма, остальные 9 входят в контрольную шкалу лжи, предназначенную для оценки степени искренности при ответах на вопросы. Обследуемому необходимо было ответить на вопросы теста вариантами – «Да» или «Нет».

2. Восьмицветовой тест М. Люшера. Предназначен для диагностики психического состояния человека. Теоретическим обоснованием данной методики является концепция ее автора, заключающаяся в том, что различные цвета символизируют те или иные потребности человека и симпатия или антипатия к оп-

ределенному цвету отражает степень актуальности и удовлетворенности данной потребности. Уровень удовлетворенности актуальных потребностей в свою очередь определяет психическое состояние человека [4].

Суть процедуры тестирования представляла собой расположение цветов испытуемыми по степени их субъективной приятности. Интерпретация по тесту Люшера осуществлялась совместно с психологом образовательного учреждения.

Результаты и их обсуждение. Оценки результатов опросника Г.Ю. Айзенка проводилась отдельно по шкалам «Экстраверсия/Интроверсия»; «Нейротизм» и «Шкалы лжи». Далее определялся тип темперамента исходя из ответов респондентов. Критерии оценок: по шкале «Экстраверсия/Интроверсия» при 10 баллах и меньше определялась интроверсия, от 11 до 14 баллов выявлялась амбиверсия, от 15 до 20 баллов – экстраверсия; по шкале «Нейротизм» устойчивость определялась при 11 баллах и меньше, умеренная устойчивость при 12-14 баллах, неустойчивость – 15 и более; по «Шкале лжи» при 0-3 балла – определялась искренность ответов, 4-7 баллов – критический уровень, от 7 баллов – ложь. Результаты теста представлены на рис.1.

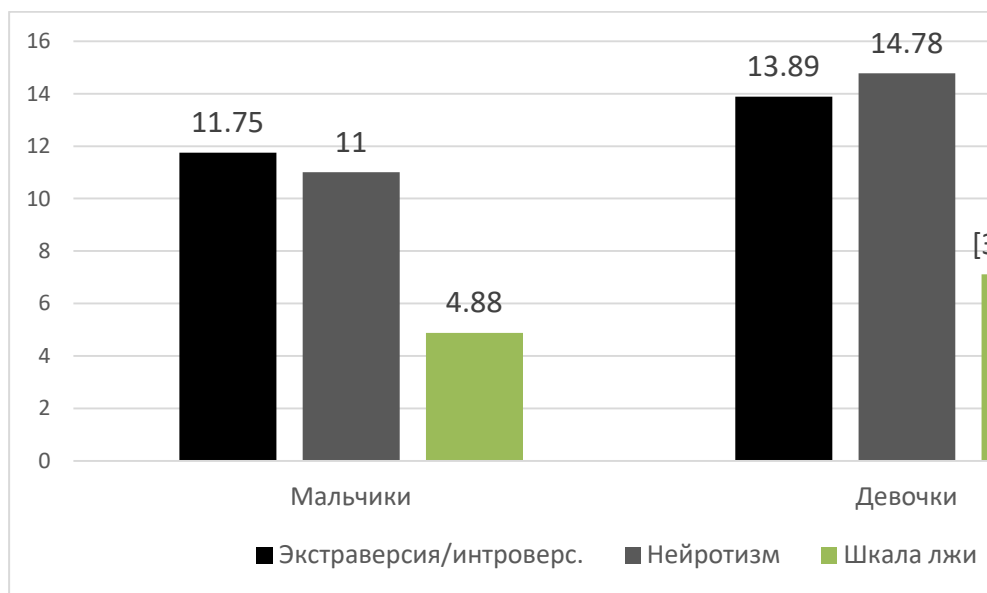


Рисунок.1. Результаты шкал Экстраверсии/интроверсии, Нейротизма, Шкалы лжи по опроснику ЕРІ (Г. Ю. Айзенкова), баллы. Примечание: * $p \leq 0,05$.

У девочек по всем шкалам показатели выше, чем у мальчиков, что свидетельствует о наличии у них амбиверсии и неустойчивости. У мальчиков – амбиверсия и эмоциональная устойчивость. Показатели лжи находятся на критическом уровне у обеих исследуемых групп, что соответствует неполной искренности в ответах на вопросы теста.

По методу корреляционного анализа Спирмена не выявлено зависимых связей между шкалами Экстраверсия/Интроверсия и Нейротизма.

При анализе типов темперамента (рис. 2, 3) выявлено преобладание у мальчиков флегматического (50%) и холерического типов темперамента (25%); у девочек – холерического (44%) и сангвинистического типов (33%).

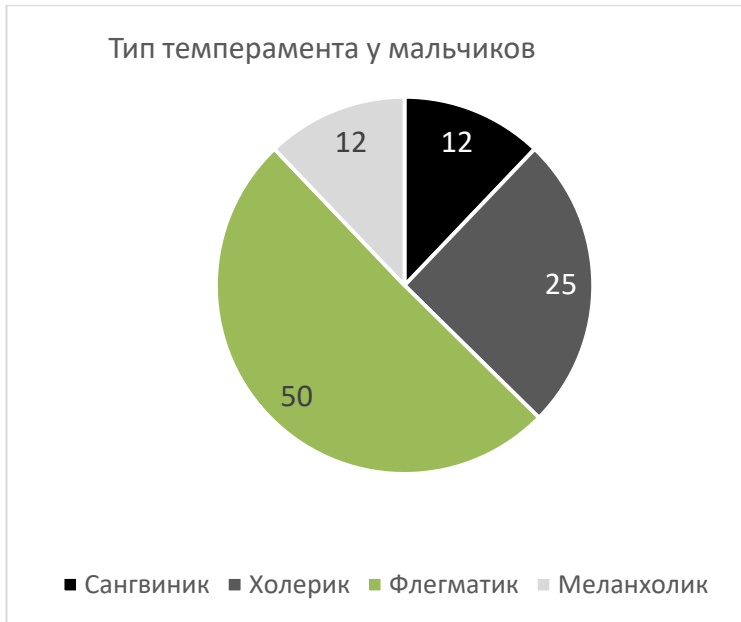


Рис.2. Типы темперамента у мальчиков с УО, %



Рис.3. Типы темперамента у девочек с УО, %

Безусловно, целостное преобладание одного вида практически не встречается и по разработанным описательным положениям И.П. Павлова [4] часто является смешанность темперамента по показателям силы и подвижности нервной системы (рис. 4).

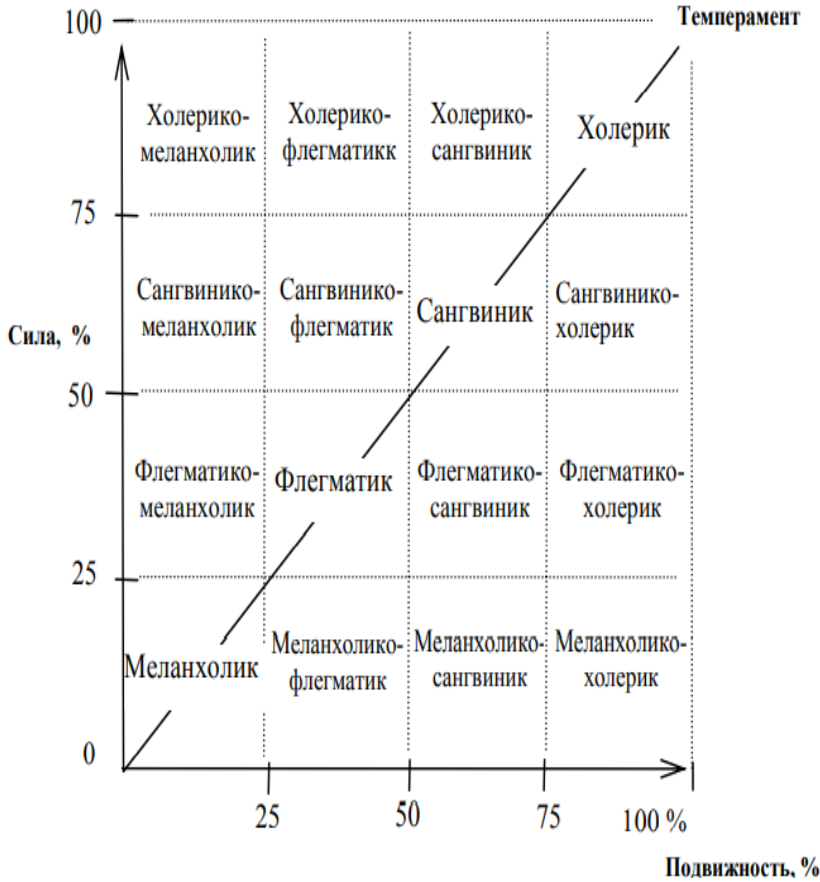


Рисунок 4. График промежуточных типов, включающий двойное наименование, первая половина которого характеризует тип темперамента по силе, вторая – по подвижности нервной системы.

При отнесении каждого индивида к определенному результату в анализе использовались значения большего преобладания того или иного типа темперамента.

Холерику свойственны неуравновешенность с резко меняющимся настроением и эмоциональными вспышками, быстрая истощаемость, что преобладает у девочек. Данные показатели соотносятся с высокими значениями по шкале нейротизма.

Доминирующий тип у мальчиков – флегматик, который по своим характеристикам неспешен, невозмутим, спокоен и уравновешен, что также соответствует значениям амбиверсии и эмоциональной устойчивости по вышеуказанным шкалам.

Результаты цветового теста Люшера были разделены на две составляющие: первая – характеристика преобладания ведущего цвета (рис. 5), вторая по основным процессам, описывающим внутреннее состояние тестируемого (рис. 6).



Рисунок 5. Выявление предпочтений по цветам, баллы. Примечание: * $p \leq 0,05$.

Чем меньше значение в показателях по определенному цвету, тем большее предпочтение отдавали ему тестируемые. Из результатов видно, что мальчики предпочтение отдают черному и серому цветам, что символизирует отгороженность от внешнего мира, неучастие, отстранение от происходящего; в свою очередь наименьшее предпочтение вызывают коричневый и фиолетовый цвета, которые характеризуют устойчивость, успокоение, расслабление и чувственность. То есть у мальчиков в текущем состоянии присутствует сконцентрированность на внутренний мир без ориентации на позитивную стабильность ощущений.

Девочки явное предпочтение отдают оранжево-красному цвету, который характеризует возбуждение, агрессивность, наступательные тенденции; безразличие к цветам серого и коричневого цвета – цветов пассивности и успокоения.

При анализе показателей, описывающих внутреннее состояние тестируемого, использовались следующие критерии:

1. Суммарное отклонение от аутогенной нормы: незначительный уровень непродуктивности 7-12 баллов, средний уровень непродуктивности 13-19, повышенный 21-26, выраженная непродуктивная нервно-психическая напряженность 27-28.

2. Гетерономность-автономность: «0 и меньше» – автономность (независимость, активность), «больше 0» – гетерономность (пассивность, склонность к зависимому положению от окружающих, чувствительность).

3. Концентричность-эксцентричность: «0 и меньше» – эксцентричность (заинтересованность окружением как объектом воздействия), «больше 0» – концентричность (сосредоточение на собственных проблемах).

4. Вегетативный баланс: «0 и меньше» – преобладание тонуса парасимпатической нервной системы, т. е. работа организма направлена на отдых, восстановление сил, сбережение ресурсов; «больше 0» – преобладание тонуса симпатической нервной системы, т. е. мобилизация всех функций, подготовка к защите, бегству.

5. Личностный баланс: «0 и меньше» – сбалансированность личностных свойств; «больше 0» неустойчивость, противоречивая личность.

6. Показатель работоспособности: 6-16 баллов – низкая работоспособность; 16,5 и выше – высокая работоспособность.

7. Показатель стресса: 0-8 баллов – не выявлено проявлений стрессового состояния; 12-20 баллов – есть тенденция к образованию стресса; больше 20 баллов – проявление стрессового состояния.



Рисунок 6. Показатели внутреннего состояния тестируемых по тесту М. Люшера, баллы. Примечание: * $p \leq 0,05$.

У мальчиков по сравнению с девочками выявляется повышенный уровень непродуктивности и проявление стрессового состояния, у девочек – средний уровень непродуктивности и есть тенденция к образованию стресса, которая ярко не выражена.

Далее демонстрируется противоречивая позиция: с одной стороны, у мальчиков – наблюдается автономность, у девочек – зависимое положение от окружающих, в то же время по шкале «Концентричность-эксцентричность» мальчики более заинтересованы окружением, девочки более сосредоточены на собственных проблемах. Показатели личностного баланса и работоспособности демонстрируют равные значения в отрезке сбалансированности личностных свойств и низкой работоспособности.

Отдельное внимание обращает на себя показатель стресса: у мальчиков он в диапазоне проявления стрессового состояния, у девочек – в промежуточном состоянии, тенденции к образованию стресса.

Дополнительно к анализу стресса, также по тесту Люшера, было рассмотрено состояние тревоги (табл.1).

Таблица 1.

Показатели тревоги у лиц с интеллектуальными нарушениями

Группа	Первый показатель тревоги	Второй показатель тревоги
Мальчики	5±1,18	6,5±0,87
Девочки	2,4±0,83	3,4±1,06

У обеих групп присутствует тенденция к нарастанию тревоги. Однако у мальчиков данный показатель существенно выше, чем у девочек.

Заключение. Таким образом, несмотря на преобладание флегматического типа темперамента, у мальчиков, наблюдается высокий показатель стресса и уровня тревоги, большая замкнутость, обращение во внутреннюю среду. У девочек – преобладание холерического типа сочетается с меньшим внутренним стрессовым состоянием.

ЛИТЕРАТУРА

1.Веневцев С.И., Дмитриев А.А. Оздоровление и коррекция психофизического развития детей с нарушением интеллекта средствами адаптивной физической культуры. М.: Советский спорт, 2004. 104 с.

2.Мантрова И.Н. Методическое руководство по психофизиологической и психологической диагностике. Иваново: ООО «Нейрософт», 2007. 216 с.

3.Молоткова Н.Ю. Куприянова И.Е Новый подход в оценке качества жизни у детей с умственной отсталостью // Новые технологии в клинической психологии и психотерапии. 2015. С. 242-247

4.Мурик С.Э. Свойства нервной системы и темперамент: учеб. пособие. Иркутск: Изд-во Иркут. гос. ун-та, 2008. 188 с.

5.Певзнер М.С., Лубовский В.И. Динамика развития детей-олигофренов. М.: Изд-во Академии педагогических наук РСФСР, 1963. 223 с.

REFERENCES

1.Venevczev S.I., Dmitriev A.A. Ozdorovlenie i korrekciya psikhofizicheskogo razvitiya detej s narusheniem intellekta sredstvami adaptivnoj fizicheskoj kul'tury`. M.: Sovetskij sport, 2004. 104 s.

2.Mantrova I.N. Metodicheskoe rukovodstvo po psikhofiziologicheskoy i psikhologicheskoy diagnostike. Ivanovo: ООО «Nejrosoft», 2007. 216 s.

3.Molotkova N.Yu. Kupriyanova I.E Novy`j podkhod v ocenke kachestva

zhizni u detej s umstvennoj otstalost'yu // Novy`e tekhnologii v klinicheskoy psikhologii i psikhoterapii. 2015. S. 242-247

4.Murik S.E`. Svojstva nervnoj sistemy` i temperament: ucheb. posobie. Irkutsk: Izd-vo Irkut. gos. un-ta, 2008. 188 s.

5.Pevzner M.S., Lubovskij V.I. Dinamika razvitiya detej-oligofrenov. M.: Izd-vo Akademii pedagogicheskikh nauk RSFSR, 1963. 223 s.

6.Bruno N., Richardson A., Kauffeldt K.D. et al. Exploring experiential elements, strategies and outcomes of quality participation for children with intellectual and developmental disabilities: A systematic scoping review // Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. 2022. P. 691-717

7.Jacoby P., Williams K., Reddiough D. et al. Modelling quality of life in children with intellectual disability using regression trees // Developmental Medicine and Child Neurology. 2022. P. 1-10

D.V. Fedulova

**GENDER DIFFERENCES IN PSYCHOLOGICAL AND BEHAVIORAL
CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH A MILD DEGREE
OF MENTAL DEFECT**

FGAOU VO «UrFU named after B.N. Yeltsin», GAU SO «Sports-adaptive school of the Paralympic and Deaflympics reserve» (Yekaterinburg).

Summary. The article discusses the results of the diagnosis of children aged 12-13 years with a mild degree of mental retardation according to the Eysenck and Luscher tests to identify types of temperament, mental state and internal processes associated with the characteristics of the nervous system. A comparison of gender differences was made, the relationship of indicators was revealed.

Keywords: mental retardation, temperament, Eysenck test, Luscher test, gender differences.

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА НЕГАТИВНОГО РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ В СИСТЕМЕ ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК И ОТНОШЕНИЙ К РЕБЕНКУ МАТЕРЕЙ

Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы (Санкт-Петербург).

Резюме. В статье представлена проблема отношения к ребенку со стороны матери. Отмечена важность влияния матери на психическое здоровье ребенка через призму отношений к ребенку. Показано влияние субъективной оценки негативного родительского отношения в детстве на личностные характеристики и отношения к ребенку у матерей. Выявлены проблемные аспекты в системе личностных особенностей и отношений к ребенку у матерей, которые оценивали отношение к себе родителей как негативное.

Ключевые слова: отношение к ребенку, субъективный опыт негативных отношений со стороны родителей в детстве, личностные характеристики.

В психологической науке важное внимание уделяется всем системообразующим элементам развития и адаптации личности. В семейном микрокосмосе стоит остановиться на материнской роли. Мать – первое пространство персонологической реализации ребенка. Несмотря на тот факт, что процесс материнско-детских отношений по сути своей взаимообусловлен характером контактов диады «мать-ребенок», которые суть – двустороннее влияние, все же тема материнской линии в таком диалоге важна. Ведь именно мать с момента появления ребенка на свет начинает играть для ребенка роль «значимого другого», то есть личности, которая базальным образом оказывает влияние на качественные изменения в ребенке. Этот феномен, как и сам термин, описал в 30-х годах XX века Г. Салливанн [4]. Он отмечал, что именно характер такого влияния и оказывает впоследствии деструктивный или конструктивный вектор в развитии личности.

Мать – это первый «транслятор» для ребенка представлений о мире, о способах поведения в нем, эмоциональной навигации и способах оценки событий в окружающем пространстве. Мать и сама по себе – это метафора мира, именно она, как отмечает Э. Эриксон, может передать ребенку паттерн отношения к миру как безопасному, основанному на доверии пространству [6]. Далее, «развитие сильного чувства базисного доверия подразумевает не только то, что человек учится рассчитывать на постоянство и непрерывность внешней заботы, но также он учится доверять самому себе и своим органам и справляться с нуждами» [6, с. 248]. Об этом свидетельствует и феномен надежной привязанности Дж. Боулби [1].

В ситуации фрустрации со стороны матери в отношении потребностей ребенка, ее неспособности или невозможности оказать ему помощь в доверительных отношениях к миру и себе риск серьезного нарушения психического здоровья ребенка возрастает, его субъективная картина мира наполняется страхом и тревогой.

Среди причин подобных нарушений в отношении к ребенку со стороны матери важно рассмотреть семейные паттерны самой матери. Ведь ее роль онтологически опосредована и той субъективной картиной, созданной из личного детского опыта восприятий родительских трансакций [3]. Особенно серьезный отпечаток оказывает на ребенка факт восприятия своего опыта взаимоотношений с родителями через призму насилия [4]. Во взрослой жизни, если такая субъективная оценка отношений к себе со стороны родителей присутствует, то она аккумулирует психологическую ригидность личности женщины. Кроме того, отрицательные воспоминания о родительско-детских отношениях в личной семейно истории способен стать тем деструктивным паттерном, который может передаваться из поколения в поколение, создавая риски их повторения в отношении к собственному ребенку [2, 5]. Передаваемые психические элементы деструктивной коммуникации со стороны матери с не проработанным негативным опытом отношений к себе со стороны родителей уже становятся тем патогенным психическим наследством для ребенка, которые могут стать априорными в жизненном сценарии ребенка. Если этот опыт был связан с насилием, мать, будет его транслировать на собственного ребенка, где она сама будет занимать уже позицию «насильника», а ее ребенок позицию «жертвы», которую она принимала, будучи в его возрасте [2]. Многие исследователи отмечают, что данный контекст передачи подобного жизненного сценария выражен у матерей [3, 4, 5]. Нарушения, возникающие после насилия, затрагивают все уровни человеческого функционирования. Патогенное влияние на личность и психику ребенка различных типов насилия не оставляет сомнений.

Таким образом, в «интерактивном поле» родительско-детских отношений, где доминирует тема негативного отношения матери к ребенку, изучение влияния негативного детского опыта оценки деструктивных отношений со стороны собственных родителей может быть важным информативным аспектом, позволяющим не только понять детерминанты нарушений отношений с ребенком, обусловленные прошлым опытом личного детства, но и выстроить систему терапевтической рефлексии, контейнирования и переработки этого опыта матерями для построения отношений с собственным ребенком уже по векторам ответственности, принятия и безопасного отношения к миру и себе.

Актуальность выше сказанного определила **цель** практического исследования – изучить влияние опыта субъективного восприятия негативного отношения к себе со стороны родителей на особенности личностной сферы и отношение к ребенку у матерей.

Для реализации поставленной цели были выдвинут следующие задачи:

1. Провести «пилотное» интервью для формирования выборки матерей, дифференцированной на 2 группы по критерию «субъективная оценка негативного отношения со стороны родителей в детстве» и отсутствие таковой.
2. Сравнить личностные характеристики и отношение к собственному ребенку у матерей с субъективной оценкой негативного отношения со стороны родителей в детстве и без таковой.
3. Выявить взаимосвязи между личностными характеристиками, отношением к ребенку у матерей

4. Выявить проблемные аспекты в личностных характеристиках и отношении к ребенку матерей с субъективной оценкой негативного родительского отношения в детстве

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие матери с детьми дошкольного возраста, которые после опроса об оценке отношений к себе со стороны родителей в детстве были разделены на две группы.

1 группа - матери с субъективной оценкой негативного отношения со стороны родителей в детстве. Количество 15 человек, средний возраст 33 года. В работе мы их будем обозначать как *группа № 1 с субъективным негативным опытом*.

2 группа - матери без субъективной оценки негативного отношения со стороны родителей в детстве. Количество 15 человек, средний возраст 33 года. В работе мы их будем обозначать как *группа № 2 без негативного опыта*

Предмет исследования: личностные характеристики и отношение к ребенку

Методы исследования:

1. Клинико-диагностические методы:

Интервью по теме оценке опыта отношения к себе в детстве со стороны родителей; Опросник родительского отношения (А. Варга, В. Столин); Методика склонности к виктимному поведению (О.О. Андронникова); Пятифакторный личностный опросник (Р. МакКрае, П. Коста в адаптации А.Б. Хромова; Методика копинг-стратегии (С.Хофболл, адаптация Н.В. Водопьяновой).

2. Методы математической статистики: процентный анализ, анализ средних значений, t-критерий Стьюдента, критерий ранговой корреляции Спирмена.

Результаты исследования.

1) Результаты исследования с помощью опросника родительского отношения.

У матерей 1 группы наиболее выраженной оказалась шкала «восприятие ребенка как маленького неудачника» ($m=4$), согласно которой они склонны видеть своего ребенка как неудачника. Но при этом такая мать не стремится оградить ребенка от трудностей жизни и не контролирует его действия. У матерей 2 группы все показатели шкал родительского отношения относятся к среднему уровню. Это говорит о том, что в данной группе система разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, отмечаемых в общении с детьми, особенностей восприятия, особенностей понимания характера и личности ребенка, его поступков является гармоничной (табл. 1).

2) Результаты исследования по методике склонности к виктимному поведению.

У матерей 1 группы выражены шкалы «зависимое и беспомощное поведение» ($m=6,64$), а также шкала «некритичное виктимное поведение» ($m=6,36$). Такие матери имеют установку на беспомощность, нежелание делать что-то самому, без помощи других; им свойственна низкая самооценка, манипуляция окружающими с целью получения сочувствия и поддержки окружающих; склонность к позиции жертвы в отношениях. Модель некритичного виктимного поведения характеризуется тем, что для матерей 1 группы характерны такие черты, как неосмотрительность, неумение правильно оценивать жизненные ситуации. У матерей 2 группы доминирует шкала склонности к гиперсоциальному

виктимному поведению (модель инициативного виктимного поведения) ($m=6,7$). То есть для них характерно поведение, в котором они стремятся соответствовать социальным нормам и одобрению со стороны окружающих (табл. 2.).

Таблица 1.

Значимые различия показателей отношения к ребенку у матерей двух групп по результатам опросника родительского отношения

Шкалы	№ группы	N	Ср. знач (m).	Стд. Ошиб. среднего	t-критерий Стьюдента	ур. знач. разл-р
Контроль	1	15	4,52	0,436968	2,699	0,01
	2	15	2,36	0,32474		
Восприятие ребенка как «маленького неудачника»	1	15	4	0,29166	2,412	0,02
	2	15	2,72	0,3		

Примечания: № 1 гр. - с субъективным опытом негативного родительского отношения; № 2 гр - без субъективного опыта негативного родительского отношения.

Таблица 2.

Значимые различия показателей виктимности у матерей двух групп

Шкалы	№ группы	N	Ср. знач (m)	Стд. Ошиб. среднего	t-критерий Стьюдента	ур. знач. разл-р
Склонность к зависимому и беспомощному поведению	1	15	6,64	0,40776	2,804	0,007
	2	15	5,16	0,33506		
Склонность к некритичному поведению	1	15	6,36	0,34583	2,477	0,017
	2	15	5,12	0,36203		
	2	15	5	0,42032		

Сравнительный анализ показал, что у матерей 1 группы больше выражена склонность к зависимому и беспомощному поведению с демонстрацией установки на беспомощность, нежелание делать что-то самому, без помощи других.

3) Результаты исследования с помощью «Пятифакторного личностного опросника»

У матерей 1 группы наиболее выражены оказались такие характеристики «личностного профиля», как: эмоциональная неустойчивость ($m=50,72$) и «экспрессивность» ($m=52,2$). У матерей 2 группы на высоком уровне находится показатель экстраверсии ($m=45$), который характеризует их как активных к социальным контактам. Результаты значимых различий личностных характеристик матерей двух групп представлен в табл. 3.

Таблица 3.

Значимые различия личностных характеристик у матерей двух групп

Шкалы	№ групп	N	Ср. знач (m)	Стд. Ошиб. среднего	t-критерий Стьюдента	ур. знач. разл-р
I (экстраверсия – интроверсия)	1	15	45,52	2,34884	-2,547	0,014
	2	15	53,24	1,9151		
	2	15	49,12	1,94878	2,507	0,015
III (самоконтроль – импульсивность)	1	15	43,24	1,90375	-2,709	0,009
	2	15	50	1,61348		
IV (эмоциональная устойчивость - эмоциональная неустойчивость)	1	15	50,72	1,96767	-2,077	0,043
	2	15	45,12	1,8442		
V (экспрессивность – практичность)	1	15	52,2	1,98746	2,878	0,006
	2	15	44,4	1,8421		

При сравнении результатов личностных различий между матерями двух групп значимые различия имеют все шкалы, кроме шкалы II «привязанность – обособленность». По шкале I «экстраверсия-интроверсия» матери 1 группы менее экстравертированы. По шкале III «самоконтроль–импульсивность» матери 1 группы имеют менее высокий самоконтроль, они менее ответственные, не предусмотрительны, но более импульсивны в своих действиях и беспечны. По шкале IV «эмоциональная устойчивость-эмоциональная неустойчивость» матери 1 группы более тревожны, депрессивны, самокритичны. По шкале V «экспрессивность–практичность» матери 1 группы не практичны, консервативны и ригидны.

4) Результаты, полученные с помощью методики оценки выраженности копинг-стратегий

У матерей 1 группы высокий бал получен по шкале «избегание», что говорит о том, что они в ситуации стресса склонны отказываться от поиска альтернатив и принятия решений и ответственности за действия, демонстрируют ригидные поведенческие установки. У матерей 2 группы выраженными стратегиями оказались стратегии отказа манипулировать окружающими и отказ проявлять жестокость в отношении окружения.

Значимые различия между группами получила шкала «общий индекс конструктивности стратегий преодолевающего поведения», он статистически ниже у женщин 1 группы ($p=0,041$), что означает что у них отсутствует «здоровое» и активное преодоление стрессовых ситуаций. Также значимые различий у групп выражены по шкале «асоциальная стратегия преодоления» (модель поведения - агрессивные действия) ($p=0,014$), где такая стратегия значительней выражена у женщин 1 группы. Результаты значимых различий при сравнении данных опросника представлены в табл. 4.

Таблица 4.

Значимые различия по выраженности копинг-стратегий у женщин двух групп по методике оценки выраженности копинг-стратегий

Шкалы	№ групп	N	Ср. знач (m)	Стд. Ош иб. сред него	t-критерий Стьюдента	ур. знач. разл-р
асоциальная стратегия преодоления	1	15	17,16	0,99613	2,538	0,014
	2	15	13,8	0,87178		
общий индекс конструктивности стратегий преодолевающего поведения	1	15	1,2656	0,06011	-2,1	0,041
	2	15	1,4576	0,06887		

5) Результаты корреляционного анализа.

В табл. 5 представлены результаты значимых взаимосвязей корреляционного анализа показателей у всех матерей.

Результаты корреляционного анализа показали следующие значимые связи (при $p \leq 0,01$ и при $p \leq 0,05$).

Факт субъективной оценки негативного отношения со стороны родителей в детстве связан с усилением жертвенной позиции, проявляющейся в склонности к зависимому поведению ($r=0,357$, при $p=0,006$), со снижением асертивности ($r=-0,335$ при $p=0,009$), с усилением тенденции неверия в силы собственного ребенка ($r=0,332$ при $p=0,009$), со снижением тенденций к попустительству в отношении ребенка ($r=-0,277$ при $p=0,026$), а также с усилением склонности к формированию зависимого поведения ($r=0,365$ при $p=0,008$). При этом факт наличия виктимной тенденции строить зависимые отношения взаимосвязан с увеличением использования такой копинг-стратегии, как социальная поддержка ($r=0,372$ при $p=0,004$) и экстравертированность ($r=0,440$ при $p=0,009$).

Также факт субъективной оценки негативного отношения со стороны родителей в детстве снижает у матерей тенденцию активно контролировать собственного ребенка вплоть до игнорирования его потребностей ($r=-0,277$ при $p=0,003$), при этом одновременно усиливается тенденция не кооперироваться,

не сотрудничать со своим собственным ребенком ($r=-0,343$ при $p=0,007$),

Таблица 5

Значимые корреляционные связи личностных характеристик и отношения к ребенку у матерей

шкалы	субъективная оценка негативного отношения со стороны родителей	склонность к зависимому поведению
Кооперация в ребенком	-,343(**)	
контроль над ребенком	-,277(**)	,386(**)
отношение к неудачам ребенка	,332(**)	
Экстраверсия	-,330(**)	,440(**)
Привязанность	-,342(**)	
Самоконтроль	-,434(**)	
Эмоциональная устойчивость	-,366(**)	
Экспрессивность	,467(**)	
склонность к некритичному поведению	-,335(**)	-,335(**)
Ассертивность	-,335(**)	
Поиск социальной поддержки		,386(**)
субъективная оценка негативного отношения со стороны родителей		,365(**)
** корреляция значима на уровне 0.01, * корреляция значима на уровне 0.05		

Результаты корреляционного анализа показали следующие значимые связи (при $p \leq 0,01$ и при $p \leq 0,05$).

Факт субъективной оценки негативного отношения со стороны родителей в детстве связан с усилением жертвенной позиции, проявляющейся в склонности к зависимому поведению ($r=0,357$, при $p=0,006$), со снижением ассертивности ($r=-0,335$ при $p=0,009$), с усилением тенденции неверия в силы собственного ребенка ($r=0,332$ при $p=0,009$), со снижением тенденций к попустительству в отношении ребенка ($r=-0,277$ при $p=0,026$), а также с усилением склонности к формированию зависимого поведения ($r=0,365$ при $p=0,008$). При этом факт наличия виктимной тенденции строить зависимые отношения взаимосвязан с увеличением использования такой копинг-стратегии, как социальная поддержка ($r=0,372$ при $p=0,004$) и экстравертированность ($r=0,440$ при $p=0,009$).

Также факт субъективной оценки негативного отношения со стороны родителей в детстве снижает у матерей тенденцию активно контролировать собственного ребенка вплоть до игнорирования его потребностей ($r=-0,277$ при $p=0,003$), при этом одновременно усиливается тенденция не кооперироваться, не сотрудничать со своим собственным ребенком ($r=-0,343$ при $p=0,007$),

Показатель субъективной оценки негативного отношения со стороны родителей в детстве взаимосвязан с такими чертами личности, как: отсутствие критики к происходящим событиям, склонность попадать под влияние окружающих ($r=0,335$ при $p=0,009$), тенденция к некритичному поведению ($r=0,335$, при $p=0,000$) и неумение контролировать свою эмоциональную сферу (эмоциональная устойчивость) ($r=-0,366$ при $p=0,004$), снижаются привязанность ($r=-0,342$ при $p=0,007$), самоконтроль ($r=-0,434$ при $p=0,001$).

Выводы по результатам исследования:

1. Для матерей с субъективной оценкой негативного родительского отношения в детстве (группа № 1) характерно:

- Виденье своего ребенка как неспособного к успеху и достижению целей неудачника при отсутствии поддержки со стороны матери в преодолении им трудностей.

- Для них самих характерны беспомощность, позиция зависимой жертвы, низкая самооценка, тенденция получить жалость со стороны окружающих. неустойчивый эмоциональный фон.

- По отношению к окружающим больше выражена стратегия жестокости и циничности, которую сами матери активно отрицают.

2. Матери без субъективной оценки негативного родительского отношения в детстве (группа № 2):

- В отношении ребенка матери адекватно понимают и признают свои воспитательные недостатки (например, наказания). У них отсутствует тенденция выставлять себя в роли жертвы перед окружающими.

- В отношении себя: общительны, легко проявляют эмоции. Стараются объективно оценивать свои возможности и контролировать поведение.

- В отношении с окружающими демонстрируют помощь и поддержку.

3. Результаты корреляционного анализа

Корреляционный анализ позволил выявить следующие взаимосвязи:

- Субъективная оценка негативного отношения со стороны родителей в детстве связана с такими тенденциями в отношениях с собственным ребенком, как: усиление неверия в силы собственного ребенка, попустительство в отношении ребенка, снижение контроля над его поведением, снижение конструктивной привязанности к ребенку.

- Среди черт личности субъективная оценка негативного отношения со стороны родителей в детстве усиливает зависимое поведение, снижает ассертивность и критичность.

- Стремление к зависимому поведению, где основная черта – выраженная беспомощность, усиливает экстравертированность и поиск социальной поддержки.

В заключение отметим, что выявление особенностей связей между субъективной оценкой негативного родительского отношения в детстве с отношением к собственному ребенку и личностными характеристиками у матерей лишь первый шаг, направленный на дальнейшую разработку векторов психологической помощи в нормализации отношений к ребенку со стороны матери. Далее важен комплексный подход, включающий системный анализ особенностей отношений диады «мать-дитя», где будут учитываться обе стороны общения и те психоло-

гические особенности личности ребенка которые также привносятся характером его контакта с матерью.

ЛИТЕРАТУРА

1.Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. М.: Академический проект, 2006. 232 с.

2.Ларечина Е.В. Развитие эмоциональных отношений матери и ребенка: методическое пособие. СПб.: Речь, 2004. 160 с.

3.Николаева Е.И., Меренкова В.С. Мать и здоровый ребенок. Елец: Елецкий государственный университет им. И.А. Бунина, 2014. 148 с.

4.Смирнова Е.О., Быкова М.В. Структура и динамика родительского отношения // Вопросы психологии. 1999. № 6. С.5-16.

5.Филиппова Г.Г. Психология материнства: учебное пособие. М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. 240 с.

6.Эриксон Э.Г. Детство и общество. СПб.: Психол. центр «Ленато», Балашиха: Фонд «Унив. кн.», 1996. 589 с.

REFERENCES

1.Boulbi Dzh. Sozdanie i razrushenie e`moczial'ny`kh svyazej. M.: Akademicheskij proekt, 2006. 232 s.

2.Larechina E.V. Razvitie e`moczial'ny`kh otnoshenij materi i rebenka: metodicheskoe posobie. SPb.: Rech`, 2004. 160 s.

3.Nikolaeva E.I., Merenkova V.S. Mat` i zdorovy`j rebenok. Elec: Elecckij gosudarstvenny`j universitet im. I.A. Bunina, 2014. 148 s.

4.Smirnova E.O., By`kova M.V. Struktura i dinamika roditel`skogo otnosheniya // Voprosy` psikhologii. 1999. # 6. S.5-16.

5.Filippova G.G. Psikhologiya materinstva: uchebnoe posobie. M.: Izd-vo Instituta psikhoterapii, 2002. 240 s.

6.E`rikson E`G. Detstvo i obshhestvo. SPb.: Psikhol. czentr «Lenato», Balashikha: Fond «Univ. kn.», 1996. 589 s.

I.Yu. Margoshina

SUBJECTIVE ASSESSMENT OF NEGATIVE PARENTAL ATTITUDE IN THE SYSTEM OF PERSONAL CHARACTERISTICS AND ATTITUDES TOWARDS THE CHILD IN MOTHERS

St. Petersburg State Institute of Psychology and Social Work (St. Petersburg).

Summary. The article presents the problem of the mother's attitude to the child. The importance of the mother's influence on the child's mental health through the prism of the relationship to the child is noted. The article presents the impact of a subjective assessment of negative parental attitudes in childhood on the personal characteristics and attitudes towards the child of mothers. The problematic aspects in the system of personal characteristics and attitudes to the child of mothers who assessed the attitude of their parents as negative were revealed.

Keywords: attitude to the child, subjective experience of negative relationships on the part of parents in childhood, personal characteristics.

А.Г. Кошавцев, С.В. Гречаный

**ИНФАНТИЦИДНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ У ЖЕНЩИН С ДЕПРЕССИЯМИ,
СВЯЗАННЫМИ С РЕПРОДУКТИВНЫМ ЦИКЛОМ**

Санкт-Петербургский педиатрический медицинский университет
(Санкт-Петербург).

Резюме. Обследованы 93 матери с депрессивным синдромом родильниц («blues») и 27 женщин с депрессией, начавшейся на 1-7 месяце жизни ребенка. Послеродовая депрессия является рекуррентной депрессией с маскированными инфантицидными тенденциями. Синдром «blues» является депрессивной реакцией, связанной с репродуктивным циклом женщины и дискоординацией материнско-детских отношений.

Ключевые слова: послеродовая депрессия, PPD, депрессивный синдром родильниц, «блюз», инфантицидные тенденции.

Актуальность. Известно, что к спектру специфических аффективных расстройств у женщин относят: предменструальный синдром, предменструальное дисфорическое расстройство, депрессивный синдром беременных, депрессивный синдром родильниц (материнский «блюз»), послеродовую депрессию и послеродовой психоз [1, 3, 6, 7, 10].

Послеродовая депрессия (Postpartum Depression, PPD) напоминает большой депрессивный эпизод, как он квалифицируется в МКБ-10. Обычно симптомы послеродовой депрессии начинают проявляться через 1-3 месяца после рождения ребенка, заболевание тянется от 3 до 6 месяцев. Beck C.T. [6, 7] диагностирует послеродовую депрессию у 13% первородящих, Aditi Mehta и Sandeep Sheth [16] - в 10-20% случаев, японские авторы - в 14-20% [25]. Если присутствовала послеродовая депрессия в анамнезе, вероятность рецидива при последующих родах возрастает до 70%, а при наличии депрессивных эпизодов, не связанных с беременностью и родами в анамнезе, существует 15-25% риск PPD [10].

Детоубийство - это умышленное убийство ребенка первого года жизни в результате насильственного действия или бездействия, например, умышленного голодания. Преобладание детских убийств происходит в первые 2 года жизни ребенка. В то время как некоторые дети классически выглядят «избитыми» и оставленными без присмотра, большое количество детей в возрасте до 4 лет становятся жертвами «импульсивных» убийств. Такие убийства совершает опекун, например, муж или друг, который чувствует себя неспособным справиться с ребенком [8, 21]. Периоды высокого риска приходятся на 6 недель, когда младенец начинает чаще плакать, и снова на втором году жизни во время приучения к туалету [24].

Умышленное убийство ребенка в течение 24 часов после его рождения называется убийством новорожденных. Паулоцци и Селлс [18] показали, что первые 24 часа жизни ребенка статистически наиболее опасны. Виновником убийства новорожденных обычно является мать новорожденного, которая из-за стыда, сложных отношений с родителями или психического заболевания пытается скрыть рождение ребенка. Младенцы-жертвы неонатцида чаще всего оказываются брошенными или убитыми от удушья, тонут в мусорных баках, сточных

коллекторах или оказываются захороненными в труднодоступных местах [13].

В фабуле религиозных текстов у разных народов встречается достаточно часто ситуация с брошенным младенцем, который, несомненно, погиб бы, если бы его не нашли. Дело в том, что в истории цивилизации новорожденных детей родители бросали, душили, топили... Еще 100 или 200 лет назад от 10% до 15% новорожденных убивали вскоре после рождения [2]. Инфантицид распространен у ряда видов (кошачьи, медведи), и понять его у человека помогает эволюционная биология. В природе самка, теряющая детеныша, концентрируется на выживших или, как у львов, через короткое время снова готова к спариванию. То есть существует баланс между заботой о новорожденном и сбережением ресурсов для уже имеющихся или будущих детей. Исторически еще совсем недавно (до эры антибиотиков, пособий для интенсивной терапии новорожденных) у женщин из 5-7 детей выживали 1-3. Сознательное и бессознательное «взвешивание» возможностей убийства новорожденного ребенка новоиспеченной матерью касается ее возраста (достаточно ли она молода, чтобы снова завести детей), внешнего вида ребенка (болезненен, уродлив ли он), внешних обстоятельств (стихийные бедствия, война, наличие поддержки со стороны отца ребенка, других родственников). Этот теоретический принцип подтвержден в работе Дайли и Вилсона [11]. При использовании этнографической базы данных эти антропологи установили причину 112 случаев инфантицида. В 87% случаев ребенок был не от мужа женщины, имел врожденные аномалии, имел чуть более старшего брата или сестру, семья имела низкий социальный статус. Указанные авторы предположили, что послеродовой «блюз» и послеродовая депрессия являются следствием не падения уровня гормонов, а служат проявлением эволюционного поведения, сконцентрированным в эмоциональной реакции или эмоциональном состоянии матери для принятия решения: оставлять ли ребенка. Пессимистические «очки», которые фигурально оказываются надетыми на мать, необходимы для того, чтобы женщина сделала выбор между сегодняшней или последующей драмами. Следовательно, неглубокая депрессия позволяет точнее определить будущее. По миновании депрессивной реакции, как известно, послеродовой блюз редуцируется к 3 неделям после родов, срыв в материнско-детских отношениях проходит, нормализуется грудное вскармливание, большинство женщин сообщает, что любят своих детей, что они красивы и похожи на любимого человека.

Вместе с тем развитие цивилизации, религиозные и культуральные нормы, изменяющееся законодательство привели к тому, что осуществить инфантицид безнаказанно в настоящее время практически невозможно. Например, в 2007 г. в США погиб 221 младенец, что составляет 0,00005% от всех родившихся. Данная распространенность инфантицида в 2000-3000 раз меньше, чем подобная цифра по отношению к исторически среднему [2].

Цель исследования. Целью нашей работы было выяснить особенности «идеаторного психогенеза» депрессии в послеродовом периоде.

Материалы и методы. Результаты. Исследование женщин проводилось на базе отделений новорожденных детских городских больниц № 22 и № 1 г. С.-Петербурга. При «сплошном» исследовании 312 матерей выявлены 93 матери с депрессивным синдромом родильниц. При дальнейшем патронаже женщин вы-

явлены 27 матерей с PPD на 1-7 месяце жизни ребенка. Следовательно, распространенность материнского блюза, по нашим данным, составляет 30%, а послеродовой депрессии (PPD) 9%. Через несколько лет из 93 женщин с депрессивным синдромом родильниц 73 матери согласились на интернет-опрос (электронная почта, социальные сети) о состояниях со сниженным настроением после 7-го месяца жизни ребенка, наличии или отсутствии при них суицидальных мыслей. Согласно опросу, последующие аффективные фазы отмечались у 9 женщин, которые сопровождались суицидными мыслями у 4 из них.

В нашем исследовании симптомы послеродовой депрессии начинали проявляться с 1-4 месяца после рождения ребенка, заболевание тянулось от 3 до 6 месяцев. Поэтому, в отличие от синдрома «blues», послеродовую депрессию можно назвать материнской депрессией второго полугодия жизни младенца. Симптоматика скорее напоминала субдепрессию при маниакально-депрессивном психозе. Отсутствовал характерный для выраженной депрессии симптом «недоступности противоположного аффекта». Женщины улыбались при шутке, мимика оставалась достаточно живой. Идеи самообвинения присутствовали почти всегда. Суицидные мысли были чаще экстрапунитивного характера, направленные на ребенка. В табл. 1 приводится сравнение суицидных тенденций при эндогенной депрессии (по А. Шнейдман [4]) и инфантицидных тенденций при PPD у обследованных нами 27 женщин.

Таблица 1

Суицидный континуум	Инфантицидный континуум
Поиск решения проблемы, стоящей перед человеком	Поиск матерью решения проблемы с грудным вскармливанием, беспокойством, частыми пробуждениями ребенка во время сна
Невыносимая душевная боль, «камень на груди», тревога с «бьющейся в груди птицей»	Астения, слабость, мышечные боли, боли в позвоночнике (поскольку ребенок все время на руках)
Состояния беспомощности, безнадежности	Никакие приемы не помогают справиться с 7-10 пробуждениями младенца ночью, беспомощность матери в отношении колики трехмесячных детей
Амбивалентность суицидных мыслей, каждый суицидент хочет умереть, но также хочет, чтобы его спасли	Двойственность по отношению к ребенку, мать любит своего сына, дочь, но ненавидит их, когда они так кричат. Хочется есть, но ничего кушать нельзя, потому что у ребенка сразу же приступ колики
Избегание чего-то, бегство, чтобы изменить свою жизнь	Бегство от проблемы с коликами, криком ребенка. Пусть младенца покачает, поносит муж, бабушка
Мысли суицидента, что тебя никто не понимает, никто тобой не интересуется	Никто не понимает, как тяжело матери, когда она практически не спит ночью, не отдыхает днем
Идеи самообвинения, самоуничтожения	Уязвленное чувство собственного достоинства, переживание некомпетентности в качестве матери

Также в суицидологии выделяют пассивные и активные суицидные мысли. Пассивные суицидные мысли касаются представлений о собственной смерти, но не на тему лишения себя жизни: «хорошо бы умереть», «заснуть и не проснуться». Пассивные инфантицидные мысли выглядят как некая забота о здоровье младенца: «может ему необходимо полежать в больнице, чтобы его вылечили от колики», «если его отправить к бабушке на 6 месяцев в другой город, там ему будет лучше...». Аналоги активных суицидных мыслей, когда продумываются способы самоубийства, при инфантицидных тенденциях в группе обследованных нами женщин выглядели как варианты гипотетического избавления от ребенка: «так кричит, что закрывала дверь в его комнату, хотелось выбросить его из окна, что, конечно, никогда не сделаю...». Заключительный этап суицидного континуума - суицидальные намерения - предполагает присоединение к замыслу решения и волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу во внешнее поведение. Из обследованных нами женщин, только одна достигла этого этапа, когда заклеила пластырем рот часто плачущему ребенку.

Корреляционный анализ с использованием статистики Спирмена, Гамма корреляций данных интернет-опроса женщин, перенесших блюз, показал достоверную связь между наследственной отягощенностью по аффективным нарушениям, PPD, дальнейшими депрессивными состояниями вне родов, частотой встречаемости суицидных мыслей. Причем частота встречаемости суицидных мыслей при блюзе коррелирует как с частотой PPD, последующих фаз, так и со встречаемостью суицидных мыслей при депрессивных состояниях. Отдельную ось корреляций составляет предменструальное дисфорическое расстройство, частота которого коррелирует с депрессивным синдромом беременных, также с PPD, дальнейшими депрессивными состояниями вне родов, частотой встречаемости суицидных мыслей.

Обсуждение и выводы. Считается, что инфантицид новорожденного (неонатичид) является преступлением достаточно редким, поскольку еще не оформлены документы на ребенка, социум не информирован о существовании младенца. Эти и другие факторы определяют трудности с показателями распространенности инфантицида, трудности с публикациями на эту тему [14, 17, 19, 22, 23]. Исследования, проведенные в 70-е годы 20 века, показали, что женщины-преступницы, совершившие неонатичид, отличаются от других детоубийц в плане личностных особенностей и мотивов [20].

Также существует феномен филицида - это убийство ребенка родителями, родитель определялся как биологический или приемный. Поскольку детоубийство, и особенно неонатичид, - это преступление, трудное для понимания общественностью, еще труднее понять случаи, когда матери убили более одного новорожденного с течением времени. Наиболее частым мотивом убийства новорожденных было нежелание ребенка (26,8%). Что касается способа убийства, наиболее распространенным явлением было удушение (36%) [14].

Отмечаются значительные различия в распространенности неонатичидов: от 2,59 до 0,8 на 100 000 живорождений, по данным тех же авторов. Как правило, женщины-преступницы имели столько же живых детей, сколько у них отмечался инфантицид, за исключением рецидива неонатичида. Рецидивистки име-

ли в среднем четырех детей, тогда как женщины, впервые совершившие преступление – одного-двух [14]. В 57% случаев неонатичидная мать имела отношения с отцом жертвы (в браке или по гражданскому праву). В разводе было около 10% преступниц. Ни один из партнеров женщины-рецидивиста не сообщил, что он знал о беременности, хотя у них были сексуальные отношения во время беременности. В 29% случаев беременностей неонатичидной матери никто в ее окружении никогда не спрашивал о беременности (в 75% случаев рецидивисток против 10% женщин, впервые совершивших инфантицид). В 71% случаев виновных только один раз спросили, были ли они беременны, но они успешно ответили отрицательно (в 25% случаев рецидивисток против 65% женщин, впервые совершивших инфантицид). В этой работе 78% обследованных женщин прошли психиатрическое освидетельствование. Оказалось, что у женщин, впервые совершивших инфантицид, чаще отмечались расстройства настроения (31%), а все неонатичидные матери-рецидивистки имели то или иное расстройство личности по сравнению с 25% подобных расстройств у женщин без рецидива.

Несмотря на то что неонатичид - редкое явление, каждый третий случай неонатичида был повторным. Женщины в группе рецидива были старше, чем женщины, впервые совершившие инфантицид. Данный факт был ожидаем, поскольку у рецидивисток было больше беременностей. Исследование также показало, что у рецидивисток было больше биологических детей, включая жертв неонатичида [14]. Это интересный факт, учитывая, что матери с неонатичидными расстройствами считаются юными и бездетными [20].

Безразличие микросоциальной среды - это явление, которое Amon et al. [5] специально определили как наиболее релевантный фактор при неонатичиде, чем любую другую психосоциальную переменную. В случае рецидива инфантицида, похоже, социальная среда более игнорировала будущую мать, поскольку она несколько раз переживала беременность и никто не узнал о ее состоянии [9, 12]. Самый важный фактор риска, безразличие микросоциальной среды, не различается между группами женщин-преступниц. Несмотря на то, что рецидивистки имели более высокий уровень образования, они были более восприимчивы к влиянию факторов экономического стресса во время беременности. Как правило, у женщин, совершивших неонатичид, в детстве было много проблем, таких как психотравмы и жестокое обращение [5], как следствие, их образовательная траектория оказывается под угрозой. Учитывая, что это не относится к рецидивисткам, можно утверждать, что их толерантность к факторам стресса выше, учитывая их более высокие достижения в жизни.

Таким образом, как только микросоциальное, культуральное, правовое, этическое давление общества ослабевает или отсутствует изначально (догосударственные сообщества), вероятность инфантицида в процентном соотношении (9-15%) совпадает с встречаемостью послеродовой депрессии (9%, по нашим данным). Маскированные инфантицидные тенденции присутствуют у большинства (в нашей выборке у всех) женщин с послеродовой депрессией.

Кроме того, наше исследование указывает на то, что послеродовая депрессия является особым вариантом дебюта рекуррентной депрессии с субдепрес-

сивной симптоматикой. Депрессивный синдромом родильниц является депрессивной реакцией, связанной с репродуктивным циклом женщины и дискоординацией материнско-детских отношений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кошавцев А.Г. Послеродовые депрессии и материнско-детская привязанность. СПб.: «Сотис», 2005. 224 с.
2. Пинкер С. Лучшее в нас: Почему насилия в мире стало меньше: пер. с англ. М.: Альпина нон-фикшен, 2021. 952 с.
3. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей. М., 2001. 256 с.
4. Шнейдман А. Душа самоубийцы. М., 2001. 320 с.

REFERENCES

- 1.Koshhavczev A.G. Poslerodovy`e depressii i materinsko-detskaya privyazannost`. SPb.: «Sotis», 2005. 224 s.
- 2.Pinker S. Luchshee v nas: Pochemu nasiliya v mire stalo men'she: per. s angl. M.: Al`pina non-fikshen, 2021. 952 s.
- 3.Smulevich A.B. Depressii v obshhej mediczine: Rukovodstvo dlya vrachej. M., 2001. 256 s.
- 4.Shnejdman A. Dusha samoubijczy`. M., 2001. 320 s.
5. Amon S., Putkonen H., Weizmann-Henelius G., Almiron M., Formann A., Voracek M., Eronen M., Yourstone J., Friedrich M., Klier C. Potential predictors in neonaticide: the impact of the circumstances of pregnancy. Arch. Womens Ment. Health. 2012; 15; p. 167–174.
6. Beck C.T. Revision of the Postpartum Depression Predictors Inventory. J Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs. 2002; 31; p. 394-402.
7. Beck C.T. Recognizing and Screening for Postpartum Depression in Mothers of NICU Infants. // Adv. Neonatal Care 3(1); 2003; p. 37-46.
8. Brogden B. ed. Child abuse. In: Forensic Radiology. Boston, Mass: CRC Press; 1998.
9. Burton S., Dalby T. Psychological autopsy in the investigation of serial neonaticides. J. Forensic. Sci. 2012; 57; p. 270–272.
10. Chen C., Tseng Y., Chou F. et al. Effects of support group intervention in postnatally distressed women: a controlled study in Taiwan. J. Psychosom. Res. 2000; 49; p. 395-399.
11. Daly M., Wilson M., Homicide. N. Aldine de Gruyter, 1988
12. Heitzman J., Ruzikowska A., Tarczyńska K., Waszkiewicz E., Pilszyk A. Infanticide or murder in a forensic psychiatric assessment. A case study 5-fold infanticide—the search of psychopathology. Psychiatr. Po. l; 2013; 47; p. 541–558
13. Herman-Giddens M., Smith J., Mittal M., Carlson M., Butts J. Newborns killed or left to die by a parent: a population-based study. JAMA. 2003; 289; p. 1425-1429.
14. Klier C., Amon S., Putkonen H., Arias P., Weizmann-Henelius G. Repeated neonaticide: differences and similarities to single neonaticide events. Archives of Women's Mental Health; 2019; volume 22, pages159–164.
15. Klier C., Grylli C., Amon S., Fiala C., Weizmann-Henelius G., Pruitt S., Putkonen H. Is the introduction of anonymous delivery associated with a reduction of

high neonaticide rates in Austria? A retrospective study. *BJOG*; 2013; 120; p. 428–434. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12261>

16. Mehta A., Sheth S. Postpartum Depression: How to Recognize and Treat This Common Condition. Available at <http://medscape.com>. Accessed on 04/24/2006.

17. Overpeck M., Brenner R., Cosgrove C., Trumble A., Kochanek K., Macdorman M. National underascertainment of sudden unexpected infant deaths associated with deaths of unknown cause. *Pediatrics*; 2002; 109; p. 274–283.

18. Paulozzi L., Sells M. Variation in homicide risk during infancy - United States, 1989-1998. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2002; 51; p. 187-189.

19. Putkonen H., Weizmann-Henelius G., Collander J., Santtila P., Eronen M. Neonaticides may be more preventable and heterogeneous than previously thought—neonaticides in Finland 1980-2000. *Arch. Womens Ment. Health*; 2007; 10; p. 15–23. <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0161-9>

20. Resnick P. Murder of the newborn: a psychiatric review of neonaticide. *Am. J. Psychiatry*; 1970; 126; p. 1414–1420.

21. Stiffman M., Schniter P., Adam P., Kruse R., Ewigman B. Household composition and risk of fatal child maltreatment. *Pediatrics*. 2002; 109; p. 615-621.

22. Tanaka C., Berger W., Valenca A., Coutinho E., Jean-Louis G., Fontenelle L., Mendlowicz M. The worldwide incidence of neonaticide: a systematic review. *Arch. Womens Men. Health*; 2017; 20(2); p. 249-256. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0703-8>

23. Tursz A., Cook J. A population-based survey of neonaticides using judicial data. *Arch. Dis. Child Fetal Neonatal*, Ed. 96; 2011; p. 259–263.

24. Wise P., Schorr L. The neighborhood: poverty, affluence, and violence. In: Levine MD, Carey WB, Crocker AC, eds. *Developmental-Behavioral Pediatrics*. 3rd ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 1999; p. 177-187.

25. Yamashita H., Yoshida K. Screening and intervention for depressive mothers of new-born infants. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2003; 105(9); p. 1129-1135.

A.G. Koshchavtcev, S.V. Grechany

**INFATICIDAL TRENDS IN WOMEN
WITH POSTPARTUM DEPRESSION**

Saint-Petersburg Pediatric Medical University (Saint-Petersburg).

Summary. Surveyed 93 mothers with blues syndrome and 27 women with PPD. Postpartum depression is a particular depressive state with infanticidal tendencies. The blues syndrome is a depressive reaction associated with the reproductive cycle of a woman and a violation of the mother-child relationship.

Keywords: postpartum depression, PPD, blues, infanticidal tendencies.

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

М.Ю. Городнова**ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
КАК АНТРОПОЛОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ
ПРОЦЕССОВ АДАПТИВНОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский уни-
верситет им. И.И. Мечникова» (Санкт-Петербург).**

Резюме. В статье предложено рассмотрение психотерапии как гуманистической антропологической практики, фокусом воздействия которой является система саморегуляции ребенка или подростка. Выделены уровни саморегуляции и обозначены точки психотерапевтического воздействия с учетом возрастного развития. Предложены основные векторы психотерапии детей и подростков. Обозначена важность взаимоотношений между терапевтом и идентифицированным пациентом. Подчеркнута необходимость философского обоснования гуманистической практики и философского образования психотерапевта.

Ключевые слова: психотерапия, антропологическая практика, саморегуляция, философия, дети, подростки.

Развитие теории и практики детской и подростковой психотерапии в современной России происходит на фоне противоречащих друг другу тенденций. С одной стороны, существует наличие и даже рост реальной потребности детского и подросткового населения в психотерапевтической и психологической помощи, понимание специалистов этой области в необходимости осуществления этой помощи для повышения качества жизни ребенка и его окружения, а с другой стороны, на фоне реорганизации лечебной и образовательной деятельности произошло реальное сокращение ресурсов для ее оказания в рамках государственных медицинских учреждений, упразднение кафедр и сокращение образовательных программ с названием детская психиатрия, психотерапии и медицинская психология. Несмотря на накопленный богатый опыт работы с детьми и подростками в нашей стране [7, 9, 10, 11, 20], отсутствуют не только стандарты подготовки детских психотерапевтов, но и сами специальности - детская психотерапия и детская психиатрия. Неудовлетворенная потребность в психотерапии и психокоррекции обуславливает обращение родителей к «специалистам», предлагающим свои услуги вне лицензионного поля и аккредитации. Следует признать востребованность подобных услуг, подтверждаемая ростом количества негосударственных образовательных учреждений и числа их выпускников, отнюдь, не безработных в последующем.

Еще одна тревожная тенденция в сфере образования и развития детской психотерапии ярко проявляющаяся на примере нашей кафедры: последний аспирант, занимающийся вопросами медицинской психологии и детской психотерапии, защитил свою кандидатскую диссертацию в 2014, с этого же времени ни одного аспиранта или соискателя (в настоящем, прикрепленца), желающего заниматься наукой в этой области не было! Выпускники циклов переподготовки

по специальности психотерапия и ординаторы стремились быстрее заняться практикой, и чаще, вне государственных учреждений.

Размышляя об этой ситуации и ее феноменах, хотелось найти ей объяснение и иметь возможность продолжения оказания качественной психотерапевтической помощи деоско-подростковому населению и образовательных услуг заинтересованным специалистам. Существующее положение не отменяет необходимость для специалиста, выполняющего профессиональную функцию детского и подросткового врача-психотерапевта обладать компетенциями в области взрослой и детской психиатрии и психотерапии, клинической психологии семьи и детства, возрастной психологии и психологии развития. Как разобраться в современном пространстве психотерапии, представляющем собой бесконечное множество парадигм, теорий, школ, подходов, модальностей, методов и моделей? Понять, что же такое психотерапия, каковы ее лечебные механизмы воздействия в том или ином подходе, что объединяет все эти непохожие друг на друга теоретические построения и порожденные ими технологии воздействия в одну группу под названием психотерапия. Как объяснить себе и другому, почему так много практик предлагаются под названием психотерапия и можно ли о них говорить, как о психотерапии?

В 2007 г. Ф.Е. Васильюк в поиске ответа на вопрос о психотерапии писал: «Без сознательного ответа на этот «простой» вопрос специалист не может решить ни одной из жизненно важных профессиональных проблем, будь то проблема границ профессиональной компетенции и зоны ответственности, проблема определения целей и оценки результатов психотерапии или проблема профессиональной идентичности» [4. с. 181-182]. Собственные поиски ответа на этот вопрос привели нас к разделению идеи Л.И. Воробьевой о психотерапии как об гуманистической антропологической практике, в которой нуждается человек в ситуации неопределенности для всех ее участников, когда результат непредсказуем, а проблемы не разрешимы с помощью наработанных стандартных схем [6]. А собственный опыт научного исследования позволяет согласиться с мнением, что «психотерапия как таковая — поверх разделенности на школы — не поддается технологизации с помощью научных методов [5].

Так на что направлена психотерапия? Что является фокусом ее воздействия?

Согласно емкому определению Б.Д. Карвасарского, «психотерапия — это система специфических эффективных лечебных форм воздействий на психику и через психику на организм человека в целях обеспечения и сохранения его здоровья» [1, с. 7.]. Система лечебных форм воздействия предполагает набор определенных методов и техник. А далее мы неизбежно подходим к «посреднику» воздействия - психике человека. В Большом психологическом словаре находим определение «психика (от греч. psychikos — душевный) — форма активного отображения субъектом объективной реальности, возникающая в процессе взаимодействия высокоорганизованных живых существ с внешним миром и осуществляющая в их поведении (деятельности) регулятивную функцию»². Другими словами, задача психики состоит в отражении реального мира, посредством активно-

² Большой психологический словарь / Под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК; М.: ОЛМА-Пресс, 2003.

го взаимодействия организма со средой для *регуляции* поведения.

Возвращаясь к вопросу о психотерапевтическом воздействии и осознавая сложность и риск в обобщении его механизмов в разных направлениях психотерапии, мы предлагаем рассматривать фокусом этого воздействия систему саморегуляции человека, осуществляемой, с нашей точки зрения, на пяти уровнях: телесном, эмоциональном, поведенческом, когнитивном, в взаимоотношениях (с миром предметов и миром людей). Наше предложение основывается на общепринятом в медицине биопсихосоциальном подходе, современных открытиях в области нейронаук (например, паравагальная теория Стивена Порджеса, нейропсихоанализ Марка Солмса) [14, 17], а также на философско-психологических основах теории саморегуляции, рассматриваемых в работах современных психологов, философов и антропологов [3, 16, 17]. В результате саморегуляции организм сохраняет свою целостность (границы) и развивается в соответствии с требованием среды и собственного роста. Все перечисленные уровни саморегуляции тесно взаимосвязаны и функционируют параллельно. Любые ограничения (возрастные, конституциональные, привнесенные заболеванием) определяют своеобразие процесса саморегуляции, и симптом (поведение) рассматривается и как творческое приспособление, и как отражение нарушенной регуляции. Точка восстановления и вход для восстановления работы этой системы определяется психотерапевтическим направлением и соответствующими ему технологиями (телесные процессы, эмоции, поведение, когниции, включая смыслы и систему верований, связь с матерью, холистический подход, рассматривающий процесс контактирования в целом, параллельность и взаимосвязь всех уровней реагирования). Рассмотрим эти уровни более предметно.

1. Соматический (телесный) уровень – определяется врожденными, конституциональными факторами, нейрогуморальным и нейромедиаторным регулированием, физиологическими защитами, вегетативной регуляцией и инстинктами. Этот уровень находит свое отражение в невербальном поведении и соматических симптомах. В настоящее время, на фоне развития общества и девальвации реальных взаимоотношений в нем, касающейся, в том числе, и взаимоотношений в диаде, отмечается рост телесной десенсибилизации как ответ на неконтентизируемую окружающей средой тревогой. Результат этих процессов – рост числа детей с психосоматическим реагированием, аддиктивной патологией, тревожными расстройствами.

2. Эмоциональный уровень – эмоции подобно навигационной системе организма указывают на фрустрированную потребность, ориентируют организм в среде в поиске для ее удовлетворения или уничтожения (так происходит в случае потребности в невозможном при травме потери). Становление этого уровня регуляции происходит в результате взаимодействия с матерью или лицом ее заменяющим. Именно в подобном взаимодействии ребенок обучается распознавать свои ощущения и эмоции, находить им название, придавать им значение, связывать их с ситуацией и находить наиболее подходящий для ситуации способ для их выражения. Нарушение этого процесса в результате неудовлетворительного функционирования диады приводит к сложностям эмоциональной регуляции, что в дальнейшем является причиной дизадаптации в межличностной сфере и в формировании образа «Я». Результат подобного нарушения эмоциональной саморе-

гуляции ярко проявляется у лиц с пограничным расстройством личности.

3. Поведенческий уровень – деятельность для оперирования со средой с целью удовлетворения потребности или отказа от нее. Автоматическое использование защитных поведенческих реакций отказа, оппозиции, имитации, компенсации позволяет получить ребенку внимание и заботу взрослых и на этой основе удовлетворить свои потребности в безопасности и защищенности, любви и принятии, социальном одобрении, сохранении позитивной самооценки и самоуважения. Среда представлена живыми и неживыми объектами, в оперировании с которыми возможно регулировать эмоциональное напряжение. Для ребенка игра, творческое действие являются подобными способами, что используется в диагностике и является лечебным фактором психотерапевтического воздействия. Если опыт ребенка или подростка наполнен в большей степени позитивным опытом взаимодействия с миром предметов, а не людей, то это ведет к риску формирования аддиктивного поведения с девальвацией ценности межличностных отношений. Именно предмет или активность становятся основными регуляторами эмоционального напряжения.

4. Когнитивный уровень – сны, образы, фантазии, представления, объяснение события, придание смысла, выбор, принятие решения, мировоззрение, система верований. Как подчеркивает Р.М. Грановская, эффективность глубинного воздействия религии на людей связана с тем, что она, как и наука, опирается на объективные законы социальной среды. Согласно феномену «социального импринтинга» вплоть до младшего подросткового возраста общественный контекст развития личности (традиции, социальные и языковые стереотипы среды) проникают в психику ребенка так глубоко, что это сопоставимо с воздействием врожденных индивидуальных свойств человека. Когнитивная обработка событий позволяет регулировать эмоциональное напряжение. В работе с ребенком необходимо учитывать возрастные особенности развития мышления, например, такие, как эгоцентризм, анимизм, способность к синтезу и дедукции, анализу и т. д.

5. Связь с ближайшим окружением – от нормальной симбиотической связи до эмоциональной близости и привязанности. Связь с Другим, в которой ребенок (подросток) узнаваем и признан другим человеком, в которой возможно проживание собственных ограничений и возможностей. Связь, в которой возможно разместить аффекты и переживания и в совместном поиске с Другим найти наилучший способ справиться с ними. Связь, в которой можно разделить в переживании общую фигуру опыта. Помимо ближайшего окружения с ростом ребенка становление системы саморегуляции происходит во взаимодействии с внесемейными институтами. В последние годы, на фоне отказа школ от воспитательной функции, упора в образовании на передачу знаний, взаимодействие в расширенной социальной среде стало наиболее уязвимой зоной, обуславливающей возникновение психических расстройств у детей и подростков. Именно поэтому психотерапия среды и психотерапия средой – необходимые и взаимосвязанные факторы в детской и подростковой психотерапии, требующие специальных психотерапевтических мероприятий (организация терапевтической среды, психообразование персонала, рабочая полипрофессиональная группа, супервизионная поддержка).

Все перечисленные уровни тесно взаимосвязаны, взаимозависимы и функ-

ционируют параллельно. Любые ограничения (возрастные, конституциональные, привнесенные заболеванием) определяют своеобразие процесса саморегуляции. Симптом или симптоматическое поведение представляют собой «творческое приспособление» в результате нарушенной саморегуляции. Важно учитывать то, что ребенок может регулировать свое беспокойство и связанные с травмой чувства лишь в объеме имеющихся в его возрасте когнитивных и эмоциональных способностей и возможностей. На следующем этапе жизненного пути могут проявиться новые соматические или поведенческие симптомы, связанные с травмой, что будет указывать на необходимость психотерапевтической помощи, соответствующей возрасту ребенка. Об особом типе пациента, подчеркивая постоянный процесс развития и становления личности, пишет американский психодинамически ориентированный детский психотерапевт М. Четик [18]. Знание возрастной психологии детского возраста, особенностей развития психических функций, возрастных потребностей, этапов и кризисов психического развития, свойственных возрасту психологических защит и стратегий совладания – неотъемлемая часть компетенций детского психотерапевта [8, 9, 10, 11].

При рассмотрении психотерапии как антропологической гуманистической практики центром этой практики становятся взаимоотношения. Именно они являются главным терапевтическим средством психотерапии с детьми, по мнению Е.В. Филипповой: «Психотерапия с детьми — это «процесс оказания *психологической* помощи ребенку, осуществляемый психотерапевтическими методами в рамках профессионально организованного общения ребенка и терапевта, где взаимодействие терапевта с ребенком, их взаимоотношения являются главным терапевтическим средством» [8, с.12.]. Другими словами, не столько важно содержание разговора, игры или иного взаимодействия, сколько как это взаимодействие происходит, имеет ли место особый способ взаимодействия на основе диалога, эмпатии, присутствия, конгруэнтности, принятия, самораскрытия. Все эти понятия пришли в психологию из философии и имеют глубокие мировоззренческие, метафизические корни, а не только название или техническое воплощение [2]. Именно поэтому психотерапевты нуждаются в философском обосновании своей практики, а значит и в более глубоком изучении ее философских основ. Подобные идеи находим в работах Е.В. Косиловой, обеспокоенной подготовкой психиатров, а В.А. Мазиллов считает, что разработка философии психологии как раздела психологии будет способствовать дальнейшему развитию психологической науки, обогащая ее иным уровнем методологии; наиболее полное обоснование единства философско-методологических оснований психотерапевтической практики представляет Л.И. Воробьева [5, 6, 12, 13]. По нашему мнению, основательная теоретическая подготовка в области философии, наряду со знанием медицинской психологии и психиатрии, жизненно необходима для современного психотерапевта, желающего остаться в академическом поле психологии, психиатрии и психотерапии. Это будет не только давать основания и обоснования своей практической деятельности, давать возможность вести научную дискуссию и отстаивать право называться психотерапевтом в уязвимом для себя месте – требований доказательной медицины, но и будет явным «водоразделом» с другими гуманистическими антропологическими практиками, востребованными людьми в ситуации неопределенности, такими как

шаманы, жрецы, астрологи, алхимики, колдуны и т. д.

К терапевтическим средствам психотерапии с детьми мы добавляем необходимость взаимодействия терапевта не только с ребенком, но и с его ближайшим окружением. Это дополнение дано нами в продолжение идей нашего учителя, детского и семейного психотерапевта Э.Г. Эйдемиллера, который всегда подчеркивал, что в работе с детьми и подростками терапевт встречается с особым пациентом, он называл его идентифицированным пациентом (ИП), об этом он пишет и в своем последнем научном и практическом труде Учебнике по детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии [9]. Своими симптомами ИП отражает нарушенное взаимодействие с ближайшим окружением, недостаток поддержки среды. Поэтому только во взаимодействии с ним (этим окружением) возможно наиболее действенное и эффективное оказание психотерапевтической помощи, а достигнутые изменения и результаты не подвергнутся обратной редукции. Нормальная возрастная зависимость ребенка и подростка определяет как саногенный, так и патогенный потенциал его среды роста и взросления, а значит и психотерапевтические мишени воздействия. Детский психотерапевт должен обладать навыком присоединения не только к ребенку, но и к диаде «ребенок-родитель», к семье в целом [15].

Важно подчеркнуть, что особенностью и необходимостью в лечении детей и подростков, страдающих нервно-психическими расстройствами, необходимо тесное, практически неразделимое переплетение лечебных и психотерапевтических мероприятий с психокоррекционными, воспитательными и социализирующими воздействиями. В континууме невротический–пограничный–психотический уровень расстройства приоритетность психотерапевтического вмешательства в комплексе других лечебных мероприятий снижается, уступая место другим методам лечения и коррекции: фармакотерапии, нейропсихологической коррекции, физиотерапии, логопедической коррекции, специальной педагогике и др. Психотерапия всегда является составляющей комплексной помощи.

Исходя из представления об уровнях саморегуляции, можно выделить следующие векторы работы в детской и подростковой психотерапии:

1. Психотерапия диады «мать-ребенок» (регулирование связи) - для ребенка в возрасте до трех лет. Любое неблагополучие в этом возрасте связано с нарушением этой диады, и психотерапевтической воздействие происходит через взаимодействие с матерью (или лицом, ее заменяющее). Наблюдение за взаимодействием внутри диады и коррекция его нарушений, укрепление самоподдержки матери и принятие ею поддержки среды - основные фокусы психотерапии.

2. Телесное регулирование – работа с телесными ощущениями, дыханием, сенсорным восприятием, аутогенная тренировка, мышечная релаксация. Развитие телесного осознания восстанавливает эффективную регуляцию на этом уровне и обеспечивает саморегуляцию на следующем.

3. Эмоциональное регулирование – опознавание эмоциональных знаков и самой эмоции, ее обозначение, нахождение способов сообщить о ней и находить форму безопасного подходящего способа ее выражения в среде (например, ребенок говорит: «у меня все кипит внутри, прямо разрывает хочется ударить, наверное, это злость..., я не знаю, как быть...»).

4.Регуляция поведения – чем младше ребенок, тем в большей степени за регуляцию поведения отвечает среда, именно поэтому поведенческий подход так востребован в детской психотерапии. Функциональный анализ поведения является важной начальной составляющей в этой регуляции (что запускает поведение, что его поддерживает, где оно чаще бывает, а где нет, и т. д. в соответствии с теорией поведенческой психотерапии). Ответы на эти вопросы дают родители (воспитатели, педагоги). С развитием когний ребенок начинает осознавать связь своего поведения как со своим состоянием («я бью куклу, когда сержусь»), так и со стимулами и ответами среды («когда мама кричит, я пугаюсь и плачу; я хорошо отвечаю на уроке, и учитель меня хвалит, я очень рад и начинаю бегать по классу»).

5.Когнитивная регуляция – предполагает работу с представлениями, образами, фантазиями, размышлением, смыслом (исправление когнитивных «ошибок»). Что в конечном итоге приводит к снятию (снижению) эмоционального напряжения и выбору наиболее подходящего решения в конкретной ситуации. В подростковом возрасте важным становится поиск смысла происходящих событий и собственной жизни. Мировоззрение, формирующаяся картина мира становятся важными составляющими саморегуляции в подростковом кризисе и далее в процессе взросления с нормальными и кризисными событиями, сопровождающими этот процесс.

6.Отношения с другими людьми (родители, сверстники, значимые взрослые) – восстановление, коррекция отношений, в которых наиболее удовлетворяющим способом реализуются потребности обеих сторон. В случае отказа одной из сторон к сближению или неизменном патологизирующем характере этих отношений помощь в их завершении.

7.Работа с границами – опознавание и обозначение собственных границ (я–не я, фантазии–реальность), работа с самопрезентацией и самооценкой, опознавание и признание границ другого и нахождение наиболее экологичного способа обхождения на границе с ними, принятие ответственности и самостоятельности. Это важная работа по подготовке к сепарации – ключевой задаче в подростковом периоде.

8.Разрешение нормативных или ситуативных кризисов – психотерапевтическая помощь возможна с опорой на индивидуальные и средовые ресурсы, именно их дефицит не дает ребенку или подростку разрешить возрастные кризисы или справиться со стрессовым событием в жизни. Отсутствие средовых ресурсов в актуальной среде определяет необходимость большей опоры на личные ресурсы и поиск новой поддерживающей среды.

Таким образом, представление о психотерапии как об антропологической гуманистической практике - поверх разделенности на школы - позволяет нам рассматривать каждый из ее методов как практику направленную на становление, развитие или коррекцию системы саморегуляции, посредством которой ребенок/подросток восстанавливает собственный гомеостаз или разрешает нормативные и ситуативные кризисы в своем развитии. Единство теории и методологии, философское мировоззрение и обоснование практики, творчество психотерапевта, опора на ведущий уровень нервно-психического реагирования, присущую возрасту деятельность ребенка, альянс с ближайшим окружением ребенка, - все это обеспечивает эффективность психотерапевтического вмешательства в обеспечении качества жизни детей, подростков и их родителей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абабков В.А., Карвасарский Б.Д. Психотерапия: учебник (3-е дополненное изд.) / Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: «Питер», 2007. 672с.
2. Байтман Т.П. Философские теории XIX XX В. Как основа современных психотерапевтических методов // БМИК. 2013. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/filosofskie-teorii-xix-xx-v-kak-osnova-sovremennyh-psihoterapevticheskikh-metodov> (дата обращения: 31.05.2022).
3. Батоцыренов В.Б. Понятие «Саморегуляция»: терминология и основные подходы // Вестник ЗабГУ. 2011. № 6. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ponyatie-samoregulyatsiya-terminologiya-i-osnovnye-podhody> (дата обращения: 31.05.2022).
4. Василюк Ф.Е. Понимающая психотерапия: опыт построения психотехнической системы // Гуманитарные исследования в психотерапии. (Труды по психотерапии и психологическому консультированию, вып.1). М.: МГППУ, ПИРАО, 2007. С. 159—203.
5. Воробьева Л.И. Проблема единства психотерапии и ее «ТЕЛОС» // Консультативная психология и психотерапия. 2012. № 4 (75). С. 102-127.
6. Воробьева Л.И. Единство философско-методологических оснований психотерапевтической практики // Консультативная психология и психотерапия. 2013. Т. 21. № 1. С. 126—152.
7. Городнова М.Ю. Эдмонд Георгиевич Эйдемиллер: учитель, отец, проводник, соратник // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. 2020. Т. 9, № 1 (31) [Электронный ресурс]. URL: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения: 12.01.2022)
8. Детская и подростковая психотерапия: учебник для бакалавриата и магистратуры / Е.В. Филиппова и др. / под ред. Е.В. Филипповой. М.: Издательство Юрайт. 2018. 430 с.
9. Детская психиатрия, психотерапия и медицинская психология. Учебник для вузов. Стандарт третьего поколения / Под ред. Эйдемиллера Э.Г., Городновой М.Ю., Тарабанова А.Э. СПб.: Питер. 2022. 720 с.
10. Игумнов С.А. Психотерапия и психокоррекция детей и подростков М.: Изд-во Института психотерапии, 2000. 112 с.
11. Клиническая психотерапия (инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели) / Под ред. Ю.С. Шевченко. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство». 2018. 504 с.
12. Косилова Е.В. Об образовании психиатров // Alma mater (Вестник высшей школы). 2018. № 11. С. 41-45.
13. Мазилев В.А. История психологии и философия психологии: необходимо взаимодействие // Вестник ВятГУ. 2014. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/istoriya-psihologii-i-filosofiya-psihologii-neobhodimo-vzaimodeystvie> (дата обращения: 14.05.2022).
14. Порджес С. Поливагальная теория. Нейрофизиологические основы эмоций, привязанности, общения и саморегуляции: Пер. с англ. К.: Мульти метод. 2020. 464 с.
15. Практикум по семейной психотерапии: современные модели и методы: [учебное пособие для врачей и психологов] / Под ред. Э.Г. Эйдемиллера. СПб.:

Речь, 2010. 424 с.

16. Свет А. А. Философско-психологические основы теории саморегуляции // Каспийский регион: политика, экономика, культура. 2021. №1 (66). С. 132-137.

17. Солмс М. Нейробиологические основания психоаналитической теории и терапии // Журнал практической психологии и психоанализа. 2020. № 2 [Электронный ресурс]. – URL: <https://psyjournal.ru/articles/neyrobiologicheskie-osnovaniya-psihoanaliticheskoy-teorii-i-terapii> (дата обращения: 12.01.2022)

18. Соловьева С.Л. Психическая саморегуляция. Пособие по самопомощи (начало) // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. 2019. Т. 7, № 4 (26) [Электронный ресурс]. – URL: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения: 31.05.2022).

19. Техники детской терапии. 2-е изд. / М. Четик. СПб.: Питер. 2003. 256 с.

20. Фесенко Е.В., Фесенко Ю.А. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей. СПб.: Наука и Техника, 2010. 384 с.

REFERENCES

1. Ababkov V.A., Karvasarskij B.D. Psikhoterapiya: uchebnik (3-e dopolnennoe izd.) / Pod red. B.D. Karvasarskogo. SPb.: «Piter», 2007. 672s.

2. Bajtman T.P. Filosofskie teorii XIX XX V. Kak osnova sovremenny`kh psikhoterapevticheskikh metodov // BМIK. 2013. # 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/filosofskie-teorii-xix-xx-v-kak-osnova-sovremennyh-psikhoterapevticheskikh-metodov> (data obrashheniya: 31.05.2022).

3. Batoczy`renov V.B. Ponyatie «Samoregulyacziya»: terminologiya i osnovny`e podkhody` // Vestnik ZabGU. 2011. # 6. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ponyatie-samoregulyatsiya-terminologiya-i-osnovnye-podhody> (data obrashheniya: 31.05.2022).

4. Vasilyuk F.E. Ponimayushhaya psikhoterapiya: opy`t postroeniya psikhotehnicheskoy sistemy` // Gumanitarny`e issledovaniya v psikhoterapii. (Trudy` po psikhoterapii i psikhologicheskomu konsul`tirovaniyu, vy`p.1). M.: MGPPU, PIRAO, 2007. S. 159—203.

5. Vorob`eva L.I. Problema edinstva psikhoterapii i ee «TEΛOΣ» // Konsul`tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2012. # 4 (75). S. 102-127.

6. Vorob`eva L.I. Edinstvo filosofsko-metodologicheskikh osnovanij psikhoterapevticheskoy praktiki // Konsul`tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2013. T. 21. # 1. S. 126—152.

7. Gorodnova M.Yu. E`dmond Georgievich E`jdemiller: uchitel`, otec, provodnik, soratnik // Klinicheskaya i mediczinskaya psikhologiya: issledovaniya, obuchenie, praktika: e`lektron. nauch. zhurn. 2020. T. 9, # 1 (31) [E`lektronny`j resurs]. URL: <http://medpsy.ru/climp> (data obrashheniya: 12.01.2022)

8. Detskaya i podrostkovaya psikhoterapiya: uchebnik dlya bakalavriata i magistratury` / E.V. Filippova i dr. / pod red. E.V. Filippovoj. M.: Izdatel`stvo Yurajt. 2018. 430 s.

9. Detskaya psikhiatriya, psikhoterapiya i mediczinskaya psikhologiya. Uchebnik dlya vuzov. Standart tret`ego pokoleniya / Pod red. E`jdemillera E`G., Gorodnovoj M.Yu., Tarabanova A.E`. SPb.: Piter. 2022. 720 s.

10. Igumnov S.A. Psikhoterapiya i psikhokorrekcziya detej i podrostkov M.:

Izd-vo Instituta psikhoterapii, 2000. 112 s.

11. Klinicheskaya psikhoterapiya (instinktivno-povedencheskie i nejro-psikhologicheskie modeli) / Pod red. Yu.S. Shevchenko. M.: OOO «Izdatel'stvo «Mediczhinskoe informacziionnoe agentstvo». 2018. 504 s.

12. Kosilova E.V. Ob obrazovanii psikhiatrov // Alma mater (Vestnik vy'sshej shkoly). 2018. # 11. S. 41-45.

13. Mazilov V.A. Istoriya psikhologii i filosofiya psikhologii: neobkhodimo vzaimodejstvie // Vestnik VyatGU. 2014. # 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/istoriya-psihologii-i-filosofiya-psihologii-neobkhodimo-vzaimodeystvie> (data obrashheniya: 14.05.2022).

14. Pordzhes S. Polivagal'naya teoriya. Nejrofiziologicheskie osnovy` e`moczij, privyazannosti, obshheniya i samoregulyaczii: Per. s angl. K.: Mul'ti metod. 2020. 464 s.

15. Praktikum po semejnoj psikhoterapii: sovremennyye modeli i metody: [uchebnoe posobie dlya vrachej i psikhologov] / Pod red. E`G. E`jdemillera. SPb.: Rech`, 2010. 424 s.

16. Svet A. A. Filosofsko-psikhologicheskie osnovy` teorii samoregulyaczii // Kaspijskij region: politika, e`konomika, kul`tura. 2021. #1 (66). S. 132-137.

17. Solms M. Nejrobiologicheskie osnovaniya psikhoanaliticheskoy teorii i terapii // Zhurnal prakticheskoy psikhologii i psikhoanaliza. 2020. # 2 [E`lektronny`j resurs]. – URL: <https://psyjournal.ru/articles/neyrobiologicheskie-osnovaniya-psikhoanaliticheskoy-teorii-i-terapii> (data obrashheniya: 12.01.2022)

18. Solov`eva S.L. Psikhicheskaya samoregulyaciya. Posobie po samopomoshhi (nachalo) // Klinicheskaya i mediczhinskaya psikhologiya: issledovaniya, obuchenie, praktika: e`lektron. nauch. zhurn. 2019. T. 7, # 4 (26) [E`lektronny`j resurs]. – URL: <http://medpsy.ru/climp> (data obrashheniya: 31.05.2022).

19. Tekhniki detskoj terapii. 2-e izd. / M. Chetik. SPb.: Piter. 2003. 256 s.

20. Fesenko E.V., Fesenko Yu.A. Sindrom deficizita vnimaniya i giperaktivnosti u detej. SPb.: Nauka i Tekhnika, 2010. 384 s.

M.Yu. Gorodnova

PSYCHOTHERAPY OF CHILDREN AND ADOLESCENTS AS AN ANTHROPOLOGICAL PRACTICE OF RESTORING ADAPTIVE SELF-REGULATION PROCESSES

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

Summary. The article suggests the consideration of psychotherapy as a humanistic anthropological practice, the focus of which is the system of self-regulation of a child or teenager. The levels of self-regulation are highlighted and the points of psychotherapeutic influence are indicated, taking into account age development. The main vectors of psychotherapy of children and adolescents are proposed. The importance of the relationship between the therapist and the identified patient is indicated. The necessity of philosophical substantiation of humanistic practice and philosophical education of a psychotherapist is emphasized.

Keywords: psychotherapy, anthropological practice, self-regulation, philosophy, children, adolescents.

Н.А. Савельева¹, А.Б. Пальчик², Т.П. Калашникова¹
**ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА
С СИНДРОМОМ ПРАДЕРА-ВИЛЛИ И ЭПИЛЕПСИЕЙ**

¹ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера (Пермь), ²ФГБОУ ВО СПбГПМУ (Санкт-Петербург).

Резюме. Уникальность клинического наблюдения у пациентки с генетически верифицированным синдромом Прадера–Вилли (PWS) обусловлена сочетанием основного заболевания с дисгенезией мозолистого тела, формированием генетической фокальной эпилепсии с фокальными приступами с эволюцией в билатеральные тонико–клонические. Впервые в России использована методика видеозаписи генерализованных движений (general movements – GMs), имеющая высокую прогностическую ценность. Продемонстрирована эффективность сочетания в схеме лечения своевременного парентерального введения соматотропного гормона пациентки с методиками раннего вмешательства.

Ключевые слова: синдром Прадера–Вилли, генерализованные движения, электроэнцефалография, эпилепсия, ранний возраст, соматотропный гормон.

Синдром Прадера-Вилли (Prader-Willi syndrome - PWS) - полисистемное генетическое заболевание, вызванное дефектом импринтинга и унипарентальной (однородительской) дисомией (изодисомия) с частотой в популяциях от 1:5000 до 1:85000 [3, 20, 40, 45].

PWS может наследоваться несколькими способами. Наиболее частый вариант (70-75%) – микроделеция хромосомы 15, сегмент q 11.2-13 отцовского происхождения. Второй – материнская изодисомия, то есть обе хромосомы получены от матери. Дефект импринтинга, по данным некоторых авторов, занимает около 1% при PWS [3, 31].

Среди установленных патогенетических звеньев PWS выделяют процессы снижения репарационной активности ДНК, тирозиназы в меланоцитах, продукции соматотропного гормона (СТГ), усиление липогенеза в сочетании с низким липолизом, дисфункцию вентромедиальных и вентролатеральных ядер гипоталамуса [5]. Антенатальные факторы риска PWS неспецифичны [20].

Различные механизмы развития заболевания предопределяют полиморфизм клинической картины и ее трансформацию в процессе развития ребенка. Первая, «гипотоническая», фаза характеризуется гипотонией во время неонатального периода и раннего младенчества, слабым криком, слабым рефлексом сосания, гипотермией. Нарушение сосания приводит к гипотрофии и может потребовать зондового питания. У 94% мальчиков выявляют крипторхизм [10].

«Гиперфагическая фаза» обычно начинается после 2 лет. Формируется типичная клиническая картина: задержка роста и приобретения моторных и речевых навыков, нарушение дыхания во сне с формированием обструктивных апноэ, снижение болевой чувствительности, нарушение терморегуляции [19, 38]. Развивается гиперфагия с ускоренной прибавкой массы тела, аномальным интересом к еде, агрессивным поиском пищи, отсутствием чувства насыщения, сокращением промежутков между приемами пищи, ожирение с преимущественным распреде-

лением жира на туловище и проксимальных отделах конечностей [22, 41]. Возможно формирование других эндокринных (низкорослость, гипотиреоз, сахарный диабет II типа, дисгенезия гонад, нарушение полового созревания), ортопедических (сколиоз, остеопороз, акромикррия), краниофациальных (высокий узкий лоб, миндалевидный разрез глаз, микродонтия, гипоплазия ушных раковин) нарушений. Могут возникать ксеростомия с густой слюной, склонность к кариесу и гингивиту, снижение чувства жажды, склонность к дегидратации при повышении температуры, пигментация кожи и радужной оболочки [8, 11, 32, 34].

В психической и когнитивной сферах отмечают снижение уровня интеллекта разной степени выраженности, у 50-65% детей диагностируют легкую умственную отсталость; поведенческие нарушения: немотивированные приступы гнева, обсессивно-компульсивные расстройства, дерматилломания (насильственное самостоятельное повреждение кожи)[27].

В третьей фазе «подросткового возраста и взрослой жизни» преобладают проблемы со здоровьем, обусловленные ожирением (сколиоз, гипертония, гиперхолестеринемия, остеопороз и т. д.). Около 10% подростков и взрослых имеют серьезные психиатрические проблемы. Могут развиваться психотические эпизоды с острым началом, полиморфной симптоматикой с тревогой, ажитацией, слуховыми галлюцинациями. Эти эпизоды классифицируются как острый циклоидный психоз.

Общепринятым подходом к лечению является применение соматотропного гормона в течение всей жизни [39]. Есть сведения об использовании стимуляции блуждающего нерва для коррекции пищевого поведения [28], а так же препарата ливолетид (AZP-531) [3]. По мнению B.F. Fong et al. [20] развернутой манифестации PWS в ряде случаев достигает в школьном возрасте, поэтому крайне важно распознавание ранних признаков этого заболевания. Приводим собственное клиническое наблюдение пациентки раннего возраста с PWS.

Клиническое наблюдение.

Девочка Г. поступает в неврологическое отделение в возрасте 2 месяцев с жалобами родителей на задержку психомоторного развития – голову не удерживает, отмечается вялое сосание при кормлении, тихий голос при плаче, гулит не активно, зрительное сосредоточение неустойчивое.

Анализ перинатального анамнеза выявил следующие особенности. Оценка по шкале оптимальности течения беременности [25] составила 47% (оптимальное значение 75 ± 9 %), результаты шкалы оптимальности течения родов - 50% (оптимальное значение 57 ± 23 %). Беременность протекала на фоне угрозы прерывания в 17 недель, ОРВИ в 28 недель, гидронефроза справа, анемии 1 степени, миопии, многоводия. В 29, 32 и 37 недель беременности при ультразвуковом исследовании выявлена вентрикуломегалия. Роды в сроке 41 недели, безводный период составил 27 часов 33 минуты. На фоне слабости родовой деятельности и дистресса плода произведено оперативное родоразрешение. Извлечена со значительными техническими затруднениями при выведении головки, диагностирована кефалогематома 8х8см справа в теменно-затылочной области, оценка по шкале Апгар составила на 1 минуте 5 баллов, на 5 минуте 9 баллов, масса 3096 г рост 53 см. В первые сутки вспомогательная вентиляция маской.

С рождения отмечались диффузная мышечная гипотония, вялое сосание. В

течение первой недели осуществлялось зондовое кормление. При настоящем осмотре: широкая переносица, миндалевидный разрез глаз, высокий лоб, вытянутая форма черепа. В неврологическом статусе диффузная мышечная гипотония, глубокие рефлексy живые симметричные, рефлексy новорожденных угнетены, очаговых симптомов нет.

Нейросонография (НСГ) продемонстрировала расширение боковых желудочков (БЖ) головного мозга, длина задних рогов правого БЖ составила 18 мм, слева - 21 мм. На магнитно-резонансной томографии головного мозга выявлена дисгенезия мозолистого тела.

Ортопедом выявлена ацетабулярная дисплазия тазобедренных суставов.

В возрасте 3 мес. 4 дней (53 недели постменструального возраста - ПМВ) проведено исследование генерализованных движений (general movements – GMs) по методу H.F.R.Prechtl с выполнением всех требований стандартизации [14].

В соответствии с ПМВ движения были квалифицированы как fidgety (ёрзание, суета). Протокол проведенного исследования представлен ниже с количественно-качественной оценкой оптимальности по F.Ferrari et al. [18] (табл.1).

Таблица 1.

Оценка оптимальности генерализованных движений fidgety по F.Ferrari et al. [15]

Ф.И.О. Г.	Масса при рождении 3096 г	Дата рождения 2.04.2019
Дата записи 27.07.2019	Постменструальный возраст 55 нед.	Возраст 3 месяца 4 дня
Лист оптимальности движений		
1	Fidgety	нормальные ☐ 12
		ненормальные ☐ 4
	<u>+</u> <u>+</u> <u>+</u> P D	отсутствуют ☐ 1
2	Дополнительный репертуар	соответствует возрасту ☐ 4
		уменьшен ☐ 2
		отсутствует ☐ 1
3	Качество других движений	N > A ☐ 4
		N = A ☐ 2
		N < A ☐ 1
4	Поза	N > A ☐ 4
		N = A ☐ 2
		N < A ☐ 1
5	Характер движений	плавные и свободные ☐ 4
		ненормальные, но несудорожно-синхронизированные ☐ 2
		судорожно-синхронизированные ☐ 1
Оценка оптимальности движений (max. 28); (min. 5)		16

Закключение: отмечается соответствующий возрасту функциональный репертуар в виде неравномерно сформированных по качеству и скорости от плавных до резких, адекватным возрасту дополнительным репертуаром ненормальных движений fidgety (Fa).

На основании особенностей клинической картины заподозрен генетически детерминированный синдром. Дифференциальная диагностика проводилась с нервно-мышечными заболеваниями, наследственными болезнями обмена (НБО). Электронейромиография данных за невралный и нейрональный уровень поражения не выявила. Креатининфосфокиназа составила 60,2 ед/л. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, сердца, почек морфологических изменений не выявило. Кариотип 46XX. Биохимический анализ мочи на НБО без изменений.

Результаты хромосомного микроматричного анализа (ХМА), полученные в возрасте 5 месяцев, свидетельствуют о микроделеции длинного плеча (q) 15 хромосомы с позиции 23286571 до позиции 28534245, захватывающая регионы 15.q11.2 – q 13.1. Размер 5247674 п.н. Гены, расположенные в районе дисбаланса: MKRN3, SNHG14, PWAR5, SNORD116-1, IPW, PWAR1, SNORD115-1, UBE3A, ATP10A, GABRB3, GABRA5, GABRG3, OCA2, HERC2. Участки потери гетерозиготности, содержащие гены, связанные с феноменом импринтинга, отсутствуют (рис.1).

Таким образом, в соответствии с данными OMIM (база данных Online Mendelian Inheritance in Man) выделены микроделеционные и микродупликационные синдромы, ассоциированные с дисбалансом: синдром Прадера-Вилли (OMIM: 176270), синдром Ангельмана (OMIM 105830).

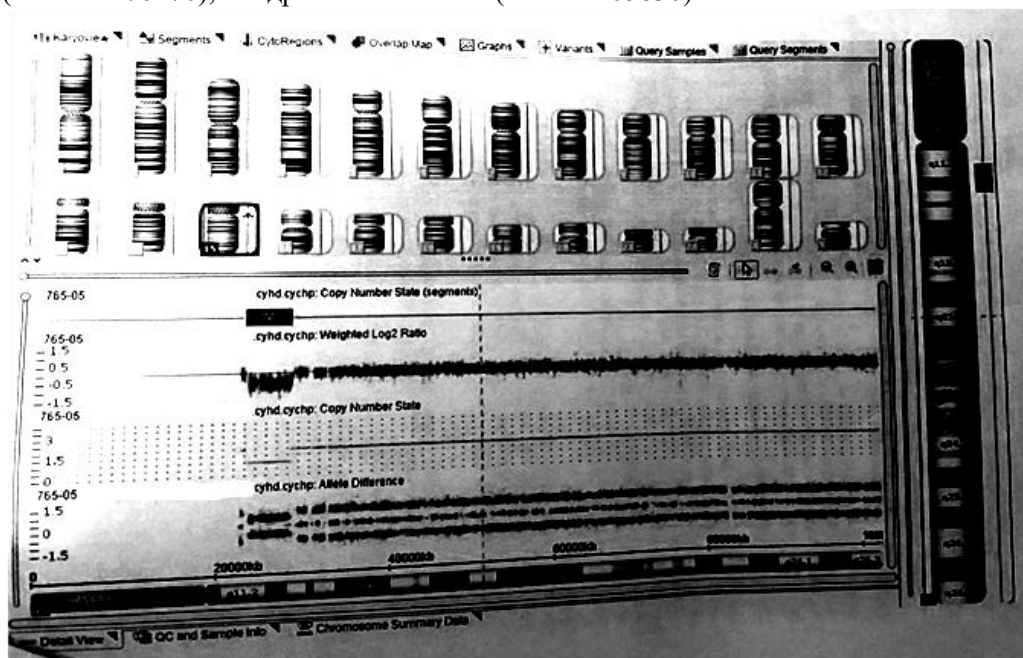


Рисунок 1 Результаты хромосомного микроматричного анализа пациентки Г. Микроделеция длинного плеча (q) 15 хромосомы.

Совокупность клинических симптомов и результатов ХМА позволила поставить **заключительный диагноз: синдром Прадера-Вилли (Prader-Willi syndrome, PWS).**

Дальнейшее наблюдение за младенцем было направлено на уточнение своеобразия индивидуального течения заболевания и раннее вмешательство.

Учитывая сопряженность PWS с изменением гормонального статуса, у ребенка исследован биохимический анализ крови. В возрасте 4 месяцев выявлено снижение СТГ - менее 0,05 нг/мл (при норме 1,07 – 17,60 нг/мл).

К 8 месяцам выявлен дефицит в плазме крови инсулиноподобного фактора роста I (IGF-I) – менее 15,0 нг/мл (при норме 18,2-172,0 нг/мл).

Параметры тиреотропного гормона и его фракций оказались в пределах референсных значений: ТТГ – 2,2 мМЕ/л, Т4 – 19,28 пмоль/л.

На ЭЭГ, записанной в 6 месяцев в состоянии спокойного бодрствования, выявлена дезорганизация основного ритма. Регистрируется высокоамплитудный тета-ритм частотой 4 Гц, преимущественно в теменно-затылочной области. Диффузное оживление негрубой медленной активности в виде неопределенной ритмики без локального преобладания. На спектрограммах и картограммах мощности - мономодальный тета-ритм 4,0-5,8 Гц высокой мощности с доминирующим пиком 4,6 Гц в теменно-затылочной области с преобладанием мощности в левом полушарии. Регистрируются распространенные вспышки тета-ритма выше и на уровне фоновой активности. Эпилептиформной активности не выявлено.

С трехмесячного возраста у ребенка используются технологии раннего вмешательства, занятия с дефектологом, кинезиологом. Осуществлялись курсы нейрометаболической терапии. С возраста 8 месяцев назначен соматропин в суточной дозе 0,3 мг из расчета 0,04 мг/кг.

Через 2 месяца от начала лечения соматропином нормализовались параметры IGF-I, достигшие значения 28, 2 нг/мл, а через 3 месяца 56,6 нг/мл.

На ЭЭГ в динамике в возрасте 10 месяцев сохраняется дезорганизация основного ритма, преобладает диффузная высокоамплитудная медленноволновая активность в виде дельта –диапазона частотой 2-3 Гц, амплитудой до 550 мкВ. Бета-ритм без особенностей. Эпилептиформной активности и очаговых нарушений не выявлено.

ЭЭГ видео-мониторинг в состоянии физиологического сна в течении 60 мин. зарегистрировал 2, 3, 4 стадии сна. Стадии сна сформированы. Углубление сна характеризовалось появлением «веретён сна» частотой 6-8 Гц, амплитудой до 150 -200 мкВ. По мере углубления сна нарастала регулярная медленная активность дельта диапазона. Межполушарной асимметрии не выявлено. Эпилептиформной активности не зарегистрировано.

По результатам Денверского скрининг-теста оценки развития ребенка (Denver Developmental Screening Test, DDST) выявлена задержка развития по всем 4 шкалам: крупной моторики, тонкой моторно-адаптивной деятельности, речевого и индивидуального развития.

К 3 мес. удерживала игрушку в поле зрения и плавно следила за ней. К 5 мес. начала кратковременно приподнимать и удерживать голову лежа на животе, рассматривать руку, четко локализовать источник звука в пространстве поворо-

том головы, плавно следить и длительно сосредоточивать взгляд на неподвижном предмете, прислушиваться и реагировать на голос взрослого, появилось гуление, первая улыбка при общении со взрослым, сформировался комплекс «оживления». С 8 мес. узнает мать, радуется при ее виде, певучее гуление, берет игрушку из рук взрослого, захватывает ее двумя руками, тянет в рот. Опирается на предплечья, лежа на животе, поворачивается на живот. К 11 мес. переворачивается. Лепет сформировался к 1 году 2 мес., сидит самостоятельно с 1 года 7 мес., первые упрощенные слова появляются с 1 года 10 мес., ползает и ходит у опоры с 2 лет. К 2 годам словарный запас расширился до 8–10 слов. В неврологическом статусе сохраняется выраженная мышечная гипотония без очаговых симптомов.

В возрасте 2 года 1 мес. развился первый спонтанный судорожный пароксизм с утратой сознания на фоне соматического благополучия. Вечером перед засыпанием лежала в кровати, смеялась, внезапно прекратила деятельность, контакту не доступна, поворот глазных яблок вверх, тонико-клонические судороги в конечностях длительностью до 1 мин., пароксизм купировался самостоятельно с последующим сном. В приемном отделении больницы во время сна повторились еще 3 аналогичных приступа с интервалом в 5–10 мин., длительностью до 1 мин., купировались самостоятельно.

ЭЭГ видео-мониторинг в течение 1 часа 30 мин. в состоянии пассивного бодрствования с проведением ритмической фотостимуляции и дневного сна продемонстрировал соответствующую возрастной норме ритмическую активность. Стадии сна дифференцируются. Физиологические паттерны сна выражены. Во второй стадии сна регистрируется региональная эпилептиформная активность в виде комплексов острая–медленная волна (ОМВ) в правой теменно-центральной области и вертексном регионе (рис. 2).

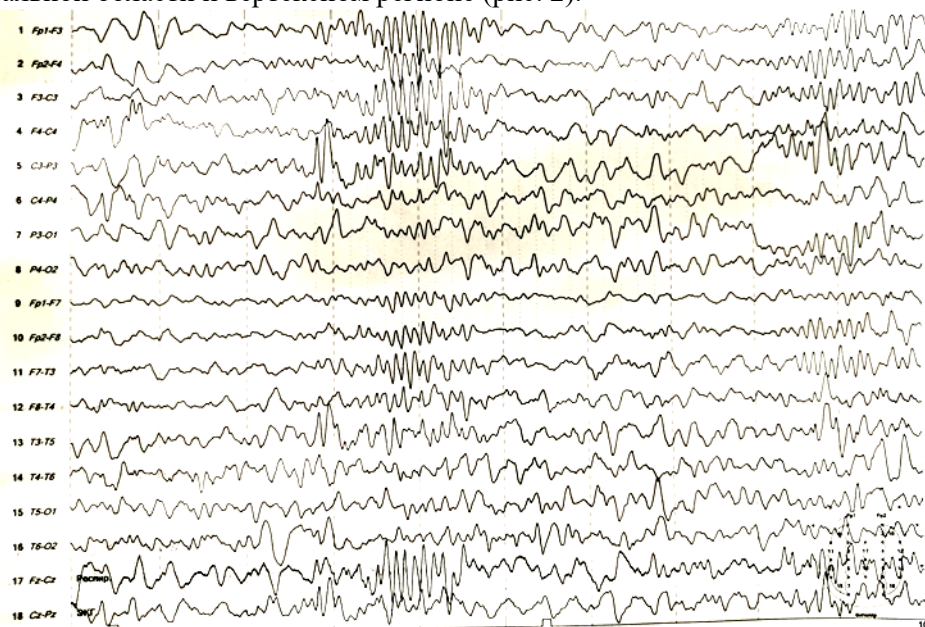


Рисунок 2. Фрагмент ЭЭГ девочки Г. в 2 года 1 месяц. В ходе мониторинга эпилептических приступов и их ЭЭГ-паттернов зарегистрировано не было.

С учетом клинической картины в виде наличия спонтанных стереотипных повторяющихся судорожных приступов с утратой сознания и изменениями на ЭЭГ, сформулирован диагноз: Синдром Прадера—Вилли. Генетическая фокальная эпилепсия, фокальные приступы с эволюцией в билатеральные тонико-клонические. В качестве антиэпилептической терапии (АЭТ) назначена вальпроевая кислота в гранулах из расчета 38.5 мг/кг/сут.

Через 10 дней от начала введения АЭТ проведён повторный ЭЭГ мониторинг в течение 40 мин. в состоянии кратковременного пассивного бодрствования и дневного сна. В ходе мониторингирования во сне зарегистрирована ЭА в виде комплексов «ОМВ» в левых центрально-теменно-средневисочных отведениях, а так же единичный разряд с акцентом в лобно-височных отделах продолжительностью до 1,5сек. Таким образом, на фоне АЭТ имела место положительная динамика в виде снижения индекса представленности эпилептиформной активности. Приступы не повторялись.

С 2 лет 2 мес. делает первые самостоятельные шаги, начала самостоятельно ходить с 2 лет 7 мес.

Контрольный ЭЭГ видео-мониторинг осуществлялся в возрасте 2 лет 9 мес. Эпилептиформной активности не зарегистрировано. Продолжает принимать вальпроевую кислоту в прежней дозе. Таким образом, можно свидетельствовать о полной клинико-электроэнцефалографической ремиссии продолжительностью 8 мес.

Прием соматропина осуществляется непрерывно в дозе 0,3 мг (0,04 мг/кг) в сутки.

Для исключения обструктивного апноэ сна, характерного для синдрома Прадера—Вилли, в возрасте 2 лет 9 мес. проведено полисомнографическое исследование. Эпизодов апноэ/гипопноэ сна не выявлено.

На момент последнего осмотра в возрасте 2 года 11 мес. девочка начала посещать детский, адаптация прошла успешно.

Обсуждение. Представленный клинический пример носит, безусловно, частный, казуистический характер. Между тем, настоящий случай ставит ряд вопросов, осмысление которых выходит за пределы данного описания.

Девочка Г. имеет верифицированный PWS с типичной клинической манифестацией, однако механизмы формирования симптоматики неясны.

1. Помимо дефицита СТГ, у ребенка выявлено снижения уровня IGF1. Инсулиноподобный фактор роста I (insulin-like growth factor 1; IGF-I) участвует в регуляции процессов роста, развития и дифференцировки клеток и тканей организма, является важнейшим эндокринным посредником действия соматотропного гормона, поэтому имеет второе название - соматомедин С. IGF-I производится гепатоцитами печени в ответ на стимуляцию их соматотропиновых рецепторов. В периферических тканях именно IGF-I обеспечивает практически все физиологические эффекты соматотропного гормона. В литературе активно обсуждается роль IGF-I как в патогенезе формирования клинических проявлений PWS, так и в качестве мониторинга эффективности лечения пациентов с PWS [21].

IGF1 является существенным звеном в mTOR-сигнальной системе, обладая свойством стимулировать рост и дифференциацию нервной системы, синапто-

генез, а также блокировать апоптоз [4, 26].

Дефицит IGF1 у пациентки, в соответствии с этим, может быть одной из причин грубой задержки психомоторного развития.

2. Методы нейровизуализации выявили у пациентки дисгенезию мозолистого тела. В данном случае связь PWS и порока развития мозга неясна, поскольку при рассматриваемом заболевании риск развития мальформаций возрастает в 5.4-18.7 раз [43], среди которых упоминается и указанная дисгенезия. Соответственно затруднительно однозначно утверждать, является ли неврологический дефект у ребенка следствием чисто генетической аберрации, независимого порока развития мозолистого тела или микроделеция вызвала дисгенезию с последующим формированием психоневрологических расстройств.

3. В проведенном исследовании впервые в России использована методика видеозаписи генерализованных движений при PWS. GMs при данном заболевании изучали в единичных работах. Известно, что еще внутриутробно определяют снижение GMs у плодов с последующей верификацией PWS [20]. В исследовании J.Pansy et al. [36] показано, что у ребенка с PWS отмечены ненормальные GMs в первые две недели жизни с отсутствием формирования движений fidgety к 11 неделям постнатальной жизни и их поздним возникновением от 17 до 27 недель. В приводимом случае, GMs первого типа – writhing -не были оценены в связи с поздним поступлением ребенка в стационар, однако GMs второго типа – fidgety -оказались ненормальными.

В настоящее время доказано, что видеозапись GMs является методом с высокой прогностической ценностью. Будучи изначально использованным для ранней диагностики развития детского церебрального паралича [9, 33], он оказался эффективным инструментом в прогнозе исходов ряда инфекций [6, 35], болезней обмена [7], генетических заболеваний [12, 29, 30], расстройств аутистического спектра [13, 15, 47], синдрома дефицита внимания и гиперактивности [24]. В соответствие с концепцией H.F.R.Prechtl [14] GMs модулируются центральными (эндогенными) паттерн-генераторами. Наиболее диагностически значимым периодом в динамике GMs является период «основной неврологической трансформации» (48-60 недель постменструального возраста), в рамках которого оценивают характер движений fidgety. Нарушения этих GMs является предиктором формирования неврологического дефицита и психопатологических нарушений [4, 14]. У обследованной девочки Г. были выявлены ненормальные, резкие, неравномерные по скорости fidgety, что явилось ранним маркером дальнейших нарушений психомоторного развития.

4. Отдельного обсуждения требует вопрос о сочетании эпилептических припадков с PWS. PWS и синдром Ангельмана (Angelman syndrome - AS) считаются «сестринскими» расстройствами импринтинга. Хотя в обеих ситуациях врожденные нарушения развития нервной системы имеют дисфункцию хромосомы 15q11.3-q13, их молекулярные механизмы различаются из-за геномного импринтинга, что приводит к различной экспрессии исходных генов [17].

У 90% пациентов с AS молекулярные механизмы индуцируют дисфункцию убиквитин-протеинлигазы E3A, изменяющей функциональное состояние ГАМКергических систем. Эпилептические припадки в структуре AS являются

одним из главных проявлений заболевания. PWS сопряжен с множественными дисфункциями отцовских генов, в том числе в MKRN3, MAGEL2, NDN, SNURF-SNPRPN, NPAP1 и кластером генов ядерных РНК.

Припадки у пациентов с PWS развиваются в 4–33%, по данным различных авторов [42, 46].

По клинической феноменологии у пациентов с PWS доминируют генерализованные судорожные приступы, включая фебрильные и генерализованные тонико-клонические припадки (ГТКП). Большинство исследований не выявляет на ЭЭГ типичного, специфического паттерна для PWS. Межприступные записи ЭЭГ выявляют фокальные, мультифокальные или генерализованные эпилептиформные разряды в зависимости от типа приступа. Иктальяная активность регистрируется в виде генерализованных спайк-волн, связанных с ГТКП, подтверждая, что этот вид приступов чаще встречается у пациентов с PWS и эпилепсией [16].

Большинство приступов при PWS развивается в возрасте до 6 лет и имеет доброкачественное течение [23, 44].

В представленном клиническом наблюдении у девочки с PWS имелись генерализованные тонико-клонические приступы с региональной эпилептиформной активностью в виде комплексов «ОМВ» в правой теменно-центральной области и вертексном регионе. Приступы контролируются противосудорожными препаратами (вальпроевой кислотой). Клинико-электрографическая ремиссия 8 мес.

Таким образом, анализ раннего развития ребенка с PWS позволяет предположить как минимум три механизма возникновения неврологического дефицита и формирования задержки моторики, психики и речи, свойственных этому заболеванию.

1. Дефицит IGF1, приводящий к нарушению нейрогенеза.

2. Зависимая (или независимая) от первичной хромосомной аберрации дисгенезия мозолистого тела

3. Нарушение центральных (эндогенных) паттерн-генераторов, определяющих раннее развитие младенца и проявляющееся в изменениях GMs в период «основной неврологической трансформации».

Особенностью клинического наблюдения является формирование генетической фокальной эпилепсии с фокальными приступами с эволюцией в билатеральные тонико-клонические в структуре PWS и на фоне дисгенезии мозолистого тела.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богова Е.А., Волеводз Н.Н., Ильин А.В. и др. Гипергрелинемия при синдроме Прадера-Вилли // Проблемы Эндокринологии. 2014. 60 (3). С. 30-37.
2. Журба Л.Т., Мастюкова Е.А. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. М.: Медицина, 1981. 271 с.
3. Клиническая генетика / В.Н. Горбунова, Д.Л. Стрекалов, Е.Н. Суспицын и соавт. СПб.: Фолиант, 2015. 400 с.
4. Пальчик А.Б. Лекции по неврологии развития. М.: МЕДПрессинформ, 2017. 413 с.
5. Тозлиян Е.В. Синдром Прадера–Вилли в практике педиатра // Практика

педиатра. 2014. Март-апрель. С. 2-39.

REFERENCES

1. Bogova E.A., Volevodz N.N., Il'in A.V. i dr. Gipergrelinemiya pri sindrome Pradera-Villi // Problemy E'ndokrinologii. 2014. 60 (3). S. 30-37.
2. Zhurba L.T., Mast'yukova E.A. Narushenie psikhomotornogo razvitiya detej pervogo goda zhizni. M.: Mediczina, 1981. 271 s.
3. Klinicheskaya genetika / V.N. Gorbunova, D.L. Strekalov, E.N. Suspiczy'n i soavt. SPb.: Foliant, 2015. 400 s.
4. Pal'chik A.B. Lekczii no nevrologii razvitiya. M.: MEDPressinform, 2017. 413 s.
5. Tozliyan E.V. Sindrom Pradera-Villi v praktike peditra // Praktika peditra. 2014. Mart-aprel'. S. 2-39.
6. Brasil, P. Zika virus infection in pregnant women in Rio de Janeiro/ P. Brasil, J.P. Pereira, M.E. Moreira et al. // Engl J Med. – 2016. - 375(24). - P. 2321–2334.
7. Bruggink, J.L. Pilot use of the early motor repertoire in infants with inborn errors of metabolism: outcomes in early and middle childhood / J.L. Bruggink, F.J. van Spronsen, B.J. Wijnberg-Williams et al. // Early Human Development. – 2009. - 85(7). – P. 461–465.
8. Butler, MG Thyroid function studies in Prader-Willi syndrome / M.G. Butler, M. Theodoro, J.D. Skouse // J Med Genet A. – 2007. - 143(5). – P. 488-492.
9. Cerebral Palsy: Science and Clinical Practice. Clinics in Developmental Medicine / B. Dan, M. Mayston, N. Paneth et al. – London.:Mac Keith Press, 2014. - 692 p.
10. Çizmecioglu, F.M. Neonatal Features of the Prader-Willi Syndrome; The Case for Making the Diagnosis During the First Week of Life / F.M. Çizmecioglu, J.H. Jones, W.F. Paterson et al. // J Clin Res Pediatr Endocrinol. – 2018. – Sep. - 10(3). – P. 264–273.
11. Crinò, A Update on Diabetes Mellitus and Glucose Metabolism Alterations in Prader-Willi Syndrome / A.Crinò, G. Grugni // Curr Diab Rep. – 2020. - Feb 6. - 20(2). – P. 7.
12. Einspieler, C Early behavioural manifestation of Smith-Magenis syndrome (del 17p11.2) in a 4-month-old boy/ C.Einspieler, H. Hirota, M. Yuge et al. // Dev Neurorehabil. – 2012. - 15(4). – P. 313–316.
13. Einspieler, C. Abnormal general movements in girls with Rett disorder: the first four months of life / C. Einspieler, A.M. Kerr, H.F. Prechtl // Brain and Development. – 2005. - 27. - P.8–13.
14. Einspieler, C. Prechtl's Method on Qualitative Assessment of General Movements in Preterm, Term and Young Infants / C. Einspieler, H.F.R. Prechtl, A.F.Bos et al // Clinics in Developmental Neurology. - N167. - Mac Keith Press. - 2004. – P.91.
15. Einspieler, C. Highlighting the first 5 months of life: general movements in infants later diagnosed with autism spectrum disorder or Rett syndrome / C. Einspieler, J. Sigafos, K.D. Bartl-Pokorny et al // Res Autism Spectr Disord. - 2014. - 8(3). – P.286–291.
16. Fan, Z. Characteristics and frequency of seizure disorder in 56 patients with

Prader-Willi syndrome / Z. Fan, R. Greenwood, A. Fisher et al. // American Journal of Medical Genetics Part A.-2009. - 149A. – P.1581–1584.

17. Ferreira, I. R. A rapid and accurate methylation-sensitive high-resolution melting analysis assay for the diagnosis of Prader Willi and Angelman patients / I. R. Ferreira, W.D.d S. Cunha, L.H.F.Gomes, et al. // Molecular Genetics and Genomic Medicine.- 2019 Jun. - 7(6).- P.637.

18. Ferrari, F. Qualitative changes of general movements in preterm time with brain lesions / F. Ferrari, G. Cioni, H.F.R. Prechtl // Early Human Development. – 1990. – 23. – P. 193–233.

19. Festen, D.A.M. Psychomotor Development in Infants with Prader-Willi Syndrome and Associations with Sleep-Related Breathing / D.A.M. Festen, M. Wevers, A.I.W.de Weerd et al. // Disorders Pediatric Research. - 2007. – vol. 62. – P. 221–224.

20. Fong, B. F. Obstetric aspects of the Prader–Willi syndrome / B.F. Fong, J. I. P. de Vries // Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. – 2003. – Vol.21. - P.389-392.

21. Gaddas, M, Evaluation of IGF1 / IGFBP3 Molar Ratio as an Effective Tool for Assessing the Safety of Growth Hormone Therapy in Small-for-gestational-age, Growth Hormone-Deficient and Prader-Willi Children / M. Gaddas, L. Périn, Y. Le Bouc // J Clin Res Pediatr Endocrinol. – 2019. – Sep. - 3;11(3). – P. 253-261.

22. Gantz, MG Food and Non-Food-Related Behavior across Settings in Children with Prader-Willi Syndrome / M.G. Gantz, S.M. Andrews, A.C. Wheeler // Genes (Basel). – 2020. - Feb 17. - 11(2). – P. 204.

23. Gilboa, T. Epilepsy in Prader-Willi syndrome: Experience of a national referral centre / T. Gilboa, V. Gross-Tsur // Developmental Medicine and Child Neurology. – 2013. – 55. – P.857–861.

24. Hadders-Algra, M. Quality of general movements in infancy is related to neurological dysfunction, ADHD, and aggressive behavior / M. Hadders-Algra, A.M. Groothuis // Dev. Med. Child. Neurol. – 1999. – 41. – P. 381–391.

25. Kainer, F. Prenatal and postnatal assessment of general movements in infants of women with type1 diabetes mellitus / F. Kainer, H. F. R. Prechtl, H. Engele et al // Early Human Development. — 1997. —Vol. 50. — P. 13–25.

26. Lee, D.Y. Roles of mTOR signaling in brain development / D.Y. Lee // Exp. Neurobiol. -2015. - 24(3). – P. 177-185.

27. Li, C Clinical practice guidelines for Prader-Willi syndrome / C. Li, B. Xie, Y. Shen // Writing Group For Practice Guidelines For Diagnosis And Treatment Of Genetic Diseases Medical Genetics Branch Of Chinese Medical Association. – 2020. – Mar. - 10;37(3). – P.318-323.

28. Manning, K. E. Novel insights into maladaptive behaviours in Prader–Willi syndrome: serendipitous findings from an open trial of vagus nerve stimulation / K. E. Manning, C. J. McAllister, H. A. Ring et al. // Intellect Disabil Res.- 2016. Feb.- 60(2).- P. 149–155.

29. Marschik, P.B. General movements in genetic disorders: a first look into Cornelia de Lange syndrome / P.B. Marschik, M. Soloveichick, C. Windpassinger et al // Dev Neurorehabil. -2015. - 18(4). – P.280–282.

30. Mazzone, L. The general movements in children with Down syndrome / L. Mazzone, D. Mugno, D.Mazzone // Early Human Development. – 2004. - 79(2). –

P.119–130.

31. Méndez-Rosado, LA Algorithm for the diagnosis of patients with neurodevelopmental disorders and suspicion of a genetic syndrome / L.A. Méndez-Rosado, D. García, O. Molina-Gamboa et al. // Arch Argent Pediatr. – 2020. – Feb. - 118(1). – P.52-55.

32. Munné-Miralvés, C. Oral disorders in children with Prader-Willi syndrome: a case control study / C. Munné-Miralvés, L. Brunet-Llobet, A. Cahuana-Cárdenas et al. // Rare Dis.- 2020. – Feb. - 10;15(1). – P. 43.

33. Novak, I. Accurate Diagnosis and Early Intervention in Cerebral Palsy: Advances in Diagnosis and Treatment / I. Novak, C. Morgan, L. Adde et al. // JAMA Pediatr. – 2017. - Sep 1. - 171(9). - P. 897–907.

34. Oto, Y. Effects of growth hormone treatment on thyroid function in pediatric patients with Prader-Willi syndrome / Y. Oto, N. Murakami, K. Matsubara et al. // Am J Med Genet A. – 2020. – Apr. - 182(4). – P. 659-663.

35. Palchik, A.B. Intra-uterine exposure to maternal opiate abuse and HIV: the impact on the developing nervous system / A.B. Palchik, C. Einspieler, I.V. Evstafeyeva et al. // Early Human Development. – 2013. - 89(4). – P. 229–235.

36. Pansy, J. Early motor and pre-linguistic verbal development in Prader-Willi syndrome / J. Pansy, C. Barones, B. Urlesberger et al. // A case report. Res Dev Disabil. – 2019. - May. -88. – P.16-21.

37. Prader, A. Ein Syndrom von Adipositas, Kleinwuchs, Kryptorchismus und Oligophrenie nach Myotonieartigem Zustand im Neugeborenenalter / A. Prader, A. Labhart, H. Willi // Schweiz. Med. Wschr. — 1956. —P. 1260—1261.

38. Queiroga, T.L.O. A questionnaire study on sleep disturbances associated with Prader-Willi syndrome / T.L.O. Queiroga, D. Damiani, M.C. Lopes et al. // J Pediatr Endocrinol Metab. – 2020. – Mar. – 26. - 33(3) – P. 397-401.

39. Saitoh, S. Clinical spectrum and molecular diagnosis of Angelman and Prader-Willi syndrome patients with an imprinting mutation / S. Saitoh, K. Buiting, S.B. Cassidy et al. // American journal of medical genetics.- 1997.-68(2).- P.195.

40. Scheimann, A What is the global prevalence of Prader-Willi syndrome (PWS)? / A.Scheimann, L.O. Rohena // Medscape. – 2018. - Oct 10.

41. Su, Y. Differences in Aerobic Fitness between an Obese Adolescent with Prader-Willi Syndrome and Other Obese Adolescents and Exercise Training Results / Y. Su, H. Huang, S. Tuan // Int J Environ Res Public Health. – 2020. – Feb. - 26;17(5). - P.1496.

42. Takeshita, E. Evaluating the frequency and characteristics of seizures in 142 Japanese patients with Prader-Willi syndrome / E.Takeshita, N. Murakami, R. Sakuta et al. // American Journal of Medical Genetics Part A. – 2013. - 161A.- P.2052–2055.

43. Torrado, M. Change in prevalence of congenital defects in children with Prader-Willi syndrome / M. Torrado, M.E. Foncuberta, M.F. Perez et al. // Pediatrics. – 2013. - Feb. -131(2). – P. 544-549.

44. Verrotti, A. Long-term outcome of epilepsy in patients with Prader-Willi syndrome / A. Verrotti, R. Cusmai, D. Laino et al. // Journal of Neurology. - 2015. – 262. – P. 116–123.

45. Vogels, A. Minimum prevalence, birth incidence and cause of death for

Prader-Willi syndrome in Flanders / A. Vogels, J. Van Den Ende, K. Keymolen et al. // *European Journal of Human Genetics*. – 2004. - Vol. 12. - P.238–240

46. Wang, P.J. Electroclinical characteristics of seizures-comparing Prader-willi syndrome with Angelman syndrome / P.J. Wang, J.W. Hou, W.C. Sue et al. // *Brain and Development*. – 2005. – 27. – P.101–107.

47. Zappella, M. What do home videos tell us about early motor and socio-communicative behaviours in children with autistic features during the second year of life – an exploratory study / M. Zappella, C. Einspieler, K.D. Bartl-Pokorny et al. // *Early Human Development*. – 2015. - 91(10). – P.569–575.

N.A. Savelyeva¹, A.B. Palchik², T.P. Kalashnikova¹
FEATURES OF THE EARLY DEVELOPMENT OF A CHILD
WITH PRADER-WILLI SYNDROME AND EPILEPSY

¹Perm State Medical University named after E. A. Wagner (Perm), ²St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint-Petersburg).

Summary. The uniqueness of the clinical observation in a patient with genetically verified Prader-Willi syndrome (PWS) is due to the combination of the underlying disease with corpus callosum dysgenesis, the formation of genetic focal epilepsy, with focal seizures with evolution to bilateral tonic-clonic. For the first time in Russia, the method of video recording of generalized movements (GMs) was used, which has a high prognostic value. The effectiveness of combining the timely introduction of parenteral somatotrophic hormone into the patient's treatment regimen with early intervention techniques has been demonstrated.

Keywords: Prader-Willi syndrome, generalized movements, electroencephalography, epilepsy, early age, growth hormone.

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ «ЗАПОЙНЫХ» ВАРИАНТОВ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ (КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ОЧЕРК)

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования (Москва).

Резюме. В статье представлен взгляд на патопсихологические механизмы формирования таких форм нервной анорексии и нервной булимии, которые, возникая по естественным психологическим механизмам в контексте подростковой инициации, в дальнейшем трансформируются в патологическое поведение с качеством зависимости, аналогичным таковому при алкоголизме и социальных аддикциях.

Ключевые слова: нервная анорексия, нервная булимия, инициация, потребность, мотив, цель, условия, зависимость.

Отрицательные эмоции, связанные с фрустрацией пищевой потребности (обеспечивающейся краткосрочно-примитивным индивидуальным поведением) при определенных условиях способны с лихвой перекрываться положительными эмоциями, спаянными с различными аспектами долгосрочного рационализированного аноректического поведения (в структуре иерархически более высоких социальных потребностей). Такая эмоциональная насыщенность располагает к приобретению данным инстинктивно-личностным образованием «запойного» характера в результате проделывания им типичной патопсихологической динамики «сдвига мотива на цель, а цели на условие» (по Б.В. Зейгарник) [5] превращающей аноректическое поведение, как и поведение при прочих патологических зависимостях (как химических, так и нехимических) в фиктивную самоцель. Указанная закономерность заслуживает специального рассмотрения.

Сразу же следует оговориться, что компульсивная булимия как вариант отрицательной динамики изначально компенсаторного переедания весьма напоминает химическую аддикцию и патологические привычные действия которые наблюдаются у животных и носят преимущественно примитивно-бездумный характер [5]. Поведенческая программа получения удовольствия при этом – непосредственно-краткосрочная («Зачем ждать, когда курица снесет золотые яйца, если кушать хочется сейчас!?»). Между тем хроническая анорексия (с ее долговременной поведенческой программой) имеет «идеологическую» и волевую подпитку, т. е. формируется с большим участием лобной коры. И в этом смысле она тяготеет к тому, что называется «метафизической интоксикацией» в ее интрапунитивном (направленном на себя) варианте. Экстрапунитивный (социально направленный) вариант рассматриваемой ниже патологической динамики рационализированных инстинктов представлен так называемым «запойным реформаторством» [12], наглядно проявившим себя в годы «перестройки».

Алгоритм мотивационно-потребностной динамики формирования аддиктивного, «запойного» похудения можно представить в следующем виде. Изначальное поведение подростка, недовольного своей внешностью, определяется нормальной психологической структурой, включающей обязательные для этого возраста реак-

ции эмансипации, группирования, увлечения (хобби-реакции), реакции, связанные с формирующимся половым влечением (по А.Е. Личко [7]). Одна из **ведущих потребностей** в этом возрасте – **социальное самоутверждение**. Она тем более выражена, чем более структура темперамента, характера и личности ее носителя определяется страстностью, аффективной ригидностью, бескомпромиссностью, честолюбием и перфекционизмом, что создает предрасположенность к возникновению доминирующих и сверхценных образований («от любви до ненависти»).

Поведенческая реализация указанной потребности базируется на таких филогенетических модулях пубертатной инициации, как: «подчинение–возвышение» – сочетание слепого следования групповым ценностям, имиджу кумира, идеалу (навязанному СМИ или вымышленному самим подростком) и вызывающе-горделивой дискредитации естественных законов. В том числе законов, определяющих индивидуальную физическую конституцию, бинарную гендерную оппозицию, гетеросексуальность и проч.; «оппозиционирование взрослым» (демонстративное неприятие идеалов старшего поколения); «укрощение плоти» (шрамирование, самоповреждения, голодание); «общеподростковый танатотропизм» (смерть в качестве ребенка как условие возрождения в качестве взрослого) [13].

Психологический анализ деятельности и связанной с ней личностной динамики может опираться на онтогенетические или патологические изменения мотивов и, в частности, таких их основных характеристик, как *опосредованный характер* и *иерархичность построения* [1, 6]. В патологии наблюдаются две группы фактов: нарушение иерархии мотивов и формирование новой (патологической) потребности. При этом механизм зарождения патологической потребности идентичен с ее образованием в норме, однако болезнь создает иные, чем в нормальном развитии, условия для дальнейшего ее формирования [5, 12]. Психологическая иерархия, обеспечивающая удовлетворение указанной выше ведущей потребности, выглядит изначально таким образом.

Мотив – вызвать к себе интерес и признание окружающих за счет демонстрации собственной совершенности.

Цель – достижение физического идеала («строительство» нового тела).

Условие – разрушение старой телесности.

Возрастной и индивидуально-личностный максимализм препятствует компромиссному улучшению того, что уже есть. Культурной метафорой обозначенной структуры являются слова революционного гимна: «Весь мир насилия мы разрушим до основания, а затем мы наш, мы новый мир построим. Кто был ничем – тот станет всем», которые с искренним воодушевлением распевали совершенно здоровые люди. Далее следует патопсихологическая трансформация указанной структуры, типичная для любой зависимости (химической, психологической, компьютерной, социальной) [2, 10].

При «сдвиге мотива на цель» сам процесс «строительства нового тела» движет усилиями подростка, поскольку возникший и демонстрируемый окружающими интерес к его меняющейся внешности (пусть даже без признания) автоматически воспринимается как наглядный результат успешности его самоутверждающей деятельности. При «сдвиге цели на условие» само по себе разрушение старого тела (как логическое условие строительства нового – «сначала

следует расчистить стройплощадку») начинает восприниматься как подтверждение того, что все идет по плану и в нужном направлении. Критика родителей и окружающих, указания на возникшие проблемы со здоровьем воспринимаются как непонимание того, что «Москва не сразу строилась» и что ради будущего счастья «временно стоит потерпеть». Быстрая и непосредственная обратная связь (взвешивание, визуальный контроль, виснувшая на теле одежда) свидетельствующая о высокой результативности собственных усилий («ломать – не строить») формирует уверенность в приближении к удовлетворению потребности в социально утверждающей самореализации. Это, в соответствии с потребностно-информационной теорией эмоций П.В. Симонова [11], еще более вдохновляет на саморазрушительную активность вплоть до «упоения битвой со старым», подменяющей первичный мотив подростка. Признания окружающими уже не требуется, поскольку патопсихологическая динамика формирования зависимости завершилась. «Духом окрепнув в борьбе» запойный аноректик активно ищет все новые и новые «объекты» (талиа, грудь, живот, бедра, вплоть до замены первоначального общепринятого образца женской красоты собственным - лишенным всех округлостей и в профиль похожим на спичечный коробок), подлежащие разрушению. Именно разрушению, а не совершенствованию того, что было, поскольку «косметический ремонт» не столь заметен и не гарантирует безусловного самоутверждения в отличие от «капитального». Это позволяет не переставать испытывать от процесса ликвидации прежнего тела позитивные «творческие» эмоции. Последние вполне перекрывают горечь непонимания и непризнания окружающими. Тем более что осуждение чаще всего исходит от родителей и взрослых, оппозиция которым, как уже было показано, заложена в возрастных детерминантах поведения, и это лишь «подливает масла в огонь». Критика же со стороны сверстников защитно расценивается как зависть. Горе-реформатор собственного тела живет уже «искусством ради искусства», точнее разрушением ради разрушения. Получаемое при этом воодушевление (в совокупности с положительными эмоциями, сопровождающими реализацию прочих модулей подростковой инициации) способно какой-то период в значительной степени конкурировать с общим, базовым депрессивным аффектом, создавая его атипичность и даже временно перекрывать его гипоманиакальными эпизодами. В этом смысле зависимое аноректическое поведение подростков аналогично алкоголизации, как стихийно-народному («Пей – тоска пройдет») самолечению при эндогенной, соматогенной или психогенной депрессии у взрослых, конечная безуспешность которого хорошо известна.

В случае же утраты сверхценно-идейной зависимостью доминирующей роли в силу тех или иных причин регрессивно актуализируется пищевой инстинкт, что реализуется в альтернативном, но также эмоционально насыщенном булимическом поведении, хотя и более примитивном (краткосрочном) и потому не требующем столь большого и энергозатратного волевого напряжения, как при аноректическом поведении. Этим объясняется способность еще более легкого приобретения булимией характера пищевого «запоя». Булимический эксцесс нередко заканчивается вызыванием рвоты, также краткосрочным реактивным поведением, мотивируемым чувством вины за допущенный срыв. Рестриктивное (ограни-

чительное) поведение при хронической анорексии без эпизодов компульсивного переедания является более сложным в эмоционально-мотивационном смысле. Оно больше напоминает поведение не «чистого» алкоголика, а больного с алкогольным бредом ревности. Если обратная связь, получаемая при взвешивании, достоверно негативна для пациента (прибавка в весе информирует об удалении от удовлетворения потребности), реактивный ответ может быть аналогичным описанному выше либо проявиться в несуицидальном самоповреждающем (самонаказующем) поведении, поскольку определяется негативными эмоциями с тем же чувством вины. Тогда же, когда обратная связь (представленная снижением веса) субъективно-позитивна, сигнализирует о приближении к цели (сдвинутой на условие), потребностно-информационный эффект [11] определяет возникновение положительных эмоций, вдохновляющих на более изощренные, рационализированно-долговременные формы контроля питания и поиск новых объектов собственного тела, нуждающихся в реформировании. Это подобно фанатичному поиску алкоголиком с бредом ревности новых доказательств супружеской неверности.

Если продолжить сравнение РПП с химической зависимостью и обратиться к подразделению наркотиков на «тормозящие» (героин) и «возбуждающие» (кокаин), прием которых мотивируется разными потребностями – коррекция эмоционально-негативного состояния либо стимуляция эмоционально-позитивного состояния [4], то булимическое поведение следует рассматривать как аналогию первой модели, а анорексическое – второй. Иными словами, перенасыщение пищей представляет собой психологическую защиту от избытка негативных эмоций при стрессе и тревожно-тоскливой депрессии, а отказ от пищи копинг-стратегию (совладающее поведение), направленную на выход из экзистенциального кризиса и апатической депрессии [9]. Можно предположить, что в случае приобретения РПП качества зависимости, психотерапевтическое воздействие на рассмотренные эмоционально-мотивационные предпосылки (безусловно связанные с конституционально-характерологическим своеобразием пациентов и стилем их воспитания [3, 8]) также должны быть дифференцированными. Кому-то показано кодирование, аверсивная бихевиоральная и «порка-терапия», а кому-то – военно-спортивные лагеря, «школы выживания» и экстремальный спорт. При этом трудотерапия как обязательный атрибут взросления универсально показана во всех случаях.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Божович Л.И. Проблема развития мотивационной сферы ребенка // Изучение мотивации поведения детей и подростков / под ред. Л.И. Божович и Л.В. Благоннадеждиной. М.: Педагогика, 1972. С. 22-29.
2. Бухановский А.О., Солдаткин В.А. Зависимость // Психиатрия. Ростовская научно-педагогическая школа: Учебник / Под ред. В.А. Солдаткина. Ростов н/Д: Профпресс, 2016. С. 680-763.
3. Воробьева Е.В., Нимченко А.Д. Диагностика когнитивно-поведенческих и личностных особенностей лиц с расстройством пищевого поведения // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 110-летию С.Я. Рубинштейн). Сборник мат-лов Третьей Всероссийской научно-практ. конф. с международным участием 25-26 ноября 2021 г. / под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рошиной. М.: МГППУ, 2021. С. 34-36.

4. Гречаный С.В. Расстройства поведения у подростков, сочетающиеся с употреблением психоактивных веществ (клинико-динамический и адаптационно-личностный аспекты). Дисс... докт. мед. наук. СПб, 2015. 716 с.

5. Зейгарник Б.В. Патопсихология. Изд-е 2-е. М.: Изд-во Московского университета, 1986. 287 с.

6. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. М.: Изд. МГУ, 1972. 576 с.

7. Личко А.Е. Подростковая психиатрия: (Руководство для врачей). Изд. 2-е, доп. и перераб. Л.: Медицина, 1985. 416 с.

8. Мешкова Т.А., Михайленко Н.Н. Влияние родителей и сверстников на отношение к телу и пищевое поведение девушек студенческого возраста: апробация нового диагностического инструментария и пилотное исследование // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 110-летию С.Я. Рубинштейн). Сборник мат-лов Третьей Всероссийской научно-практ. конф. с международным участием 25-26 ноября 2021 г. / под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Роциной. М.: МГППУ, 2021. С. 211-213.

9. Набиуллина Р.Р., Тухтарова И.В. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция): Учебное пособие. Казань: Казанская государственная медицинская академия, 2003. 99 с.

10. Самохвалов В.П., Самохвалова О.Е. Этологические и нейробиологические аспекты аддиктологии // Руководство по аддиктологии / Под ред. В.Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007. С.127-139.

11. Симонов П.В. Информационная теория эмоций // Психология эмоций / Под ред. В.К. Виллюнаса, Ю.В. Гиппенрейтер. М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1984. С.178-185.

12. Шевченко Ю.С. Патопсихологические механизмы запойного реформаторства. // Актуальные вопросы и достижения современной антропологии. Ч.2.: сб. мат-лов III Международной конф. 30 сент.-1 октября 2010 г. / под ред. Н.Д. Вавилина. Горно-Алтайск: Изд-во Сибпринт, 2010. С. 121-124.

13. Шевченко Ю.С. Подростковая инициация: этолого-психиатрические аспекты // Клиническая психотерапия (инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели) / Под ред. проф. Ю.С. Шевченко. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2018. С. 56-75.

REFERENCES:

1. Bozhovich L.I. Problema razvitiya motivaczionnoj sfery` rebenka // Izuchenie motivaczii povedeniya detej i podroستkov / pod red. L.I. Bozhovich i L.V. Blagonadezhdinov. M.: Pedagogika, 1972. S. 22-29.

2. Bukhanovskij A.O., Soldatkin V.A. Zavisimost` // Psikhiatriya. Rostovskaya nauchno-pedagogicheskaya shkola: Uchebnik / Pod red. V.A. Soldatkina. Rostov n/D: Profpress, 2016. S. 680-763.

3. Vorob`eva E.V., Nimchenko A.D. Diagnostika kognitivno-povedencheskikh i lichnostny`kh osobennostej licz s rasstrojstvom pishhevogo povedeniya // Diagnostika v medicinskoj (klinicheskoy) psikhologii: tradiczii i perspektivy` (k 110-letiyu S.Ya. Rubinshtejn). Sbornik mat-lov Tre`ej Vserossijskoj nauchno-prakt. konf. s mezhdunarodny`m uchastiem 25-26 noyabrya 2021 g. / pod red. N.V. Zverevoy, I.F. Roshhinoj. M.: MGPPU, 2021. S. 34-36.

4. Grechany`j S.V. Rasstrojstva povedeniya u podrostkov, sochetayushhiesya s upotrebleniem psikhoaktivny`kh veshhestv (kliniko-dinamicheskij i adaptaczionno-lichnostny`j aspekty). Diss... dokt. med. nauk. SPb, 2015. 716 s.

5. Zejgarnik B.V. Patopsikhologiya. Izd-e 2-e. M.: Izd-vo Moskovskogo universiteta, 1986. 287 s.

6. Leont`ev A.N. Problemy` razvitiya psikhiki. M.: Izd. MGU, 1972. 576 s.

7. Lichko A.E. Podrostkovaya psikhiaetriya: (Rukovodstvo dlya vrachej). Izd. 2-e, dop. i pererab. L.: Mediczina, 1985. 416 s.

8. Meshkova T.A., Mikhajlenko N.N. Vliyanie roditelej i sverstnikov na otnoshenie k telu i pishhevoe povedenie devushek studencheskogo vozrasta: aprobacziya novogo diagnosticheskogo instrumentariya i pilotnoe issledovanie // Diagnostika v mediczinskoj (klinicheskoy) psikhologii: tradiczii i perspektivy` (k 110-letiyu S.Ya. Rubinshtejn). Sbornik mat-lov Tret`ej Vserossijskoj nauchno-prakt. konf. s mezhdunarodny`m uchastiem 25-26 noyabrya 2021 g. / pod red. N.V. Zverevoj, I.F. Roshhinoj. M.: MGPPU, 2021. S. 211-213.

9. Nabiullina R.R., Tukhtarova I.V. Mekhanizmy` psikhologicheskoy zashhity` i sovladaniya so stressom (opredelenie, struktura, funkczii, vidy`, psikhoterapevticheskaya korrekcziya): Uchebnoe posobie. Kazan`: Kazanskaya gosudarstvennaya mediczinskaya akademiya, 2003. 99 s.

10. Samokhvalov V.P., Samokhvalova O.E. E`tologicheskie i nejrobiologicheskie aspekty` addiktologii // Rukovodstvo po addiktologii / Pod red. V.D. Mendelevicha. SPb.: Rech`, 2007. S.127-139.

11. Simonov P.V. Informaczionnaya teoriya e`moczij // Psikhologiya e`moczij / Pod red. V.K. Vilyunasa, Yu.V. Gippenrejter. M.: Izd-vo Mosk. Un-ta, 1984. S.178-185.

12. Shevchenko Yu.S. Patopsikhologicheskie mekhanizmy` zapojnogo reformatorstva. // Aktual`ny`e voprosy` i dostizheniya sovremennoj antropologii. Ch.2.: sb. mat-lov III Mezhdunarodnoj konf. 30 sent.-1 oktyabrya 2010 g. / pod red. N.D. Vavilina. Gorno-Altajsk: Izd-vo Sibprint, 2010. S. 121-124.

13. Shevchenko Yu.S. Podrostkovaya inicziaczija: e`tologo-psikhiaatricheskie aspekty` // Klinicheskaya psikhoterapiya (instinktivno-povedencheskie i nejropsikhologicheskie modeli) / Pod red. prof. Yu.S. Shevchenko. M.: OOO «Izdatel`stvo «Mediczinskoe informaczionnoe agentstvo», 2018. S. 56-75.

Yu.S. Shevchenko, V.V. Grachev

PATHOPSYCHOLOGICAL MECHANISMS OF FORMATION OF «BINGE» VARIANTS OF EATING DISORDERS (CLINICAL-PSYCOLOGICAL ESSAY)

Russian Medical Academy of Continuing Professional Education (Moscow).

Summary. The article presents the author's view on the pathopsychological mechanisms of the formation of such forms of anorexia nervosa and bulimia nervosa, which arise by natural psychological mechanisms in the context of adolescent initiation, are further transformed into pathological behavior with a quality of dependence similar to that of alcoholism and social addictions.

Keywords: anorexia nervosa, bulimia nervosa, initiation, need, motive, goal, conditions, addiction.

С.В. Давидовский¹, С.А. Игумнов², К.С. Козлов²
**НЕСУИЦИДАЛЬНЫЕ САМОПОВРЕЖДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ:
СОВРЕМЕННЫЕ КОНЦЕПЦИИ**

¹ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» (Минск, Республика Беларусь), ²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» (Москва).

Резюме. Несуицидальное самоповреждающее поведение (англ.: self-injurious thoughts and behaviors, или non-suicidal self-injury (NSSI)) определяется как повторяющееся, преднамеренное, прямое повреждение тела без суицидальных намерений, которое не является социально приемлемым. В настоящее время наряду с психопатологическими и психосоциальными факторами, рассматриваемыми в рамках интегративной теоретической модели развития и поддержки, выявлено несколько факторов биологического риска, обуславливающих суицидальное и самоповреждающее поведение (далее – СП): изменения в ключевых нейротрансмиттерных системах (серотонинергическая, полиаминовая стрессовая реакция, глутаматергическая и ГАМКергическая системы), астроглиальной дисфункции, фактору нейрональной пластичности, что подтверждает необходимость выделять из общего количества подростков и лиц молодого возраста, склонных к самоповреждающим формам поведения, когорты лиц, мотивированных к совершению жизнеопасных суицидальных действий. В настоящее время несуицидальное СП включено в раздел 3 DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) и отнесено к состояниям, рекомендованным для дальнейшего изучения.

Ключевые слова: суицидальное и СП, суицидальные намерения, международная классификация болезней, DSM-V, нейротрансмиттерные системы, подростки.

Введение. Несуицидальное самоповреждение (в английской транскрипции - self-injurious thoughts and behaviors, или non-suicidal self-injury – NSSI) определяется как повторяющееся, преднамеренное, прямое повреждение тела без суицидальных намерений, которое не является социально приемлемым [20, 46] и реализуется с целью уменьшить психологический дискомфорт. В последнее десятилетие во всем мире отмечается повышенный интерес к проблеме несуицидальных повреждений [6, 14].

Основные формы несуицидальных самоповреждений

Проявления несуицидальных самоповреждений чаще всего отмечаются в раннем подростковом возрасте, между 12 и 14 годами [41, 48]. Большинство исследователей отмечает, что суицидальное поведение у детей до 13 лет – редкое явление [55]. Начиная с 14-15-летнего возраста суицидальная активность резко возрастает, достигая максимума к 16-19 годам [1, 41, 48]. А.Г. Амбрумова и соавт., обследовав 770 детей, подростков и юношей с суицидальным поведением, установили, что в

допубертатном возрасте (до 13 лет) попытку самоубийства совершали 14,4%, в пубертатном (13-16 лет) – 51,3%, в постпубертатном (17-18 лет) – 33,8% [1]. Главным отличительным признаком СП от суицидальной попытки является отсутствие осознанного намерения лишить себя жизни. Следует учитывать, что некоторые не-суицидальные самоповреждающие действия, особенно в подростковом возрасте, могут приводить к смерти из-за неведения или неверного «расчета дозы».

Необходимо также помнить о том, что обе формы самоповреждений могут взаимно перекрываться: индивиды, совершающие суицидальные попытки (с осознанным намерением лишить себя жизни), могут также демонстрировать несуицидальное СП, и наоборот. В реальной клинической ситуации наличие суицидальных намерений часто очень сложно оценить даже специалисту с большим опытом практической работы, что является серьезным барьером в изучении данной проблемы. Поэтому, несмотря на то что СП является широко распространенным явлением, данные о его распространенности значительно различаются по странам и отдельным регионам. На показатели распространенности СП существенное влияние оказывают особенности методологических подходов, а также метод его оценки, социально-демографические характеристики выборки и т. п. Высокие показатели распространенности СП отмечаются среди подростков, проходящих стационарное лечение, например, от 30% до 82,4% [16, 45], умеренно выраженную распространенность отмечают в общей популяции. В метаанализе 53 исследований СП подростков, опубликованных в период с 2005 по 2011 гг., сообщалось о средней распространенности его в течение жизни, составляющей 18% [29]. Среди студентов университетов этот показатель достигает 38,9% [9, 25, 52, 66].

В настоящее время фигурируют следующие цифры распространенности СП: примерно 17,2% среди подростков, 13,4% среди молодых людей и студентов и 5,5% среди взрослых старше 25 лет. Эти данные согласуются с отдельным обзором распространенности СП среди подростков [29] и исследованием молодых взрослых, отобранных случайным образом [35]. Считается, что СП значительно чаще встречается у лиц женского пола, чем у мужчин.

Смертность от суицидов в возрасте от 15-29 лет составляет 8,5% всех смертей, являясь в мире второй по значимости причиной смертности (после дорожно-транспортных происшествий) [66]. Следует отметить, что подростковый возраст и период ранней взрослости (20-29 лет) характеризуются драматическими изменениями в организме и характеризуются повышенной возбудимостью, резкой сменой настроения и переживаний, что и обуславливает повышенную реактивность естественной стресс-реакции подростка на социальные стимулы, создавая тем самым уникально уязвимые временные рамки для проявления суицидального поведения. В этот период происходят изменения в нейронных сетях головного мозга, что позволяет проводить более сложные социальные сравнения и получать более устойчивый смысл самооценки, которая в значительной степени зависит от воспринимаемых оценок со стороны сверстников [11, 27]. Исследования в области нейробиологии развития показывают, что подростки в период пубертата продуцируют более дифференцированные реакции на стимулы внешней среды, что позволяет им на основании получаемого социального опыта формировать свою самооценку, но при этом зрелые способности регулировать свои эмоции или по-

давливать импульсивные реакции отсутствуют [60]. Развитие предметных чувств еще не произошло, что не позволяет им сформировать устойчивые эмоциональные отношения с ближайшим окружением. Повышенная реактивность, обусловленная подростковым возрастом, повышает интенсивность физиологических ответов на стрессоры и префронтальную активацию мозга во время социальной оценки [60] и, таким образом, увеличивает трудности, связанные с оценкой социальных событий [59]. По-видимому, это и является причиной сбоев в биологических реакциях на острый стресс, что может лежать в основе острых эмоциональных кризисов у подростков, сопровождающихся СП.

Формы СП включают такие виды, как самопорезы, умышленно наносимые ожоги, царапины и удары [1, 64-66]. В настоящее время считается, что большинство людей, совершающих акты СП, используют более одного метода [23] с травматическими воздействиями на руки, ноги, запястья и живот [1-7]. Наиболее распространенным методом считаются самоповреждения острыми предметами (более 70%), за которым следуют удары головой, царапины, удары и ожоги [26]. Согласно данным по г. Минску за 2007-2014 гг., среди методов самоповреждения преобладали такие, как самоотравления и самоповреждения (не менее 60% от всех случаев самоповреждения, преимущественно в возрасте 20-39 лет) [3]. СП является распространенным явлением среди подростков и взрослых, связанным с психическими нарушениями, включая посттравматическое стрессовое расстройство [7], депрессивные расстройства [13], обсессивно-компульсивное расстройство [7], тревожное расстройство [13], пограничное расстройство личности (далее-ПЛР) [34] и расстройство пищевого поведения [43].

Диагностические критерии самоповреждающего поведения: история и современность. Одни из самых ранних попыток психопатологической квалификации СП были сделаны еще в 1960-х годах [24, 51, 67]. В 1984 году J. Kahan и E.M. Pattison [33] дифференцировали поведение, связанное с самоубийством, от самоубийства и предложили отдельное диагностическое расстройство - синдром преднамеренного самоповреждения. Позже возникло предположение, что привычное и повторяющееся СП можно рассматривать как расстройство импульсного контроля [21]. В начале 2000-х J. Muehlenkamp предложил рассматривать СП как отдельную диагностическую рубрику [42]. В дальнейшем P. Wilkinson and I. Goodyer [65] посчитали, что представление СП как отдельной диагностической категории улучшит качество диагностики и увеличит количество исследований в области его этиологии и оценки результатов лечения.

Учитывая высокую распространенность СП среди клинических выборок и в общей популяции подростков, рабочая группа по расстройствам настроения при подготовке Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам 5-го пересмотра (англ.: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, далее DSM-5) предложила включить СП в качестве отдельной диагностической рубрики [57]. Критерии данного расстройства подвергались неоднократным пересмотрам из-за неполного набора предложенных критериев и неадекватных размеров исследовательских выборок [17]. В настоящее время СП включено в раздел 3 DSM-5 и отнесено к состояниям, рекомендованным для дальнейшего изучения, при этом должны быть соблюдены следующие критерии:

А. За прошедший год индивид по крайней мере 5 раз преднамеренно наносил себе телесные повреждения, не пытаясь совершить суицид.

В. Индивид совершает самоповреждающие действия по одной или нескольким из следующих причин: наносит самоповреждения, ожидая получить облегчение от негативных эмоций; чтобы разрешить внутриличностный конфликт; пытается достичь положительного эмоционального состояния.

С. Предварять самоповреждающий акт должны (и/или): негативные мысли или чувства (C1a), конфликты с другими людьми (C1b), озабоченность поведением, которое трудно контролировать (C2), повторяющиеся мысли о СП (C3).

Д. Совершенный акт является социально неприемлемым.

Е. СП или его последствия вызывают клинически значимый деструктивный стресс.

Ф. Действие не связано с психотическим эпизодом, делирием, опьянением или абстинентным синдромом и не может быть причиной другого заболевания.

Дополнительно выделяются 2 подтипа неуточненного СП (NSSI):

Тип 1 (sub-threshold/ «подпороговые»): относятся случаи с меньшей чем 5 раз за последний год частотой самоповреждений;

тип 2 (intent uncertain/ «неясные намерения»): случаи, когда при нанесении самоповреждений наравне с желанием избавиться от неприятных чувств или решить межличностные трудности имело место намерение совершить суицид [37, 38].

В ранее принятых классификационных системах (DSM-IV-TR и МКБ-10) СП кодируется как симптом пограничного расстройства личности (ПРЛ). Все виды аутоагрессивного поведения в МКБ-10 кодируются в зависимости от характера повреждений в рубриках X и Y. При этом в руководстве указано, что «данный класс, который в предыдущих пересмотрах МКБ являлся дополнительным, позволяет классифицировать происшествия, условия и обстоятельства в качестве причины травмы, отравления и другого неблагоприятного воздействия. В тех случаях, когда используется код из данного класса, подразумевается, что он должен применяться как дополнение к коду из другого класса, указывающему на характер состояния».

СП может встречаться у лиц, которые не соответствуют диагностическим критериям ПРЛ, и не каждый человек, которому выставляется диагноз ПРЛ, демонстрирует поведение, связанное с самоповреждением [28]. Различия между NSSI-группой и группой ПРЛ предполагают определять СП NSSI как отдельный клинический синдром [47, 49]. Фактом введения диагностической рубрики «СП» международное профессиональное сообщество признает важность дифференциации нелетальных самоповреждений от попыток самоубийства. Хотя и попытки самоубийства, и СП соответствуют поведению, наносящему себе вред, существуют важные клинические различия между данными формами поведения как в этиологии, так и по выполняемым функциям и методам. Исследования СП, проведенные Американской психиатрической ассоциацией, показало высокий процент тех, кто получил телесные повреждения и соответствовал критериям, предложенным DSM-5 [23]. В комбинированных выборках пациентов стационарного и интенсивного амбулаторного лечения 85,5% соответствовали критерию А [63]. При оценке критерия В высокая степень одобрения была обнаружена в клинической выборке под-

росток и взрослых [53], а также в общих выборках для взрослых [15].

Проведенное в Германии исследование психологических причин, лежащих в основе СП, показало, что 56,8% выборки стационарных больных использовали СП «для прекращения плохих чувств» [8].

В настоящее время считается, что СП является преходящим событием [6]. Крупное лонгитюдинальное исследование показало снижение частоты данного типа поведения в молодом возрасте [40].

Интегральная теоретическая модель развития и поддержки [2] предполагает, что этот вид поведения функционирует как метод регулирования как эмоционального опыта, так и социальных ситуаций при возникновении стрессового события. Эта модель, разработанная М. К. Nock и M.J. Prinstein, известна как четырехфакторная модель (англ.: The Four Factor Model (далее - FFM) [45]. Модель FFM основана на поведенческой теории, которая фокусируется на предшествующем и последующем влиянии на поведение. FFM разграничивает два дихотомических измерения функциональных процессов: непредвиденные обстоятельства межличностного / социального и внутриличностного / автоматического и усиление положительного против отрицательного. Четыре процесса, охарактеризованные в данной модели, включают в себя:

- автоматическое отрицательное подкрепление, когда NSSI служит для уменьшения отрицательных внутренних состояний,
- автоматическое положительное подкрепление, когда NSSI служит для генерирования положительных чувств,
- социальное отрицательное подкрепление, когда NSSI служит для того, чтобы избежать межличностных потребностей, и
- социальное положительное подкрепление, когда NSSI служит для привлечения внимания или увеличения социальной поддержки [46].

Функция «самонаказания», как правило, отмечалась подростками и взрослыми среди клинических выборок [10, 37]. У молодых взрослых СП нередко выполняет функцию «восстановления нормального эмоционального состояния» и предоставляет возможность отвлечься от кризисной ситуации.

Нейробиологические аспекты самоповреждающего поведения. Нейробиологическая модель СП [58] предполагает, что аномалии в серотонергической, дофаминергической и опиоидной системах, а также в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой (далее - ГГН) оси приводят к повышенному уровню восприимчивости к стрессу. Поэтому в случае стресса проявления СП можно трактовать, как метод восстановления измененного опиоидного гомеостаза. Результаты магнитно-резонансных исследований указывают на гиперторможение лимбических структур (таких как миндалина) [52]. Активация этих структур уменьшается как после индукции болевых раздражителей, так и после воображения акта самоповреждения [56]. Это и обуславливает предположение, что NSSI служит для регулирования стресса в чрезмерно активированной лимбической системе.

Что касается уровня нейротрансмиттеров, то существует достаточно доказательств связи между импульсивным поведением и недостатком серотонина. Однако СП часто не может быть описано как преимущественно импульсивное поведение [36, 30]. В настоящее время существует недостаточно доказательств

в пользу поддерживающего механизма дефицита серотонина в формировании СП [37, 51] в отличие от установленной связи между серотонинергической дисфункцией и повышенным риском суицидальной попытки [12, 19], что подтвердило и исследование, проводимое в рамках Государственной программы научных исследований Республики Беларусь «Фундаментальные и прикладные науки – медицине», которое выявило статистически значимые различия между группами с насильственными и ненасильственными методами самоповреждения по встречаемости генотипа HTR1 [2].

То же самое относится и к вовлечению дофаминергической нейротрансмиссии у людей с СП. Проведенное исследование [37] не обнаружило различий в уровнях метаболитов серотонина или дофамина в спинномозговой жидкости у пациентов с СП. Результаты исследований уровня кортизола у людей с несуицидальным СП показали измененный ответ кортизола [32, 61]. Исследователями также отмечен факт изменения уровня эндогенных опиоидов, что, возможно, объясняет «аддитивный» характер повторных самоповреждений, который был описан у людей с тяжелым СП [44]. Изменения уровня эндогенных опиоидов могут служить объяснением явления гипестезии или анальгезии у пациентов с повторяющимся СП, которое, по-видимому, обратимо [38]. Интересно отметить, что в недавно проведенном метаанализе [39] подростковое самоубийство было описано как сбой систем, вовлеченных в острые реакции на стресс: вегетативной нервной системы, оси ГГН, воспалительного ответа, что подтверждает интегрированную теоретическую модель NSSI, предложенную М.К. Nock (2010).

Проведенное в рамках научно-исследовательской работы «Изучить молекулярно-генетические предикторы суицидального поведения с целью разработки диагностических критериев повышенного риска суицида» (Государственной программы научных исследований «Фундаментальные и прикладные науки – медицине», государственная регистрация № 20161106 от 11.06.2016 г., Республика Беларусь, при научно-методическом содействии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского) исследование также выявило наличие социально-психологических, биохимических и генетических факторов, позволяющих разграничивать различные формы СП и прогнозировать их исход в зависимости от выраженности мотивации к совершению суицида, что изложено в ряде научных статей [2-4]. В результате проводимого исследования было отмечено, что в группе лиц с СП наблюдалось повышение уровня содержания кортикотропного релизинг-фактора (далее – КТРГ) и снижение адренкортикотропного гормона (далее – АКТГ) и кортизола по сравнению с контролем в отличие от лиц с выраженной мотивацией к совершению суицида. В данной группе, наоборот, отмечалось снижение уровня КРТГ и одновременное повышение АКТГ и кортизола, что свидетельствовало о дезорганизации работы ГГН оси. Частота встречаемости аллеля С гена HTR1A у мужчин группы лиц, мотивированных к совершению суицида, была достоверно выше, чем частота встречаемости данного аллеля у лиц мужского пола, совершивших различного типа самоповреждения ($p=0,04$).

Заключение. В настоящее время выявлено несколько факторов биологического риска, обуславливающих суицидальное и СП: изменения в ключевых ней-

ротрансмиттерных системах (серотонинергическая, полиаминовая стрессовая реакция, глутаматергическая и ГАМКергическая системы), воспалительная реакция, астроглиальная дисфункция, фактор нейрональной пластичности, содержание липопротеиновых фракций в периферической крови [18, 62], что подтверждает необходимость выделять из общего количества подростков и лиц молодого возраста, склонных к самоповреждающим формам поведения, когорты лиц, мотивированных к совершению жизнеопасных суицидальных действий [66].

На сегодняшний день дополнительно предложены три диагностические рубрики, описывающие суицидальное поведение:

- Суицидальное расстройство поведения (англ.: Suicidal Behavior Disorder (SBD)) [50], сфокусированное на попытке самоубийства в течение последних двух лет. Данное расстройство включено в раздел 3 и требует дальнейшего изучения [38], так же, как и NSSI.

- Синдром суицидального кризиса (англ.: Suicide Crisis Syndrome (далее - SCS)) [22] и

- Острое суицидальное аффективное расстройство (англ.: Acute Suicidal Affective Disturbance (далее - ASAD)) [55], которое описывает острое предсуицидальное психическое состояние (отсутствует в DSM-5).

Два нижеперечисленных синдрома симптоматически перекрываются, но также весьма различаются тем, что синдром суицидального кризиса (SCS) не обязательно включает суицидальные мысли, в то время как основным критерием острого суицидального аффективного расстройства (ASAD) является быстро нарастающая суицидальная активность, что порождает высокую степень жизнеопасности [55]. Все это указывает на формирование в настоящее время новых концепций и представлений о суицидальном и/или самоповреждающем поведении, что в ближайшем будущем позволит более дифференцированно подходить к описанию данного сложного явления, выявляя значимые триггеры для формирования мотивации к совершению суицида и признаки, характерные для несуйцидального самоповреждающего поведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г., Жезлова Л.Я. Методические рекомендации по профилактике суицидальных действий у детей и подростков. М., 1978. 24 с.
2. Давидовский С.В., Ибрагимова Ж.А., Гончарик А.В., Марчук С.И., Залеская И.С., Третьяк А.Н., Хвостова И.И., Данилова Л.И. Особенности генотипа лиц, совершивших суицидальные попытки // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2019. 10 (3). С. 417-427.
3. Давидовский С.В. Особенности суицидального поведения у жителей г. Минска // Здравоохранение. 2016. 3. С. 72-77.
4. Давидовский С.В., Ибрагимова Ж.А., Гончарик А.В., Картун Л.В., Леонов Н.Н., Данилова Л.И., Кужаль В.В., Залеская И.С., Третьяк А.Н., Микицкий Ю.М. Классификационный метод для прогнозирования суицидального риска // Вести Национальной академии наук Беларуси. Серия медицинских наук. 2020. 17 (2). С. 248–256.
5. Зинчук М.С., Аведисова А.С., Гехт А.Б. Несуицидальное самоповреждающее поведение при психических расстройствах непсихотического уровня:

эпидемиология, социальные и клинические факторы риска // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2019. 119 (3). С. 108-119.

6. Игумнов С.А., Гелда А.П., Гуткевич Е.В., Счастный Е.Д. Медико-социальные аспекты суицидального поведения подростков и молодежи / Под научной ред. Н.А. Бохана. М., Минск, Томск: Отдел полиграфии Томского Центра научно-технической информации, 2020. 178 с.

REFERENCES

1. Ambrumova A.G., Zhezlova L.Ya. Metodicheskie rekomendaczii po profilaktike suiczidal'ny'kh dejstvij u detej i podrostkov. M., 1978. 24 s.

2. Davidovskij S.V., Ibragimova Zh.A., Goncharik A.V., Marchuk S.I., Zaleskaya I.S., Tret'yak A.N., Khvostova I.I., Danilova L.I. Osobennosti genotipa licz, sovershivshikh suiczidal'ny'e popy'tki // Psikhiatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya. 2019. 10 (3). S. 417-427.

3. Davidovskij S.V. Osobennosti suiczidal'nogo povedeniya u zhitelej g. Minska // Zdravookhranenie. 2016. 3. S. 72-77.

4. Davidovskij S.V., Ibragimova Zh.A., Goncharik A.V., Kartun L.V., Leonov N.N., Danilova L.I., Kuzhal' V.V., Zaleskaya I.S., Tret'yak A.N., Mikiczkiy Yu.M. Klassifikaczionny'j metod dlya prognozirovaniya suiczidal'nogo riska // Vesti Naczional'noj akademii nauk Belarusi. Seriya mediczinskih nauk. 2020. 17 (2). S. 248-256.

5. Zinchuk M.S., Avedisova A.S., Gekht A.B. Nesuiczidal'noe samopovrezhdayushhee povedenie pri psikhicheskikh rasstrojstvakh nepsikhoticheskogo urovnya: e'pidemiologiya, soczial'ny'e i klinicheskie faktory' riska // Zh. nevrol. i psikiatr. im. S.S. Korsakova. 2019. 119 (3). S. 108-119.

6. Igumnov S.A., Gelda A.P., Gutkevich E.V., Schastny'j E.D. Mediko-soczial'ny'e aspekty' suiczidal'nogo povedeniya podrostkov i molodezhi / Pod nauchnoj red. N.A. Bokhana. M., Минск, Томск: Отдел полиграфии Томского Центра научно-технической информации, 2020. 178 с.

7. Adolescents' self-mutilation – relationship with dependent behaviour / M. Bolognini, B. Plancherel, J. Laget, P. Stephan, O. Halfon // Swiss J. Psychol. 2003; 62: 241–249; doi: 10.1024/1421-0185.62.4.241.

8. Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth / M. Kaess, P. Parzer, M. Mattern, P.L. Plener, A. Bifulco, F. Resch [et al.] // Psychiatry Res. 2013; 206: 265–272 ; doi: 10.1016/j.psychres.2012.10.012.

9. Andover M. S. Non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adults // Psychiatry Res., 2014; 219: 305–310; doi : 10.1016/j.psychres.2014.06.001.

10. Briere J., Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions // Am. J. Orthopsychiatry, 1998. – Vol. 68. – P. 609–620; doi : 10.1037/h0080369.

11. Casey, B.J. Jones R.M., Hare T.A. The adolescent brain // Ann.N.Y.Acad.Sci., 2008;1124: 111–126.

12. Crowell S.E., Beauchaine T.P., McCauley E., Smith C.J., Stevens A.L., Sylvers P. Psychological, autonomic, and serotonergic correlates of parasuicide among adolescent girls // Dev. Psychopathol. 2005; 17(4):1105–27.

13. Darche M.A. Psychological factors differentiating self-mutilating and non-

self-mutilating adolescent inpatient females // *Psychiatr. Hosp.* 1990; 21: P. 31–35.

14. Dar'in E.V. Non-suicidal self-injurious behavior in adolescents // *Medicinskij vestnik Yuga Rossii*. 2019; 10 (4): 6–14.

15. Diagnosis and characterization of DSM-5 nonsuicidal self-injury disorder using the clinician administered nonsuicidal self-injury disorder index / K.L. Gratz, K.L. Dixon-Gordon, A.L. Chapman, M.T. Tull // *Assessment*. 2015; 22: 527–539; doi: 10.1177/1073191114565878.

16. DiClemente R.J., Ponton L.E., Hartley D. Prevalence and correlates of cutting behavior: risk for HIV transmission // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*/ 1991; 30: 735–739; doi: 10.1016/S0890-8567(10)80007-3.

17. DSM-5 field trials in the United States and Canada, part II: test–retest reliability of selected categorical diagnoses / D.A. Regier, W.E. Narrow, D.E. Clarke, H.C. Kraemer, S.J. Kuramoto, E.A. Kuhl [et al.] // *Am. J. Psychiatry*. 2013; 170: 59–70; doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12070999.

18. Dwivedi Y. *The Neurobiological Basis of Suicide*. University Boca Raton (FL): CRC Press/Taylor & Francis; 2012: 482.

19. Fanelli G., Serretti A. The influence of the serotonin transporter gene 5-HTTLPR polymorphism on suicidal behaviors: a meta-analysis // *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*. 2018; 88: 375–387.

20. Favazza A.R. *Bodies under Siege: Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*, 2ndEdn. Baltimore. 1996. – John Hopkins University Press.

21. Favazza, A.R., Rosenthal R.J. Varieties of pathological self-mutilation // *Behav. Neurol.* 1990; 3: 77–85; doi : 10.3233/BEN-1990-3202.

22. Galynker I., Yaseen ZS, Cohen A, et al. Prediction of suicidal behavior in high risk psychiatric patients using an assessment of acute suicidal state: the Suicide Crisis Inventory. *Depress Anxiety*. 2017; 34: 147–158.

23. Glenn C. R., Klonsky E.D. Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients // *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* 2013; 42: 496–507; doi: 10.1080/15374416.2013.794699.

24. Graff H., Mallin R. The syndrome of the wrist cutter // *Am. J. Psychiatry*. 1967; 124: 74–80; doi: 10.1176/ajp.124.1.36.

25. Gratz K.L., Conrad S.D., Roemer L. Risk factors for deliberate self-harm among college students // *Am. J. Orthopsychiatry*. 2002; 1: 128–140; doi : 10.1037/0002-9432.72.1.128.

26. Gratz K.L. Risk factors for deliberate self-harm among female college students: the role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity // *Am. J. Orthopsychiatry*. 2006; 76: 238–250; doi: 10.1037/0002-9432.76.2.238.

27. Harter S., Stocker C., Robinson N.S The perceived directionality of the link between approval and selfworth: the liabilities of a looking glass self-orientation among young adolescents // *J. Res. Adolesc.* 1996; 6: 285–308.

28. In-Albon T., Ruf C., Schmid M. Proposed diagnostic criteria for the DSM-5 of nonsuicidal self-injury in female adolescents: diagnostic and clinical correlates // *Psychiatry J.* 2013; 2013: 159–208; doi: 10.1155/2013/159208.

29. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate

self-harm. *Child Adolesc / J.J. Muehlenkamp, L. Claes, L. Havertape, P.L. Plener // Psychiatry Ment. Health.* 2012; 6: 1–9; doi: 10.1186/1753-2000-6-10.

30. Janis I. B., Nock M.K. Are self-injurers impulsive? Results from two behavioural laboratory studies // *Psychiatry Research.* 2009; 169: 261–267.

31. Joiner Thomas E., Skip Simpson, J.D., Megan L., Rogers M.S., Ian H., Stanley M.S., Galynker I.I. Law and Psychiatry // *Journal of Psychiatric Practice.* 2018; 24 (4).

32. Kaess M., Hille M., Parzer P., Maser-Gluth C., Resch F., Brunner R. Alterations in the neuroendocrinological stress response to acute psychosocial stress in adolescents engaging in nonsuicidal self-njury // *Psychoneuroendocrinology.* 2012; 37: 157–161.

33. Kahan, J., Pattison E.M. Proposal for a distinctive diagnosis: the deliberate self-harm syndrome (DSH) // *Suicide Life Threat. Behav.* 1984; 14: P. 17–35; doi: 10.1111/j.1943-278X.1984.tb00334.x.

34. Klonsky E.D., Oltmanns T.F., Turkheimer E. Deliberate self-harm in a non-clinical population: prevalence and psychological correlates // *Am. J. Psychiatry.* 2003; 160: 1501–1508; doi: 10.1176/appi.ajp.160.8.1501.

35. Klonsky E.D. Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions // *Psychol. Med.* 2011; 41: 1981–1986; doi : 10.1017/S0033291710002497.

36. Kraus A., Valerius G., Seifritz E., Ruf M., Bremner J. D., Bohus M., Schmahl C. Script-driven imagery of self-injurious behaviour in patients with borderline personality disorder: a pilot fMRI study // *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2010; 121: 41–51.

37. Laye-Gindhu A., Schonert-Reichl K.A. Nonsuicidal self-harm among community adolescents: understanding the whats and whys of self-harm // *J. Youth Adolesc.* 2005; 34: 447–457; doi: 10.1007/s10964-005-7262-z.

38. Ludäscher P., Greffrath W., Schmahl C., Kleindienst N., Kraus A., Baumgärtner U., Magerl W., Treede R. D., Bohus M. A cross-sectional investigation of discontinuation of self-injury and normalizing pain perception in patients with borderline personality disorder// *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 2009; 120: 62–70.

39. Miller A.B., Prinstein M.J. Adolescent suicide as a failure of acute stress-response systems// *Annual Review of Clinical Psychology* 02.12, 2019.

40. Moran P., Coffey C., Romaniuk H., Olsson C., Borschmann R., Carlin J. B., Patton G. C. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: A population based cohort study// *The Lancet.* 2011; 379: 236 – 243.

41. Muehlenkamp J.J., P.M. Gutierrez Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury // *Arch. Suicide Res.* 2007; 11: 69–82; doi: 10.1080/13811110600992902.

42. Muehlenkamp J.J. Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome // *Am. J. Orthopsychiatry.* 2005; 75: 324–333; doi: 10.1037/0002-9432.75.2.324.

43. My body and me: self-injurious behaviors and body modifications in eating disorders—preliminary results / M. Iannaccone, S. Cella, S.A. Manzi, L. Visconti, F. Manzi, P. Cotrufo // *Eat. Disord.* 2013; 2: P. 130–139; doi: 10.1080/10640266.2013.761087.

44. Nixon M. K., Cloutier P. F., Aggarwal S. Affect regulation and addictive aspects of repetitive self- injury in hospitalized adolescents // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2002; 41: 1333–1341.

45. Nock M.K., Prinstein M.J. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior // *J. Clin. Consult. Psychol.* 2004; 72: 885–890; doi: 10.1037/0022-006X.72.5.885.
46. Nock M.K. Self-injury. *Annu. Rev. // Clin. Psychol.* 2010; 6: 339–363; doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258.
47. Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: a preliminary study / E.A. Selby, T.W. Bender, K.H. Gordon, M.K. Nock, T.E. Joiner // *Personal. Disord.* 2012; 3: 167–175; doi: 10.1037/a0024405.
48. Nonsuicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts / M.K. Nock, T.E. Joiner, K.H. Gordon, E. Lloyd-Richardson, M.J. Prinstein // *Psychiatry Res.* 2006; 144: 65–72; doi: 10.1016/j.psychres.2006.05.010.
49. Non-suicidal self-injury with and without borderline personality disorder: differences in self-injury and diagnostic comorbidity / B.J. Turner, K.L. Dixon-Gordon, S.B. Austin, M.A. Rodriguez, M.Z. Rosenthal, A.L. Chapman // *Psychiatry Res.* 2015; 230: 28–35 ; doi : 10.1016/j.psychres.2015.07.058.
50. Oquendo M.A., Baca-Garcia E. Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the DSM-5 classification system: advantages outweigh limitations // *World Psychiatry.* 2014; 13: 128–130.
51. Pao P. The syndrome of delicate self-cutting // *Br. J. Med. Psychol.* 1969; 42: 213–221; doi: 10.1111/j.2044-8341.1969.tb02071.x.
52. Plener P. L., Libal G., Keller F., Fegert J. M., Muehlenkamp J. J. An international comparison of non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA // *Psychol. Med.* 2009; 39: 1549–1558. Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder / M. Zetterqvist, L.G. Lundh, Ö. Dahlström, C.G. Svedin // *J. Abnorm. Child Psychol.* 2013; Vol. 41: 759–773; doi : 10.1007/s10802-013-9712-5.
53. Rates of nonsuicidal self- injury in youth: age, sex, and behavioural methods in a community sample / A.L. Barrocas, B.L. Hankin, J.L. Young, J.R. Abela // *Pediatrics.* 2012; 130: 39–45; doi: 10.1542/peds.2011-2094.
54. Rogers M.L., Galyunker I., Yaseen Z. [et al.] An overview and comparison of two proposed suicide-specific diagnoses: Acute Suicidal Affective Disturbance (ASAD) and Suicide Crisis Syndrome (SCS) // *Psychiatr Ann.* 2017; 47: 416–420.
55. Schmahl C., Bohus M., Esposito F., Treede R. D., Di Salle F., Greffrath W., Ludaescher P., Jochims A., Lieb K., Scheffler K., Hennig J., Seifritz E. // Neural correlates of antinociception in borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry.* 2006; 63: 659-67.
56. Shaffer D., Jacobson C. Proposal to the DSM-V Childhood Disorder and Mood Disorder Work Groups to Include Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) as a DSM-V disorder. – Washington, DC: American Psychiatric Association, 2009.
57. Stanley B., Sher L., Wilson S., Ekman R., Huang Y., Mann J. J. Non-suicidal self-injurious behaviour, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters // *Journal of Affective Disorders.* 2010; 124: 134-140.
58. Stress response and the adolescent transition: performance versus peer rejection

tion stressors / L.R. Stroud, E. Foster, G.D. Papandonatos, K. Handwerger, D.A. Granger [et al.] // *Dev. Psychopathol.* 2009; 21 (1): 47–68.

59. The medial prefrontal cortex and the emergence of self-conscious emotion in adolescence / L.H. Somerville, R.M. Jones, E.J. Ruberry, J.P. Dyke, G. Glover, B.J. Casey // *Psychol. Sci.* 2013; 24 (8): 1554–1562.

60. Tiefenbacher S., Novak M. A., Lutz C. K., Meyer J. S. The physiology and neurochemistry of self-injurious behaviour: A nonhuman primate model // *Frontiers in Bioscience.* 2005; 10: 1-11.

61. van Heeringen K. *The Neuroscience of Suicidal Behavior.* Hardcover, Cambridge University Press; 2018: 286.

62. Washburn J. J., Potthoff L. M., Juzwin K. R., Styer D. M. Assessing DSM-5 nonsuicidal self-injury disorder in a clinical sample. *Psychol. Assess.* 2015; 27: 31–41; doi: 10.1037/pas0000021

63. Whitlock J., Eckenrode J., Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population // *Pediatrics.* 2006; 117: 1939–1948; doi : 10.1542/peds.2005-2543.

64. Wilkinson P., Goodyer I. Non-suicidal self-injury // *Eur. Child Adolesc. Psychiatry.* 2011; 20: 103–108; doi: 10.1007/s00787-010-0156-y.

65. Word Preventing suicide: A global imperative. Geneva, World Health Organization, (2014). Available at http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/

66. Wrist-cutting syndrome: the meaning of a gesture / R. Rosenthal, C. Rinzler, R. Wallsch, E. Klausner // *Am. J. Psychiatry.* 1972; 128: 1363–1368; Doi : 10.1176/ajp.128.11.1363.

S.V. Davidouski¹, S.A. Igumnov², K.S. Kozlov²

NON-SUICIDAL SELF-HARM IN ADOLESCENTS: MODERN CONCEPTS

¹Belarusian State Medical Academy for Postgraduate Education (Minsk, Republic Belarus), ²National Medical Research Center for Psychiatry and Addiction named after V.P. Serbsky (Moscow).

Summary. Non-suicidal self-harming behavior (English: self-injurious thoughts and behaviors or non-suicidal self-injury (NSSI)) it is defined as repeated, intentional, direct damage to the body without suicidal intentions, which is not socially acceptable. Currently, along with psychopathological and psychosocial factors considered within the framework of an integrative theoretical model of development and support, several biological risk factors have been identified that cause suicidal and self-injurious behavior: changes in key neurotransmitter systems (serotonergic, polyamine stress response, glutamatergic and GABAergic systems); astroglial dysfunction; neuronal plasticity factor, which confirms the need to distinguish from the total number of adolescents and young people prone to self-harming behaviors, cohorts of persons motivated to commit life-threatening suicidal actions. Currently, non-suicidal self-harming behavior is included in section 3 of the DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) and is classified as a condition recommended for further study.

Keywords: suicidal and self-harming behavior, suicidal intentions, international classification of diseases, DSM-V, neurotransmitter systems, adolescents.

**СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ОСОБЕННОСТИ
ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ:
БУЛЛИНГ, ВИКТИМИЗАЦИЯ, ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ НАСИЛИЕ,
ДИДАКТОГЕНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ (ОБЗОР)**

Ярославский государственный медицинский университет (Ярославль).

Резюме. В статье обсуждаются вопросы влияния школьной среды и педагогического процесса на психическое и физическое здоровье участников образовательного процесса. Дается обзор современных отечественных и зарубежных исследований по психологической опасности школьного климата, педагогического насилия, дидактогении, постдидактического стресса, буллинга, виктимизации и факторов, способствующих их возникновению. Автором рассматриваются меры и способы преодоления буллинга в школе.

Ключевые слова: школьный климат, буллинг, виктимизация, педагогическое насилие, постдидактический стресс.

Актуальность. Психотравмирующие факторы, такие как неадекватный школьный климат, педагогическое насилие, дидактогения, постдидактогенический синдром, буллинг и виктимизация вносят свой вклад в формирование психического и физического здоровья участников образовательного процесса [5, 7, 8, 14, 15]. По данным О.М. Jabborova, Z.A. Umarova, одним из важнейших духовных изменений в школьном возрасте является процесс проявления конфликтных ситуаций. Авторы описывают педагогические конфликты, возникающие в образовательной среде у детей в зависимости от возраста учащихся [24].

Издевательства над учениками является проблемой во многих школах разных стран и рассматривается как нежелательное явление в образовании. Снижение случаев преследования, издевательства и виктимизации является целью национальной и местной политики в области образования. В исследовании, проведенном на большой группе школьников показана роль школьного климата образовательной организации в формировании агрессивного типа поведения и вовлекаемости школьников в процесс буллинга. Авторы исследования предлагают четыре измерения школьного климата с учетом вовлеченности в травлю участников образовательного процесса вне зависимости от типа буллинга [11].

К., Sullivan и соавт. изучали лонгитюдные отношения между виктимизацией сверстников, агрессией и школьным климатом в результате самоотчетов, собранных у 800 учащихся 3–6 классов. Анализ полученных результатов показал, что распространенность виктимизации сверстников в школах колеблется от 22 до 26,1%. По мнению авторов, позитивный школьный климат, который включает в себя факторы, способствующие обучению, физическую и эмоциональную безопасность, общение, поддержку и вовлеченность, может служить защитным фактором как против виктимизации сверстников, так и против ее негативных последствий [31].

О.А. Мосина и В.С. Устенко в своей работе рассматривают проблему на-

силы в школах и последствия такого вида насилия, как буллинг. Буллинг - это психическое и физическое насилие, которое проявляется между детьми или учителями по отношению к ученикам, а также учениками, его родителями, администрацией и его коллегами по отношению к учителю [10, 20].

По данным Darcy A. Santor насилие в данном случае может быть направленно на школьника, который отличается чем-то от других или слабее сверстников, а также на целые группы учащихся, так называемых лузеров. Психотравмирующие действия могут носить единичный или повторяющийся характер, но обязательно для намеренного нанесения психотравмы пострадавшему [20].

Е. Matusov, P. Sullivan в статье приводят историческую справку по возникновению педагогического насилия. Они описывают различные формы психосоциального педагогического насилия, приносящие вред здоровью, физические, социальные, эмоциональные и психологические боли или угрозы таких болей [25].

М.В. Фокиной и С.А. Чумаковой описан психологический профиль педагога, склонного к систематическому педагогическому насилию. Психологическое насилие, по их мнению, является одним из вариантов педагогического насилия [13].

Данные, полученные нами при опросе 220 учащихся, позволили доказать роль дидактогенных факторов в возникновении синдрома педагогического насилия. Были выделены следующие типы синдрома педагогического насилия: легитимного, административного и авторитарного педагогического насилия. В качестве диагностического инструмента мы использовали разработанную нами анкету, включающую вопросы, отражающие взаимоотношение учителей и учащихся при проведении образовательного процесса. Синдром педагогического насилия отличается тем, что при нем возникает комплекс *отклонений в состоянии здоровья* у школьников или учителей под воздействием буллинга или других психотравмирующих факторов. В свою очередь синдром педагогического насилия мы отнесли к одному из видов дидактогении [5, 6].

По данным А.А. Мирошниченко, дидактогения как термин редко употребляется в лексиконе педагогического сообщества и профессиональной деятельности учителей. Но она реально присутствует, и различные проявления педагогического насилия существуют на всех уровнях образования. Их объем и динамику в современных условиях невозможно оценить, т. к. в системе образования их мало кто пытается измерить [9].

Санкт-Петербургский психиатр, психотерапевт, педагог И.С. Бердышев, работая в Кризисном отделении Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия», разработал классификацию дидактогений. По тяжести и течению дидактогении он предложил подразделять на легкие, среднетяжелые и тяжелые формы. По длительности течения на: острую – с коротким эпизодом, подострую – с повторением эпизода дидактогении и хроническую – систематическую дидактогению [2, 3].

Учитывая возникновение отклонений в состоянии здоровья у участников образовательного процесса под воздействием негативных психотравмирующих факторов, мы предлагаем ввести понятие *«постдидактическое стрессовое*

расстройство» (ПДСР), под которым следует понимать психическое или психосоматическое расстройство, возникающее в результате единичного или неоднократно повторяющихся событий, оказывающих негативное воздействие на психику человека (ребенка, подростка, педагога) в результате дидактической (педагогической) деятельности родителя, учителя, коллектива, в котором он вынужден находиться, или в результате активного уклонения от неё (педагогическая халатность) [6].

По данным М.А. Новиковой, А.А. Реан, И.А. Коновалова, частота вовлечения школьников в издевательства колеблется от 4 до 45% и зависит от вида издевательства. А 28 и 33% учащихся, соответственно, выступают в качестве инициаторов издевательства и жертв, причем максимум приходится на 7-й и 8-й классы. Авторы исследования предлагают четыре измерения школьного климата с учетом вовлеченности участников образовательного процесса в издевательства независимо от вида издевательства. Важным в исследовании является описание процесса создания инструментов для оценки школьного климата и диагностики буллинга, которые могут быть использованы в практической работе для предотвращения деструктивного поведения учащихся [11].

L. Lijun и соавт. в своей статье рассматривают вопросы буллинга и моббинга у школьников младших классов. Авторы отмечают, что буллинг и моббинг отрицательно влияют на самих школьных хулиганов, предопределяя их вовлечение в дальнейшем в преступную деятельность. А жертвы буллинга и моббинга, по их мнению, не способны хорошо учиться. У школьников, подвергшихся травле, возникают психические расстройства, проблемы в эмоциональной и социальной сферах. В то же время у свидетелей буллинга и моббинга появляются депрессия и тревожность. Авторы предлагают способы профилактики и нейтрализации буллинга и моббинга в образовательных учреждениях [22].

Y. Ortega в своей работе предлагает проект, реализованный в одной из «неблагополучных» средних школ по снижению уровня агрессии в классе. Автор связал вопросы социальной справедливости, уделив особое внимание буллингу. Результаты исследования показали, что учащиеся стали более чувствительными к культуре насилия, существовавшей в их школе, и осознали ее [28].

C. Longobardi и соавт. провели исследование феномена издевательства и случаев сексуальной, физической и психологической виктимизации в школе. В исследовании приняли участие 277 школьников, в т. ч. 64% девушки, с 6-го по 13-й класс. Результаты показали, что наиболее часто встречаемым типом виктимизации является психологическое насилие - 77%, за ним следуют физическое - 52% и сексуальное насилие - 24%. Эти формы насилия в основном совершаются со стороны сверстников [24].

C.S. Simone и соавт. выявили причины и распространение травли школьников-мигрантов, обучающихся в смешанных классах. Опрос 160 учащихся в возрасте 16 лет выявил, что культурное разнообразие в школе принимается как измерение воспринимаемого школьного климата с совершением издевательства над одноклассниками-мигрантами. Запугивание сверстников-мигрантов ассоциировалось с более негативным качеством контакта [30]. По нашему мнению, результаты данного исследования могут быть использованы для профилактики

буллинга и в школах нашей страны.

R. Laskov-Peled, Yu. Wolf провели эксперимент среди 117 учеников 3-4 классов, которые должны были представить потенциальные случаи насилия со стороны одноклассников в школе. Была произведена упорядоченная манипуляция сочетанием уровня (высокого или низкого) агрессивности и подверженности виктимизации у каждого главного участника (протагониста с положительными и отрицательными чертами). Участников информировали о том, собирается ли жертва дать материальное вознаграждение, продемонстрировать признаки страдания или отомстить. В исследовании выявлена тенденция к снижению вероятности насилия, когда педагог знает об этих инцидентах и может их предотвратить [23].

Y. Cruz-Manrique и соавт. в исследовании с помощью шкал «Суицидальные мысли», «Насильственное поведение в школе», «Виктимизация в школе», «Я-концепция форма-5» и шкалы депрессии CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) проверили модель прогнозирования суицидальных мыслей у 762 подростков в возрасте от 11 до 16 лет с учетом насилия и виктимизации в школе, семейной и академической самооценки и симптомов депрессии в качестве предшествующих факторов. Полученные результаты указали на двойную связь между виктимизацией в школе и суицидальными мыслями: прямое и положительное влияние на суицидальные мысли и, с другой стороны, косвенное и отрицательное влияние через поддержку семьи. По данным авторов, семейная самооценка была важным защитным фактором [19].

L.V. Rychkova и соавт. исследовали социально-демографические и семейные детерминанты школьного буллинга среди подростков. Авторы проанкетировали 148 мальчиков и 145 девочек в возрасте 11 лет с помощью опросника «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC – Health Behaviour in School-Aged Children). Все подростки были разделены на 3 группы в зависимости от их ответов о буллинге в школе. В 1-ю группу из 167 школьников вошли подростки, которые никогда не сталкивались с буллингом в школе; во 2-ю группу из 90 школьников вошли подростки, сталкивавшиеся с буллингом в школе 1-2 раза за последние 2 месяца; 3-я группа из 36 подростков сталкивалась с буллингом несколько раз в месяц и чаще. Школьники, пострадавшие от буллинга, в меньшей степени полагались на помощь родителей в принятии решений. В результате у них была низкая самооценка и низкая удовлетворенность качеством жизни. По данным авторов, состав семьи, материальное благополучие, род занятий не выявили значимых связей со школьной травлей подростков [29].

Исследование I.D. Balandina и соавт. показало, что из 499 школьников 3 и 4 классов 80% оказывались в ситуации школьной травли, а 20% становились жертвами буллинга [17].

Е. Nikolaev и соавт. выявили специфику распространенности буллинга и его взаимосвязь со склонностью к виктимному поведению у сельских школьников. В опросе участвовали 47 девочек и 54 мальчика в возрасте 10-17 лет. Анализ результатов исследования показал, что 58.4% учащихся подвергаются систематической и продолжительной травле. Авторы показали, что из 10 наиболее

частых проявлений буллинга 6 были направлены на нарушение возможности общения учащегося, 2 – на умаление его социального статуса и 1 – на разрыв социальных связей. А 3 из 10 проявлений буллинга были связаны с травмирующими действиями учителей, т. е. дидактогенией. Буллинг со стороны учителей коррелировал с низкой самокритичностью ученика. Для профилактики и предотвращения буллинга авторы предлагают объединить усилия учащихся, учителей, семьи и общественных организаций [26].

Y. Harel-Fisch и соавт. проанализировали межнациональные исследования взаимосвязи между негативным школьным опытом и участием в буллинге в 40 странах Европы и Северной Америки. Оценки результатов включали издевательства, виктимизацию и участие как в качестве хулигана, так и в качестве жертвы. Логистический регрессионный анализ показал, что у детей, имеющих негативное восприятие школы, относительная вероятность быть вовлеченными в издевательства в два раза выше, чем у детей, не имеющих негативных школьных восприятий [21].

G. Avanesian и соавт. провели статистический анализ данных Программы международной оценки учащихся в России среди 6249 подростков в возрасте 15 лет, которые ответили на вопросы о травле. Результаты исследования показывали, что 16% подростков являются жертвами буллинга. По их мнению, запугивание было тесно связано с результатами обучения, на основании чего авторы делают вывод, что подростки с низкой успеваемостью чаще подвергаются риску серьезной виктимизации. А распространенность буллинга также зависит от психологического климата в классе и имеет тенденцию чаще развиваться в конкурентной среде. Результаты исследования показали, что издевательства негативно влияют на качество жизни жертв. В то время как сами жертвы буллинга не склонны разделять негативное отношение к себе как таковому [16].

В работе S.C.S. Saravita и соавт. показана взаимосвязь школьного климата с возникновением буллинга. Если учащиеся считают, что их учителя или школьные правила несправедливы, поддержка взрослых в школе смягчает пагубное влияние предполагаемой несправедливости на насилие в школе. Анализ результатов исследования показал, что справедливое обращение особенно важно в контексте низкой поддержки, а поддержка особенно важна в контексте несправедливого обращения с учащимися [18].

В своей работе М.Ж. Толоев представил педагогические условия устранения агрессивного поведения старшеклассников. Автор определил факторы, типы, уровни, критерии, способствующие возникновению агрессивного поведения у старшеклассников и педагогические условия для его устранения, применяемые на практике [12].

Важным, в исследовании, проведенном М.А. Новиковой, А.А. Реан, И.А. Коноваловым, является описание процесса создания инструментов оценки школьного климата и диагностики буллинга, которые можно использовать в практической работе по профилактике деструктивного поведения учащихся [11].

По данным С.В. Бошук, количество проявлений буллинга может быть значительно снижено не только посредством профилактики агрессивности в школьной среде, но и в результате профилактики виктимного поведения уча-

щихся. В качестве одной из форм предлагается методика формирования и закрепления у подростков в рамках тренингов оптимальных коммуникативных навыков, приемов бесконфликтного общения, навыков оценивания и прогнозирования виктимогенных ситуаций [4].

По данным D. Olweus & S.P. Limber, буллингу подвергаются 10% школьников мира, что составляет лишь небольшой процент психического и физического насилия среди детей. Жертвами буллинга в среднем становятся 17,5 % мальчиков и 16 % девочек. В среднем учащиеся подвергаются буллингу 2-3 раза в месяц независимо от того, в каком социальном положении они находятся и какой статус в социальном обществе имеют. Инициаторами травли являются всего 7 % девочек и 12 % мальчиков. Авторами была разработана программа ОБРП (Olweus Bullying Prevention Program) для снижения уровня буллинга среди учащихся младших классов средних школ, выделив три особенности его проявления:

1. Буллинг является длительным конфликтом, поскольку из обычного конфликта можно выйти, а при буллинге происходит систематичное давление на ребенка, которое может длиться на протяжении нескольких учебных лет или до самого окончания школы (ВУЗа, колледжа).

2. Буллинг всегда направлен намеренно, он подкрепляется целью, которая содержится во внутреннем агрессивном состоянии буллера (инициатора буллинга).

3. Главными составляющими в провокации при буллинге являются беспомощность ребенка в данной ситуации и власть буллера [27].

Karl Ljungstrom предложил «Метод Фарста» для преодоления буллинга в школах Стокгольма. Метод включает 4 шага: первый – раскрывает темы того, что нужно сделать при столкновении с буллингом и что должны знать педагоги о людях, подвергнутых травле; второй – определяет действия человека для защиты от травли: обеспечение поддержки, нахождение помощи знакомых, спланированное время и т. д.; третий направлен на борьбу с буллингом, включает действия при работе с ребенком, который является инициатором в буллинге; четвертый – поддержка и благодарность помощников в успешной реализации действий и защите детей от другого ребенка – буллера. Для защиты от буллинга необходимо проводить профилактические мероприятия, в ходе которых могут быть применены методики, направленные на противодействия буллингу. Для успешной реализации этой методики необходимо иметь опыт в сопротивлении буллеру и участие 5-6 педагогов. Этот метод обеспечивает доведение до стадии исполнения мер разрешения проблем в отношении буллера и рассматривает оперативное реагирование на негативные проявления у жертв буллинга [1].

Выводы. Учитывая сложившееся в настоящее время положение в образовательных учреждениях, для борьбы с психотравмирующими факторами среди участников образовательного процесса на государственном уровне необходимо разработать и внедрить в образовательные учреждения антибуллинговую программу, обязательную к выполнению независимо от типа и формы учебного заведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барбина В.Д., Слепухина Г.В. Проблемы буллинга в образовательной среде // Современная наука. 2019. 12 (2). С. 236-330.
2. Бердышев И.С. Дидактогенические ситуации в практике детского психиатра. Социальная работа: теория, методы, практика // Мат-лы интернет-конференций и семинаров Выпуск 1. Проблемы здорового развития ребенка и детская психотравма. СПб.: 2012. С. 4-9. <http://homekid.ru/family/v12012psychotravma> (дата обращения: 22.05.2022).
3. Бердышев И. Лекарство против ненависти; семинар записала Е. Куценко // Первое сент. 2005. 15 марта (№ 18). С. 3.
4. Башук С.В. Виктимность подростков как фактор школьного буллинга // Культура и время перемен. 2021. № 4 (35). URL: timekguki.esrae.ru/51-699 (дата обращения: 22.05.2022).
5. Ганузин В.М. Буллинг, дидактогения и синдром педагогического насилия в отечественных и зарубежных исследованиях // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020 (20). № 4. С. 106-114.
6. Ганузин В.М. Анализ психотравмирующих факторов, негативно влияющих в школьном возрасте: рядовые школьных войн (обзор литературы) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2021 (21). № 4. С. 99-110.
7. Калягин В.А., Овчинникова Т.С. Внутренняя картина дефекта и дидактогении обучающихся с ограниченными возможностями здоровья // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2020. № 198. С. 115-122.
8. Ковалева Е.А. Педагогическое насилие, его причины и способы преодоления // Психология человека в образовании. 2019. 1 (2). С. 146-157.
9. Мирошниченко А.А. Комплексная оценка деятельности учителя как условие профилактики дидактогении // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017 (17). № 2 С. 162–163. (приложение).
10. Мосина О.А., Устенко В.С. Проблема буллинга в образовательной среде // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2016. Т. 29. С. 144–148. <http://e-koncept.ru/2016/56567.htm>.
11. Новикова М.А., Реан А.А., Коновалова И.А. Буллинг в российских школах: опыт диагностики распространенности, половозрелых особенностей и связи со школьным климатом // Вопросы образования. 2021. № 3. С. 62-90.
12. Толбоев М.Ж. Pedagogical Conditions for Correcting the Aggressive Behavior of High School Students // Актуальные вопросы образования и науки. 2021. № 1 (71). С. 55-61.
13. Фокина М.В., Чумаков С.А. Феноменология педагогического насилия // Международный журнал экспериментального образования. 2020. № 3. С. 47-52. URL: <https://expeducation.ru/ru/article/view?id=11964> (дата обращения: 22.05.2022).
14. Худик В.А., Фесенко Ю.А. Дидактогения как ошибки воспитания и обучения детей и подростков // Вестник Череповецкого государственного университета. 2015. № 7. С. 147–151.
15. Черная Н.Л., Ганузин В.М., Киселева А.В., Ермолина Е.А. Сравнитель-

ная характеристика вегетативной устойчивости и социальной адаптированности подростков, обучающихся в сельских и городских школах // Детская больница. 2009. № 1. С. 33 – 37.

REFERENCES

1. Barbina V.D., Slepukhina G.V. Problemy` bullinga v obrazovatel`noj srede // Sovremennaya nauka. 2019. 12 (2). S. 236-330.
2. Berdy`shev I.S. Didaktogenicheskie situaczii v praktike detskogo psikhiatra. Soczial`naya rabota: teoriya, metody`, praktika // Mat-ly` internet-konferenczij i seminarov Vy`pusk 1. Problemy` zdorovogo razvitiya rebenka i detskaya psixotravma. SPb.: 2012. S. 4–9. <http://homekid.ru/family/v12012psyhotravma> (data obrashheniya:22.05. 2022).
3. Berdy`shev I. Lekarstvo protiv nenavisti; seminar zapisala E. Kuczenko // Pervoe sent. 2005. 15 marta (# 18). S. 3.
4. Bashuk S.V. Viktimnost` podrostkov kak faktor shkol`nogo bullinga // Kul`tura i vremya peremen. 2021. # 4 (35). URL: timekguki.esrae.ru/51-699 (data obrashheniya: 22.05.2022).
5. Ganuzin V.M. Bulling, didaktogeniya i sindrom pedagogicheskogo nasiliya v otechestvenny`kh i zarubezhny`kh issledovaniyakh // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2020 (20). # 4. S. 106-114.
6. Ganuzin V.M. Analiz psixotravmiruyushhikh faktorov, negativno vliyayushhikh v shkol`nom vozraste: ryadovy`e shkol`ny`kh vojn (obzor literatury`) // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2021 (21). # 4. S. 99-110.
7. Kalyagin V.A., Ovchinnikova T.S. Vnutrennyaya kartina defekta i didaktogenii obuchayushhikhsya s ogranichenny`mi vozmozhnostyami zdorov`ya // Izvestiya Rossijskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gerczena. 2020. # 198. S. 115-122.
8. Kovaleva E.A. Pedagogicheskoe nasilie, ego prichiny` i sposoby` preodoleniya // Psikhologiya cheloveka v obrazovanii. 2019. 1 (2). S. 146-157.
9. Miroshnichenko A.A. Kompleksnaya ocenka deyatel`nosti uchitelya kak uslovie profilaktiki didaktogenii // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2017 (17). # 2 S. 162–163. (prilozhenie).
10. Mosina O.A., Ustenko V.S. Problema bullinga v obrazovatel`noj srede // Nauchno-metodicheskij e`lektronny`j zhurnal «Koncept». 2016. T. 29. S. 144–148. <http://e-koncept.ru/2016/56567.htm>.
11. Novikova M.A., Rean A.A., Konovalova I.A. Bulling v rossijskikh shkolakh: opy`t diagnostiki rasprostranennosti, polovozrely`kh osobennostej i svyazi so shkol`ny`m klimatom // Voprosy` obrazovaniya. 2021. # 3. S. 62-90.
12. Tolboev M.Zh. Pedagogical Conditions for Correcting the Aggressive Behavior of High School Students // Aktual`ny`e voprosy` obrazovaniya i nauki. 2021. # 1 (71). S. 55-61.
13. Fokina M.V., Chumakov S.A. Fenomenologiya pedagogicheskogo nasiliya // Mezhdunarodny`j zhurnal e`ksperimental`nogo obrazovaniya. 2020. # 3. S. 47-52. URL: <https://expeducation.ru/ru/article/view?id=11964> (data obrashheniya: 22.05.2022).
14. Khudik V.A., Fesenko Yu.A. Didaktogeniya kak oshibki vospitaniya i

obucheniya detej i podrostkov // Vestnik Cherepoveczkogo gosudarstvennogo universiteta. 2015. # 7. S. 147–151.

15. Chernaya N.L., Ganuzin V.M., Kiseleva A.V., Ermolina E.A. Sravnitel'naya kharakteristika vegetativnoj ustojchivosti i soczial'noj adaptirovannosti podrostkov, obuchayushhikhsya v sel'skikh i gorodskikh shkolakh // Detskaya bol'nica. 2009. # 1. S. 33 – 37.

16. Avanesian G., Dikaya L., Bermous A., Kirik V., Egorova V., Kochkin S., Abkadyrova I. Bullying in the russian secondary school: predictive analysis of victimization // Frontiers in Psychology. 2021. T. 12. № MAR. S. 644-653. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.644653>

17. Balandina I.D., Volchegorskaya E.Yu., Zhukova M.V., Frolova E.V., Shishkina K.I., Yuzdova L.P., Moskvitina T.N. Rrevention of bullying in primary school // ICERI2021 Proceedings. 14th annual International Conference of Education, Research and Innovation. Spain, 2021. S. 7806-7812.

18. Caravita S.C.S., Papotti N., Valtolina G.G., Gutierrez Arvidsson E., Thornberg R. Sontact with migrants and perceived school climate as correlates of bullying toward migrants classmates // New directions for child and adolescent development. 2021. T. 2021. № 177. S. 141-157.

19. Cruz-Manrique Y., Olaizola J.H., Cortés-Ayala L., Malvaceda-Espinoza E. Effect of violence and school victimization on suicidal ideation in mexican adolescents // International Journal of Psychological Research. 2021. T. 14. № 2. R. 30-36.

20. Darcy A. Santor, Chris Bruckert &, Kyle McBride. Prevalence and Impact of Harassment and Violence Against Teachers in Canada // Journal of School Violence . 2021. Vol. 20. № 3. P. 261-273. <https://doi.org/10.1080/15388220.2021.1879097>

21. Harel-Fisch Y., Fogel-Grinvald H., Amitai G., Walsh S.D., Pickett W., Molcho M., Due P., De Matos M.G., Craig W. Negative school perceptions and involvement in school bullying: a universal relationship across 40 countries //Journal of Adolescence. 2011. T. 34. № 4. R. 639-652.

22. L. Lijun, Ch. Bing, Ch. Shijian, Zh. Yufang. Association between authoritative school climate and school bullying: moderation by school belonging // Yaroslavl pedagogical bulletin. – 2020. – No 1(112). – P. 164-170.

23. Laskov-Peled R., Wolf Yu. School violence in the eyes of the beholders: an integrative aggression-victimization perspective // International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology. 2002. T. 46. № 5. R. 603-618.

24. Longobardi C., Prino L.E., Fabris M.A., Settanni M. Violence in school: an investigation of physical, psychological, and sexual victimization reported by italian adolescents // Journal of School Violence. 2019. T. 18. № 1. S. 49-61.

25. Matusov E., Sullivan P. Redagogical violence // Integrative Psychological and Behavioral Science. 2020. Vol. 54. № 2. R. 438-464. <https://doi.org/10.1007 / s12124-019-09512-4>

26. Nikolaev E., Petunova S., Velieva S.V., Pinyaeva O. Vullying and victim behavior in rural secondary school students: incidence, manifestations, interrelations. V sbornike: The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences (EpSBS). conference proceedings. Volume XLIII. 2018. S. 528-534.

27. Olweus D., & Limber, S. P. (2010). Bullying in school: Evaluation and dis-

semination of the Olweus Bullying Prevention Program. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(1), 124–134. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01015.x>

28. Ortega Y. Using collaborative action research to address bullying and violence in a colombian high school EFL classroom // *Ikala*. 2020. T. 25. № 1. S. 35-54.

29. Rychkova L.V., Petrash M.A., Pogodina A.V., Astakhova T.A., Klimkina Yu.N. Socio-demographic and family determinants of school bullying among young adolescents // *Archives of Disease in Childhood*. 2021. T. 106. № S2. S. 196. <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2021-europaediatrics.467>

30. Simone C.S., Caravita S.C.S., Papotti N., Valtolina G.G., Gutierrez Arvidsson E., Thornberg R. Sontact with migrants and perceived school climate as correlates of bullying toward migrants classmates // *New directions for child and adolescent development*. 2021. T. 2021. № 177. S. 141-157.

31. Sullivan K., Zhu Q., Wang C., Boyanton D. Forholdet mellem kammeratlig viktimisering, aggression og skoleklima blandt elever i grundskolen i Kina // *School Psychology Review*. 2021. <http://hdl.handle.net/1903/25516>

V.M. Ganuzin

A MODERN VIEW ON THE FEATURES OF PSYCHO-TRAUMATIC FACTORS IN THE EDUCATIONAL ENVIRONMENT: BULLYING, VICTIMIZATION, PEDAGOGICAL VIOLENCE, DIDACTOGENY AND THE POSSIBILITIES OF THEIR PREVENTION (REVIEW)

Yaroslavl State Medical University (Yaroslavl).

Summary. The article discusses the impact of the school environment and pedagogical process on the mental and physical health of participants in the educational process. An overview of modern domestic and foreign research on the psychological dangers of school climate, pedagogical violence, didactogeny, postdidactic stress, bullying, victimization, and factors contributing to their occurrence is given. The author considers measures and ways to overcome bullying in school.

Keywords: school climate, bullying, victimization, pedagogical violence, post-didactic stress.

А.В. Коткова, О.В. Баландина, Ж.В.Альбицкая, У.А. Насонова, О.М. Силантьева
МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ РЕЧЕВЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)^{3,4}

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» (Нижний Новгород).

Аннотация. В результате проведенного анализа источников литературы составлен обзор современного состояния знаний о методах диагностики расстройств речи у детей. Описаны основные стратегии, применяемые для раннего выявления заболевания. Представлено современное состояние проблемы расстройств речи у детей в свете недостаточности теоретических знаний о механизмах описанных расстройств. В обзоре отражена значимость и дефицит объективных методов диагностики. Научные литературные данные, приведенные в данном обзоре, показали необходимость дальнейшего изучения и создание универсальной методики диагностики для русскоязычных детей.

Ключевые слова: расстройства речи, дети, дисфазия развития, недоразвитие речи, расстройство рецептивной речи, расстройство экспрессивной речи, скрининг.

Введение. Язык и речь обеспечивают общение между людьми, а также служат средствами, с помощью которых происходят обучение и социальные взаимодействия [76, 28]. Расстройство речевого развития (Developmental language disorder - DLD) характеризуется нарушением речи у детей, несмотря на их нормальный невербальный IQ, отсутствием первичных физических недостатков, неврологических расстройств или психических заболеваний [15, 61, 62].

Специфические расстройства речи — наиболее распространенные нарушения психического развития, частота их в детской популяции в России составляет 5—10% [4].

Приблизительно 16% детей в США испытывают задержки на начальных этапах изучения языка, и примерно у половины этих детей в последствии наблюдаются постоянные трудности [77, 54]. По данным А. O'Hare, L. Bremner, около 15% 2-летних детей имеют задержанное речевое развитие и включают детей с первичными и вторичными нарушениями речи и языка. Около половины «поздно говорящих детей» будут иметь нормальное развитие речи и языка при наблюдении в возрасте от 3 до 5 лет, но у них все еще может быть снижен словарный запас, упрощены речевые конструкции. Специфические нарушения речи и языка затрагивают примерно 7,5% детей при поступлении в школу [53], которые проявляются нарушением разговорной речи, сниженным пониманием речи других людей, что может снижать их способность к обучению, приводить ко вторичным интеллектуальным нарушениям и могут сопровождать человека на протяжении всей жизни [20, 28, 53]. Также авторами указывается, что существенное для его возраста снижение способности ребенка использовать речь приводит к функциональным ограничениям в социально-эмоциональном развитии, эффективном общении, участии в общественной жизни, академических

³Статья выполнена в рамках проекта по программе «Приоритет - 2030».

⁴Начало. Окончание см. «Вопросы психического здоровья детей и подростков». 2022 (22). № 3.

достижениях или профессиональной деятельности [31, 60, 84].

Проблема диагностики речевых расстройств в настоящее время состоит в том, что до сих пор часто бывает невозможно достоверно выделить из популяции детей, нуждающихся в срочном вмешательстве [23]. Языковые трудности детей находятся на стыке образования, медицины и смежных профессий, которые могут использовать разные подходы к их осмыслению [15, 25, 61, 62]. Нет единого подхода к диагностике у разных специалистов (психиатров, неврологов, педиатров, логопедов, дефектологов), а также общей терминологии. Терминология, используемая для определения этого нарушения, менялась на протяжении многих лет: алалия, дисфазия развития, расстройство речи, связанное с развитием, специфическое нарушение речи, задержка речи, общее недоразвитие речи [12, 15, 23, 61, 62]. Большое разнообразие терминов приводит к путанице среди специалистов и затрудняет диагностику.

Врачи разных стран придерживаются названий, приведенных в отечественных диагностических рубриках. В России к рубрике Специфические расстройства развития речи и языка (F80) относятся: специфическое расстройство речевой артикуляции, расстройство рецептивной речи, расстройство экспрессивной речи, приобретенная афазия с эпилепсией, другие и неуточненные расстройства [8]. Согласно критериям ДСМ-5, диагностическая категория расстройств общения включает следующее: языковое расстройство, нарушение звучания речи, расстройство беглости речи в детстве (заикание), социальное (прагматическое) расстройство общения и другие определенные и неуточненные расстройства общения [90]. МКБ-11 имеет схожий подход к нарушениям речевого развития и включает: нарушение развития звукопроизношения, нарушение развития темпа речи, нарушение развития речевых функций (с нарушением рецептивного и экспрессивного компонента речи, с преимущественным нарушением экспрессивного компонента речи, с преимущественным нарушением коммуникативного компонента), нарушение развитие речевых функций с другим уточненным нарушением речи.

Логопедическая служба – это звено, которое, как правило, первично сталкивается с детьми, имеющими речевые трудности. Логопедическая оценка приводит к выявлению различных видов ОНР (которое включает в себя дисфазию развития или сенсорную/моторную алалию).

В настоящее время широко используется термин расстройство развития речи (Developmental language disorder - DLD) и особенно подчеркивается, что это расстройство выходит за ранее установленные условные пределы «нарушений речи» и включает трудности в овладении и использовании вербальной коммуникации, влияющих на фонологические, морфологические, синтаксические, семантические и прагматические аспекты [57, 71]

Еще одним осложнением является то, что хотя генетические и нейробиологические факторы способствуют языковым проблемам у детей, биомедицинских тестов на нарушение речи не существует [50]

В связи с высокой актуальностью проблемы речевых расстройств выявляется необходимость своевременной их диагностики. В настоящее время единого подхода к диагностике речевых расстройств не существует, также как и нет универсальной методики, позволяющей достоверно выявить нарушение речи у

детей, что мешает своевременному выявлению и ранней помощи [23]. Многими авторами указывается на то, что популярным методом диагностики является внедрение стандартизированных методик. В настоящее время существует множество опросников, большинство из которых адаптировано для использования в конкретной стране или даже регионе и не может широко применяться международным сообществом [10, 81]. В связи с чем остро стоит проблема поиска методик, способных быстро и с высокой точностью оценить речь ребенка, установить факт наличия речевых трудностей и их нозологическую принадлежность.

Способы диагностики. Обследование ребенка с речевыми расстройствами, как правило, начинается в кабинете педиатра, невролога или психиатра. При этом многими авторами отмечается необходимость комплексного обследования когнитивных и коммуникативных способностей ребенка многопрофильной командой, в которую могут входить: психолог, логопед, педиатр, психиатр и педагог [76].

Клиническое впечатление. Основным методом обследования речи является клинический. Факт наличия речевого расстройства устанавливается на основании сравнения речи ребенка с показателями нормального развития речи, установленными ВОЗ. Они включают в себя наличие доречевых форм общения (лепет и гуления) на первом году жизни, появление отдельных слов к 9-12 мес., сочетаний из двух-трех слов в возрасте 21-24 мес. В течение 6 мес. после появления словосочетаний у типично развивающихся детей наблюдается быстрое увеличение словарного запаса до 500 единиц. [28, 49, 53, 76]. Однако в рамках осмотра при наблюдении за спонтанной речью бывает трудно дать достоверную оценку речевому развитию ребенка. Указывается, что иногда нужно действовать с определенной степенью воображения, чтобы заставить ребенка говорить во время консультации, при этом предлагается использовать книги с привлекательными иллюстрациями или игрушку в качестве мотива для разговора [10]. При этом не рекомендуется полагаться исключительно на наблюдение за навыками ребенка в клинической обстановке, поскольку дети могут не продемонстрировать свои способности в незнакомой обстановке [45, 49, 76].

Важным является оценка общего развития ребенка, для которого, к примеру, в США предлагается использовать тест Бейли [49]. Это методика ранней диагностики состояния нервно-психического развития детей с рождения до 42 мес. Кроме оценки моторного развития и поведения, тест оценивает ощущения, восприятие, память, доречевые и речевые способности.

Красные флажки. В клинической диагностике врачу часто помогает выявление «красных флажков», целью использования которых является быстрое выявление тревожных симптомов. «Красные флажки» полезны и просты в использовании для врачей всех специальностей, а также для родителей. Для речевых расстройств в литературе описаны следующие основные «красные флажки»: неспособность смеяться и вокализовать в возрасте 6 мес., лепетать в 9 мес., указывать на объекты и использовать жесты в 12 мес., наличие менее 5 слов к 18 мес. и менее 50 слов к 24 мес., неспособность выполнять простые указания без жестов в 36 мес. [28]. По шкале Llevant можно считать, что ребенок отстает в освоении языка, если в 16 мес. он не начал выражать отдельные слова с пропозициональным смыслом или если в 2 года он не строит фразы из 2 слов

[1, 2, 10]. Недавнее исследование Delphi Consensus дополнительно указало на некоторые специфические индикаторы атипичного языкового развития у детей 4–5 лет, включая непоследовательное или ненормальное вербальное взаимодействие и произнесение не более трех слов (Bishop et al., 2016 , 2017).).

Анамнез. Для оценки уровня развития ребенка важным является тщательный сбор анамнеза, уделяющий особое внимание истории беременности и родов, языковым проблемам в семье, травмам и перенесенным заболеваниям, развитию речи и языку ребенка, двигательным, социальным и игровым навыкам и дополненный структурированными анкетами и оценочными формами, заполненными родителями. Кроме того, полезным будет сбор данных о речи ребенка не только у родителей или опекунов, но и у воспитателей и педагогов, им могут быть предложены анкеты с открытыми вопросами о речевых способностях [10]. Важность оценки речи по результатам опроса педагогов в своем исследовании описали [32], в качестве вопросника для учителей рекомендуется использовать TROLL во время проверок в детском саду, а также поддерживают совместное использование TROLL и DELV-ST-II.

Медицинское обследование. При установлении факта нарушения речи одним из первых этапов является выявление медицинских факторов, способных повлиять на развитие речи у ребенка. Медицинское обследование в первую очередь включает в себя аудиологическую оценку, генетическое тестирование при признаках, указывающих на генетический синдром, неврологическое обследование при наличии указания на регресс или судороги [45].

Многими авторами отмечается высокая распространенность языковых расстройств у детей с другими психическими расстройствами [70, 83]. Так, [70] установили, что дети с СДВГ имели более высокую распространенность языковых проблем, чем контрольная группа нормотипичных детей. В качестве метода обследования авторы применяли Клиническую оценку языковых основ, четвертое издание, скрининг (CELF 4 - Clinical Evaluation of Language Fundamentals, fourth edition, screener) [70]. Однако, авторы [24], изучавшие этот метод, пришли к выводу, что возможности инструментов измерения в настоящее время являются довольно ограниченными, что приводит к неточностям диагностики.

Выявление детей с нарушениями развития речи часто включает двухэтапный процесс, при котором сначала проводятся скрининги для выявления тех, чей статус языковых способностей требует дополнительного тестирования, наблюдения или мониторинга [32]. В качестве инструмента скрининга удобны стандартизированные методики-опросники, используемые для оценки динамики развития и эффективности терапевтического вмешательства. Несмотря на то, что диагноз психического расстройства, как правило, устанавливается на основании клинического впечатления, что ведет к его субъективизации и необходимости точной экспертной оценки. Внедрение объективных методик оценки речи в настоящее время необходимо. Психометрические тесты должны быть направлены на подтверждение и количественную оценку ранее установленного клинического впечатления [40]. Однако, как указывалось выше, в настоящее время каждая стана пользуется собственными инструментами.

США. В Соединенных Штатах внедрение мониторинга развития и раннего

выявления трудностей в развитии достигли лишь ограниченного прогресса без использования стандартизированных инструментов и протоколов, поэтому Американская академия педиатрии в настоящее время рекомендует использовать стандартизированные инструменты [40]. Существуют стандартизированные вопросники, большинство из которых родом из Северной Америки и практически не адаптировано для использования в других странах [10, 81].

Название	Автор, год	Описание	Возраст	Методика	Валидизация	Недостатки	Комментарий
<i>Peabody Picture Vocabulary Test (PPVT-5).</i>	<i>L.M. Dunn and his son D.M. Dunn, 1959.</i>	тест на определение рецептивного словарного запаса стандартного американского английского языка без учета времени и предназначен для быстрой оценки интеллекта.	От 2 лет 6 мес.	Испытуемому дается слово-стимул и 4 карточки с вариантами ответа. В тесте 174 пункта.	828 взрослых 4200 детей от 2,5 до 19 лет [41].	PPVT не может использоваться в качестве адекватной «быстрой замены» индивидуального теста [81] Нет критериев оценки для людей старше 40 лет Присутствует элемент случайности	является одним из наиболее часто используемых инструментов для оценки словарного запаса у детей во всем мире [18, 81].
<i>Expressive Vocabulary Test – EVT-3.</i>	<i>William S. K.T., 2019.</i>	оценивает выразительный словарный запас стандартного английского языка и поиск слов у детей и взрослых.	От 2 лет 6 мес.	измеряется знание экспрессивной лексики с помощью двух типов элементов: маркировки и синонимов.	3540 человек от 2,5 лет до 81 года [19].		Применяется совместно с PPVT-5
<i>Test of Childhood Intelligence</i>	<i>Claudia Regina Furquim de</i>	был создан для бразильского контекста и состоит из подтес-	От 2 до 12	Субтест по словарному запасу направлен	Указывается, что был валиди-		Используется в Бразилии

<i>quaque</i> <i>ABFW</i>	An- drade, Debora Maria Béfi- Lopes et al.	тов, которые оценивают различные области, участвующие в процессе общения: фонологию, словарный запас, беглость речи и прагматику [81]	лет.	на проверку лексической компетенции детей, оценивая их экспрессивный словарный запас путем называния 118 фигур, принадлежащих к разным лексическим классам (например, одежда и животные).	зирован ASHA, но точных данных не представлено.		
<i>The</i> <i>Chil-</i> <i>dren's</i> <i>Com-</i> <i>municat</i> <i>ion</i> <i>Check-</i> <i>list-2</i> <i>(CCC-</i> <i>2).</i>	D.V.M. Bishop, 2003.	Используется в качестве скрининговой методики для выявления нарушений речи, прагматических нарушений, коммуникативных проблем, чтобы определить, требуется ли дальнейшее тестирование. Тест заполняется родителем [11].	С 4 до 16 лет и 11 мес.	состоит из 70 пунктов, разделенных на 10 подшкал (речь, синтаксис, семантика, согласованность, несоответствующая инициация, стереотипный язык, использование контекста, невербальная коммуникация, социальные отношения, интересы) [11].	542 ребенка в возрасте от 4 до 17 лет [53].		Используется в США, Англии, Германии [85].

				Время выполнения – 5-15 минут [11].			
<i>The Boston Naming Test (BNT).</i>	Kaplan ; Goodglass, Harold; Weintraub, Sandra, 1983.	измерения кон- фронтационного поиска слов у людей с <u>афазией</u> или другими языковыми нарушениями, <u>ны- ми инсультом</u> , <u>б олезнью Альц- геймера</u> или дру- гими заболева- ниями, деменци- ей [39].	С 5 лет	состоит из 60 изо- бражений и оценива- ет способ- ность ре- бенка на- зывать эти объекты, дается по 20 секунд на каж- дый. Вре- мя выпол- нения – более 20 минут.		признает- ся не удобным при при- менении в клинике, так как занимает до 20 ми- нут, в свя- зи с чем в настоящее время предла- гаются его со- кращен- ные вер- сии, но пока только для людей после 65 лет [10, 30, 49].	Переве- дена на 36 язы- ков.
<i>The Lan- guage Devel- opment Survey (LDS)</i>	Rescorla, 1989.	отчеты родите- лей о словарном запасе и словосо- четаниях для вы- явления задерж- ки развития речи у детей.	18- 35 мес .	включает 310 слов, объеди- ненных в 14 семан- тических категорий (например, еда, жи- вотные, люди, транс- портные средст- ва). Родите- лей просят обвести каждое	1 422 ребенка (в воз- расте 24-26 мес.) [67].		Англия, США, Латин- ская Амери- ка.

				слово, которое ребенок использует спонтанно. Их также просят указать, использует ли их ребенок словосочетания. Заполняется в течение 10 мин.			
<i>Montgomery Assessment of Vocabulary Acquisition – MAVA</i>	Judy Montgomery, 2008.	Оценивает знание ребенком базовых (первый уровень), часто встречающихся (второй уровень) слов и слов, используемых в учебной программе (третий уровень). Заполняется специалистом в ходе обследования.	С 3 до 12 лет.	Включает в себя рецептивный и экспрессивный тест. Ребенку предлагаются изображения, названия которых предлагается воспроизвести. А также диктуются слова и предлагается соотнести их с изображением. Выполняется за 30 минут (по 15 минут на каждую секцию)	более 1300 детей для рецептивного теста и более 1200 детей для экспрессивного теста		США.

<i>Illinois Test of Psycholinguistic Abilities-ITPA</i>	Donald D. Hammill, Nancy Mather, Rhia Roberts, 2001	субтесты измеряют некоторые аспекты языка, включая устную речь, письмо, чтение и правописание. Заполняется специалистом.	С 5 до 11-12 лет.	Состоит из 12 субтестов, которые делятся на домены устной и письменной речи. Выполняется за 45 - 60 минут [69].	Данные отсутствуют.		США.
<i>Preschool Language Scales 5- PLS-5</i>	Irla Lee Zimmerman; Violette G Steiner; Roberta Evatt Pond; G Brian Karas; James Marshall; All authors, 2011	Оценивается рецептивная и экспрессивная речь: понимание базовой лексики, понятий, морфологии, синтаксиса, сравнения, выводы, грамотность.	С 0 до 7 лет.	Ребенку предлагается называть предметы и изображения, описать их, использовать определенные предлоги, грамматические маркеры. Выполняется за 45-90 минут.	450 детей русскоязычных	Требует высокого уровня квалификации для корректного проведения. Официально нельзя использовать для клинической оценки/заключений.	Америка, Испания, Новая Зеландия, Россия
<i>The Clinical Evaluation of Language Fundamentals – CELF-4</i>	Eleanor Semel, Elisabeth H. Wing, and Wayne A.	Оценивает общие языковые способности, природу языкового расстройства, включая восприимчивые и выразительные языковые способности, фонологическую осведомленность, автоматизм речи, навыки именования и рабочую па-	От 5 до 21 года	Состоит из 18 подтестов, организованных в четыре уровня тестирования [91,92]. Заполняется в течение 30-45 минут.	более 4500 жителей США в возрасте от 5 до 21 года.		США, Великобритания, Австралия.

		мать, влияние языкового расстройства на успеваемость.					
Language Development Survey - LDS	L. Rescorla, 1989	Опросник для родителей. Оценивает экспрессивную речь.	18-35 мес	состоит из 310 слов, расположенных в 14 семантических категориях. Родителей просят обвести каждое слово, которое ребенок использует спонтанно. Их также просят указать, использует ли их ребенок словосочетания. Если это так, их просят записать пять самых длинных и лучших фраз или предложений их ребенка. Время заполнения 10 минут.	1 422 ребенка в возрасте 24-26 мес.		США, Латинская Америка, Испания.
The MacArthur-Bates	Larry Fenson Ph.D., Virginia	Младенческая форма оценивает рецептивную и экспрессивную	С 6 до 37 мес	Родитель оценивает понимание и говоре-	1789 нормотипичных де-	Имеет три формы для разных	США, Великобритания, Ис-

Communicative Development Inventories (MB-CDIs).	<u>ia A. Marchman Ph.D., Donna J. Thal Ph.D., Philip S. Dale Ph.D., J. Steven Reznick Ph.D., 2006</u>	лексику, а также использование коммуникативных и символических жестов. Форма для малышей оценивает продуктивный словарный запас и ранние этапы грамматики. Самая продвинутая форма оценивает словарный запас и грамматику. Отчет заполняется родителем.		ние ребенка фраз (28 наименований) и слов из нескольких разделов: звукоподражание (12), животные (36), транспорт (9), игрушки (8), еда (40), и	тей ясельного возраста [36, 44]	возрастов	пания.
MacArthur-Bates CDI: Russian version	Larry Fenson Ph. D., Virginia A.		С 8 до 36 мес	тд. Время заполнения формы – 20-40 минут.	768 +1037 русскоговорящих детей.		Россия.
Кораблик	ВШЭ	Оценивается способность к различению слов, пассивный словарь, активный словарь.	С 3 до 7 лет	Восприятие псевдослов (различение), Понимание существительных, Понимание глаголов, Понимание морфосинтаксиса, Понимание текста, Повторение псевдослов, порождение существительных, порождение	230 детей		Россия

				ние глаголов, Повторение предложений, порождение морфосинтаксиса, порождение текста			
Методика определения уровня речевого развития детей дошкольного возраста	Безрукова О.А., Каленкова О.Н.	Оценивает: 1) объем словарного запаса, понимание смысловых связей между словами и правильность использования их значений; 2) правильность речи, умение образовывать и изменять слова, словосочетания и предложения; 3) различение звуков, умение определять, из каких звуков состоит слово и в какой последовательности они расположены в слове, объединять их в слоги и слова.	С 3 до 7 лет	Ребенку предлагается называть предметы на изображениях, описать для чего применяются нарисованные предметы, сказать, что между ними общими, показать определенный предмет из множества, образовать слово, ответить на вопрос, закончить предложение и т.д. Время выполнения 10 минут.	Данные отсутствуют.		Россия
Скрининговая оценка	Заваденко Н.Н.	Опросник для родителя. Оценивает восприятие речи и слух, экс-	С 1 до 5 лет	Родителю предлагается ответить	Данные отсутствуют.		Россия

предречевого развития детей от 1 года.		прессивную речь.		«да/нет» на 23 – 28 вопросов в зависимости от возраста ребенка. Заполняется за 3-5 минут.			
Скрининговая оценка речевого развития у детей 2-5 лет.							

A.V. Kotkova, O.V. Balandina, Zh.V. Albitskaya, U.A. Nasonova,
O.M. Silantieva

METHODS OF DIAGNOSIS OF SPEECH DISORDERS IN CHILDREN (LITERATURE REVIEW)⁵

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
«Privolzhsky Research Medical University» (Nizhny Novgorod).

Summary. As a result of the analysis of literature sources, a review of the current state of knowledge about the methods of diagnosing speech disorders in children was conducted. The main strategies used for early detection of the disease are described. The current state of the problem of speech disorders in children is presented in the light of the lack of theoretical knowledge about the mechanisms of the described disorders. The review reflects the importance and lack of objective diagnostic methods. The scientific literature data presented in this review showed the need for further study and the creation of a universal diagnostic methodology for Russian-speaking children.

Keywords: speech disorders, children, developmental dysphasia, speech underdevelopment, receptive speech disorder, expressive speech disorder, screening.

⁵Beginning part. Final part see «Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov». 2022 (22). № 3.

**НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ
У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В МИКРОПСИХИАТРИИ
ФГБНУ НЦПЗ (Москва).**

Резюме. В статье обобщен опыт использования медикаментозных средств при лечении психических расстройств, начиная с раннего возраста. Контингент нуждающихся в лечении составили дети с психическими расстройствами различного уровня - от невротических реакций до форпост-симптомов больших психозов. Спектр фармакологических препаратов, используемых в раннем возрасте, составили адаптогены, ноотропные препараты, антидепрессанты, нейролептики. Рекомендован тщательный подбор дозировок препаратов с учетом возраста и возможных побочных реакций.

Ключевые слова: ранний детский возраста, микропсихиатрия, группа высокого риска по шизофрении, терапия.

Микропсихиатрия - новая формирующаяся медицинская дисциплина в рамках возрастной психиатрии, изучающая психические нарушения и развитие детей первых лет жизни, нуждается в серьезной поддержке как в научных исследованиях, так и в создании новых форм организации психиатрической помощи данному контингенту. В их числе поиск новых форм терапии психических расстройств в раннем возрасте, адаптации к раннему возрасту известных лечебных технологий и апробации и адаптации современных психофармакологических, широко известных и эффективных средств к лечебно-профилактической практике в раннем онтогенезе [1, 5, 9].

В Научном центре психического здоровья РАМН (в настоящее время ФГБНУ НЦПЗ) накоплен определенный опыт и созданы разработки методов лечения психических заболеваний у детей раннего возраста. В основу этих разработок положены традиционные принципы лечения, принятые в современной педиатрии и детской психиатрии [2, 3, 4], в частности.

Первое – это приоритет показаний к лечению над возрастными ограничениями (при строгом учете возрастных особенностей клиники и степени выраженности симптоматики болезни, а также общебиологических свойств детского организма, особенно в раннем возрасте).

Второе – определение главной цели терапии: не полная редукция патологической симптоматики, а адекватная социализация ребенка в окружающую среду, предупреждение регресса психического развития и сохранение его позитивной поступательности. Отсюда и использование минимальных, но достаточных доз препарата, необходимых для достижения основной цели.

Третье – с целью минимизация побочных эффектов терапии предпочтение выбора менее «тяжелых» в плане побочных эффектов препаратов в ущерб их терапевтической эффективности.

Четвертое – комплексность и системность терапии в виде сочетания монотерапии облигатных нарушений в комбинации с общеукрепляющим, рассасывающим, корригирующим лечением, дегидратацией и пр.

Пятое – индивидуальный подход в лечении, гибкость в выборе доз и индивидуальной длительности курса терапии.

Шестое – предшествующая психотерапевтическая подготовка семьи ребенка к лекарственному лечению ранней психопатологии в сотрудничестве с семьей.

Лечение психических нарушений в раннем возрасте проводится преимущественно в амбулаторных условиях; отсюда важна оценка родителями динамики в процессе лечения психического состояния ребенка (по определенным вопросам).

Седьмое – во всех случаях психофармакотерапии детей раннего возраста требуется информированное согласие родителей на лечение.

При этом следует иметь в виду, что многие, особенно современные психотропные препараты, не рекомендуются к употреблению в детском возрасте в связи с отсутствием информации по их использованию в лечении у детей.

Кроме того, известен пресловутый факт о недоверии и страхе перед психиатрией населения в целом и особенно родителей маленьких детей в их отрицательном отношении к лечению психических отклонений вообще сомнений в наличии таковых у их ребенка. Отсюда установление психотерапевтического доверия между врачом и группой родитель–ребенок затруднено. Поэтому необходима предварительная активная психотерапевтическая подготовка семьи для получения родительского согласия на лечение.

Помимо этого и у врача при лечении ребенка психотропными средствами естественны опасения нейролептических осложнений, наблюдаемых у взрослых, несмотря на возрастное уменьшение дозировок и высокий клиренс, характерный для детского организма, в принципе. уменьшающий возможность кумуляции лекарственных средств в организме и связанных с ними осложнений и побочных действий препаратов.

В современной общей физиологии и нейрофизиологии известны и наиболее распространенные осложнения от приема любых лекарственных веществ в традиционных дозах, которые рассматриваются как сверхсильные раздражители или факторы высокой интенсивности. Среди таковых – феномен адаптации (привыкания) патологического процесса к лекарственным препаратам; включение лекарственного вещества в патогенез болезни и возникновение патологического процесса нового типа; формирование сначала психологической, а затем и физической зависимости от дозы поступления препарата.

В то же время в современной медицине накапливаются данные о высокой чувствительности организма к воздействию факторов малой интенсивности различной природы или малых доз, в том числе и медикаментозных веществ, вступающих в непосредственное, но щадящее взаимодействие с клеточными рецепторами. Диапазон малых доз довольно большой – от гомеопатических (сверх низких) до собственно малых доз (1 молекула на литр).

Известно, что факторы малой интенсивности (малые дозы) относятся к неспецифическим адаптогенам, которые, мобилизуя естественные защитные силы организма, включают дополнительные регулирующие влияния, направленные на перевод организма из неустойчивого состояния болезни в более устойчивое и гармоничное состояние нормы. Важен и тот факт, что эффект от воздействия ма-

лых доз в ряде случаев превосходит таковой от применения макродоз. Это объясняется механизмами т. н. «каскадных» рецепторных ответных реакций и феномена «параметрического резонанса» с включением «резерва рецепторов клетки» и активацией их чувствительности к воздействиям малой интенсивности [8]. Весь этот комплекс может усиливать ответный клеточный сигнал в несколько раз.

Следует также отметить, что малые дозы, имитируя по интенсивности воздействия естественные (природные) факторы, оказывают на организм практически безопасное влияние, представляя большой интерес в применении их у детей в раннем возрасте.

Для преодоления известного негативизма родителей к психотропному воздействию на психику маленького ребенка и его организм в целом, а также поиск повышения как эффективности, так и безопасности лечения психических нарушений у детей, встал вопрос о значительном уменьшении средней терапевтической дозы взрослых препаратов для использования их в раннем детском возрасте.

За сравнительно непродолжительный опыт проделанной в НЦПЗ РАМН работы по лечению ранней психопатологии удалось изучить действие различных психотропных средств, известных и новых, в классах нейролептиков, антидепрессантов, противосудорожных, корректоров поведения, ноотропов, нейро- и церебральных вазопротекторов, нейромодуляторов, в т. ч. и тех, которые не были рекомендованы к употреблению детям младше 6-12 лет. Среди таковых – этаперазин, рisperил, левопассит, левокарнитин [6] неогаленовские препараты (зверобоя, женьшеня, элеутерококка, янтарной кислоты и др.).

Дозы применяемых указанных выше средств варьировали в известных возрастных пределах. Детям в возрасте 1-2 года жизни назначалась 1/10 средней дозы для взрослых, в возрасте 2-3 лет – 1/5 дозы, для возраста 3-4 лет – 1/4 или 1/3 дозы. Продолжительность лечения была различной – от 10-15 дней для некоторых ноотропов, биотиков, иммуномодуляторов, цитаминных до длительного приема препаратов – нейролептиков, противосудорожных и др. Длительная, перманентная терапия, как правило, сочеталась с повторными курсами поддерживающей общеукрепляющей, адаптогенной, регенерирующей и рассасывающей терапии. Кроме того, в процессе пролонгированного нейролептического лечения допускалось постепенное или одномоментное прекращение лечения сроком на несколько дней (летом – на месяц).

Для лечения форпост-симптомов психозов или ранней шизофрении использовались активные антипсихотики, но со щадящим воздействием на организм в целом, применяемые у взрослых в психосоматической практике. Это препараты – эглонил, этаперазин и галоперидол, в которых сочетаются стимулирующий и седативный эффекты с одновременным антигистаминным и вегетотропным действием. Для снятия психотического напряжения и злобно-агрессивного аффекта успешно применялся неуптил – 0,05 мг на год жизни. В качестве активного седативного средства и корректора поведения в ряде случаев использовался азалептин – 1 мг на год жизни.

Для редуцирования и предупреждения развития негативных процессуальных нарушений в случаях рано начавшейся злокачественной шизофрении и раннего детского аутизма применялся в качестве пролонгированного лечения

(год и более) атипичный нейролептик – рисполепт. Опыт его использования заслуживает особого внимания.

Учитывая указание возрастного ограничения использования его у детей было решено применение «малых доз» рисполепта [7, 8]. Дети в возрасте 1-3 года жизни получали 1/20 средней дозы для взрослых, в возрасте 4-5 лет – 1/10 взрослой средней дозы. В случае профилактической терапии дозы еще более (на 30%) снижались или применялась методика дробного (через день) приема средств, учитывая скорость выведения препарата из организма (36 и более часов). Продолжительность лечения рисполептом была длительной. Наблюдаемые группы детей раннего возраста получают рисполепт уже более 5 и более лет в ряде случаев с возраста 1 года, как уже указывалось, с согласия родителей). Кроме того, на применение рисполепта у детей было получено разрешение этического экспертного Совета НЦПЗ РАМН. В итоге лечения был получен значительный положительный результат. По международным клиническим шкалам статистическая обработка показала высокие процентные показатели улучшения (шкалы PANSS, CGI и др.) в случаях тяжелых форм рано начавшейся шизофрении и аутизма.

Регулярное исследование общего соматического состояния, биохимии крови и кардиологии детей не выявило у них каких-либо отклонений на фоне длительного приема рисполепта.

В процессе клинического и иммунологического изучения эффективности терапии малыми дозами рисполепта был выявлен феномен сохранения полученного эффекта при прекращении терапии (перерывы в лечении на месяц и более), без поддерживающей терапии. Более того, было отмечено явление т. н. «мертвой зоны» в динамике улучшения состояния при увеличении дозы нейролептического препарата и возвращения положительного эффекта лечения при ее уменьшении. Данные факты объясняются механизмами воздействия на рецепторы клетки малых терапевтических доз, известного как «парадоксальный эффект» в виде угнетение ответных клеточных реакций при воздействии на клетку высоких концентраций действующего вещества и оптимизация ее жизнедеятельности при сниженных дозах.

Все перечисленные нейролептики, кроме галоперидола, применяемые у детей раннего возраста, не требовали одновременного с ними приема корректоров.

В раннем детском возрасте распространенными являются различной выраженности гипотимические нарушения, в ряде случаев достигающие степени депрессии. Для лечения их использовались известные антидепрессанты – мелипрамин, амитриптилин, но чаще в качестве таковых назначались антидепрессанты растительного происхождения – препараты зверобоя (деприм, новопассит), неврохель, валерианохель, некоторые ноотропы: церебрум композитум, церебролизин, кортексин и различные биотики. В качестве антидепрессантов оказались эффективными и ряд противосудорожных препаратов, у которых в фармакокинетике сочетались антиконвульсивные свойства и ноотропное ГАМК-ергическое действие. Это препараты – финлепсин, ламиктал, конвулекс, топомакс, депакин, которые применялись и как корректоры нарушенного поведения и как собственно противосудорожные средств и как легкие антидепрессанты.

Следует отметить, что в начале лечения любого психического расстройства

у детей первых лет жизни в виде первого лечения применялся разнообразный спектр седативных средств, преимущественно растительных – неврохель, персен, морфей и другие в сочетании с ноотропными препаратами типа семакса, минисема, церебрамина.

Особого внимания среди таковых заслуживают препараты биолан, кортексин, с метаболическим, нейропротективным, нейротрофически и иммуномодулирующим действием с некоторой регуляцией уровня серотонина и допамина, активированием функции памяти, внимания, развития речевых и социальных навыков, гармонизирующих поведение. Препараты применялись интраназально, курсами 3-4 раза в год по 10 дней.

Во многих случаях были эффективны средства, в которых стимуляция психического развития сочетается с вазопротективным и легким седативным действием. В их числе когитум, янтавит, танакан, актовегин, фезам, и гомеопатические препараты – мемория, нотта, проводимые месячными курсами 2-3 раза в год.

Данные по изучению патогенеза шизофрении, накопленные за последние десятилетия, дают основание ожидать уже в ближайшее время появления новых средств патогенетической терапии этого заболевания и других психических нарушений в раннем возрасте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. и др. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. СПб.: Речь. 2002: 500 с.
2. Барденштейн Л.М., Славгородский Я.М., Молодецких А.В., Анашкина Г.А. Основы психофармакотерапии. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов. М.: РИО МГМСЦ. 2018. 110 с.
3. Бурдаков А.Н., Макаров И.В., Фесенко Ю.А., Бурдакова Е.В. Психофармакотерапия в детской психиатрии. Руководство для врачей. М.: Изд. Группа «Геотар-медиа», 2020. 17-30, 119-129 с.
4. Козловская Г.В., Калинина М.А., Проселкова М.Е., Голубева Н.И. Психофармакология в микропсихиатрии // Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2009. № 3. С. 106-108.
5. Козловская Г.В., Калинина М.А. Шизотипический диатез в раннем возрасте как предиктор шизофрении // Психиатрия. 2013 (4). С. 27-32.
6. Козловская Г.В., Калинина М.А., Иванов М.В., Кремнева Л.Ф., Крылатова Т.А. Опыт применения релиз-активных препаратов в лечении психических нарушений у детей раннего возраста. // РМЖ. 2018. Т. 26. № 9. С. 57-61.
7. Козловская Г.В., Калинина М.А., Голубева Н.И., Кремнева Л.Ф., Крылатова Т.А. Малые дозы рисперидона при лечении эндогенных психических заболеваний у детей // XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы». Тезисы. Ответственный редактор Незнанов Н.Г., 2015. С. 939.
8. Кремнева Л.Ф., Козловская Г.В., Калинина М.А., Голубева Н.И., Крылатова Т.А. Малые дозы лекарственных средств в лечении психических нарушений у детей // Вопросы психического развития детей и подростков. 2017 (17). № 2. С. 57-66.
9. Симашкова Н.В., Ключник Т.П., Якупова Л.П., Коваль-Зайцев А.А. Расстройства аутистического спектра (мультидисциплинарные клинико-

биологические подходы к диагностике и терапии // Психиатрия. 2013 (4). С. 5-11.

REFERENCES

1. Antropov Yu.F., Shevchenko Yu.S. i dr. Lechenie detej s psichosomaticeskimi rasstrojstvami. SPb.: Rech`. 2002: 500 s.
2. Bardenshtejn L.M., Slavgorodskij Ya.M., Molodeczkikh A.V., Anashkina G.A. Osnovy` psikhofarmakoterapii. Uchebnoe posobie dlya studentov mediczinskih VUZov. M.: RIO MGMSCz. 2018. 110 s.
3. Burdakov A.N., Makarov I.V., Fesenko Yu.A., Burdakova E.V. Psikhofarmakoterapiya v detskoj psikhiatrii. Rukovodstvo dlya vrachej. M.: Izd. Gruppa «Geotar-media», 2020. 17-30, 119-129 s.
4. Kozlovskaya G.V., Kalinina M.A., Proselkova M.E., Golubeva N.I. Psikhofarmakologiya v mikropsikhiatrii // Pediatriya. Prilozhenie k zhurnalu Consilium Medicum. 2009. # 3. S. 106-108.
5. Kozlovskaya G.V., Kalinina M.A. Shizotipicheskij diatez v rannem vozraste kak prediktor shizofrenii // Psikhiatriya. 2013 (4). S. 27-32.
6. Kozlovskaya G.V., Kalinina M.A., Ivanov M.V., Kremneva L.F., Kry`latova T.A. Opy`t primeneniya reliz-aktivny`kh preparatov v lechenii psikhicheskikh narushenij u detej rannego vozrasta. // RMZh. 2018. T. 26. # 9. S. 57-61.
7. Kozlovskaya G.V., Kalinina M.A., Golubeva N.I., Kremneva L.F., Kry`latova T.A. Maly`e dozy` risperidona pri lechenii e`ndogenny`kh psikhicheskikh zabolevanij u detej // XVI S`ezd psikhiatrov Rossii. Vserossijskaya nauchno-prakticheskaya konferenciya s mezhdunarodny`m uchastiem «Psikhiatriya na e`tapakh reform: problemy` i perspektivy`. Tezisy`. Otvetstvenny`j redaktor Neznakov N.G., 2015. S. 939.
8. Kremneva L.F., Kozlovskaya G.V., Kalinina M.A., Golubeva N.I., Kry`latova T.A. Maly`e dozy` lekarstvenny`kh sredstv v lechenii psikhicheskikh narushenij u detej // Voprosy` psikhicheskogo razvitiya detej i podrostkov. 2017 (17). # 2. S. 57-66.
9. Simashkova N.V., Klyushnik T.P., Yakupova L.P., Koval`-Zajczev A.A. Rasstrojstva autisticheskogo spektra (mul`tidisciplinarny`e kliniko-biologicheskie podkhody` k diagnostike i terapii // Psikhiatriya. 2013 (4). S. 5-11.

G.V. Kozlovskaya, M.A. Kalinina

NEW APPROACHES TO THE TREATMENT OF MENTAL DISORDERS IN YOUNG CHILDREN IN MICROPSYCHIATRY

FSBSI MHRC (Moscow).

Summary. The article summarizes the experience of using medications in the treatment of mental disorders, starting from an early age. The contingent in need of treatment consisted of children with mental disorders of various levels from neurotic reactions to outpost symptoms of major psychoses. The range of pharmacological drugs used at an early age included adaptogens, nootropic drugs, antidepressants, antipsychotics. Careful selection of dosages of drugs is recommended, taking into account age and possible adverse reactions.

Keywords: early childhood, micropsychiatry, high-risk group for schizophrenia, therapy.

НЕКРОЛОГ

НАТАЛИЯ АЛЕКСАНДРОВНА МАЗАЕВА

На 82 году ушла из жизни доктор медицинских наук, профессор Н.А. Мазаева, в течение многих лет руководившая отделом по изучению проблем подростковой психиатрии ФГБНУ Научного центра психического здоровья.

Наталья Александровна была родом из врачебной семьи и являлась представителем уважаемой в нашей стране медицинской династии. После окончания школы она закончила I-й Московский медицинский институт им. И.М. Сеченова, затем – его клиническую ординатуру по специальности «Психиатрия». С 1966 г., после поступления в аспирантуру **института Психиатрии АМН СССР**, ее дальнейшая профессиональная деятельность была не-

разрывно связана с **Научным центром психического здоровья**. В 1970 г. она защитила кандидатскую диссертацию «Изменения личности при периодической шизофрении», в 1983 г. – докторскую диссертацию по теме «Латентная шизофрения (статика и динамика)». В 1983 г. Н.А. Мазаева возглавила только что созданный в структуре **Института психиатрии АМН СССР** отдел (впоследствии включенный в Институт профилактической психиатрии на базе **ВНЦПЗ АМН СССР**), где изучались вопросы психопатологии эндогенного процесса, динамики и систематики ремиссий при приступообразной шизофрении, проблемы социальной реабилитации пациентов и поиска новых форм помощи больным. С 1997 (после его трансформации в отдел по изучению проблем подростковой психиатрии **НЦПЗ РАМН** - в настоящее время – **ФГБНУ НЦПЗ**) Наталья Александровна Мазаева руководила этим подразделением Центра до своего ухода на заслуженный отдых в 2021 г. Круг ее научных интересов включал факторы риска, инициальные проявления, особенности психопатологии и течения психических заболеваний в подростковом возрасте (в частности, стертых и развернутых форм эндогенного процесса, аффективных, фобических нарушений, расстройств пищевого поведения, психопатологических образований при онкологической патологии). Ею изучались роль социально-средовых воздействий,

патоморфоза и гендерной принадлежности в формировании клинической картины болезни на этапе взросления, компенсации/декомпенсации психического состояния в период adolescence; прогностические критерии ранней инвалидности; проблемы клиники и динамики эндоформных психических расстройств у подростков.

По результатам проведенных научных исследований Н.А. Мазаевой опубликовано более 100 научных работ, включая главы в руководствах по психиатрии, статьи, пособия для врачей. Под ее непосредственным научным руководством выполнено 16 кандидатских диссертаций, в процессе работы над двумя докторскими диссертациями она выступала научным консультантом. В течение многих лет она являлась членом редакционных коллегий научных психиатрических журналов «Психическое здоровье», «Психиатрия». Как высококвалифицированный и авторитетный специалист в области подростковой психиатрии она участвовала в работе проблемной комиссии «Психическое здоровье детей, подростков и юношей Межведомственного научного совета по проблемам психического здоровья РАМН и МЗ РФ», консультативного совета Минздрава России по вопросам охраны психического здоровья детей, а также постоянно проводившегося в НЦПЗ семинара «Современные аспекты клинических, экспертных и социальных проблем подростково-юношеской психиатрии».

Наталия Александровна Мазаева была не только известным ученым, обладателем глубокой научной эрудиции и аналитического дара, воспитавшим не одно поколение учеников, блестящим тонким врачом-клиницистом, но и замечательным человеком, которого за отзывчивость, доброту, ум, бескорыстное желание помочь людям, прямоту, цельность и открытость, любили и ценили родные и близкие, друзья, многочисленные ученики, коллеги и пациенты. Родные и коллеги скорбят о горькой, внезапно постигшей всех нас невосполнимой утрате. Светлая память о Наталии Александровне, прекрасном враче и учителе, исследователе, отдававшем себя науке, профессии, людям, навсегда останется в памяти и в сердцах тех, кто ее знал, любил, уважал.

**Коллеги, друзья, члены Редколлегии журнала
«Вопросы психического здоровья детей и подростков»**

НЕКРОЛОГ

НАТАЛЬЯ ВАЛЕНТИНОВНА СИМАШКОВА

Отечественная детская психиатрия понесла тяжелую, невосполнимую утрату – 4 марта 2022 г. после тяжелой болезни на 68 году жизни скончалась Наталья Валентиновна Симашкова, доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ.

Н.В. Симашкова окончила педиатрический факультет 2-го Московского государственного медицинского института им. Н.И.Пирогова в 1978 г. С 1978 по 1980 гг. проходила обучение в клинической ординатуре по психиатрии, с 1980 по 1983 гг. в аспирантуре при Институте психиатрии АМН СССР (в настоящее время – ФГБНУ НЦПЗ), по окончании которой

работала в сфере детской психиатрии, последовательно прошла этапы от младшего научного сотрудника до ведущего научного сотрудника, с 2009 по 2022 гг. руководила отделом детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ.

Среди научных руководителей и старших коллег Натальи Валентиновны были выдающиеся детские и взрослые психиатры нашего Отечества - А.В. Снежневский, А.С. Тиганов, М.Я. Цуцульковская, М.Ш. Вроно, В.М. Башина, И.А. Козлова и многие другие.

В 1984 г. Н.В.Симашкова успешно защитила кандидатскую диссертацию «Клинические особенности подростковой шизофрении с острыми полиморфными приступами», выполненную под руководством М.Ш. Вроно, а в 2006 г. - докторскую диссертацию «Атипичный аутизм в детском возрасте», научным консультантом которой была В.М. Башина, с нею Н.В. Симашкова в течение более чем 20 лет занималась разработкой проблемы детского аутизма в нашей стране. Круг научных интересов Натальи Валентиновны был чрезвычайно широк, охватывал разные аспекты детской и подростковой психиатрии (расстройства аутистического спектра, детская и подростковая шизофрения, шизотипические расстройства, шизоаффективные расстройства, аффективные расстройства, гиперкинетический синдром и др.). Наталья Валентиновна – одна из ведущих исследова-

телей в РФ в области психических расстройств детского возраста, ее работы по аутизму, катамнестическому наблюдению детей и подростков с психической патологией, психофармакологический опыт лечения в детско-подростковом возрасте нашли признание и обрели известность в России и за рубежом. Большой вклад Наталья Валентиновна внесла в изучение проблемы детского аутизма и шире - расстройств аутистического спектра. Работы Н.В. Симашковой проводились в рамках успешного и плодотворного мультидисциплинарного сотрудничества с биологами (иммунологами, генетиками, нейрофизиологами), клиническими психологами (нейро- и патопсихологами), педагогами (дефектологами и логопедами), всегда выполнялись на высоком научном уровне в соответствии с мировыми стандартами и требованиями времени.

Высокопрофессиональный, чуткий, заботливый и внимательный врач, Наталья Валентиновна помогла обрести здоровье и надежду на высокий уровень адаптации и качество жизни в современном меняющемся мире сотням детей с особенностями развития и их родителям.

Н.В. Симашкова является автором и соавтором более 320 научных публикаций в отечественных и зарубежных журналах и сборниках, 7 монографий. Она неоднократно выступала с докладами на конференциях: региональных, всесоюзных и всероссийских, участвовала в работе конгрессов и съездов с международным участием, входила в программные и организационные комитеты данных мероприятий. Наталья Валентиновна являлась членом редакционных коллегий журналов «Психиатрия», «Аутизм и нарушения развития», осуществляла научное руководство рядом кандидатских диссертаций. Для практического здравоохранения уход Натальи Валентиновны также большая потеря, под ее руководством была начата важная работа по скринингу рисков нарушения психического развития и психического здоровья детей раннего возраста.

С 1995 г. Н.В. Симашкова являлась заместителем председателя постоянно действующего при ФГБНУ НЦПЗ семинара «Современные аспекты клинических, экспертных и социальных проблем подростково-юношеской психиатрии, читала лекции, проводила семинары, вебинары для психиатров, ординаторов, аспирантов, клинических психологов. Активный и признанный детский психиатр, Наталья Валентиновна являлась членом экспертной группы ВОЗ по разработке психических и поведенческих расстройств Международной классификации болезней 11 пересмотра (детского и подросткового возраста); была в течение ряда лет главным внештатным детским психиатром Центрального Федерального округа Минздрава РФ, членом детской секции Российского общества психиатров, входила в состав ряда рабочих групп при Минздраве РФ, при Министерстве труда и социальной защиты РФ и при Министерстве образования РФ по вопросам развития межведомственного взаимодействия. Наталья Валентиновна Симашкова является автором клинических рекомендаций и стандартов оказания медицинской помощи при расстройствах аутистического спектра и детской шизофрении.

В 2012 г. ей было присвоено почетное звание «Почетный работник сферы образования РФ».

Наталья Валентиновна не только прекрасный врач и ученый, очарователь-

ная женщина, всеми уважаемый руководитель отдела детской психиатрии, добрый и отзывчивый друг и товарищ. Все мы знали Наталью Валентиновну как человека, который отстаивал права и интересы особых детей, но также и специалистов-детских психиатров в современных непростых условиях оказания психиатрической помощи.

Коллеги и близкие Натальи Валентиновны скорбят о невозможной утрате, несправедливости судьбы к ней. Заслуженное уважение к Н.В. Симашковой – не только результат ее научной деятельности, но и следствие ее незаурядных человеческих качеств. Светлая память об этом замечательном человеке, прекрасном докторе, отдающим себя пациентам, навсегда останется в памяти и в сердцах тех, кто соприкасался с нею по жизни, знал, любил, уважал и ценил во всех ее проявлениях.

Редакция журнала «Вопросы психического здоровья детей и подростков», Правление Ассоциации детских психиатров и психологов выражают свои глубокие соболезнования в связи с кончиной Натальи Валентиновны Симашковой. Светлая память!

**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** в Word'e.

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 приставном списке литературы. Ссылки на литературные источники в тексте даются цифрами (соответственно приставному списку) в квадратных скобках.

9. Список литературы оформляется **В АЛФАВИТНОМ ПОРЯДКЕ** соответственно требованиям Госстандарта, вначале источники на русском языке (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. В случае наличия замечаний рецензента рецензия направляется автору без указания имени рецензента. Решение о публикации (или отклонении) статьи принимается Редколлегией после получения рецензии и, если статья требует доработки, ответа 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 20.06.2022 г.

Формат 69/90 1/16. Бумага офсетная № 2.

Печать цифровая. Тираж 300 экз.

Заказ №

Отпечатано в типографии «OneBook»

ООО «Сам Полиграфист»

129090, г. Москва, Протопоповский пер., д. 6.

www.onebook.ru
