

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2023(23), №3

«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

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. 2023

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	
А.А.Пичиков, Д.И. Тихомиров, Т.А. Саломатина, Р.В. Гребенщикова, Л.В. Лукина, Л.Р. Ахмерова, Ф.Ю. Фомин, Д.И. Громыко, Ю.В. Попов ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК С ИЗМЕНЕНИЯМИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СВЯЗАННОСТИ В СЕТЯХ СОСТОЯНИЯ ПОКОЯ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ.....	4
К.А. Шарина БАЗИСНЫЕ УБЕЖДЕНИЯ У УЧАЩИХСЯ С НЕНОРМАТИВНЫМ ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА.....	19
Е.В. Бульчева НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ СТРЕССА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	25
А.Д. Камшилина, Т.В. Уласень ФАКТОРЫ САМОВОЛЬНОГО ОТЛУЧЕНИЯ ИЗ ДОМА У ПОДРОСТКОВ ИЗ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СЕМЕЙ.....	34
И.В. Полякова УРОВЕНЬ АГРЕССИВНОСТИ ПОДРОСТКА ПРИ РАЗНОМ УРОВНЕ ОБУЧЕННОСТИ И ВОСПИТАННОСТИ.....	43
ПРОФИЛАКТИКА, ТЕРАПИЯ, КОРРЕКЦИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПОМОЩИ	
М.Ю. Городнова ГЕШТАЛЬТ-ПОДХОД В ПСИХОТЕРАПИИ ДИАДЫ МАТЬ-РЕБЕНОК В ПРЕВЕНЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.....	54
А.В. Куликов, Е.Е. Балакирева, А.А. Коваль-Зайцев, Н.А. Киренкова, С.Г. Никитина, Н.С. Шалина ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР — ЭФФЕКТИВНЫЙ МАРШРУТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (ОБСЛЕДОВАНИЕ, ЛЕЧЕНИЕ, (РЕ)АБИЛИТАЦИЯ).....	66
Г.А. Перминова ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ В ВЫЕЗДНОЙ ПАЛЛИАТИВНОЙ СЛУЖБЕ ДЕТСКОГО ХОСПИСА «ДОМ С МАЯКОМ».....	75
А.Г. Кошавцев, С.В. Гречаный ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ДЕПРЕССИВНОМ СИНДРОМЕ РОДИЛЬНИЦ.....	83
АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ	
Б.В. Воронков К 120-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА С.С. МНУХИНА.....	89
ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ	
М.А. Калинина, Е.Е. Балакирева, Г.В. Козловская, С.Г. Никитина, Т.Е. Блинова, О.В. Шушпанова, Н.И. Голубева, М.В. Иванов, И.А. Марголина, Н.В. Платонова, А.В. Куликов, А.А. Коваль-Зайцев, Н.С. Шалина ДЕТСКИЙ АУТИЗМ – ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ.....	94
Ю.Е. Курганова, А.М. Щербакова, Ю.А. Бурдукова, Е.С. Зорина, О.В. Белозерская, Н.С. Лыкова, В.Д. Щукина, А.А. Бриллиантова ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ (ОБЗОР).....	108
ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ, ИНФОРМАЦИЯ	
НЕКРОЛОГ БОРИС ВАСИЛЬЕВИЧ ВОРОНКОВ	119
ОБ УЧИТЕЛЕ.....	121
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ.....	122

CONTENTS

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

**A.A. Pichikov, D.I. Tikhomirov, T.A. Salomatina, R.V. Grebenshchikova, L.V. Lukina,
L.R. Akhmerova, F.Yu. Fomin, D.I. Gromyko, Yu.V. Popov**

RELATIONSHIP BETWEEN CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND
CHANGES OF FUNCTIONAL CONNECTIVITY IN RESTING STATE NETWORKS
AMONG ADOLESCENT GIRLS WITH ANOREXIA NERVOSA..... 4

K.A. Sharina

BASIC BELIEFS IN STUDENTS WITH ABNORMAL BODY MASS INDEX..... 19

E.V. Bulycheva

NEUROPHYSIOLOGICAL RISK FACTORS FOR STRESS FORMATION IN SCHOOL-AGE
CHILDREN AND ADOLESCENTS..... 25

A.D. Kamshilina, T.V. Ulasen

FACTORS OF SELF-WITHDRAWAL FROM HOME IN ADOLESCENTS
FROM DYSFUNCTIONAL FAMILIES..... 34

I.V. Polyakova

THE LEVEL OF AGGRESSIVENESS OF A TEENAGER WITH DIFFERENT LEVELS
OF TRAINING AND UPBRINGING..... 43

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

M.Yu. Gorodnova

GESTALT APPROACH IN THE PSYCHOTHERAPY OF THE MOTHER-CHILD DYAD
IN THE PREVENTION OF MENTAL DISORDERS..... 54

A.V. Kulikov, E.E. Balakireva, A.A. Koval'-Zaytsev, N.A. Kirenkova, S.G. Nikitina, N.S. Shalina

A DAY HOSPITAL IS AN EFFECTIVE ROUTE FOR MANAGING PRESCHOOL PATIENTS
WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS (EXAMINATION, TREATMENT,
(RE)HABILITATION)..... 66

G.A. Perminova

PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF CHILDREN IN PALLIATIVE CARE
IN «THE LIGHTHOUSE» CHILDREN'S HOSPICE..... 75

A.G. Koshchavtcev, S.V. Grechany

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF PSYCHOTHERAPY FOR BLUES SYNDROM..... 83

LITERATURE REVIEWS, LECTIONS, METHODOICAL MATHATERIALS

M.A. Kalinina, E.E. Balakireva, G.V. Kozlovskaya, S.G. Nikitina, T.E. Blinova,

O.V. Shushpanova, N.I. Golubeva, M.V. Ivanov, I.A. Margolina, N.V. Platonova,

A.V. Kulikov, A.A. Koval-Zaitsev, N.S. Shalina

CHILDREN'S AUTISM – HISTORICAL ASPECTS AND NEW PERSPECTIVES..... 94

Yu.E. Kurtanova, A.M. Shcherbakova, Yu.A. Burdukova, E.S. Zorina, O.V. Belozerskaya,

N.S. Lykova, V.D. Shchukina, A.A. Brilliantova

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION IN PEDIATRIC ONCOLOGY (REVIEW)..... 108

THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS..... 122

УДК 616.89-008.441.42, 616.89-008.48, 159.922.736.4

А.А.Пичиков¹, Д.И. Тихомиров¹, Т.А. Саломатина², Р.В. Гребенщикова¹,
Л.В. Лукина¹, Л.Р. Ахмерова¹, Ф.Ю. Фомин³, Д.И. Громыко¹, Ю.В. Попов¹

**ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ
ХАРАКТЕРИСТИК С ИЗМЕНЕНИЯМИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ
СВЯЗАННОСТИ В СЕТЯХ СОСТОЯНИЯ ПОКОЯ**

У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева», ²Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. профессора А.Л. Поленова (Санкт-Петербург), ³ООО «Нейрософт» (Иваново).

Резюме. Введение: В работе был проведен анализ клинико-психологических характеристик у девушек-подростков с ограничительным и очистительным типами нервной анорексии (НА). Представлены результаты МР-морфометрии головного мозга, а также результаты анализа функциональной связанности в состоянии покоя и ее связи с особенностями пищевого поведения и симптоматиологии расстройства. **Целью исследования** является определение изменений функциональной связанности между различными областями головного мозга в состоянии покоя у девушек-подростков при ограничительном и очистительном типе НА и их связи с нейропсихологическими, интероцептивными и клиническими особенностями. **Материал и методы:** Обследовано 62 пациентки с НА в возрасте от 14 до 19 лет, которые были разделены на две группы: ограничительный (n=34) и очистительный (n=28) тип. Группу контроля составили 29 здоровых добровольцев. Все участники были протестированы с помощью набора психометрических тестов и прошли функциональную МРТ в состоянии покоя. Были проанализированы различия связанности между регионами интереса, входящими, в том числе, в сеть значимости, дефолтную и визуальную сеть. Был проведен корреляционный анализ для нахождения связи обнаруженных изменений с клиническими и психопатологическими показателями. **Результаты:** Были выявлены изменения функциональной связанности между регионами дефолтной сети и сети значимости, а также различными областями островка и регионами головного мозга в состоянии покоя у пациенток с ограничительным и очистительным типами НА. Показатели связанности островка коррелировала с уровнем интероцептивной точности, импульсивности и недовольства своим телом. Особенности исполнительного функционирования не коррелировали с выявленными изменениями связанности. **Заключение:** Наши результаты свидетельствуют о том, что функциональные аномалии головного мозга при НА связаны с определенными областями, которые участвуют в обработке соматосенсорной и зрительно-пространственной информации. Получены данные о различиях в связанности между регионами головного мозга, обу-

словливающими самореферентное мышление, тормозный контроль и чувствительность к вознаграждению и, вероятно, определяющими выраженность ограничительных/очистительных паттернов пищевого поведения.

Ключевые слова: нервная анорексия, подростки, связанность, исполнительные функции, интероцепция

Введение. Нервная анорексия (НА) — это психическое расстройство, при котором ограничения в приеме пищи, связанные с неудовлетворенностью своим весом и формой тела, приводят к выраженному соматическому истощению. НА является нарушением с самым высоким риском преждевременной смерти среди всех психических расстройств — 5,1 случая на 1000 человек в год [7, 18] и 18-кратным увеличением риска смерти от суицида по сравнению с общей популяцией [10]. На сегодняшний день этиология и патофизиология НА до конца не изучены. Однако специалисты разных областей медицины предполагают многофакторное происхождение заболевания, при котором нейробиологические отклонения могут способствовать возникновению, поддержанию и рецидиву НА [8, 14, 20]. В последнее время растет число исследований с использованием метода функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ) покоя, позволяющей идентифицировать ряд нейронных сетей, описывающих анатомически различные, но функционально связанные области мозга, которые демонстрируют сильную временную когерентность в мозге при отсутствии выполнения каких-либо задач и, как полагают, реализуют специфические наборы функций мозга.

Изменения функциональной связанности в различных сетях и между различными регионами головного мозга в состоянии покоя были зарегистрированы при ряде психических заболеваний, в том числе и при НА [6]. Однако, упрощенное понимание особенностей проявлений НА в рамках вероятных схожих нейронных профилей при других психических расстройствах, например, при обсессивно-компульсивном расстройстве, не является обоснованным [15].

Как правило, существующие исследования касаются сравнения группы контроля и пациентов с НА/нервной булимией или нервной булимией/компульсивным перееданием, при этом не рассматриваются особенности пищевого поведения внутри самих нозологических групп. Вместе с тем, в классификации DSM-V (и в будущей классификации МКБ-11) имеется разделение НА на два подтипа: очистительный и ограничительный, что имеет четкую клиническую обоснованность и может определять разные терапевтические подходы, связанные с различными нейробиологическими профилями таких пациентов.

В действительности до настоящего времени выявленные изменения функциональной связанности при НА носят противоречивый характер и до конца не выяснены. Вероятно, это может быть связано с достаточно разнородными по составу исследуемыми группами, которые демонстрируют как общие характеристики (например, неудовлетворенность своим телом), так и разные виды поведения, нацеленные на снижение веса (например, ограничение пищи, рвота, использование слабительных и диуретиков, повышенная физическая нагрузка). В нашей работе была осуществлена попытка дополнить имеющиеся исследова-

ния данными, полученными при сравнении групп пациентов с очистительной и ограничительной формами НА.

Целью исследования является определение изменений функциональной связанности головного мозга в состоянии покоя между различными областями мозга у девушек-подростков при ограничительном и очистительном типе НА и их связи с нейропсихологическими, interoцептивными и клиническими особенностями.

Гипотеза исследования: характер нарушений функциональной связанности в сетях покоя и между различными регионами головного мозга различается у девушек-подростков в зависимости от преобладания ограничительных или очистительных паттернов пищевого поведения и связан с различными клинико-психологическими характеристиками.

Материал и методы. Дизайн исследования. Исследование является кросс-секционным, открытым, сравнительным. Все участники прошли клиническое обследование у психиатра. Обследуемые и их родители/законные опекуны подписали информированное согласие. В дальнейшем проводилась оценка критериев включения/невключения в исследование. Девушки-подростки распределялись в одну из клинических групп (с очистительным или ограничительным пищевым поведением) и группу контроля.

На следующем этапе проводилась оценка клинических проявлений пищевых нарушений и связанных с ними проявлений с помощью шкалы оценки пищевого поведения (ШОПП), теста сердцебиений для верификации interoцептивной точности нейропсихологического обследования. На последнем этапе проводилось МРТ-сканирование (структурная МРТ и фМРТ) с последующей верификацией выявленных закономерностей с помощью статистического анализа.

Всего было обследовано 62 пациентки с диагнозом НА (F50.0 по МКБ-10) в возрасте от 14 до 19 лет, которые были разделены на две группы: ограничительный (n=34) и очистительный (n=28) тип согласно критериям, описываемым в DSM-V и будущей классификации МКБ-11 (табл. 1). Группу контроля составили 29 здоровых добровольцев.

Таблица 1.

Критерии для разделения клинических групп на основе базовых паттернов пищевого поведения

Ограничительный тип НА	Очистительный тип НА
1. основной способ потери веса и поддержания низкой массы тела - голодание 2. возможно сочетание с повышенным расходом энергии (напр., чрезмерными физическими нагрузками) 3. отсутствие приступов переедания или очищающего поведения	Наличие выраженного очищающего поведения по избавлению от употребляемой пищи: • самоиндуцированные рвоты • злоупотребление пероральными слабительными • злоупотребление клизмами • злоупотребление диуретиками

Критерии включения

Исследуемые группы:

- информированное согласие девушки-подростка и ее родителя/законного опекуна (если на момент подписания согласия ей не исполнилось 18 лет)
- возраст от 14 до 19 лет включительно
- женский пол
- диагноз НА в соответствии с DSM-V
- росто/весовой показатель < 5 перцентиля согласно возрастным центильным таблицам для девушек
- длительность заболевания < 2 лет

Группа контроля:

- информированное согласие девушки-подростка и ее родителя/законного опекуна (если на момент подписания согласия ей не исполнилось 18 лет)
- здоровые девушки-подростки в возрасте от 14 до 19 лет с отсутствием в анамнезе психиатрических и неврологических заболеваний
- росто/весовой показатель от 5 до 85 перцентиля согласно возрастным центильным таблицам для девушек

Критерии не включения:

- использование психотропных или нейротропных препаратов в течение 2 месяцев до включения в исследование и в течение исследования
- прохождение системной психотерапии в течение 2 месяцев до включения в исследование и в течение исследования
- наличие ЧМТ, неврологических заболеваний в анамнезе, новообразований в головном мозге
- наличие аддитивных расстройств в анамнезе
- отсутствие установившегося менструального цикла до манифестации заболевания
- диагностика другого психического расстройства, объясняющего симптоматику пищевых нарушений
- леворукость и амбидекстрия
- противопоказания к проведению МРТ

Критерии исключения: отказ от участия в исследовании.

Методы исследования. Исследование проводилось с помощью клиничко-анамнестического, клиничко-психопатологического, экспериментально-психологического, нейровизуализационного и математико-статистического методов.

Экспериментально-психологический метод использовался для выявления специфических характеристик, определяющих особенности пищевого поведения и, вероятно, связанных с дисфункциями в нейрональных сетях. В качестве инструмента диагностики и оценки характерных признаков пищевых расстройств использовалась «Шкала оценки пищевого поведения» (ШОПП; О.А. Ильчик, С.В. Сивуха, О.А. Скугаревский, С. Суихи, 2011). Факторная структура опросника позволяла выделить 7 параметров: (1) стремление к худобе, (2) булимия, (3) неудовлетворенность телом, (4) неэффективность, (5) перфекцио-

низм, (6) недоверие в межличностных отношениях, (7) интероцептивная некомпетентность. Для оценки интероцептивной чувствительности (самооценки убеждений относительно собственной интероцепции) использовалась 7 субшкала данного опросника, по мнению авторов, отражающая дефицит уверенности в отношении распознавания чувства голода и насыщения.

Для оценки импульсивности и составляющих ее факторов: отвлекаемости внимания, моторной импульсивности, способности к планированию и самоконтролю использовалась шкала импульсивности Барратта (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11; С.Н. Ениколопов, Т.И. Медведева, 2015).

Для определения интероцептивной точности как одной из модальностей интероцепции использовалась задача восприятия сердцебиения. В начале девушки из исследовательских и контрольной групп должны были практиковать подсчет своего сердцебиения (молча, без измерения пульса или считывания секунд) в течение 25-секундного интервала времени. После этого было дано задание считать свое сердцебиение в течение шести временных промежутков с различной продолжительностью 25, 35, 45, 55, 65 и 75 секунд (порядок был случайным для всех участников, а о длине интервалов не сообщалось). В начале и конце каждого временного интервала звучал звуковой сигнал. Между каждым интервалом респондентам было дано время в течение 15 секунд для отдыха и сообщения о подсчитанных сердцебиениях в устной форме. Фиксация временных интервалов, их звуковое разграничение, объективный подсчет сердцебиений проводились с помощью трекера сердечного ритма Polar Vantage M. Для анализа частоты сердечных сокращений использовалось программное обеспечение Polar Flow. На последнем этапе проводилась оценка точности восприятия сердцебиений, которая характеризуется соотношением между объективным (зарегистрированным) и субъективным (подсчитанным) количеством сердцебиений. ИТ анализировали путем преобразования шести временных интервалов (n) по следующей формуле:

$$\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n 1 - \frac{(\text{зарегистрированная ЧСС}_i - \text{подсчитанная ЧСС}_i)}{\text{зарегистрированная ЧСС}_i}$$

Показатели варьировались от 0 до 1, причем более высокие уровни указывали на небольшие различия между подсчитанным и зарегистрированным сердцебиением и, следовательно, лучшими показателями интероцептивной точности.

В нашей работе нейропсихологическое исследование было направлено на оценку исполнительных функций у пациенток с НА. В батарею тестов были включены следующие методики, позволяющие оценить отдельные аспекты исполнительных функций: (1) Висконсинский тест сортировки карточек (Wisconsin Card Sorting Test - Lezak, 1995) - когнитивная гибкость и способность к использованию обратной связи; (2) Тест следования по маршруту (Trail Making Test - Demakis, 2004) - зрительно-моторная функция, способность переключения и контроля за деятельностью; (3) Тест цветовой интерференции Струпа (Stroop Test - Demakis, 2004) – торможение (произвольное подавление, уровень интерференции).

При прохождении теста Струпа испытуемому предлагалось три последовательных задания: (1) прочитать слово, обозначающее цвет (красный, желтый, зеленый, синий) и написанное черным цветом; (2) прочитать слово, обозначающее цвет и написанное этим же цветом; (3) назвать цвет слова, обозначающего другой цвет. Каждое задание включало в себя 100 слов. Эффект Струпа (интерференция) рассчитывался путем вычитания из количества правильных ответов (КПО) во втором задании КПО в третьем задании (обозначение цвета) и деления полученной разницы на КПО в третьем задании, затем полученный показатель умножался на 100 ($[(\text{КПО}2 - \text{КПО}3 / \text{КПО}3) \times 100]$). Более высокие оценки интерференции, предположительно, отражают слабость регуляторных функций (оттормаживания).

Нейровизуализационное исследование выполнялось в течение 3 часов после пробуждения в утренние часы натощак. МРТ выполняли на томографе AtlasExelartVantage XGV (Toshiba, Япония) с силой индукции магнитного поля 1,5 Тл. Применялась 8-канальная поверхностная головная катушка. В протокол сканирования входили: стандартное исследование головного мозга в трех проекциях, включавшее T1, T2-взвешенные изображения, FLAIR (Fluid Attenuated Inversion Recovery) и 3D MP-RAGE импульсные последовательности. 3D MP-RAGE ИП также использовалась для последующего морфометрического и фМРТ анализа со следующими параметрами: TR=12 мс, TE=5 мс, FOV=25,6, MTX=256, ST=2,0, FA=20°. Для фМРТ исследования применялась EPI ИП (Echo planar imaging) со следующими параметрами: TR=3000 мс, TE=40 мс, FOV=25,6, MTX=256, ST=4,0, FA=70°.

Воксель-базированная морфометрия проводилась в программной среде FreeSurfer 6 и 7 (Athinoula A. Martinos Center for Biomedical Imaging). Морфометрические данные включали следующие категории: объем серого вещества в каждом полушарии, объем белого вещества в каждом полушарии, объемы подкорковых структур и общий объем после сегментации, приведенный к внутричерепному объему. Чтобы контролировать влияние атрофии серого вещества на функциональную связность, сегментированные анатомические изображения всех субъектов были использованы для получения воксельных вероятностных карт серого вещества для использования в качестве мешающей переменной в статистическом анализе.

фМРТ выполняли в состоянии полного покоя у обследуемых, когда они не выполняли каких-либо внешних задач. При этом девушки находились в состоянии бодрствования с закрытыми глазами в полной темноте, с берушами и резиновыми прокладками, минимизирующими движения головы. В конце процедуры всех испытуемых спрашивали о том, засыпали ли они во время проведения процедуры или испытывали ли беспокойство. Ни один из участников исследования не двигался, не засыпал и не сообщал о беспокойстве во время сканирования.

Следующим этапом была обработка данных фМРТ состояния покоя с помощью программного обеспечения CONN-TOOLBOX на основе Matlab, предназначенного для обработки, отображения и анализа функциональных связей. Рассчитывалось стандартное отклонение (SD) изменений сигнала BOLD между

группами с очистительной и ограничительной НА и здоровыми добровольцами как мера изменения состояния нейронных сетей покоя.

Был применен анализ независимых компонент (ICA), который позволил выделить отдельные сети покоя и определить уникальную функциональную связность между различными областями головного мозга. Были выделены три интересующие нас сети: дефолтная сеть (default mode network (DMN)), сеть значимости (salience network (SN)), зрительная сеть (visual network (VN)), а также выбраны регионы интереса для оценки связи между ними и другими областями головного мозга.

Анализ проводился по следующим шагам: (1) предварительная обработка данных: импорт данных фМРТ, коррекция временного сдвига при получении отдельных срезов в рамках одного объема головного мозга, настройка смещения, нормализация и усреднение; (2) удаление источников помех в данных, таких как артефакты движения, кардиореспираторный шум и др.; (3) анализ регионарной функциональной связности (seed-based): на этом этапе был произведен выбор зоны интереса (ROI), осуществлен поиск корреляций между временной динамикой зоны интереса и остальным мозгом; (4) анализ методом независимых компонент: применение метода ICA для извлечения необходимых компонент (сетей покоя) на предварительно обработанных данных фМРТ состояния покоя; независимые компоненты были реконструированы с использованием модели двойной регрессии для получения пространственных карт, соответствующих независимым компонентам для каждого субъекта, затем пространственные карты были преобразованы в Z-баллы, указывающие на степень синхронизации сигнала BOLD в каждом вокселе с усредненным изменением соответствующего компонента во времени; (5) идентификация сети и интерпретация компонент, полученных на предыдущем этапе.

Математико-статистический метод применялся для обработки собранного эмпирического материала и математической верификации выявленных закономерностей. В соответствии с поставленными задачами исследования мы применяли математико-статистическую обработку в программной среде языка программирования Python с использованием среды разработки Jupyter-notebook и прикладных модулей для статистического анализа Pandas и Numpy. Был проведен корреляционный анализ между преобразованными Z-баллами, клиническими переменными и субшкалами, которые различались между клиническими и контрольной группами. Проводился ковариационный анализ (ANCOVA) на основе поправки на возраст/образование для сравнения всех переменных между клиническими группами и контрольной группой.

Для оценки количественных переменных проводилась оценка нормальности распределения с помощью теста Шапиро-Уилка, при нормальном распределении проводился дисперсионный анализ (ANOVA) и post hoc сравнение с помощью t-критерия Стьюдента, применявшегося для попарного сравнения групп и дальнейшей оценкой с поправкой Бонферрони. При распределении, отличном от нормального, проводился тест Краскела-Уоллиса с post hoc сравнением с помощью U-теста Манна-Уитни. Качественные переменные оценивались с помо-

щью критерия χ^2 . Коэффициент ранговой корреляции Спирмена применялся для оценки связей между изучаемыми показателями. Оценка статистической значимости: порог статистической значимости: $p < 0,05$, использовалась поправка Бонферрони для множественных сравнений за исключением данных МРТ, где использовался метод Холма.

Заявление по этике. Исследование проводилось в соответствии с действующим законодательством РФ, Хельсинкской декларацией о защите прав человека и правилами организации протоколов исследования. Исследование было одобрено Локальным этическим комитетом ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева 28.06.2018. (№ЭК-1814).

Результаты.

1. Демографические и клинико-психологические характеристики. Демографические и клинические данные представлены в табл. 2. Исследуемые 1 группы (с ограничительным типом НА) характеризовались меньшим возрастом по сравнению с исследуемыми 2 группы ($p < 0.05$). Пациентки из 2 группы имели более высокие показатели импульсивности и отсутствия самоконтроля ($p < 0.001$), проявлений перепадов ($p < 0.05$), а также более высокие показатели интероцептивной некомпетентности ($p < 0.05$). Также они показывали худшие результаты по когнитивным задачам: Висконсинскому тесту сортировки карточек ($p < 0.001$) и тесту Струпа ($p < 0.05$). Исследуемые 1 группы демонстрировали более выраженное недоверие в межличностных отношениях по сравнению со 2 группой ($p < 0.05$). В целом группы пациенток с НА демонстрировали по сравнению с контрольной группой более низкие показатели интероцептивной точности ($p < 0.001$), более высокие показатели стремления к худобе ($p < 0.05$), неудовлетворенности телом ($p < 0.001$), перфекционизма ($p < 0.001$), а также отвлекаемости внимания ($p < 0.05$).

Таблица 2.

Демографические и клинико-психологические характеристики респондентов

№	Показатель	1 группа/ОГ (n=34)	2 группа/ОЧ (n=28)	Контроль (n=29)	Достоверные различия
1	Возраст	15,2±1,5	16,9±1,8	15,6±1,4	ОЧ>ОГ*
2	ИМТ	13,6±1,7	14,2±2,1	19,9±2,6	ОГ,ОЧ<К**
3	Образование	8,7±0,9	9,5±1,2	9,1±0,7	-
4	Интероцептивная точность	0,38±0,12	0,42 ±0,18	0,71±0,15	ОГ,ОЧ<К**
Шкала импульсивности Баррата					
5	Импульсивность (общий балл)	63,5 ±13,1	75,1±9,4	60,7±10,6	ОЧ>ОГ**
6	Отсутствие самоконтроля	14,4±3,1	22,6±4,7	15,9±3,9	ОЧ>ОГ**
7	Непоследовательность	21,8±5,8	23,2±4,6	22,7±6,1	-
8	Отвлечение внимания	27,3±7,0	29,1±6,2	22,4±5,3	ОЧ,ОГ>К*
Шкала оценки пищевого поведения					

9	Стремление к худобе	10,1±2,8	9,7±3,2	5,1±1,8	ОЧ,ОГ>К*	
10	Булимия	2,7±0,9	6,8±1,6	1,9±0,6	ОЧ>ОГ*	
11	Неудовлетворенность телом	14,7±4,8	15,6±3,5	6,0±2,3	ОЧ,ОГ>К**	
12	Неэффективность	8,3±3,2	12,1±2,9	3,8±1,5	ОЧ>ОГ*	
13	Перфекционизм	12,1±2,4	10,7±1,6	5,1±2,1	ОЧ,ОГ>К**	
14	Недоверие в межличностных отношениях	9,9±1,7	6,1±2,3	5,6±1,7	ОГ>ОЧ,К*	
15	Интероцептивная некомпетентность	12,5±4,1	16,3±3,7	5,2±2,6	ОЧ>ОГ* ОЧ,ОГ>К**	
Результаты нейропсихологических методик						
16	Тест следования по маршруту (сек.)	А	26,4±6,3	27,9±7,5	26,8±5,9	-
		Б	49,8 ±12,7	52,4±15,3	50,6 ±13,8	-
17	Висконсинский тест (кол-во perseverативных ошибок)	6,9 ± 5,1	11,4±6,8	5,7 ± 3,5	ОЧ>ОГ,К**	
18	Струп (интерференция)	14,7±10,2	19,1±8,9	12,8 ± 7,0	ОЧ>ОГ,К*	

*- $p<0.05$, **- $p<0.001$; ОГ- ограничительный тип, ОЧ – очистительный тип, К- контроль

2. Данные воксель-базированной МР-морфометрии. При анализе данных МРТ головного мозга в клинических и контрольной группах были получены значимые отличия в объемах большого мозга. Было обнаружено значимое увеличение общего количества цереброспинальной жидкости, уменьшение объема серого вещества преимущественно за счет коры левого полушария и белого вещества в группах девушек с НА по сравнению с контролем ($p<0,01$).

Таблица 3.

Толщина коры структур левой гемисферы головного мозга в клинических и контрольной группах

№	Структуры левой гемисферы	1 группа/ОГ (n=34), мм	2 группа/ОЧ (n=28), мм	Контроль (n=29), мм	Достоверные различия
1	Островок	2,971	2,953	2,879	ОЧ,ОГ>К**
2	Верхнетеменная извилина	2,236	2,221	2,341	ОЧ,ОГ<К*
3	Передне-медиальная лобная кора	2,394	2,402	2,468	ОЧ,ОГ<К*
4	Нижняя височная извилина	2,865	2,849	2,925	ОЧ,ОГ<К**
5	Прецентральная извилина	2,551	2,569	2,631	ОЧ,ОГ<К**
6	Предклинье	2,358	2,371	2,467	ОЧ,ОГ<К**

*- $p<0.05$, **- $p<0.001$

На основе воксельной морфометрии были обнаружены значимые отличия в показателях толщины коры в левом полушарии (табл. 2). При общей разнице в толщине коры в области левого полушария в сторону ее уменьшения по сравнению с контрольной группой, у пациентов в клинических группах наблюдалось значимое увеличение островка ($p < 0.001$). Разницы в показателях толщины коры правого полушария между группами обнаружено не было.

3. Данные функциональной МРТ в состоянии покоя и корреляции с клинико-психологическими характеристиками. При оценке данных, полученных с помощью seed-based анализа связанности основных областей, определяющих дефолтную сеть, с другими регионами головного мозга были получены достоверные различия ($p < 0,05$ для кластера; $p < 0,001$ для вокселя на основе скорректированных значений) в виде:

(1) снижения связанности между медиальной префронтальной корой и кластером, включающим в себя латеральную орбитофронтальную кору и правый задний островок в группе с очистительной НА по сравнению с группой с ограничительной НА;

(2) снижения связанности между дорсальной передней поясной корой и кластером, включающим в себя левую угловую извилину и предклинье в группах с ограничительной и очистительной НА по сравнению с контролем.

При оценке данных, полученных с помощью seed-based анализа, связанности основных областей, определяющих сеть значимости, с другими регионами головного мозга, были получены достоверные различия ($p < 0,05$ для кластера; $p < 0,001$ для вокселя на основе скорректированных значений) в виде:

(1) Повышение связанности между передним левым островком и кластером, включающим орбитофронтальную кору и вентральный стриатум в группах с ограничительной и очистительной НА по сравнению с контролем. При этом более высокие показатели интероцептивной точности коррелировали с более высоким уровнем связанности ($r = 0,54$, $p = 0,007$).

(2) Снижение связанности между левым островком и кластером, включающим в себя левую среднюю лобную извилину и левую нижнюю теменную долю в группе с очистительной НА по сравнению с группой с ограничительной НА. При этом степень выраженности импульсивности (общий балл по шкале Баррата) ($r = 0,49$, $p = 0,016$) и недовольства своим телом ($r = 0,32$, $p = 0,027$) коррелировали с уровнем снижения связанности.

(3) Повышение связанности между правым островком и правой средней лобной извилиной в группе с ограничительной НА по сравнению с группой с очистительной НА.

При оценке данных, полученных с помощью seed-based анализа связанности основных областей, определяющих визуальную сеть, с другими регионами головного мозга были получены достоверные различия ($p < 0,05$ для кластера; $p < 0,001$ для вокселя на основе скорректированных значений) в виде: снижения связанности между левой верхней затылочной извилиной и кластером, включающим преимущественно латеральные отделы полушарий мозжечка (и его червя) в группах с ограничительной и очистительной НА по сравнению с контролем.

Обсуждение. Несмотря на значительное количество исследований функциональной связанности мозга при различных расстройствах пищевого поведения (РПП) в состоянии покоя до настоящего времени не было обнаружено (в том числе и в настоящем исследовании) четких биомаркеров данных расстройств. Вместе с этим, наше исследование показало, что в состоянии покоя существуют различия функциональной связанности между различными областями мозга у пациентов с ограничительными и очистительными паттернами пищевого поведения. При этом некоторые из этих различий оказались связаны с психопатологическими проявлениями, определяющими симптоматику расстройства, например, interoцептивными нарушениями, недовольством своим телом и импульсивностью.

Сильной стороной нашего исследования является наличие достаточно жестких критериев включения и невключения в исследование, что позволяло минимизировать создание смешанных клинических выборок с атипичными формами РПП и исключить влияние психотропных препаратов или системной психотерапии. К ограничениям можно отнести относительно небольшую выборку испытуемых. Будущие исследования с тем же подходом необходимо провести, чтобы подтвердить наши предварительные результаты, обобщить гипотезу и уточнить соображения о различных нейробиологических аспектах нарушений у пациентов с НА. Еще одно ограничение касается использования МРТ-сканера 1,5 Тл. Будущие исследования следует проводить на сканерах мощностью не менее 3 Тл.

В предшествующих исследованиях также были обнаружены изменения связанности островка, например, повышенная функциональная связанность его передней части с дефолтной сетью у больных НА по сравнению с группой контроля [2]. В целом островок можно рассматривать как важную интегративную структуру, обеспечивающую interoцептивное, экстероцептивное и эмоциональное осознание [11] и имеющую разную функциональную связанность ее различных частей с другими структурами мозга в зависимости от особенностей клинической картины НА, что показывают и наши результаты.

В некоторых ранних работах [9] сообщалось о снижении активности предклинья у больных НА. Дальнейшие исследования показали нарушения его связанности, например, с левой дорсальной скорлупой [16]. Также была выявлена корреляция между толщиной коры в этой области, статусом питания и когнитивными функциями, что подтверждает критическую роль этой области при НА [4]. В нашем исследовании было показано изменение связанности данной области с дорсальной передней поясной корой. Учитывая, что предклинье и передняя поясная кора рассматриваются в качестве ключевых компонентов сети, поддерживающей процессы самооценивания и связанных с искажением образа тела [17], в дальнейшем эти зоны могут быть обозначены как зоны повышенного интереса при оценке нарушений, обуславливающих нейрофизиологическую основу НА.

Хотя текущие данные о связанности дефолтной сети с другими областями мозга при НА неоднородны, они все же предполагают, что нарушения в этих зонах у больных могут обуславливать изменения в когнитивных функциях, таких как когнитивная гибкость и торможение. [16]. Кроме того, изменения свя-

занности структур внутри самой сети и с другими областями головного мозга могут отражать специфические нарушения самофокусированных размышлений в состоянии покоя [19].

Для изучения зрительно-пространственной и сенсорной обработки при НА исследовали медиальную, латеральную и вентральную зрительные сети, а также соматосенсорную сеть [2, 5]. Учитывая искаженную обработку образа тела у больных НА, функциональная связь этих областей мозга может дать представление о том, почему пациенты неверно воспринимают размеры своего тела. Пациенты с НА показали области сниженной связанности в вентральной зрительной сети, участвующей в пространственной памяти и представлении образов. При этом было продемонстрировано ухудшение зрительной памяти и снижение центральной когерентности при выполнении когнитивных тестов, что коррелировало с различиями в связанности [5]. При этом в нашем исследовании не было найдено корреляций с нарушениями в исполнительных функциях.

Несмотря на различные интерпретации исследований фМРТ покоя, результаты, как правило, совпадают в том, что они идентифицируют функциональные изменения в различных сетях и/или областях у пациентов с НА даже при нормализации веса. В частности, изменения во фронто-париетальной сети мозга, участвующей в когнитивном контроле, были обнаружены как у пациентов с НА, так и в группе пациентов, находящихся в ремиссии [2]. Некоторые авторы считают, что данные изменения, вероятно, могут лежать в основе нарушенного когнитивного контроля за потреблением пищи, а также негативных размышлений о себе и своем теле [1, 3], определяя вероятность рецидива. В связи с этим в дальнейшем мы планируем проведение повторного фМРТ у пациентов, прошедших наше исследование, для выявления стабильных отклонений в нейронных контурах, которые могут быть выявлены уже в ремиссии.

Наше глобальное понимание нейробиологии мозга и его роли в психических расстройствах все еще недостаточно развито для надежной интерпретации таких методов, как фМРТ. Несмотря на то, что идентификация нейронных мишеней для эффективного лечения, в конечном счете, является одной из целей исследований нейровизуализации, в настоящее время необходимы дополнительные исследования, чтобы концептуализировать комплексные этиопатогенетические модели, лежащие в основе НА [13]. Эти исследования могут базироваться, в том числе, на новых подходах в оценках функции мозга при РПП, например, используя анализ нейронной изменчивости [12].

Вместе с этим полученные нами результаты могут предоставить важную информацию для лучшего понимания спектра РПП от НА до нервной булимии и компульсивного переедания (с ожирением и без него) и нейронных механизмов, лежащих в основе перекрещивающихся и отличающихся по сути паттернов поведения, характерных для этих нарушений. Помимо этого, в перспективе возможно использование полученных данных для выделения потенциальных нейрофизиологических мишеней, что особенно важно в ситуации ограниченного эффекта фармакотерапии у больных НА. В свете этого конкретные терапевтические протоколы, такие как когнитивно-ремедиационная терапия, могут

стать основными вмешательствами на ранних стадиях лечения РПП, за которыми затем могут следовать более динамичные психотерапевтические подходы. Помимо этого существует возможность воздействовать на выявляемые специфические нейрофункциональные нарушения с помощью различных методов нейромодуляции, таких как транскраниальная магнитная стимуляция и глубокая стимуляция мозга в сочетании с психологической и нутритивной терапией.

Вклад авторов: А.А. Пичиков разработал структуру исследования, координировал его осуществление и написал рукопись статьи; А.А. Пичиков, Д.И. Тихомиров, Т.А. Саломатина, Л.Р. Ахмерова участвовали в наборе пациентов для исследования, проводили оценку клинических показателей и осуществляли сбор психометрических данных; Т.А. Саломатина, Р.В. Гребенщикова, Л.В. Лукина осуществили сбор данных фМРТ и морфометрии головного мозга у пациентов; Т.А. Саломатина, А.А. Пичиков, Ф.Ю. Фомин обработали и проанализировали данные фМРТ, осуществили статистический анализ; Ю.В. Попов, Д.И. Громыко участвовали в доработке и дополнении рукописи статьи; Л.Р. Ахмерова составила список литературы и проверила рукопись на наличие грамматических ошибок. Все авторы внесли свой вклад в статью и одобрили представленную версию.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование проведено без спонсорской поддержки.

REFERENCES

1. Abbate-Daga G, Buzzichelli S, Amianto F, et al. Cognitive flexibility in verbal and nonverbal domains and decision making in anorexia nervosa patients: a pilot study. *BMC Psychiatry*. 2011;7:11–162.
2. Boehm I, Geisler D, King JA, et al. Increased resting state functional connectivity in the fronto-parietal and default mode network in anorexia nervosa. *Front Behav Neurosci*. 2014;2:8–346.
3. Canna A, Prinster A, Monteleone AM, et al. Interhemispheric functional connectivity in anorexia and bulimia nervosa. *Eur J Neurosci*. 2017;45:1129–40.
4. de la Cruz F, Schumann A, Suttikus S, et al. Cortical thinning and associated connectivity changes in patients with anorexia nervosa. *Transl Psychiatry*. 2021;11(1):95.
5. Favaro A, Santonastaso P, Manara R, et al. Disruption of visuospatial and somatosensory functional connectivity in anorexia nervosa. *Biol. Psychiatry*. 2012;72:864–870.
6. Gaudio S, Wiemerslage L, Brooks SJ, et al. A systematic review of resting-state functional-MRI studies in anorexia nervosa: Evidence for functional connectivity impairment in cognitive control and visuospatial and body-signal integration. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2016; 71:578–589.
7. Iwajomo T, Bondy SJ, Oliveira C, et al. Excess mortality associated with eating disorders: population-based cohort study. *Br J Psychiatry*. 2021; 219(3):487–493.
8. Kaye WH, Wierenga CE, Bailer UF, et al. Nothing tastes as good as skinny feels: the neurobiology of anorexia nervosa. *Trends in Neurosciences*. 2013; 36(2):110–120.
9. McFadden K., Tregellas J., Shott M., et al. Reduced salience and default mode

network activity in women with anorexia nervosa. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*. 2014;39(3):178–188.

10. Preti A, Rocchi MB, Sisti D, et al. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2011;124(1):6-17.

11. Simmons WK, Avery JA, Barcalow JC, et al. Keeping the body in mind: insula functional organization and functional connectivity integrate interoceptive, exteroceptive, and emotional awareness. *Hum Brain Mapp*. 2013;34(11):2944-58.

12. Spalatro AV, Amianto F, Huang Z, et al. Neuronal variability of Resting State activity in Eating Disorders: increase and decoupling in Ventral Attention Network and relation with clinical symptoms. *Eur Psychiatry*. 2019;55:10-17.

13. Steward T, Menchon JM, Jiménez-Murcia S, et al. Neural Network Alterations Across Eating Disorders: A Narrative Review of fMRI Studies. *Curr Neuropsychopharmacol*. 2018;16(8):1150-1163.

14. Treasure J, Zipfel S, Micali N. Anorexia nervosa. *Nature Reviews Disease Primers*. 2015; 1(1):15074.

15. Uniacke B, Wang Y, Biezonski D, et al. Resting-state connectivity within and across neural circuits in anorexia nervosa. *Brain Behav*. 2019;9(1):e01205.

16. Via E, Calvo A, de la Serna E, et al. Longitudinal study in adolescent anorexia nervosa: evaluation of cortico-striatal and default mode network resting-state brain circuits. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2023;32(3):513-526.

17. Via E, Goldberg X, Sanchez I, et al. Self and other body perception in anorexia nervosa: The role of posterior DMN nodes. *World J Biol Psychiatry*. 2018;19(3):210-224.

18. Ward ZJ, Rodriguez P, Wright DR, et al. Estimation of Eating Disorders Prevalence by Age and Associations With Mortality in a Simulated Nationally Representative US Cohort. *JAMA Netw Open*. 2019;2(10):e1912925.

19. Yeshurun Y, Nguyen M, Hasson U, et al. The default mode network: where the idiosyncratic self meets the shared social world. *Nat Rev Neurosci*. 2021;22(3):181-192.

20. Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, et al. Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry*. 2015; 2(12):1099–1111.

A.A. Pichikov¹, D.I. Tikhomirov¹, T.A. Salomatina², R.V. Grebenshchikova¹, L.V. Lukina¹, L.R. Akhmerova¹, F.Yu. Fomin³, D.I. Gromyko¹, Yu.V. Popov¹

RELATIONSHIP BETWEEN CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND CHANGES OF FUNCTIONAL CONNECTIVITY IN RESTING STATE NETWORKS AMONG ADOLESCENT GIRLS WITH ANOREXIA NERVOSA

¹V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, ²Russian Research Neurosurgical Institute n.a. prof. A.L.Polenov (St. Petersburg), ³Neurosoft Ltd. (Ivanovo).

Summary. The study analyzed clinical and psychological characteristics in adolescent girls with restrictive and purging types of anorexia nervosa (AN). The results of MR brain morphometry are presented, as well as the results of the analysis of func-

tional connectivity in the resting state and its relation to the features of eating behavior and symptomatology of the disorder. **The aim of the study** is to determine the changes in functional connectivity between different brain regions at rest in adolescent girls with restrictive and purging type of anorexia nervosa and their relationship with neuropsychological, interoceptive and clinical features. **Material and methods.** 62 female patients with HA aged 14 to 19 years were examined and divided into two groups: restrictive (n=34) and purging (n=28) type. The control group consisted of 29 healthy volunteers. All participants were tested with a set of psychometric tests and underwent resting-state functional MRI. Differences in connectivity between regions of interest including the significance network, default and visual network were analyzed. Correlation analysis was performed to find the association of the detected changes with clinical and psychopathologic measures. **Results.** Changes in functional connectivity between regions of the default and salience networks, as well as different insula regions and brain regions were identified in resting state in patients with restrictive and purging types of NA. Indicators of insula connectivity correlated with the level of interoceptive accuracy, impulsiveness, and dissatisfaction with one's body. The features of executive functioning did not correlate with the identified changes in connectivity. **Conclusion.** Our results suggest that functional brain abnormalities in NA are associated with specific regions that are involved in processing somatosensory and visual-spatial information. We obtained evidence of differences in connectivity between brain regions that condition self-referential thinking, inhibitory control, and reward sensitivity, and likely determine the severity of restrictive/purging patterns of eating behavior.

Keywords: anorexia nervosa, adolescents, connectivity, executive functions, interoception

**БАЗИСНЫЕ УБЕЖДЕНИЯ У УЧАЩИХСЯ
С НЕНОРМАТИВНЫМ ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА
Пензенский государственный университет (Пенза).**

Резюме. В статье рассматриваются вопросы базисных убеждений и нарушений пищевого поведения учащихся с ненормативным индексом массы тела, а именно с избыточной массой тела. В практической части статьи приводится исследование с использованием метода математической обработки данных, который доказывает существование значимых различий между выделенными группами испытуемых, т. е. группа с избыточной массой тела показала большую выраженность нарушений пищевого поведения, а также низкую ценность своего «Я».

Ключевые слова: пищевое поведение, нарушения пищевого поведения, индекс массы тела, ненормативный индекс массы тела, базисные убеждения, учащиеся.

В настоящее время избыточный вес и ожирение, распространенность которого в экономически развитых странах достигает 40%, являются не только фактором риска для возникновения проблем со здоровьем, но и, нарушая приспособляемость к социальной среде, способствуют дисфункции психической сферы учащихся. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2016 г. более 1,9 млрд (39%) взрослых старше 18 лет имели избыточную массу тела, из них свыше 650 млн (13%) страдали ожирением (11% мужчин и 15% женщин). Согласно эпидемиологическим расчетам ВОЗ, к 2030 г. ожирение будут иметь 33% мужчин и 26% женщин [2]. В процессе жизнедеятельности человека масса тела может колебаться даже в течение суток. «Нормальный вес — это вес, который наблюдается в среднем у большинства людей, которые считаются здоровыми» [1].

В нашей стране Т. Г. Вознесенская проанализировала основные причины, приводящие к рецидиву переедания (диетическому срыву и набору массы тела) при диетическом лечении ожирения [1]. Первая причина - эмоциональная нестабильность, возникающая в результате применения строгих диет, которая получила название «диетическая депрессия». Вторая причина связана с тем, что со временем вес перестает снижаться на фоне продолжающейся терапии. Возникновение «весового плато» приводит к неверию в эффективность лечения и, соответственно, к его прекращению. По данным автора, больные ожирением с эмоциогенным пищевым поведением (ПП) при применении изолированной диетотерапии в 100 % случаев испытывают симптомы «диетической депрессии» той или иной степени выраженности. Более того, у 30 % больных ожирением без клинически выраженных форм нарушения ПП на фоне диетотерапии появляется ощутимый эмоциональный дискомфорт, заставляющий их отказываться от терапии.

Однако нельзя говорить только об одностороннем влиянии данных факторов на возникновение лишнего веса. Правильнее будет говорить о взаимосвязи избыточного веса и биопсихосоциальных особенностей личности. «В ситуации выработанных семейных стереотипов культа еды при недостатке положитель-

ных эмоций человек может использовать прием пищи в качестве компенсаторного способа нормализации эмоционального фона» [5]. «Переедание становится источником положительных эмоций, вариантом адаптации при неблагоприятных социальных условиях или психическом неблагополучии» [6].

Существует множество классификаций типов перееданий. Однако, все они сводятся к трем основным: ограничительному, эмоциогенному и экстернальному.

Экстернальное ПП характеризуется повышенной чувствительностью больного не к внутренним стимулам к приему пищи (чувство голода, уровни глюкозы и свободных жирных кислот, наполнение желудка, его моторика), а к внешним (например, накрытый стол, принимающий пищу человек, реклама пищевых продуктов и др.).

В случае эмоциогенного ПП, или гиперфагической реакции на стресс, эмоционального переедания, которое встречается у 60% больных ожирением, стимулом к приему пищи является не голод, а эмоциональный дискомфорт - человек ест не потому, что голоден, а потому что беспокоен, тревожен, у него плохое настроение, он удручен, раздражителен, обижен и т. д.

Ограничительное ПП представляет собой избыточные хаотичные и несистематические пищевые самоограничения и бессистемные, слишком строгие диеты, к которым время от времени прибегают все больные ожирением и которые не приводят к похудению. Такие периоды могут сменяться периодами переедания с новым интенсивным набором массы тела [3, 4].

Целью данной статьи является исследование психологических особенностей учащихся с ненормативным индексом массы тела. В данном исследовании используется индекс массы тела (ИМТ) как величина, позволяющая оценить степень соответствия массы тела росту, которая позволяет косвенно судить о «нормативности» массы тела человека.

Предполагается, что избыточный индекс массы тела у учащихся сопровождается определенными психологическими особенностями, проявляющимися в преобладании нарушений пищевого поведения, неконструктивных базисных убеждений, низкой ценности «Я» и низкой степени самоконтроля.

Материал. Исследование проводилось на базе МБОУ СОШ № 49 г. Пенза, где приняли участие учащиеся с 5 по 11 класс в количестве 30 человек и на базе Пензенского государственного педуниверситета им. В.Г. Белинского, где приняли участие студенты третьего курса в количестве 5 человек. Всего в исследовании принимали участие 35 учащихся в возрасте 11 до 20 лет.

Методическим инструментарием исследования отклонений в ПП послужил Голландский опросник ПП (DEBQ), выявляющий ограничительное, эмоциогенное и экстернальное пищевое поведение.

Для исследования физического «Я» использовались разные методы. Шкала базисных убеждений, основанная на когнитивной концепции базовых убеждений личности.

Индекс массы тела (ИМТ) как величина, позволяющая оценить степень соответствия массы тела и роста, тем самым косвенно судить об избыточности (25 и более), нормативности (18,5–25) или недостаточности (18,5 и менее) массы тела. Для получения информации об ИМТ в разных возрастных группах были исполь-

зованы дополнительные методы. В школе был проведен анализ медицинской документации, а именно личной медицинской карты школьника с согласия администрации и участников исследования. Для студентов была разработана анкета, состоящая из вопросов, необходимых для получения данных об их ИМТ.

По данным Голландского опросника пищевого поведения, в группе с нормативным ИМТ ($n=20$) у учащихся наблюдаются следующие показатели, представленные в табл. 1.

Таблица 1.

Результаты по Голландскому опроснику пищевого поведения у учащихся с нормативным ИМТ

Типы пищевого поведения	Количество испытуемых	Проценты (%)	ϕ эмп при 1,64 для $p \leq 0.05$ 2,28 для $p \leq 0.01$
Эмоциогенное	2	10	1,638
Экстернальное	1	5	
Ограничительное	6	30	
Смешанные типы	2	10	
Не выражено	9	45	

*Эмоциогенный, экстернальный, ограничительный и смешанные типы ПП входят в группу «выражено».

В данной группе 45% учащихся не имеют выраженных нарушений пищевого поведения, остальные 55% учащихся находятся в нездоровых отношениях с едой. Таким образом, даже в группе с условно нормативным ИМТ можно наблюдать нарушения в отношениях с пищей.

Для проверки достоверности представленного выше вывода, был использован критерий углового преобразования Фишера, по результатам которого можно сказать, что доля лиц в выборке, у которых проявляются нарушения в пищевом поведении не больше, чем тех, у кого условно здоровые отношения с едой, т. е. количество учащихся с отклонениями в ПП и условно здоровым поведением с нормативным ИМТ не различается. Таким образом, статистически различия в пищевом поведении учащихся данной группы обнаружены не были.

В группе с избыточным ИМТ можно увидеть следующие показатели по DEBQ, представленные в табл. 2.

В данной группе можно наблюдать продолжительные нарушения в отношениях с едой у большей части группы (94%), которые возникают из-за ограничений в питании (33%). Можно сказать, что у испытуемых ограничения приобретают больший масштаб и большее влияние на стратегии поведения в питании.

Для проверки достоверности статистической значимости был использован критерий Фишера, который показал, что доля лиц в выборке, у которых проявляются нарушения в пищевом поведении достоверно больше, чем тех, у кого условно здоровые отношения с едой.

Таким образом, масштаб нездоровых отношений с едой у данной группы значительно больше в сравнении с первой. Также в группе с избыточным ИМТ статистически преобладают учащиеся с нарушением пищевого поведения.

Таблица 2.

Результаты по Голландскому опроснику пищевого поведения у учащихся с избыточным ИМТ

Типы пищевого поведения	Количество испытуемых	Проценты (%)	ф эмп при 1,64 для $p \leq 0.05$ 2,28 для $p \leq 0.01$
Эмоциогенное	3	22	3.702
Экстернальное	1	6	
Ограничительное	5	33	
Смешанные типы	5	33	
Не выражено	1	6	

*Эмоциогенный, экстернальный, ограничительный и смешанные типы ПП входят в группу «выражено».

Далее переходим к анализу базисных убеждений испытуемых.

Результаты по опроснику «Шкала базисных убеждений» в группе испытуемых с нормативным ИМТ представлены в табл. 3.

Таблица 3.

Результаты по опроснику «Шкала базисных убеждений» в группе испытуемых с нормативным ИМТ (%)

Шкала	Количество испытуемых			ф эмп при 1,64 для $p \leq 0.05$ 2,28 для $p \leq 0.01$
	низкий	средний	высокий	
Доброжелательность окружающего мира	5	10	85	3,01
Справедливость	14	30	56	1,67
Образ «Я»	4	10	86	2,99
Удача	10	23	67	1,61
Убеждения о контроле	10	11	79	2,87

В данной группе испытуемых преобладают высокие значения по большинству пунктов, что говорит о максимально положительном отношении к жизни и доверительном отношении к людям.

Значимые различия в высоком и среднем уровнях были обнаружены в таких базисных убеждениях, как «Доброжелательность окружающего мира», «Образе Я» и «Убеждения о контроле». Так, испытуемые данной группы убеждены, что сами могут контролировать свою жизнь и от их действий зависит нужный им результат, они убеждены в ценности своего «Я» и верят в преобладании позитивного над негативным.

Результаты по опроснику «Шкала базисных убеждений» в группе испытуемых с избыточным ИМТ представлены в табл. 4.

В данной группе испытуемых преобладают средние значения по большинству пунктов, что уже в сравнении с предыдущей группой говорит о менее по-

ложительном отношении к жизни и доверительном отношении к людям.

Таблица 4.

Результаты по опроснику «Шкала базисных убеждений» в группе испытуемых с избыточным ИМТ (%)

Шкала	Количество испытуемых			ф эмп при 1,64 для $p \leq 0.05$ 2,28 для $p \leq 0.01$
	низкий	средний	высокий	
Доброжелательность окружающего мира	13	67	20	2,56
Справедливость	8	11	81	3,02
Образ «Я»	15	75	10	2,87
Удача	17	32	51	1,54
Убеждения о контроле	17	42	41	0,58

Значимые различия в высоком и среднем уровнях были обнаружены в таких базисных убеждениях, как «Доброжелательность окружающего мира», «Образ Я» и «Справедливость». Так, испытуемые данной группы убеждены, что только к хорошим и достойным людям в большинстве случаев приходит счастье и удача и они получают то, чего заслуживают в жизни, также они слабо верят в ценность своего «Я» и в преобладание позитивного над негативным.

Для проверки достоверности статистической значимости был использован критерий Фишера, который использовался для сравнения базисных убеждений высокого и среднего уровней двух групп испытуемых. Были получены следующие значимые результаты:

1. Доброжелательность окружающего мира [ф эмп 2,34 при 1,64 для $p \leq 0.05$ 2,28 для $p \leq 0.01$], где доля лиц в выборке с нормативным ИМТ, у которых более высокое значение по шкале достоверно больше, чем тех, у кого избыточный ИМТ.

2. Справедливость [ф эмп 2,30 при 1,64 для $p \leq 0.05$ 2,28 для $p \leq 0.01$], где доля лиц в выборке с нормативным ИМТ, у которых более высокое значение по шкале достоверно больше, чем тех, у кого избыточный ИМТ.

3. Образ «Я» [ф эмп 3,01 при 1,64 для $p \leq 0.05$ 2,28 для $p \leq 0.01$], где доля лиц в выборке с нормативным ИМТ, у которых более высокое значение по шкале достоверно больше, чем тех, у кого избыточный ИМТ.

Таким образом, значимые различия были выявлены по трем шкалам: доброжелательное отношение окружающего мира, справедливость и образ «Я», где более высокие значения наблюдаются у группы испытуемых с нормативным ИМТ.

В данной статье мы выявляли распространение и распределение отклонений в пищевом поведении групп испытуемых с разным ИМТ, а также их уровень базисных убеждений.

Так, отклонения в ПП были обнаружены во всех группах учащихся. Однако, более высокие значения были обнаружены у группы с избыточным ИМТ.

Также более высокие значения по шкалам базисных убеждений наблюдаются у группы испытуемых с нормативным ИМТ, что говорит об их максимально

положительном отношении к жизни и доверительном отношении к людям.

Таким образом, можно говорить о том, что ненормативный ИМТ у учащихся сопровождается нарушениями пищевого поведения и определенными психологическими особенностями, проявляющимися в: преобладании неконструктивных глубинных убеждений, более низкой ценности «Я».

ЛИТЕРАТУРА

1. Вознесенская Т.Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция // Международный эндокринологический журнал. 2007. № 3 (9). С. 2-4.
2. Всемирная организация здравоохранения. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/ru> (дата обращения: 28.06.2023).
3. Малкина-Пых И.Г. Лишний вес. Освободиться и забыть. Навсегда. М.: Эксмо, 2007. 256 с.
4. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения. (Справочник практического психолога). М.: Эксмо, 2007. 1040 с.
5. Савчикова Ю.Л. Психологические особенности женщин с проблемой веса: дис.. канд. психол. наук. СПб., 2005. 208 с.
6. Салмина-Хвостова О.И. Расстройства пищевого поведения при ожирении (эпидемиологический, клинико-динамический, реабилитационный аспекты // Вестник психиатрии Чувашии. 2009. № 5. С. 19–29.

REFERENCES

1. Voznesenskaya T.G. Rasstrojstva pishhevogo povedeniya pri ozhireнии i ikh korrrekciya // Mezhdunarodny`j e`ndokrinologicheskij zhurnal. 2007. # 3 (9). S. 2-4.
2. Vsemirnaya organizacziya zdravookhraneniya. [E`lektronny`j resurs]. URL: <https://www.who.int/ru> (data obrashheniya: 28.06.2023).
3. Malkina-Py`kh I.G. Lishnij ves. Osvobodit`sya i zabyt`. Navsegda. M.: E`ksmo, 2007. 256 s.
4. Malkina-Py`kh I.G. Terapiya pishhevogo povedeniya. (Spravochnik prakticheskogo psikhologa). M.: E`ksmo, 2007. 1040 s.
5. Savchikova Yu.L. Psikhologicheskie osobennosti zhenshhin s problemoj vesa: dis.. kand. psikhol. nauk. SPb., 2005. 208 s.
6. Salmina-Khvostova O.I. Rasstrojstva pishhevogo povedeniya pri ozhireнии (e`pidemiologicheskij, kliniko-dinamicheskij, reabilitaczionny`j aspekty` // Vestnik psikhiiatrii Chuvashii. 2009. # 5. S. 19–29.

K.A. Sharina

BASIC BELIEFS IN STUDENTS WITH ABNORMAL BODY MASS INDEX Penza State University (Penza).

Summary. The article deals with the issues of basic beliefs and eating disorders of students with non-normative body mass index, namely, overweight. The practical part of the article presents a study using the method of mathematical data processing, which proves the existence of significant differences between the selected groups of subjects, i.e. the overweight group showed a greater severity of eating disorders, as well as a low value of their "I".

Key words: eating behavior, eating disorders, body mass index, abnormal body mass index, basic beliefs, students.

**НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ
СТРЕССА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский универси-
тет» (Оренбург).**

Резюме. Полученные данные подтверждают тот факт, что профилактическая деятельность в области предупреждения развития заболеваний психической сферы должна проводиться путем создания внутренней установки учащихся на снижение восприимчивости к стрессорам, формирующим психоэмоциональное неблагополучие. Перспективным направлением является определение исходных биологических установок центральной нервной системы к действующим факторам: сила, лабильность и подвижность нервных процессов, которые определяют поведение ребенка при действии стрессоров. В этой связи, для определения типа высшей нервной деятельности предлагается использовать показатели, которые регистрируются методами, используемыми в центрах здоровья при проведении профилактических осмотров. В качестве показателя, характеризующего лабильность нервного процесса рекомендуется использовать LF^1 , определяемый вариационной кардиоритмографией, а подвижность – индекс вагосимпатического взаимодействия также регистрируемым вариационной кардиоритмографией, силу нервных процессов – по устойчивости нервной реакции, измеряемой вариационной хронорефлексометрий.

Ключевые слова: дети и подростки, стресс, тип регуляции.

Известно, что возросшая физиологическая реактивность, сопровождающая процесс проработки стрессового события, сопровождается эмоциональной нестабильностью с максимальной включенностью вегетативного компонента. Как включенность вегетативного компонента, так и трудная переключаемость характерны и для тревожной акцентуации, и тревожность как состояние закрепляется в качестве выраженной черты характера. Появление вегетативного компонента означает включение соматического контура реагирования и формирования соматической и психической патологии по мере взросления [8].

Учитывая данный факт, становится совершенно очевидной необходимость нормализации вегетативного состояния, стабилизация которого опосредовано будет снижать негативные проявления как психоэмоционального состояния, так и прогрессирования психосоматических изменений. В то же время непосредственно показатели регуляции физиологических функций в этой связи могут являться маркерами изменения психофизиологического состояния. В настоящее время для решения этой задачи необходимо использовать системный подход

¹LF (low frequency) — отражает мощность кардиальных волн низкой частоты. Этот параметр лишь косвенно зависит от вариабельности. В состоянии покоя он может отражать барорефлексную активность — механизм, помогающий поддерживать артериальное давление

сложного механизма регуляции физиологическими функциями по данным анализа вариабельности сердечного ритма (BCP) [10, 13].

Цель исследования – выявить нейрофизиологические факторы риска формирования выраженности стресса у детей и подростков школьного возраста.

Материалы и методы. У 2800 здоровых детей и подростков школьного возраста (7-17 лет) было проведено исследование особенностей нейрофизиологического статуса с учетом выраженности стресса. Критерии включения в исследование: 1) постоянное проживание на территории Оренбургской области с момента рождения; 2) обучение в одной образовательной организации с момента поступления в нее и отсутствие переводов из класса в класс; 3) отсутствие социальных рисков, то есть должна быть социально благополучная семья, полная семья; 4) отсутствие психических заболеваний и неблагоприятного неврологического анамнеза. Критерии исключения: 1) наличие черепно-мозговых травм в анамнезе; 2) наличие в анамнезе острых заболеваний либо обострений хронических заболеваний в течение 2 недель, предшествующих обследованию.

На основании данных критериев в группу исследования было отобрано 644 ребенка и подростка, из которых были сформированы три группы с различным уровнем стресса: низкий, средний высокий. Степень выраженности стресса определена анкетным методом по методике «Шкала психологического стресса PSM-25» в адаптации Н.Е. Водопьяновой [7]. Вопросы, представленные в адаптированном опроснике, по формулировке, но не по сути содержания переформатированы с учетом возраста респондентов. Выбор данного метода обусловлен тем фактом, что он лишен недостатков традиционных методов изучения стрессовых состояний у детей и подростков, которые направлены на выявление патологических процессов стресса. Используемая шкала позволяет измерить стресс как естественное состояние психической напряженности, а не патологический процесс.

Нейрофизиологический статус детей и подростков был исследован по показателям типа регуляции по методике Н.И. Шлык [6, 13] и уровню функционального состояния центральной нервной системы по методике М.П. Мороз (2001) [9]. Для определения типа регуляции у школьников была проведена запись кардиоритмографии на аппаратно-программном комплексе ORTO-expert. Запись сердечного ритма проводилась в утренние часы. У обследуемых в положении лежа после 6-8 минутного отдыха регистрировали RR-интервалы в течение 128 секунд. Для экспресс-определения типа вегетативной регуляции из 38 временных и спектральных показателей BCP за основу брались только два - SI^2 и VLF^3 . Первый показатель (SI) характеризует степень активности центрального контура регуляции над автономным, а второй (VLF) отражает мобилизацию энергетических и метаболических резервов при физических и психоэмоциональных нагрузках. Согласно предложенной классификации экспресс-оценки SI

²SI (усл. ед.) — стресс-индекс регуляторных систем, отражает степень преобладания центральных механизмов регуляции над автономными в вегетативной нервной системе, в норме значения 80—150 усл.

³VLF (very low frequency) — определяет мощность волн очень низкой частоты. Ритм VLF-волны задается самим сердцем. Симпатическая нервная система может влиять на частоту и амплитуду колебаний

типа вегетативной регуляции, умеренному преобладанию центрального контура регуляции (I тип) соответствуют значения $SI > 100$ усл. ед., $VLF > 240$ мс², выраженному преобладанию центральной регуляции (II тип) $SI - 100$ усл. ед., $VLF < 240$ мс²; умеренному преобладанию автономной регуляции (III тип) – SI от 30 до 100 усл. ед., $VLF > 240$ мс², выраженному преобладанию автономной регуляции (IV тип) — SI от 10 до 30 усл. ед., $VLF > 240$ мс². Последний (IV) тип вегетативной регуляции может иметь как «физиологический», так и «патологический» характер. «Физиологический» тип отражает высокий уровень физической тренированности, а «патологический» указывает на состояние переутомления, перетренированности, перенапряжения.

Оценка функционального состояния центральной нервной системы у подростков исследуемых групп проведена по показателям функционального уровня нервной системы (ФУС), устойчивости нервной реакции (УР), уровня функциональных возможностей (УФВ) сформированной функциональной системы и уровня работоспособности на аппаратно-программном комплексе «Способ диагностики работоспособности человека» по методике М.П. Мороз [9].

Все полученные данные проанализированы с помощью прикладных программ Statistica 6.0 и Microsoft Excel 2007. Статистические данные представлены в виде доли явления в общей совокупности изучаемых факторов (%), среднего значения (M), стандартного отклонения (σ) и средней ошибки (m).

Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению, для этого использовался критерий Шапиро-Уилка ($p \leq 50$) или критерий Колмогорова-Смирнова ($p \geq 50$), а также показатели асимметрии и эксцесса.

При сравнении средних величин в нормально распределенных совокупностях количественных данных рассчитывался t-критерий Стьюдента по следующей формуле:

$$t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}}$$

где: M_1 и M_2 – сравниваемые средние величины, m_1 и m_2 – стандартные ошибки средних величин, соответственно.

Полученные значения t-критерия Стьюдента оценивались путем сравнения с критическими значениями. Различия показателей считались статистически значимыми при уровне значимости $p < 0,05$.

Сравнение номинальных данных проводилось при помощи критерия χ^2 Пирсона, позволяющего оценить значимость различий между фактическим количеством исходов или качественных характеристик выборки, попадающих в каждую категорию, и теоретическим количеством, которое можно ожидать в изучаемых группах при справедливости нулевой гипотезы. В случае анализа четырехпольных таблиц при ожидаемом явлении хотя бы в одной ячейке менее 10 нами рассчитывался критерий χ^2 с поправкой Йейтса, позволяющей уменьшить вероятность ошибки первого типа, т. е. обнаружения различий, где их нет. В тех случаях, когда число ожидаемых наблюдений в любой из ячеек четырехпольной таблицы было менее 5, для оценки уровня значимости различий использовался критерий Фишера.

Результаты и их обсуждение. Поскольку известно, что устойчивое преобладание центрального контура регуляции у школьников может быть следствием повышенной нервно-эмоциональной нагрузки в школе и дома, личностных особенностей, гипокинезии или повышенных тренировочных нагрузок и многих других факторов, которые вызывают постоянную активизацию стрессовых механизмов, использование данных анализа типов регуляции для мониторинга стрессовых состояний становится очевидной необходимостью. Показано, что среди обследуемых, имеющих высокий уровень стресса, большинство имело II тип регуляции ($65,6 \pm 3,20\%$), тогда как у учащихся с низким и средним уровнем стресса максимальное число обследуемых имело III тип регуляции: $55,9 \pm 3,43\%$ и $48,4 \pm 3,41\%$, соответственно (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение учащихся с учётом типа регуляции и уровнем стресса ($P \pm p$)

Показатель	Уровень стресса		
	низкий n=209	средний n=215	высокий n=220
I тип: умеренное преобладание центрального контура регуляции ($SI > 100$ усл. ед., $VLf > 240$ мс ²)	$13,8 \pm 2,38$	$30,5 \pm 3,14^*$	$12,8 \pm 2,25$
II тип: выраженное преобладание центрального контура регуляции ($SI > 100$ усл. ед., $VLf < 240$ мс ²)	$11,8 \pm 2,23^*$	$10,3 \pm 2,07^*$	$65,6 \pm 3,20$
III тип: умеренное преобладание автономного контура регуляции ($SI < 70$ усл. ед., $VLf > 240$ мс ²)	$55,9 \pm 3,43^*$	$48,4 \pm 3,41^*$	$10,6 \pm 2,07$
IV тип: выраженное преобладание автономного контура регуляции ($SI < 20$ усл. ед., $VLf > 240$ мс ²)	$18,5 \pm 2,68^*$	$10,8 \pm 2,12$	$10,3 \pm 2,05$

* $p \leq 0,05$ при сравнении с данными учащихся с высоким уровнем стресса

Рассчитанный критерий χ^2 для произвольной таблицы, где факторными показателями были уровни стресса, а результирующими – тип регуляции, составил 239,237 ед. Учитывая, что для данной таблицы число степеней свободы составляло 6 и, соответственно, критическое значение χ^2 при уровне значимости $p=0,01$ составляет 16,812, связь между факторным и результирующим признаками статистически значима при уровне значимости $p < 0,01$. Это свидетельствует о том, что зависимость частоты случаев выявления различных типов регуляции от наличия различного уровня стресса статистически значима.

Согласно литературным данным, школьников с выраженным преобладанием центральной регуляции (II тип) можно отнести к «группе риска», и полученные нами данные о статистически значимой связи с уровнем стресса расширяют представления о данной группе риска не только в физиологическом, но и психологическом плане. Подобное состояние регуляторных систем может служить маркером донозологических состояний, перенапряжения и переутомления [11]. Длительное

напряжение центральных механизмов приводит к истощению процессов регуляции и управления, так как при этом адаптационная деятельность осуществляется на пределе возможностей организма и сопровождается развитием определенных нарушений интегративной деятельности вегетативной нервной системы [13].

Важно отметить, что данный подход оценки типа регуляции имеет место только на индивидуальном уровне оценки, но не применим для характеристики на уровне популяции и для целей сравнения количественных данных различных коллективов или в хронологическом аспекте в связи с тем, что усреднение показателей ВСП у исследуемых с разными преобладающими типами регуляции недопустимо. Подобный подход ведет к ложной интерпретации результатов ВСП [12].

В основе психофизиологических причин формирования уровня стрессоустойчивости многие исследователи склонны к выводу о ведущей роли ВНД, однако на практике выделение чистых типов согласно общепринятым представлениям бывает затруднительным, что определяет неточность прогнозов в поведенческих реакций на действие различных стрессоров [4]. Имеющиеся методики определения типа ВНД выявляют не комплекс основных свойств нервных процессов, обусловленных генетическими и физиологическими процессами, а поведенческие реакции, которые могут формироваться под действием воспитания, условий жизнедеятельности человека и не отражать «исходных» биологических характеристик нервных процессов. Основоположники учения о типологии ВНД И.П. Павлов и Б.М. Теплов отмечали высокую пластичность нервной системы, которая проявляется не в изменении типов ВНД как таковых, а в первую очередь в маскировке истинных свойств нервной системы вследствие образования новых условных связей в результате действия факторов среды обитания. В этой связи итогом работы ученых стало приоритетом исследование не проявления типов ВНД, формирующихся в том числе и под действием фактора воспитания и тренировок, а ее биологических составляющих, которые и определяют поведенческие реакции человека – это сила, уравновешенность и подвижность нервных процессов [2].

Б.М. Тепловым (1950) было доказано, что сила нервных процессов определяется пределом работоспособности нервных клеток, т. е. их способностью выдерживать длительное и концентрированное возбуждение, не переходя в состояние запредельного торможения. Экспериментальные исследования показывают, что данная характеристика нервных процессов может иметь свойство тренированности [9]. Учитывая данную характеристику и современные методы оценки течения нервных процессов, используемых в мониторингах среди детей и подростков, предлагается в качестве показателя, оценивающего силу нервных процессов, использовать устойчивость нервной реакции и уровень функциональных возможностей сформированной функциональной системы вариационной хронорефлексографии [9]. Показано, что у учащихся с высоким уровнем стресса данные показатели достоверно ниже, чем у учащихся с низким уровнем стресса по устойчивости нервной реакции на 36,4% ($0,7 \pm 0,02$ усл. ед. при данных $1,1 \pm 0,03$ усл. ед., $p \leq 0,05$) и по уровню функциональных возможностей сформированной функциональной системы на 18,2% ($1,8 \pm 0,06$ усл. ед. при данных $2,2 \pm 0,05$ усл. ед., $p \leq 0,05$) (Табл.2).

Таблица 2.

Показатели функционального состояния центральной нервной системы у учащихся с учётом выраженности стресса

Показатель	Уровень стресса		
	низкий	средний	высокий
Функциональный уровень нервной системы	2,3±0,05	2,3±0,11	2,2±0,06
Устойчивость нервной реакции	1,1±0,03	0,8±0,05*	0,7±0,02*
Уровень функциональных возможностей сформированной функциональной системы	2,2±0,05	1,9±0,01*	1,8±0,06*

* $p \leq 0,05$ при сравнении с данными учащихся с низким уровнем стресса

Подтверждением влияния УР и УФВ на формирование высокого уровня стресса стали установленные статистически значимые различия между частотой встречаемости учащихся с высоким уровнем стресса среди лиц, имеющих низкий и высокий уровень развития устойчивости нервной реакции ($\chi^2=10,032$, $p=0,01$) и уровнем функциональных возможностей сформированной функциональной системы ($\chi^2=4,791$, $p=0,05$) (табл. 3).

Таблица 3.

Нейрофизиологические факторы риска формирования стресса у учащихся

Показатель психического здоровья	Наличие высокого уровня стресса <i>abs / %</i>		Статистическая значимость различий между частотой встречаемости лиц с высоким уровнем стресса среди учащихся, имеющих негативную степень выраженности показателя психического здоровья	
	Есть	Нет	Критерии оценки значимости различий исходов в зависимости от воздействия фактора риска: χ^2 / χ^2 с поправкой Йетса χ^2 с поправкой на правдоподобие	Критерии оценки силы связи между фактором риска и исходом: Критерий ϕ Критерий V Крамера Критерий К Чупрова / Коэффициент сопряженности Пирсона (C) / Нормированное значение коэффициента Пирсона (C')
Уровень ФУС:				
низкий	109	130	0,939 / 0,771 / 0,939	0,044 (несущественная) / 0,044 (несущественная) / 0,062 (несущественная)
высокий	104	148		
Уровень УР:				
низкий	168	127	55,391* / 54,015* / 57,597*	0,336 (средняя) / 0,318 (средняя) / 0,450 (относительно сильная)
высокий	45	151		
Уровень УФВ:				
низкий	157	100	77,676* / 76,046* / 80,875*	0,404 (относительно сильная) / 0,375 (средняя) / 0,530 (относительно сильная)
высокий	46	173		

* $p \leq 0,001$, ** $p \leq 0,005$, *** $p \leq 0,05$

Использование указанных показателей вариационной хронорефлексометрии также позволит исключить субъективность полученных данных, которая имеет место при проведении анкетных методов определения типа ВНД по используемым в настоящее время опросникам.

И.П. Павлов под подвижностью в учении о ВНД понимал «все временные характеристики работы нервной системы, все те стороны этой работы, к которым применим категория скорости», а в качестве основных критериев позже Б.М. Тепловым были определены скорость проявления нервного процесса в ответ на раздражение, скорость движения нервных процессов, скорость прекращения нервных процессов, скорость смены торможения возбуждением и возбуждения – торможением. Учитывая данную характеристику ВНД и характеристики показателей, регистрирующиеся при проведении мониторингов здоровья детей и подростков школьного возраста, физиологическим отражением скорости нервных процессов, их лабильности может служить показатель LF – состояние симпатического отдела вегетативной системы регуляции сосудистого тонуса. Это время, необходимое вазомоторному центру на операции приема, обработки и передачи информации [3]. Отсутствие межгрупповых различий по показателю HF⁴ (%), на наш взгляд, свидетельствует об однотипных механизмах управления в пределах автономного контура регуляции сердечного ритма. Следовательно, выявленные Бодровым И.Г. с соавт. особенности динамики показателей ВСР при когнитивной нагрузке относятся преимущественно к центральному контуру регуляции, более тесно связанному с организацией адаптивного поведения [5].

Заключение. Предложенный подход может быть использован при контроле за адаптацией к изменяющимся условиям жизнедеятельности детей и подростков школьного возраста и как эффективный инструментальный по управлению стрессовым состоянием школьников. Это вполне возможно, поскольку диагностика типов регуляции с использованием метода вариационной кардиоритмографии проводится в региональных центрах общественного здоровья и медицинской профилактики, однако на практике полученные данные редко учитываются школьными врачами, психологами, педиатрами в данном аспекте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азарных, Т.Д. Посттравматические стрессы разной тяжести течения и профиль личности в юношеском возрасте с учетом фактора пола // Вестник ТвГУ. Серия: Педагогика и психология (4). 2013. С. 176-181.
2. Акимова М.К., Козлова В.Т. Психофизиологические особенности индивидуальности школьников: Учет и коррекция. М.: «Академия». 2002. 160 с.
3. Баевский Р.М., Черникова А.Г. Анализ вариабельности сердечного ритма: физиологические основы и основные методы проведения // *Cardiometry*. 2017. 10. С. 66–76
4. Берг Т.Н. Нервно-психическая неустойчивость и способы ее выявления. Владивосток: Морской госуниверситет. 2005. 63 с.

⁴HF (high frequency) — показывает мощность волн высокой частоты. Зависит от работы парасимпатки и дыхательной синусовой аритмии (неритмичности пульса, связанной с актом дыхания, когда при вдохе пульс учащается, а при выдохе замедляется).

5. Бодров В. А. Информационный стресс: монография. М.: ПЕР СЭ, 2000. 352 с.
6. Вариабельность сердечного ритма: стандарты измерения, физиологической интерпретации и клинического использования. Рабочая группа Европейского Кардиологического Общества и Северо-Американского общества стимуляции и электрофизиологии // Вестник аритмологии. 1999. № 11. С. 52-76.
7. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. М.: РГБ; 2008. 330 с.
8. Комина Г.Н. Психические маркеры предрасположенности к развитию артериальной гипертензии у мужчин молодого возраста // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2009. 102. С. 363-370.
9. Мороз М.П. Экспресс-диагностика функционального состояния и работоспособности человека: методическое руководство. СПб.: Иматон, 2007. 40 с.
10. Покровский В.М. Сердечно-дыхательный синхронизм в оценке регуляторно-адаптивных возможностей организма / под ред. В.М. Покровского. Краснодар, изд-во «Кубань-книга»; 2010. 244 с.
11. Шлык Н.И. Сердечный ритм и центральная гемодинамика при физической активности у детей. Ижевск: Филиал издательства Нижегородского университета, 1991. 418 с.
12. Шлык Н.И., Гаврилова Е.А. Анализ вариабельности сердечного ритма в контроле за тренировочной и соревновательной деятельностью спортсменов на примере лыжных видов спорта // Лечебная физическая культура и спортивная медицина. Общероссийский общественный Фонд «Социальное развитие России». М.: 2016. С. 17-23
13. Шлык Н.И. Ритм сердца и тип регуляции при оценке функциональной готовности организма юных и взрослых спортсменов (по данным экспресс-анализа вариабельности сердечного ритма) // Ритм сердца и тип вегетативной регуляции в оценке уровня здоровья населения и функциональной подготовленности спортсменов: мат-лы VI всероссийского симпозиума / отв. ред. Н.И. Шлык., Р.М.Баевский. Ижевск: Издательский центр «Удмуртский университет», 2016. С. 20-40. REFERENCES
1. Azarny`kh, T.D. Posttravmaticheskie stressy` raznoj tyazhesti techeniya i profil` lichnosti v yunosheskom vozraste s uchetom faktora pola // Vestnik TvGU. Seriya: Pedagogika i psikhologiya (4). 2013. S. 176-181 .
2. Akimova M.K., Kozlova V.T. Psikhofiziologicheskie osobennosti individual`nosti shkol`nikov: Uchet i korrekciya. M.: «Akademiya». 2002. 160 s.
3. Baevskij R.M., Chernikova A.G. Analiz variabel`nosti serdechnogo ritma: fiziologicheskie osnovy` i osnovny`e metody` provedeniya // Cardiometry. 2017. 10. S. 66–76
4. Berg T.N. Nervno-psikhicheskaya neustojchivost` i sposoby` ee vy`yavleniya. Vladivostok: Morskoj gosuniversitet. 2005. 63 s.
5. Bodrov V. A. Informacziorny`j stress: monografiya. M.: PER SE`, 2000. 352 s.
6. Variabel`nost` serdechnogo ritma: standarty` izmereniya, fiziologicheskoy interpretaczii i klinicheskogo ispol`zovaniya. Rabochaya gruppa Evropejskogo Kardiologicheskogo Obshhestva i Severo-Amerikanskogo obshhestva stimulyaczii i

е`лектrofiziologii //Vestnik aritmologii. 1999. # 11. S. 52-76.

7. Vodop`yanova N.E., Starchenkova E.S. Sindrom vy`goraniya: diagnostika i profilaktika. M.: RGB; 2008. 330 s.

8. Komina G.N. Psikhicheskie markery` predispozitsionnosti k razvitiyu arterial`noy gipertenzii u muzhchin molodogo vozrasta // Izvestiya Rossijskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gerczena. 2009. 102. S. 363-370.

9. Moroz M.P. E`kspress-diagnostika funkczional`nogo sostoyaniya i rabotosposobnosti cheloveka: metodicheskoe rukovodstvo. SPb.: Imaton, 2007. 40 s.

10. Pokrovskij V.M. Serdechno-dy`khatel`ny`j sinkhronizm v ocenke reguljatorno-adaptivny`kh vozmozhnostej organizma / pod red. V.M. Pokrovskogo. Krasnodar, izd-vo «Kuban`-kniga»; 2010. 244 s.

11. Shly`k N.I. Serdechny`j ritm i czentral`naya gemodinamika pri fizicheskoj aktivnosti u detej. Izhevsk: Filial izdatel`stva Nizhegorodskogo universiteta, 1991. 418 s.

12. Shly`k N.I., Gavrilova E.A. Analiz variabel`nosti serdechnogo ritma v kontrole za trenirovochnoj i sorevnovatel`noj deyatel`nost`yu sportsmenov na primere ly`zhny`kh vidov sporta // Lechebnaya fizicheskaya kul`tura i sportivnaya mediczina. Obshherossijskij obshhestvenny`j Fond «Soczial`noe razvitie Rossii». M.: 2016. S. 17-23

13. Shly`k N.I. Ritm serdca i tip reguljaczii pri ocenke funkczional`noj gotovnosti organizma yuny`kh i vzrosly`kh sportsmenov (po danny`m e`kspress-analiza variabel`nosti serdechnogo ritma) // Ritm serdca i tip vegetativnoj reguljaczii v ocenke urovnya zdorov`ya naseleniya i funkczional`noj podgotovlennosti sportsmenov: mat-ly` VI vsrossijskogo simpoziuma / otv. red. N.I. Shly`k., R.M.Baevskij. Izhevsk: Izdatel`skij czentr «Udmurtskij universitet», 2016. S. 20-40.

E.V. Bulychева

NEUROPHYSIOLOGICAL RISK FACTORS FOR STRESS

FORMATION IN SCHOOL-AGE CHILDREN AND ADOLESCENTS

Orenburg State Medical University (Orenburg).

Summary. The data obtained confirm the fact that preventive activities in the field of preventing the development of mental illnesses should be carried out by creating an internal attitude of students to reduce susceptibility to stressors that form psychoemotional distress. A promising direction is to determine the initial biological attitudes of the central nervous system to the acting factors: strength, lability and mobility of nervous processes that determine the behavior of a child under the action of stressors. In this regard, to determine the type of higher nervous activity, it is proposed to use indicators that are recorded by methods used in health centers during preventive examinations. As an indicator characterizing the lability of the nervous process, it is recommended to use LF, determined by variational cardiorhythmography, and mobility – the index of vagosympathetic interaction also recorded by variational cardiorhythmography, the strength of nervous processes – by the stability of the nervous reaction, measured by variational chronoreflexometry.

Keywords: children and adolescents, stress, type of regulation

**ФАКТОРЫ САМОВОЛЬНОГО ОТЛУЧЕНИЯ ИЗ ДОМА
У ПОДРОСТКОВ ИЗ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СЕМЕЙ****ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» (Смоленск).**

Резюме. В статье представлены результаты исследования взаимосвязи локус контроля и социальной желательности с семейными взаимоотношениями у подростков, самовольно отлучающихся из дома. В исследовании приняли участие 60 человек в возрасте от 14 до 17 лет: 30 несовершеннолетних подростков, самовольно отлучающихся из дома и 30 подростков с просоциальной ориентацией. Выявлено, что авторитарный и подавляющий стили воспитания приводят к формированию экстернального типа локус-контроля и низкого уровня социальной желательности, что снижает уровень психической саморегуляции и может приводить к формированию девиантного поведения.

Ключевые слова: девиантное поведение, локус-контроль, социальная желательность, стили воспитания

Введение. Проблема девиантного поведения среди подростков, несмотря на ее проработанность, остается актуальной на сегодняшний день. Возрастная психология несовершеннолетних становится фактором психических особенностей, которые могут способствовать совершению антиобщественных действий [4]. По данным МВД РФ, на период с января по декабрь 2022 г. всего по России было выявлено 26305 несовершеннолетних лиц, совершивших преступления; по Смоленской области - 236 подростков [6].

Как известно, детско-родительские отношения влияют на формирование личности ребенка, его характерологические особенности и паттерны поведения, которые в последующем обуславливают его стиль жизни [5, 9]. Родители на уровне общества исполняют функцию социализации и трансляции ценностей, на уровне индивида – удовлетворяя потребности ребенка в родительстве, становятся важными значимыми лицами в его становлении как личности. В свою очередь, окруженная атмосферой хронического страха и недоверия дисфункциональная семья становится препятствием для личностного роста ребенка. Эмоциональная, когнитивная, а зачастую и социальная депривация, насилие, вербальная агрессия – все это ведет к девиантному поведению детей и подростков, являющемуся следствием патологизирующего семейного воспитания [5, 10].

Уходя от родителей, несовершеннолетние ищут поддержку в обществе себе подобных, что, в совокупности с проблемами дома, зачастую становится триггером для формирования зависимостей и других видов девиантного поведения. В некоторых странах данные явления считаются прямыми причинами преступности несовершеннолетних [4]. К самовольным отлучениям из дома, как следствие, присоединяются различного рода правонарушения и проступки. Одной из причин этого, помимо неблагоприятной обстановки дома, является не-

достаточность психологической саморегуляции субъекта.

Дж. Роттером в 1954 г. было введено в психологический обиход понятие «локус-контроль». Локус контроля – это обобщенное ожидание того, в какой степени люди контролируют подкрепления в своей жизни. Люди с экстермальным локусом контроля полагают, что их успехи и неудачи регулируются внешними факторами, такими как судьба, удача, счастливый случай, влиятельные люди и непредсказуемые силы окружения. Люди же с интернальным локусом контроля верят в то, что удаchi и неудачи определяются их собственным действиями и способностями (внутренние, или личностные, факторы) [8]. Поэтому уровень субъективного контроля интерналов выше, чем экстерналов, так как они полагают, что в большей степени оказывают влияние на ситуацию [9].

Следуя теории социального научения, локус контроля, являясь устойчивым свойством личности, формируется в ходе процесса социализации индивидуума, в которой важную роль играет семья. Неправильное воспитание может приводить к обострению девиантности и делинквентности личности, одной из характеристик которой указывается экстернальный тип локуса контроля [5, 8].

Немаловажным фактором в поведении является и социальная желательность – это стремление соответствовать ожиданиям окружающих и социальным нормам, даже если это не соответствует собственным желаниям и убеждениям. Так, было установлено, что люди, проявлявшие установку социальной желательности, вели себя более осторожно, чем люди, у которых не было этой установки – они вербально и поведенчески нарушали нормы коммуникации [8]. Склонность проявлять социально одобряемое поведение обуславливается не столько желанием показать себя с лучших сторон, сколько глубинными потребностями в самом одобрении. В подростковом периоде социальная желательность может играть большую роль в поведении и принятии решений, так как одна из ключевых особенностей этого возраста – потребность вхождения в референтную группу, и поведение в большей степени будет детерминировано характером ценностей в этой группе.

Исходя из вышесказанного, проблема самовольного отлучения подростков из дома может быть обусловлена неблагоприятным психологическим климатом в семье и ее общей дисфункциональностью.

Цель и задачи работы. Целью исследования является изучение взаимосвязи локуса контроля и социальной желательности с семейными взаимоотношениями у подростков, самовольно отлучающихся из дома. **Основной гипотезой** исследования является взаимосвязь типа локуса контроля и социальной желательности со стилями родительского воспитания.

Задачи:

1. Изучение превалирующих типов локуса контроля и социальной желательности в группах сравнения.
2. Изучение взаимосвязи между уровнем социальной желательностью и стилями родительского воспитания.
3. Изучение взаимосвязи между уровнем социальной желательности и локусом контролем.

4. Изучение взаимосвязи между уровнем локус контроля и стилями родительского воспитания.

Материалы и методы исследования. Проведено выборочное обследование 30 несовершеннолетних подростков, самовольно отлучающихся из дома и находящихся под профилактическим надзором уголовного розыска г. Смоленск. Средний возраст основной группы составил $M(SD)$ 15,6(0,6) лет, из них 17 юношей и 13 девушек.

Контрольную группу составили 30 учащихся с просоциальной ориентацией 8-10 классов МБОУ СОШ № 2 г. Смоленск. Средний возраст контрольной группы $M(SD)$ 15,6(0,7) лет, из них 16 юношей и 14 девушек.

Статистических различий в группах сравнения по полу и возрасту нет ($p=0.38$).

Родителями респондентов возраста до 15 лет дано письменное информированное добровольное согласие на участие в исследовании и на обработку персональных данных. Респондентами старше 15 лет также дано письменное информированное добровольное согласие на участие в исследовании и на обработку персональных данных. В беседе при получении информированного согласия, а также в самом тексте в понятной респондентам и их родителям форме объяснен психодиагностический характер исследования, цель исследования, процедура исследования, утверждение о добровольности исследования и возможности отказаться от участия в нем, утверждение о конфиденциальности и анонимности результатов.

Методы и методики. В работе использовались следующие методы:

1. Психодиагностический, включающий метод интервью с использованием классификации С.А. Беличевой для определения частоты девиаций, согласно которой выделяют отклонения корыстной направленности (аморальное поведение, кражи, проступки), отклонения агрессивной направленности (оскорбление, хулиганство, побои), отклонения социально-пассивной направленности (уклонение от учебы, бродяжничество, аддиктивное поведение) [7];

2. Анализ личных дел испытуемых.

3. Статистический анализ проводился с использованием программы Statistica 6.0. Для сравнения средних значений групп применялся t-критерий Стьюдента. Направление и теснота корреляционной связи между двумя количественными показателями оценивались с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена (при распределении показателей, отличном от нормального) и шкале корреляционной связи Чеддока.

В работе применены следующие психодиагностические методики: методика Дж. Роттера для диагностики локуса контроля [2]; методика «Поведение родителей и отношение подростков к ним» (Е. Шафер) [1] для исследования стилей воспитания в семье; шкала Д.П. Кроуна и Д. Марлоу, позволяющая оценить уровень социальной желательности [3].

Исследование проведено в два этапа:

1. На 1-м этапе выполнено выборочное исследование подростков с бродяжничеством.

2. На втором – выделены из основной группы подростки с высоким, средним и низким уровнями социальной желательности.

Результаты и обсуждение. Проанализированы личные дела испытуемых основной группы и выделены основные типы асоциального поведения, наблюдающиеся у несовершеннолетних, самовольно отлучающихся из дома. Результаты представлены на рис. 1.

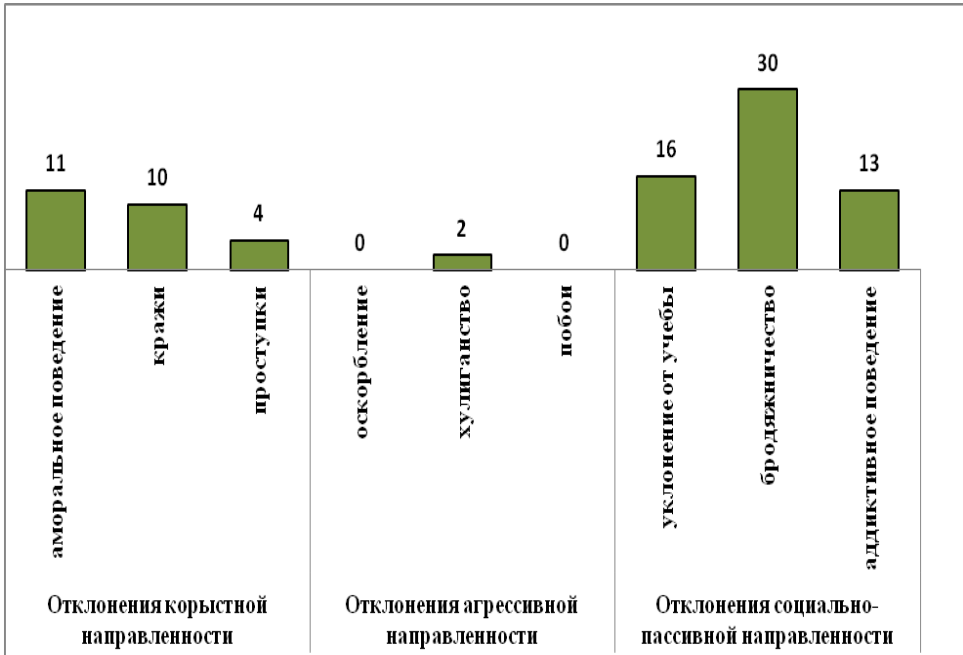


Рисунок 1. Частота встречающихся девиаций (abc) в основной группе (n=30).

Как видно из представленного материала, случаи бродяжничества преобладали у всех испытуемых основной группы. Но наряду с бродяжничеством у обследованных подростков основной группы выявлена высокая частота встречаемости и других типов асоциального поведения: отклонения корыстной направленности (аморальное поведение, кражи) и отклонения социально-пассивной направленности (уклонение от учебы, аддиктивное поведение).

Проведено изучение локуса контроля по результатам методики для исследования локуса контроля Дж. Роттера в основной и контрольной группах. Результаты представлены в табл. 1. С помощью t-критерия Стьюдента было выявлено, что статистически значимых различий между группами по показателям экстернальности и интернальности не выявлено.

Далее, получив результаты шкалы социальной желательности (СЖ), мы выделили 3 группы респондентов: с низким, средним и с высоким уровнем СЖ. Результаты представлены на рис. 2. В основной группе соотношение респондентов с низким, средним и высоким уровнем СЖ составило 40%, 40% и 20%

соответственно. В контрольной группе соотношение респондентов с низким и высоким уровнем СЖ составило 16,7%, 50% и 33,3% соответственно. С помощью t-критерия Стьюдента были выявлены статистически значимые различия между группами ($p=0.011$)

Таблица 1.

Средние значения показателя локус-контроля в группах сравнения

Показатели локус-контроля (ЛК)	Подростки основной группы n=30 M(SD)	Подростки контрольной группы n=30 M(SD)	Уровень значимости p
Экстернальный ЛК	54,4(11,8)	45,2(9,8)	0.55
Интернальный ЛК	45,4(11,8)	54,2(9,8)	0.56

* – различия показателей статистически не значимы ($p>0,05$).

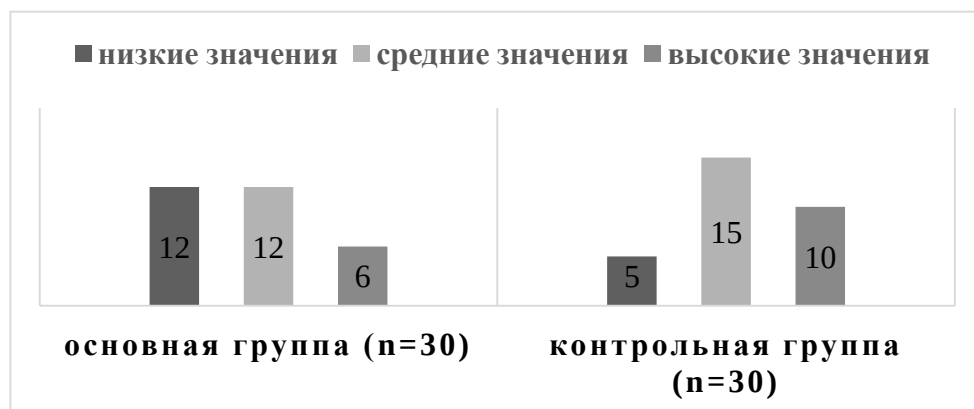


Рисунок 2. Степень выраженности показателя социальной желательности в обеих группах (abc).

Был проведен корреляционный анализ взаимосвязи показателя интернальности и показателя социальной желательности в основной и контрольной группах. Результаты представлены в табл. 2. В обеих группах при оценке связи показателя СЖ и показателя интернальности была установлена заметной тесноты прямая связь, а при оценке связи показателя экстернальности и показателя социальной желательности была установлена заметной тесноты обратная связь. Это говорит о том, что чем выше уровень экстернальности, тем ниже уровень СЖ, а соответственно, и просоциальные установки.

При анализе полученных результатов методики «Поведение родителей и отношение подростков к ним» было установлено, что не у всех респондентов имеется отец, поэтому мы оценивали только отношение подростков к матери.

Проведен корреляционный анализ показателей экстернальности и стилей воспитания в обеих группах. Получены положительные связи между стилями позитивного интереса, директивности и враждебности с экстернальностью у подростков основной группы, результаты представлены в табл. 3.

Таблица 2.

Результаты корреляционного анализа взаимосвязи локуса контроля и социальной желательности (СЖ) в обеих группах (коэффициент Спирмена)

Показатели	Характеристика корреляционной связи		
	ρ	Теснота связи по шкале Чеддока	p
Социальная желательность основная группа – Интернальность основная группа	0,563	Заметная	0,001*
Социальная желательность основная группа – Экстернальность основная группа	- 0,563	Заметная	0,001*
Социальная желательность контрольная группа – Интернальность контрольная группа	0,682	Заметная	0,001*
Социальная желательность контрольная группа – Экстернальность контрольная группа	- 0,683	Заметная	0,001*

* – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).

Таблица 3.

Результаты корреляционного анализа взаимосвязи показателей локуса контроля и стилей воспитания в основной группе (n=30) (коэффициент Спирмена)

Показатели	Характеристика корреляционной связи		
	ρ	Теснота связи по шкале Чеддока	p
Позитивный интерес основная группа – Экстернальность основная группа	-0,404	Умеренная	0,027*
Директивность основная группа – Экстернальность основная группа	0,369	Умеренная	0,045*
Враждебность основная группа – Экстернальность основная группа	0,467	Умеренная	0,009*
Позитивный интерес основная группа – Интернальность основная группа	0,404	Умеренная	0,027*
Директивность основная группа – Интернальность основная группа	-0,369	Умеренная	0,045*
Враждебность основная группа – Интернальность основная группа	-0,467	Умеренная	0,009*

* – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).

В контрольной группе экстернальность умеренно коррелирует с директивным стилем воспитания (табл. 4).

Таблица 4.

Результаты корреляционного анализа взаимосвязи показателей locus контроля и стилей воспитания в контрольной группе (n=30) (коэффициент Спирмена)

Показатели	Характеристика корреляционной связи		
	ρ	Теснота связи по шкале Чеддока	p
Директивность контрольная группа – Интернальность контрольная группа	- 0,375	Умеренная	0,041*
Директивность контрольная группа – Экстернальность контрольная группа	0,375	Умеренная	0,041*

* – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).

Проведен корреляционный анализ показателей социальной желательности и стилей воспитания в обеих группах. У подростков основной и контрольной групп выявлены положительные корреляции между показателем социальной желательности и стилем воспитания позитивного интереса (табл. 5).

Таблица 5.

Результаты корреляционного анализа взаимосвязи показателей социальной желательности и стилей воспитания в обеих группах (коэффициент Спирмена)

Показатели	Характеристика корреляционной связи		
	ρ	Теснота связи по шкале Чеддока	p
Социальная желательность основная группа – Позитивный интерес основная группа	0,459	Умеренная	0,011*
Социальная желательность основная группа – Директивность основная группа	- 0,398	Умеренная	0,029*
Социальная желательность основная группа – Враждебность основная группа	- 0,440	Умеренная	0,015*
Социальная желательность контрольная группа – Позитивный интерес контрольная группа	0,395	Умеренная	0,031*
Социальная желательность контрольная группа – Директивность контрольная группа	- 0,368	Умеренная	0,046*

* – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).

В ходе анализа результатов эмпирического исследования нами были сделаны следующие **выводы**:

1. У несовершеннолетних, самовольно отлучающихся из дома, статистически чаще превалирует экстернальный локус контроля и низкий уровень социальной желательности, в то время как у подростков контрольной группы – интернальный. Экстернальность становится фактором конформности и совершения под влиянием группы противоправных действий.

2. Установленная связь между уровнем социальной желательности и локусом контроля показывает, что интерналы более склонны испытывать потребность в одобрении и вести себя в соответствии с установленными в обществе нормами, а экстерналы – пренебрегать ими.

3. Чем выше позитивный интерес родителя к ребенку, тем более он склонен к выражению социальной желательности и, как следствие, просоциальным установкам и паттернам поведения. Более низкий уровень социальной желательности наблюдается при враждебном и директивном стилях родительского воспитания.

4. Экстернальность связана с восприятием подростками родителей как директивных и враждебно настроенных по отношению к ним, проявляющих авторитарность и подавление активности ребенка. В то же время позитивный интерес способствует формированию интернального локуса контроля, который детерминирует чувство ответственности за себя и свои поступки.

Заключение. Практическая значимость проведенного исследования заключается в возможности использования результатов при составлении психокоррекционных программ для несовершеннолетних с отклоняющимся поведением. Особое внимание, как показывают полученные данные, следует уделять работе с родителями, так как от их стиля воспитания зависит формирование таких качеств, как локус контроля и социальная желательность.

Теоретическая ценность выполненной работы заключается в рассмотрении проблемы самовольных отлучений из дома у подростков через призму внутрисемейных взаимоотношений как фактора формирования установок и вариантов поведения личности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вассерман Л.И., Горькова И.А., Ромицына Е.Е. Психологическая методика «Подростки о родителях» и ее практическое применение. 3-е изд., доп. и перераб. СПб.: «ФАРМиндекс», 2001. 68 с..

2. Елисеев О.П. Практикум по психологии личности. СПб.: Питер, 2010. 560 с.: ил. - (Серия «Практикум по психологии»).

3. Клиническая психометрика: учебное пособие / под ред. В.А. Солдаткина. 2-е изд., доп. Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2018. 339 с

4. Криминология: Учебник для вузов / под ред. проф. В.Д. Малкова. 27-е изд., перераб. и доп. М.: ЗАО «Юстицинформ», 2006. 528 с. (Серия «Образование»).

5. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения: учебное пособие. М.: Городец, 2016. 392 с.

6. Портал правовой статистики. □Электронный ресурс. http://crimestat.ru/regions_chart_total (Дата обращения: 24.02.2022).

7. Психосоциальная коррекция и реабилитация несовершеннолетних с девиантным поведением / под. ред С.А. Беличевой. М., 2003. 196 с.

8. Салмина Н.Г., Иовлева Т.Е., Тиханова И.Л. Методика диагностики социально-желательного поведения, исследование феномена социально-желательного поведения в дошкольном возрасте // Психологическая наука и образование. 2006. Т. 11. № 4. С. 81–94.

9. Хьелл П., Зиглер Д. Теории личности. 3-е изд. СПб.: Питер, 2020. 607 с.: ил. - (Серия «Мастера психологии»).

10. Шнейдер, Л.Б. Семейная психология: учебное пособие. 5-е изд. М.: Академический Проект, 2020. 736 с.

REFERENCES

1. Vasserman L.I., Gor`kovaya I.A., Romiczy`na E.E. Psikhologicheskaya metodika «Podrostki o roditelyakh» i ee prakticheskoe primeneniye. 3-e izd., dop. i pererab. SPb.: «FARMindeks», 2001. 68 s..

2. Eliseev O.P. Praktikum po psikhologii lichnosti. SPb.: Piter, 2010. 560 s.: il. - (Seriya «Praktikum po psikhologii»).

3. Klinicheskaya psikhometrika: uchebnoye posobie / pod red. V.A. Soldatkina. 2-e izd., dop. Rostov n/D: Izd-vo RostGMU, 2018. 339 s

4. Kriminologiya: Uchebnik dlya vuzov / pod red. prof. V.D. Malkova. 27-e izd., pererab. i dop. M.: ZAO «Yusticzinform», 2006. 528 s. (Seriya «Obrazovanie»).

5. Mendelevich V.D. Psikhologiya deviantnogo povedeniya: uchebnoye posobie. M.: Gorodecz, 2016. 392 s.

6. Portal pravovoj statistiki. □E`lektronny`j resurs. http://crimestat.ru/regions_chart_total (Data obrashheniya: 24.02.2022).

7. Psikhosotsial'naya korrektsiya i reabilitatsiya nesovershennoletnikh s deviantny`m povedeniem / pod. red S.A. Belichevoj. M., 2003. 196 s.

8. Salmina N.G., Iovleva T.E., Tikhonova I.L. Metodika diagnostiki sotsial`no-zhelatel'nogo povedeniya, issledovanie fenomena sotsial`no-zhelatel'nogo povedeniya v doskol`nom vozraste // Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie. 2006. T. 11. # 4. S. 81–94.

9. Kh`ell P., Zigler D. Teorii lichnosti. 3-e izd. SPb.: Piter, 2020. 607 s.: il. - (Seriya «Mastera psikhologii»).

10. Shnejder, L.B. Semejnaya psikhologiya: uchebnoye posobie. 5-e izd. M.: Akademicheskij Proekt, 2020. 736 s.

A.D. Kamshilina, T.V. Ulasen

FACTORS OF SELF-WITHDRAWAL FROM HOME IN ADOLESCENTS FROM DYSFUNCTIONAL FAMILIES

Smolensk State Medical University (Smolensk).

Summary. The article presents the results of a study of the relationship between locus of control and social desirability and family relationships in adolescents who are involuntarily absent from home. Sixty people between the ages of 14 and 17 took part in the study: 30 adolescents who were AWOL and 30 adolescents with a prosocial orientation. It was found that an authoritarian and repressive parenting style leads to the formation of an externalizing type of locus of control and a low level of social desirability, which reduces the level of mental self-regulation and can lead to the formation of deviant behavior.

Keywords: deviant behavior, locus control, social desirability, parenting styles.

**УРОВЕНЬ АГРЕССИВНОСТИ ПОДРОСТКА
ПРИ РАЗНОМ УРОВНЕ ОБУЧЕННОСТИ И ВОСПИТАННОСТИ**
Смоленский государственный университет (Смоленск).

Резюме. В статье приводятся результаты исследования агрессивности подростков, обучающихся в образовательных учреждениях с различным статусом: гимназии и сменной общеобразовательной школе. В исследовании были использованы опросник уровня агрессивности Басса-Дарки и методика «Агрессивное поведение» Е.П. Ильина, П.А. Ковалева. Установлены различные специфические особенности проявления агрессивных и враждебных форм поведения для обеих групп: учащиеся с высоким уровнем обученности и воспитанности проявляют низкий и средний уровень выраженности агрессивных и враждебных реакций; учащиеся с низкими результатами учебной деятельности и поведения проявляют в основном высокий уровень агрессивности.

Ключевые слова: подросток, личность, поведение, агрессивность, враждебность, обученность, воспитанность, сознание, самореализация.

Введение. Единая система профилактики преступности, и прежде всего среди несовершеннолетних, утвержденная Указом Президента РФ [12], обеспечивает реализацию Стратегии развития воспитания в РФ на период до 2025 г. Распоряжение Правительства РФ [8] ориентирует педагогов и психологов, работающих в сфере образования, на обновление учебно-воспитательного процесса в системе общего образования на основе системно-деятельностного подхода и социальной ситуации развития обучающегося [7]. И, прежде всего, на снижение форм агрессивного поведения учащихся. Исследование и коррекция агрессивных и враждебных форм поведения подростков относятся к стратегическим приоритетам в сфере реализации государственной программы развития образования в РФ [1].

Авторы описывают тенденцию снижения эффективности обучения и воспитания (обученности и воспитанности школьников) и вследствие проявления агрессивности учащимися в учебно-воспитательном процессе [1, 3, 6]. В отечественной психологии обученность и воспитанность школьника традиционно рассматривается как «... согласованность между знанием, убеждением и поведением» [5, с.70].

Тема взаимосвязи уровня обученности и воспитанности и уровня агрессивности исследуется в контексте произвольности, интеллектуализации и осознанности психических процессов в процессе учебной деятельности [6, 11, 13]. Осознание и удовлетворенность собственными личностными изменениями учащимися подросткового возраста осуществляется в связи с соотношением с социальными требованиями и ожиданиями [4, 9]. В случае, если имеется своего рода равновесие между удовлетворенностью и социальными стандартами, предъявляемыми к личности подростка, можно говорить о «нормативном» развитии [2]. Нарушения этого баланса могут проявляться в агрессивном поведении [3;14;15].

Лицеи и гимназии предоставляют более высокий образовательный уровень и в таких образовательных организациях обучающимся предлагается для усвоения более высокая культура средств реализации учебной деятельности и взаимоотношений с окружающими. Установлено, что уровень предоставляемой образовательной услуги влияет на формирование и развитие агрессивности обучающегося, однако особенности этой взаимосвязи не однозначны [10].

Цель исследования заключалась в изучении психологических особенностей взаимосвязи между уровнем обученности и воспитанности подростков и их уровнем агрессивности. В качестве гипотетического было выдвинуто предположение о том, что эти уровни взаимосвязаны: уровень обученности и воспитанности подростка, обеспеченный высоким качеством обучения и воспитания, связан с редукцией проявления агрессивности подростков.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 123 подростка 13-15 лет, обучающихся в МБОУ № 2 (45 учащихся) и МБОУ Гимназия им. Н.М. Пржевальского г. Смоленск (78 учащихся) (далее СШ и Гимназия соответственно). В Гимназии (входит в топ-3 школ Смоленска) обучаются подростки из благополучных семей, родители которых проявляют высокую заинтересованность в обучении и воспитании своих детей, а в СШ (сменная школа) обучаются дети с седьмого класса, так называемые «трудные» подростки, собранные в данном учебном заведении, в том числе из-за неуспеваемости и нарушений в поведении в школе, вызвавшими «хронические» проблемы во взаимоотношениях с учителями и сверстниками в образовательных учреждениях, где они обучались до поступления в СШ, проживающие в неблагополучных семьях.

Исследование проводилось в октябре-декабре 2022 г. Структура исследования включала 2 этапа: на первом этапе выявлялись уровни выраженности агрессивных и враждебных реакций обучающихся, на втором осуществлялось исследование склонности подростков к конфликтности и агрессивности.

В работе были использованы методики: опросник уровня агрессивности Басса-Дарки, позволяющий выявить уровни выраженности агрессивных и враждебных реакций (выбор методики обусловлен и тем, что этот инструмент позволяет установить выраженность видов агрессивных и враждебных реакций, а также индексы агрессивности и враждебности испытуемых); опросник «Агрессивное поведение» Е.П. Ильина, П.А. Ковалева, с помощью которого выявлялись склонности учащихся к конфликтности и агрессивности.

Результаты и их обсуждение. Результаты диагностики уровня выраженности агрессивности подростков по методике Басса-Дарки представлены в табл. 1.

Как видно таблицы 1, высокий уровень физической агрессии более выражен у учащихся, чем у гимназистов (83% и 26%, что в 4 раза ниже соответственно). Средний уровень физической агрессии выявлен у 56% гимназистов, он характерен для 13% учащихся (столбцы 3 и 7). Наконец, 18% гимназистов и 4% учащихся полагают, что они не используют физическую силу как средство решения собственных проблем (столбцы 4 и 8). Таким образом, уровень физической агрессии гимназистов в 1,6 раза ниже, чем у учащихся (среднее арифметическое 4,24 и 2,65; столбцы 6 и 10 соответственно).

Таблица 1.

Результаты диагностики уровня выраженности агрессивности подростков (методика Басса-Дарки)

№	МБОУ	Гимназия				СП			
		%			баллы	%			баллы
	Шкалы	Высокий	Средний	Низкий	μ	Высокий	Средний	Низкий	μ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Физическая	26	56	18	2,65	83	13	4	4,2
2	Косвенная	11	44	45	1,8	40	38	22	2,95
3	Раздражение	20	54	26	2,52	78	20	2	4,15
4	Негативизм	26	53	22	2,75	56	40	4	3,42
5	Обида	22	62	17	2,51	45	37	18	2,91
6	Подозрительность	37	44	19	2,66	69	25	6	3,6
7	Вербальная	36	46	18	2,75	56	25	19	3,4
8	Вина	20	68	12	2,78	40	49	11	3,17
	μ	24,7	53,4	22,1	2,55	58	31	11	3,48

Высокий уровень косвенной агрессии учащихся в 4 раза превышает аналогичные показатели гимназистов (40% и 11%; столбцы 3 и 7). Средний уровень выраженности в обеих группах оказался сопоставимым (38% и 44%, у гимназистов несколько выше), а низкий уровень выраженности у гимназистов вдвое превышает аналогичные показатели учащихся (столбцы 4 и 8 соответственно). Среднее арифметическое гимназистов по шкале в 1,6 ниже, чем у учащихся.

Высокий уровень раздражительности учащихся в 3,9 раза превышает соответствующий уровень выраженности у гимназистов. Средний и низкий уровни гимназистов в 2,7 и в 13 раз выше, чем у учащихся (столбцы 4,5 и 8,9 соответственно). Среднее арифметическое гимназистов по шкале в 1,6 ниже, чем у учащихся.

Высокий уровень негативизма учащихся в 2,15 раза превышает уровень гимназистов. У гимназистов выше выраженность среднего и низкого уровней в 1,3 и 5,5 раза соответственно. Среднее по шкале гимназистов в 1,2 раза ниже, чем учащихся.

Выраженность враждебных реакций гимназистов по шкале обидчивости в высоком уровне выраженности в 2 раза ниже, в среднем уровне в 1,6 раза выше. Результаты низкого уровня в обеих группах примерно одинаковые; по шкале подозрительность у гимназистов в высоком уровне выраженности в 1,8 раза выше, в среднем и низком уровнях в 1,7 и 3,1 раза выше, чем у учащихся. Среднее арифметическое по шкале у гимназистов в 1,3 раза ниже.

Высокий уровень выраженности вербальной агрессии гимназистов в 1,5 раза ниже, средний - в 1,8 выше, чем у учащихся и низкий уровень выраженности

сти в обеих группах примерно одинаковый. Среднее арифметическое гимназистов по шкале в 1,2 раза ниже, чем у учащихся. Другими словами, вербальные коммуникативные навыки гимназистов более продвинуты, чем у учащихся, однако в вербальной агрессии они их используют значительно реже учащихся.

Высокий уровень выраженности чувства вины гимназистов в 2 раза ниже, средний – в 1,3 выше, чем у учащихся. Низкий уровень выраженности в обеих группах приблизительно одинаковый. Среднее арифметическое по шкале гимназистов в 1,14 раза ниже, чем у учащихся.

Таким образом, результаты гимназистов по всем шкалам методики ниже, чем у учащихся. Это свидетельствует о том, что гимназисты выбирают более социально приемлемые способы решения собственных проблем в межличностных отношениях. Компаративное соотнесение уровней выраженности агрессивности испытуемых обеих групп представлено на рис. 1.

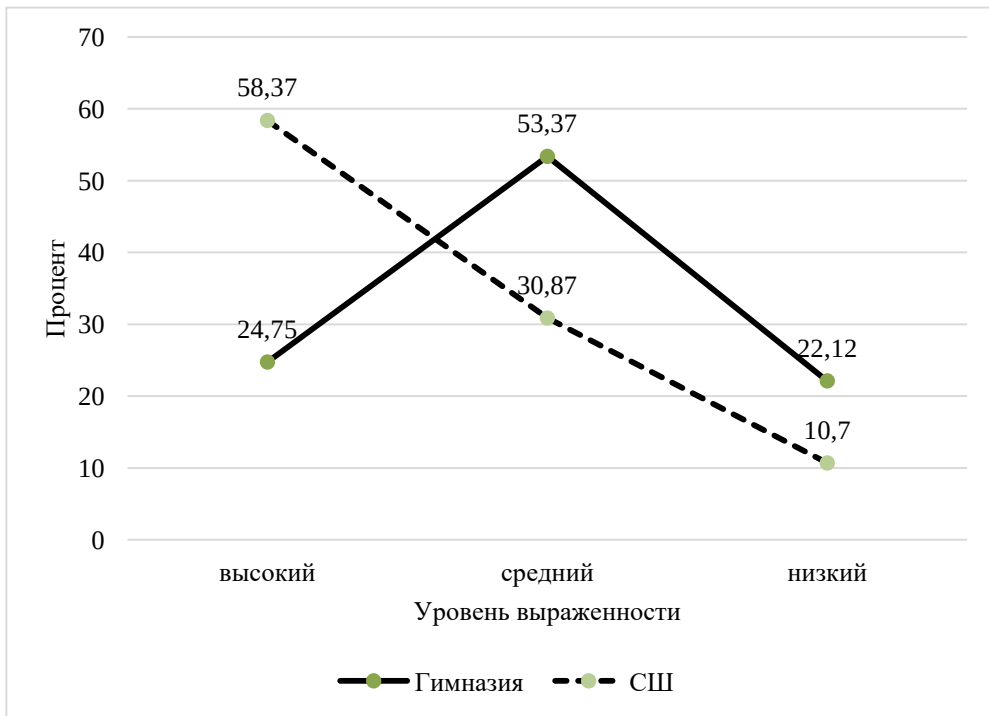


Рисунок 1. Компаративное соотнесение уровней выраженности агрессивности испытуемых (методика Басса-Дарки).

Как видно на рисунке 1, характер распределения результатов в группах разный. Для большей части гимназистов характерен средний и низкий уровень агрессивности (72,49%), для учащихся – высокий (58,37%).

Анализ средних арифметических значений по шкалам позволил выявить ранжир полученных результатов по степени выраженности.

Таблица 2.

Ранжир результатов испытуемых (методика Басса-Дарки)

№	Шкала	Гимназия		СП	
		μ	ранжир	μ	ранжир
1	2	3	4	5	6
1.	Физическая агрессия	2,65	5	4,24	1
2.	Косвенная агрессия	1,8	8	2,95	8
3.	Раздражение	2,52	6	4,15	2
4.	Негативизм	2,75	3	3,42	4
5.	Обида	2,51	7	2,91	7
6.	Подозрительность	2,66	4	3,6	3
7.	Вербальная агрессия	2,75	2	3,4	5
8.	Чувство вины	2,78	1	3,17	6

Как видно из таблицы 2, ранжир результатов испытуемых обеих групп различается. Результаты гимназистов можно разделить на три группы по степени выраженности: высокая - вина, вербальная агрессия и негативизм; средняя – подозрительность, физическая агрессия, раздражительность, обида; низкая – косвенная агрессия. Результаты учащихся также были дифференцированы на три группы: высокая – физическая агрессия и раздражительность; средняя – подозрительность, негативизм, вербальная агрессия и вина; низкая – косвенная агрессия и обида. В обеих группах наименее выраженной оказалась косвенная агрессия, на среднем уровне - подозрительность и раздражительность. Наиболее выраженной у гимназистов является вина, у учащихся - физическая агрессия. Иными словами, для гимназистов характерна аутоагрессия, у учащихся оно направлено на окружающих. Компаративное соотнесение результатов представлено на рис. 2.

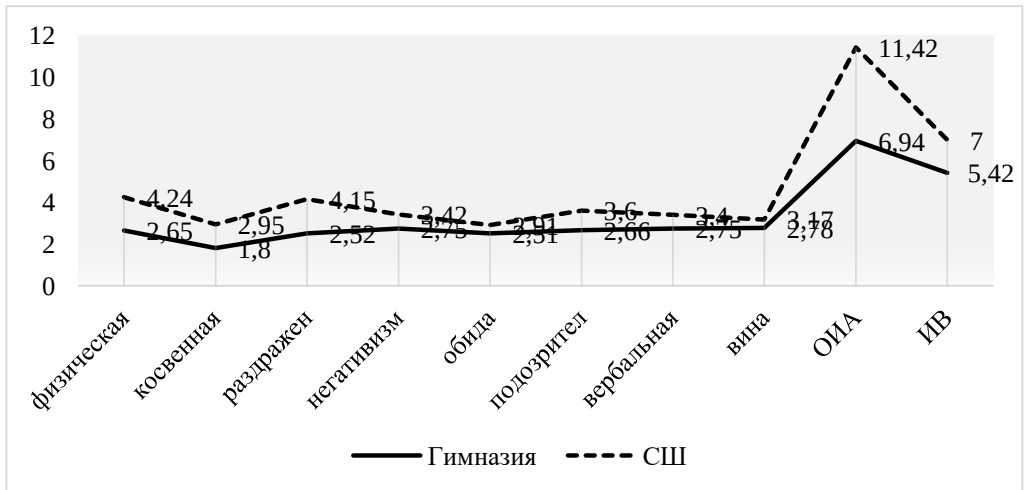


Рисунок 2. Полигон распределения результатов испытуемых (методика Басса-Дарки).

Как видно на рис. 2, распределение результатов имеет сходные особенности в шкалах 1-3. Гимназисты, проявляя более низкий уровень агрессивных и враждебных реакций, в целом, сохраняют достаточно выраженный уровень вербальной агрессии и негативизма по отношению к руководству, учителям и значимым взрослым. У учащихся наиболее выраженными оказались раздражение и физическая агрессия. Общий индекс агрессивности гимназистов (на рис. 2 - ОИА) 6,94, у учащихся – 11,42 балла, т. е. в 1,7 раза выше; индекс враждебности (на рис. 2 - ИВ) аналогично 5,42 и 7 баллов, т. е. у учащихся в 1,3 раза выше, чем у гимназистов. Иными словами, разный уровень обученности и воспитанности подростков связан с преимущественно различными уровнями выраженности и видами проявления агрессии: подростки с низким уровнем обученности и воспитанности склонны к раздражению и физической агрессии; подростки с более высоким уровнем демонстрируют преимущественно негативизм и вербальную агрессию.

Результаты исследования склонности учащихся к конфликтности и агрессивности (опросник «Агрессивное поведение» Е.П. Ильина, П.А Ковалева) представлены в табл. 3.

Таблица 3.

Уровень конфликтности и агрессивности: результаты испытуемых (методика «Агрессивное поведение»)

№	МБОУ	Гимназия					СШ				
		%			баллы		%			баллы	
	Шкалы	Высокий	Средний	Низкий	Σ	μ	Высокий	Средний	Низкий	Σ	μ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.	Косвенная вербальная	17	51	32	393	4,68	45	42	13	269	5,97
2.	Косвенная физическая	17	57	26	397	4,94	16	55	29	198	4,4
3.	Прямая физическая	6	35	59	237	2,98	55	36	9	281	6,24
4.	Несдержанность	14	49	37	367	4,61	62	27	11	312	6,93
5.	μ	14	48	39	348	4,3	45	40	16	265	5,9

Как видно из таблицы 3, результаты учащихся по всем шкалам превышают результаты гимназистов. Высокий уровень косвенной вербальной агрессии характерен для 45% учащихся, что в 2,6 раза выше, чем у гимназистов, низкий уровень этой агрессии у гимназистов проявляется в 2,4 раза чаще. Уровни проявления косвенной физической агрессии в обеих группах соизмеримы. Высокий уровень проявления прямой физической агрессии характерен для 55% учащихся, что в 9 раз выше, чем у гимназистов. Соответственно низкий уровень прямой агрессии характеризует 59% гимназистов, что в 6,5 раз ниже, чем у учащихся. Наконец, высокий уровень проявления несдержанности является типич-

ным для 62% учащихся, что в 4,4 раза выше, чем у гимназистов.

Соотнесение средних арифметических по всем шкалам позволило установить ранжир результатов по степени выраженности в обеих группах.

Таблица 4.

Ранжир результатов испытуемых (методика «Агрессивное поведение»)

№	Шкала	Гимназия		СШ	
		μ	ранжир	μ	ранжир
1	2	3	4	5	6
1.	Косвенная вербальная	4,68	2	5,97	3
2.	Косвенная физическая	4,94	1	4,4	4
3.	Прямая физическая	2,98	4	6,24	2
4.	Несдержанность	4,61	3	6,93	1

Как видно из таблицы 4, результаты гимназистов по степени выраженности можно разделить на три группы: наиболее выраженной оказалась косвенная физическая, а наименее - прямая физическая агрессивность; промежуточное место между ними занимают косвенная вербальная агрессивность и несдержанность. Группу учащихся характеризует прежде всего несдержанность и прямая физическая агрессивность; затем – косвенная вербальная агрессивность и наименее выраженной оказалась косвенная физическая агрессивность.

Полигон распределения результатов испытуемых по опроснику «Агрессивное поведение» представлен на рис. 3.

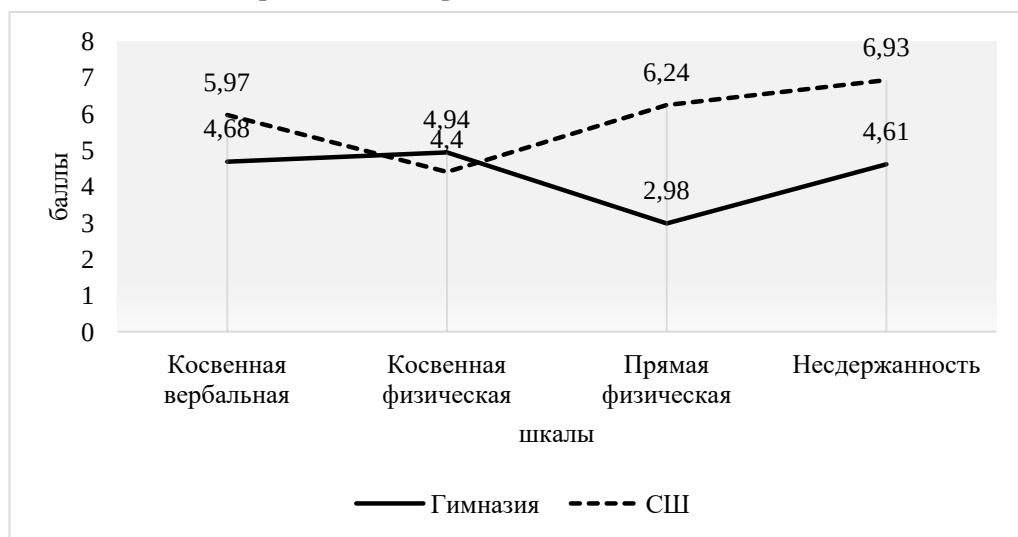


Рисунок 3. Полигон распределения результатов испытуемых (опросник

Как видно на рис. 3, наиболее «близкие» результаты в обеих группах выявлены по шкале косвенная физическая агрессивность (однако результаты гимназистов на 0,8 выше), отметим, что это единственная шкала, по которой резуль-

таты гимназистов выражены несколько выше, чем у учащихся. По всем остальным шкалам результаты учащихся выше: наиболее выраженные отличия групп проявляются по шкале прямая физическая агрессивность, где результаты учащихся в 1,6 раза превышают результаты гимназистов; несдержанность учащихся проявляется в 1,5 раза, а косвенная вербальная агрессивность учащихся в 1,27 раза выше, чем у гимназистов.

Выводы.

1. Уровень обученности и воспитанности подростков и уровень агрессивности взаимосвязаны: учащиеся с высоким уровнем обученности и воспитанности проявляют низкий и средний уровень выраженности агрессивных и враждебных реакций; учащиеся с низким уровнем результатов учебной деятельности и поведения проявляют в основном высокий уровень выраженности агрессивности.

2. Выраженность видов агрессивных и враждебных реакций в поведении «благополучных» и «неблагополучных» подростков различается: наиболее выраженными у подростков, обучающихся в гимназии, являются вина, вербальная агрессия и негативизм, для «неблагополучных» подростков наиболее характерными являются раздражение и физическая агрессия.

3. Уровень выраженности результатов учащихся по общему индексу агрессивности и враждебности выше, чем у гимназистов. В исследовании установлено, что различия групп гимназистов и учащихся по общему индексу агрессивности выше, чем по индексу враждебности.

4. «Неблагополучных» подростков (учащихся) характеризуют «лобовые» формы агрессивности: несдержанность и прямая физическая агрессия с низкой выраженностью чувства вины, «благополучных» - косвенные: косвенная физическая и косвенная вербальная с высокой выраженностью чувства вины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агрессивное поведение в образовательной среде. Аналитический доклад. Институт изучения детства, семьи и воспитания РАО / Вагнер И.В. М., 2020. URL: <https://xn--48-mlc2ax2eva.xn--p1ai/wp-content/uploads/2021/01/agressivnoe-povedenie-v-obrazovatelnoj-srede-analit.-doklad.pdf> (дата обращения: 12.03.2023).

2. Амбалова С.А. Личность и ее приобщение к социальному миру // Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2016. Т. 5. № 1 (14). С. 9-11.

3. Амбалова С.А., Бекоева М.И. К вопросу о психологических особенностях учебной деятельности и агрессивном поведении младших школьников // Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2016. Т. 5, № 2 (15). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-psihologicheskikh-osobennostyah-uchebnoy-deyatelnosti-i-agressivnom-povedenii-mladshih-shkolnikov> (дата обращения 12.03.2023).

4. Вань Е.Н. Особенности агрессивного поведения в подростковом возрасте // Гуманитарные научные исследования. 2017. № 10. URL: <https://human.snauka.ru/2017/10/24475> (дата обращения: 24.02.2023).

5. Маркова А.К. Психология труда учителя. М.: Просвещение, 1993. 192 с.
 6. Полякова И.В. Психологические особенности взаимосвязи агрессивности и личностной зрелости подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2022 (22). № 1. С. 27-34.
 7. Разработка и реализация мер, обеспечивающих развитие региональных систем безопасного детства, снижение агрессивности в подростковой среде: опыт субъектов Российской Федерации. Методические материалы / С.А. Ефремова, Е.Н. Скорина. Под ред. Е.Г. Артамоновой, О.В. Заевой. М.: ФГБУ «Центр защиты прав и интересов детей», 2021. 50 с. URL: <https://fcprc.ru/wp-content/uploads/2021/12/material-konception-do-2025-23.pdf> (дата обращения: 12.03.2023).
 8. Распоряжение Правительства РФ от 22.03.2017 № 520-р (ред. от 18.03.2021) Об утверждении Концепции развития системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних на период до 2025 года (вместе с «Планом мероприятий на 2021-2025 годы по реализации Концепции развития системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних на период до 2025 года»). URL: <https://docs.cntd.ru/document/420395219> (дата обращения: 24.02.2023).
 9. Рогова Е.Е., Ибахаджиева Л.А. Взаимосвязь агрессии и успеваемости школьников разного возраста // Ученые записки университета Лесгафта. 2019. № 4 (170). URL: <https://lesgaft-notes.spb.ru/ru/node/14557> (дата обращения: 24.02.2023).
 10. Шавоян М.А. Сравнение уровня враждебности и агрессивности у учащихся лицея и старшекласников // Международный научно-исследовательский журнал. 2016. № 3 (45). URL: <https://research-journal.org/archive/3-45-2016-march/sravnenie-urovnya-vrazhdebnosti-i-agressivnosti-u-uchashhixsya-liceya-i-starsheklassnikov> (дата обращения: 26.03.2023). doi: 10.18454/IRJ.2016.45.016 (дата обращения: 24.02.2023).
 11. Шлокина О.С. Сравнительный анализ агрессивности подростков с разным уровнем успеваемости // Вестник магистратуры. 2021. № 10-2 (121). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sravnitelnyy-analiz-agressivnosti-podrostkov-s-raznym-urovnem-uspevaemosti> (дата обращения: 24.02.2023).
 12. Указ Президента Российской Федерации от 31.12.2015 г. № 683 О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации. URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/40391> (дата обращения: 24.02.2023).
- REFERENCES
1. Agressivnoe povedenie v obrazovatel'noj srede. Analiticheskij doklad. Institut izucheniya detstva, sem'i i vospitaniya RAO / Vagner I.V. M., 2020. URL: <https://xn--48-mlc2ax2eva.xn--p1ai/wp-content/uploads/2021/01/agressivnoe-povedenie-v-obrazovatelnoj-srede-analit.-doklad.pdf> (data obrashheniya: 12.03.2023).
 2. Ambalova S.A. Lichnost' i ee priobshhenie k soczial'nomu miru // Azimut nauchny'kh issledovanij: pedagogika i psikhologiya. 2016. T. 5. # 1 (14). S. 9-11.
 3. Ambalova S.A., Bekoeva M.I. K voprosu o psikhologicheskikh osobennostyakh uchebnoj deyatel'nosti i agressivnom povedenii mladshikh

shkol'nikov // Azimut nauchny`kh issledovanij: pedagogika i psikhologiya. 2016. T. 5, # 2 (15). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-psihologicheskikh-osobennostyah-uchebnoy-deyatelnosti-i-agressivnom-povedenii-mladshih-shkolnikov>(data obrashheniya 12.03.2023).

4. Van` E.N. Osobennosti agressivnogo povedeniya v podrostkovom vozraste // Gumanitarny`e nauchny`e issledovaniya. 2017. # 10. URL: <https://human.snauka.ru/2017/10/24475> (data obrashheniya: 24.02.2023).

5. Markova A.K. Psikhologiya truda uchitelya. M.: Prosveshhenie, 1993. 192 s.

6. Polyakova I.V. Psikhologicheskie osobennosti vzaimosvyazi agressivnosti i lichnostnoj zrelosti podrostkov // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2022 (22). # 1. S. 27-34.

7. Razrabotka i realizaciya mer, obespechivayushhikh razvitie regional`ny`kh sistem bezopasnogo detstva, snizhenie agressivnosti v podrostkovoj srede: opyt` sub`ektov Rossijskoj Federaczii. Metodicheskie materialy` / S.A. Efremova, E.N. Skorina. Pod red. E.G. Artamonovoj, O.V. Zaevoj. M.: FGBU «Czentr zashhity` prav i interesov detej», 2021. 50 s. URL: <https://fcprc.ru/wp-content/uploads/2021/12/material-konception-do-2025-23.pdf> (data obrashheniya:12.03.2023).

8. Rasporyazhenie Pravitel`stva RF ot 22.03.2017 # 520-r (red. ot 18.03.2021) Ob utverzhdenii Konczepczii razvitiya sistemy` profilaktiki beznadzornosti i pravonarushenij nesovershennoletnikh na period do 2025 goda (vmeste s «Planom meropriyatij na 2021-2025 gody` po realizaczii Konczepczii razvitiya sistemy` profilaktiki beznadzornosti i pravonarushenij nesovershennoletnikh na period do 2025 goda»). URL: <https://docs.cntd.ru/document/420395219> (data obrashheniya: 24.02.2023).

9. Rogova E.E., Ibakhadzhieva L.A. Vzaimosvyaz` agressii i uspevaemosti shkol'nikov raznogo vozrasta // Ucheny`e zapiski universiteta Lesgafta. 2019. # 4 (170). URL: <https://lesgaft-notes.spb.ru/ru/node/14557> (data obrashheniya: 24.02.2023).

10. Shavoyan M.A. Sravnenie urovnya vrazhdebnosti i agressivnosti u uchashhikhsya liczey i starsheklassnikov // Mezhdunarodny`j nauchno-issledovatel`skij zhurnal. 2016. # 3 (45). URL: <https://research-journal.org/archive/3-45-2016-march/sravnenie-urovnya-vrazhdebnosti-i-agressivnosti-u-uchashhixsya-liceya-i-starsheklassnikov> (data obrashheniya: 26.03.2023). doi: 10.18454/IRJ.2016.45.016 (data obrashheniya: 24.02.2023).

11. Shlokina O.S. □ Sravnitel`ny`j analiz agressivnosti podrostkov s razny`m urovnem uspevaemosti // Vestnik magistratury`. 2021. # 10-2 (121). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sravnitelnyy-analiz-agressivnosti-podrostkov-s-raznym-urovnem-uspevaemosti> (data obrashheniya: 24.02.2023).

12. Ukaz Prezidenta Rossijskoj Federaczii ot 31.12.2015 g. # 683 O Strategii naczional`noj bezopasnosti Rossijskoj Federaczii. URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/40391> (data obrashheniya: 24.02.2023).

13. Cabello R., Gutiérrez-Cobo M.J., Fernández-Berrocal P. Parental Education and Aggressive Behavior in Children: A ModeratedMediation Model for Inhibitory

Control and Gender. *Front. Psychol.* 2017. № 8. P.1181. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01181. eCollection 2017. (accessed 24.02.2023).

14. Fagan A.A. Child maltreatment and aggressive behaviors in early adolescence: Evidence of moderation by parent/child relationship quality. *Child Maltreat.* 2020. № 25. P. 182–191. doi: 10.1177/1077559519874401. (accessed 24.02.2023).

15. Muarifah A., Mashar R., Hashim I.H.M., Rofiah N.H., Oktaviani F. Aggression in Adolescents: The Role of Mother-Child Attachment and Self-Esteem. *Behav. Sci.* 2022. № 12. P...ю. <https://doi.org/10.3390/bs12050147>(accessed 24.02.2023).

I.V. Polyakova

THE LEVEL OF AGGRESSIVENESS OF A TEENAGER WITH DIFFERENT LEVELS OF TRAINING AND UPBRINGING

Smolensk State University (Smolensk).

Summary. The article presents the results of a study of the aggressiveness of adolescents studying in educational institutions with different status: gymnasium and shift secondary school. The study used a questionnaire of the level of aggressiveness of Bass-Darki and the method "Aggressive behavior" by E.P. Ilyin, P.A. Kovalev. Various specific features of the manifestation of aggressive and hostile forms of behavior for both groups have been established: students with a high level of training and upbringing show a low and medium level of severity of aggressive and hostile reactions; students with low results of educational activities and behavior show mainly a high level of aggressiveness.

Keywords: teenager, personality, aggressiveness, hostility, education, upbringing, consciousness, self-realization.

УДК 615.851

М.Ю. Городнова

**ГЕШТАЛЬТ-ПОДХОД В ПСИХОТЕРАПИИ ДИАДЫ МАТЬ-РЕБЕНОК
В ПРЕВЕНЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ****ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» (Санкт-Петербург).**

Резюме. Психотерапия диады является приоритетным направлением детской психотерапии, позволяющей на ранних этапах корректировать нарушенный способ формирования навыка осознания у ребенка. Раскрыто понятие диалогического присутствия и включенности в терапевтической среде как основного условия и техники в гештальт-терапии диады.

Ключевые слова: психотерапия, гештальт-терапия, диада, присутствие, включенность, диалог.

На фоне успехов репродуктологии, снижения детской смертности диадные отношения требуют новых навыков и ресурсов. Это касается как личных, так и средовых ресурсов матери, ее способности к коммуникации с ребенком, который имеет особые потребности [2]. Кризисы, повседневные стрессы и, как следствие, утомление приводят к неудовлетворительным отношениям в диаде. «Трудный малыш» теряет «питающие» отношения и находится в зоне риска формирования психопатологии, особенно это значимо в первые три года жизни. Важность отношений в диаде мать-ребенок как в становлении, так и в превенции психических расстройств подчеркивают представители современных направлений психотерапии, опираясь, в большинстве своем, на теорию привязанности [1].

Работая в гештальт-подходе и как исследователь, и как практик, автор в этой статье предлагает специалистам, не идентифицирующим себя с гештальт-терапией, некоторые идеи и практики в работе с диадой мать-ребенок. Данная статья является результатом участия в вебинаре Джея Левина - известного гештальт-терапевта, супервизора, международного тренера GATLA (Лос-Анжелесская ассоциация Гештальт-Терапевтов). Организатор вебинара Московский институт гештальт-терапии и психодрамы (на сайте института есть ссылка для знакомства с этим мероприятием). Тема вебинара звучала следующим образом: «Взгляд на психопатологию сквозь призму цикла контакта». Джей Левин предлагал рассмотреть взаимосвязь затруднений на стадиях развития цикла контакта и различных расстройств/дисфункций (расстройства личности, депрессия, тревога, стыд, зависимости, перфекционизм, ОКР, вина и др.). Особый интерес ведущего представляли нарушения на первой стадии развития цикла контакта - на преконтакте. Именно она в последнее десятилетие стала все больше привлекать внимание исследователей в теории гештальт-терапии.

Нашим интересом стали размышления о возможности превенции нарушений этой стадии посредством психотерапии диады мать-ребенок в гештальт-подходе. В первые три года жизни ребенок практически не только не способен удовлетворять свои потребности, но и в силу возрастных ограничений у него отсутствует навык осознания, формирование которого и будет определять в дальнейшем здоровое контактирование организма с внешней средой для удовлетворения его потребностей.

Гештальт-терапия, широко представленная в практической работе отечественных детских специалистов, на наш взгляд, остается недостаточно артикулированной в отечественной академической среде: малое число исследований, докладов, наблюдений. Отечественные детские психологи и психотерапевты знакомы с работами В. Оклендер и Р. Франкла [11,12, 17]. Но только в 2016 г. издается первый учебник по детской и подростковой психотерапии под ред. Е.В. Филипповой, в котором главу о гештальт-терапии подготовила Н.Б. Кедрова, известный в России детский (и не только) гештальт-терапевт и автор книг по гештальт-терапии для детей и взрослых [10]. Не могу не упомянуть работы своего учителя Э.Г. Эйдемиллера; выступая редактором учебника по детской психиатрии (2005 г.), он включил небольшую главу по гештальт-терапии в раздел, посвященный психотерапии детей и подростков. Автором этой главы была С.И. Чаева, ставшая впоследствии детским психоаналитиком. В учебнике Детская психиатрия, психотерапия и медицинская психология глава о гештальт-терапии написана автором статьи [6], но гештальт-подход в терапии диады остался за пределами этого текста, что мы и хотим восполнить в данной статье.

Гештальт-терапия - это психотерапия, ориентированная на процесс контактирования организма со средой, и, с нашей точки зрения, она наиболее близка к деятельностной теории личности, получившей свое распространение в отечественной психологии (С. Л. Рубинштейн, А. Н. Леонтьев, К. А. Абульханова Славская, А. В. Брушлинский) [14]. Е.П. Ильин, рассматривая стадиальность мотивационного процесса, обращается в том числе и к гештальт-подходу, а именно, к работам Ж-М. Робина [9].

Патология процесса цикла контакта есть предмет диагностики гештальт-терапии, а его восстановление – цель терапии. Готтхальф Барлей так сформулировал ядерное положение гештальт-теории: «потребности и интересы индивидуума в его или ее контексте определяют то, что будет являться центральным в его осознании и будет вести физическое и когнитивно-аффективное поведение к удовлетворению потребности или интереса таким образом, чтобы фигура ведущей потребности перестала быть центральной в осознании индивидуума» [3]. Интерес, согласно определению в психологическом словаре, это форма проявления познавательной *потребности*, обеспечивающая направленность личности на осознание целей деятельности и тем самым способствующая ориентировке, ознакомлению с новыми фактами, более полному и глубокому отображению действительности [13]. Другими словами, речь идет о процессе опознавания и удовлетворения потребности.

Под циклом контакта в гештальт терапии подразумевается развернутый

процесс: от точки зарождения, формирования фигуры потребности (или фигуры, указывающей на нее), поиска (сканирование среды) и выбора способа осуществления ее удовлетворения (намерение, планирование, проверка), деятельности по ее удовлетворению, непосредственно удовлетворение и ассимиляцию полученного опыта с дальнейшим погружением в точку «покоя или пустоты» для зарождения новой фигуры потребности (недифференцированное поле).

Основным способом восстановления цикла контакта является восстановление процесса осознания у ребенка, подростка или взрослого его процесса контактирования со средой для удовлетворения потребности. Совершенно очевидно, что уровень осознания и уровень поддержки среды для завершения цикла контакта различен для разного возраста. Чем младше ребенок, тем меньше его самоподдержка для удовлетворения своей потребности. С развитием самоподдержки ребенок начинает самостоятельно искать и обретать способы удовлетворять свои потребности, его активность становится доминирующей в освоении среды. Осознание формируется посредством общения и взаимодействия ребенка со взрослым.

Гештальт-терапия, будучи процессуальной терапией, отвечает на вопрос «Как?». Как развивается взаимодействие и общение в диаде? Это согласовывается с ростом интереса современных исследователей к показателям развития общения, совместной деятельности к уровням эмоционального и социального развития у маленьких детей. Подтверждение этому находим в литературном обзоре С.В. Трушкиной [16]. Именно эти сферы жизни все чаще рассматриваются как наиболее показательные в плане общей оценки развития ребенка [2, 15]. Согласно С. Гринспену, именно эмоции и опыт ранних социальных отношений являются базовыми компонентами развития, определяющими возможности интеллектуального развития и обучения. В разработанной им концепции «Развитие/Индивидуальность/Отношения» (DIR: Development/Individual/Relate) шесть из девяти стадий эмоционального развития ребенка, отражающих его возрастающие способности к регуляции своего поведения в процессе общения и взаимодействия с людьми, приходятся на младенческий и ранний возрасты. Достижением первой стадии (0-3 мес.) является способность ребенка к проявлению совместного (разделенного) внимания, на его основе позже развиваются невербальные и вербальные формы коммуникации, ориентация на реакцию взрослого, целенаправленность поведения и т. д. Следующие стадии (последовательно): проявление активного интереса к другому и стремление к установлению отношений с ним (3-6 мес.), способность к длительному целенаправленному взаимодействию со взрослым (4-10 мес.), способность к совместным действиям и использованию сложных коммуникативных сигналов (10-18 мес.), использование символов и понятий для выражения мыслей и чувств (18-30 мес.), использование причинно-следственных связей в действиях, речи и игре (30- 48 мес.) [8, 15]. Все это перекликается с представлением в гештальт-терапии о формировании навыка осознания. Но каким именно образом, в результате каких конкретных действий матери происходит его формирование или его нарушение, на что эти действия влияют, прерывая процесс контактирования (деятельности)

организма с внешней средой?

В гештальт-терапии психопатология рассматривается как результат нарушенных отношений, а восстановление здорового способа отношений в терапии является и условием, и целью терапии [5]. Диалогическая позиция, включенность, присутствие и самораскрытие являются базовым условием осуществления восстановления процесса контактирования с внешней средой для удовлетворения организмической потребности организма, а, следовательно, и осуществления его роста и развития [7]. Именно мать является тем, кто предоставляет ребенку эти базовые условия, а при нарушении диадных отношений это осуществляет психотерапевт в отношении диады в целом.

Терапия диады в гештальт-терапии — это помощь матери в сопровождении процесса формирования осознания у ребенка. Фокусом внимания психотерапевта становится прежде всего первый этап цикла контакта – преконтакт. Именно на преконтакте формируется фигура потребности. Оpozнание ее есть базовое условие для дальнейшего разворачивания цикла контакта, в ином случае удовлетворение потребности будет идти «кривым способом» по «ложному пути», не достигающим своей цели. Ребенок (в дальнейшем и взрослый) будет опираться не на осознанную собственную потребность, а ориентироваться на окружающих по механизму слияния («хочу того же, что и другой») или интроекции («другой лучше знает, в чем я нуждаюсь»), что не позволит полностью достигать удовлетворенности от собственной деятельности и жизни в целом. Навык осознания потребности - базовое условие следовать за своей нуждой, желанием, знать, чего именно хочет-желает человек.

Когда мы говорим о формировании фигуры в гештальт-терапии, мы подразумеваем, что организм дает телесные знаки о фрустрации потребности (указывает на нее). Это довольно ярко представлено, когда мы наблюдаем младенца. Его крик и есть фигура (довольно заряженная), указывающая, что с ребенком что-то происходит и он требует от среды поддержки в валидации и опознании потребности, чтобы в дальнейшем было возможно ее удовлетворение. Именно быть увиденным в крике о каком-то дефиците, связанном с потребностью, является начальным звеном в формировании в дальнейшем процесса осознания – ключевого навыка в удовлетворении потребности (или отказа от ее удовлетворения). В процессе воспитания ребенка — это диалоговая позиция матери, валидирующей действия ребенка, указывающие на дефицит, испытываемый им. Согласно М. Буберу именно диалог является онтологическим центром жизни, иными словами, бытием самого человека [4]. Валидация - это взгляд, обращенный на ребенка, встреча его взгляда и ответ на него улыбкой (я тебе рад). Это свидетельство того, что ребенок увиден в его проявлении, и не просто увиден, но с интересом и радостью принят Другим (а Другой - это весь мир). Радостное подтверждение миром того, что ты жив, и есть условие формирования экзистенции самой жизни: «смысл жизни в самой жизни» (в праве на нее, и в благодарности за нее). Это залог принятия (самопринятия) самого себя со своими потребностями в будущем, залог формирования антисуицидального барьера.

Диалогическое присутствие матери с валидацией есть первое условие для

формирования процесса осознания разворачивающегося процесса цикла контакта. Это «присутствие для Другого». Нарушение валидации «крика» о потребности и принятия этого крика как знака «бытия» ребенка, его существования и есть первый «подводный» риф нарушенного процесса осознания. Неудовлетворительные отношения (преждевременный уход из них заботящегося лица) отражается в дальнейшем у ребенка или взрослого в непереносимом чувстве стыда за свое существование как таковое. Если ребенок отвержен в своих потребностях, то он отвержен как таковой. Переживание инаковости, отвержения, пустоты, страха, и как ответ на такое отвержение гнева и ярости – ядро эмоциональных страданий таких пациентов. Патология преконтакта находит свое отражение в симптомах психотического реагирования, расстройствах личности, зависимостях, расстройстве пищевого поведения...

Следующим действием матери после валидации необходимо обозначение того, что происходит с младенцем. Это возможно посредством включенности, иными словами, мать дает название или (в более позднем возрасте, когда он уже способен это сделать) находит слова совместно с ребенком тому, что происходит: «мы проголодались», «мы устали» или «ты голоден, мой хороший», «ты мокрый», и т. д.

Затем родитель выбирает способ удовлетворения потребности ребенка, и если это ему удастся, то организмическая потребность удовлетворена и ребенок получает удовольствие, которое также требует валидации и разделения с матерью: «вот хорошо, мы покушали, ты сытый, ты доволен». От того, как мама осуществляет этот процесс валидации, обозначения, удовлетворения и разделения удовольствия от совместного процесса удовлетворения потребности, и зависит формирование надежной привязанности, базового доверия с хорошим навыком осознания. Присутствие для ребенка, сопровождающееся аутентичным интересом, радостью, восхищением, спокойствием, надежностью, есть необходимое условие развития навыка осознания процесса цикла контакта, здорового способа обхождения с потребностью.

Чем младше ребенок, тем больше присутствия и включенности требуется от матери, чем старше, тем больше совместного поиска слов для обозначения происходящего с ребенком. Оставаться с ребенком и искренне радоваться его крику в некоторых случаях становится непосильной задачей, решить которую могут другие члены семьи или специалист. В перинатальной психотерапии терапевт работает с диадой, демонстрируя свое присутствие и включенность, по отношению к ребенку (научение) или к диаде в целом – давая феноменологически описание процесса, происходящего в ней.

Развитие самоподдержки происходит на следующей стадии развития ребенка. Появляющиеся возможности в освоении мира, самостоятельном удовлетворении ряда потребностей предполагают иной вид присутствия – «Присутствия с Другим» - позиция матери в этом случае это свидетельство и восхищение тем, что делает и как делает ребенок. Это признание того, что Другой может! Что позволяет присвоить полученный опыт и далее опираться на него (не сомневаться в своих силах, возможностях, способностях). Это присутствие на этапе контактинга

или действия (второй период цикла контакта), когда идет сканирование среды, выбор способа достижения для удовлетворения потребности. «Присутствие с Другим» это свидетельство того процесса, который совершает ребенок, его поддержка или помощь в его совершении (совместная деятельность). В терапии диады терапевт поддерживает процесс контактирования диады в удовлетворении потребности ребенка. Иными словами, терапевт сопровождает мать в обхождении с теми знаками, которыми ребенок дает ей знать о своей нужде и их совместного поиска в нахождении способа ее удовлетворения.

В терапии с диадой (или с ребенком в присутствии матери) терапевт последовательно переходит от позиции «Присутствие для Другого» к «Присутствию с Другим», сопровождая мать (ребенка) от момента к моменту разворачивающегося цикла контакта: заметить дискомфорт, назвать его, определить, о чем этот дискомфорт дает знать, с чем он связан, и далее, как можно обойтись с обнаруженным дефицитом (терпеть, искать способ удовлетворения), а далее осуществлять этот способ в конкретной ситуации и получать одобрение и признание из вне. Важно не делать за другого что-либо, но побуждать, поддерживать и признавать его действия для удовлетворения его собственной потребности или интереса.

Далее мы приводим фрагмент гештальт-терапии диады мать-ребенок в рамках семейного консультирования молодой семейной пары.

За консультацией обратился отец ребенка 3 месяцев, обеспокоенный состоянием жены. Жалобы на сниженный фон настроения, плохой сон и тревожность матери, которая не дает ей расслабиться и отдохнуть днем, несмотря на возможности, предоставляемые близкими.

Наследственность по психическим заболеваниям, со слов родителей, неотягощена. Из семейного анамнеза известно, что молодые супруги в браке 3 года, проживают отдельно от родителей, запланированная первая беременность протекала без патологии. Роды срочные с субдуральной анестезией, без осложнений. Родился мальчик, рост 53 см, вес 4500, оценка по Апгар 8/9. На грудном вскармливании по требованию. Наблюдается педиатром в плановом порядке. С 2 недель младенческие колики, беспокойный дневной и ночной сон, часто кричит. Назначенное педиатром лечение (лактазар, боботик, эспумизан, пребиотик, теплый пояс при коликах) не помогает. Ребенок постоянно на руках, спит только на улице в коляске. На фоне утомления матери появились конфликты между супругами, что и было основной причиной к поиску психотерапевтической помощи.

Объективно: на приеме мать и отец ребенка, сын с бабушкой по линии матери остался дома. Отец активен в изложении жалоб, просит помочь его жене справиться с ее тревогой и плохим настроением. Жена выглядит усталой, говорит о чувстве вины перед ребенком и мужем, что не может справиться с материнством, соглашаясь, в целом, что «все в порядке и даже очень хорошо». Оба супруга заинтересованы в помощи для их семьи.

Терапевт (Т.), обращаясь к отцу: Я вижу, как Вы активно стараетесь помочь своей жене справиться с задачами материнства, столько сил готовы

приложить для своей семьи, а Вы (обращаясь к жене) столько потратили усилий, чтобы помочь своему ребенку.

Муж (М.): Да, она много заботится о малыше, а я много работаю и тоже стараюсь ей помочь, но она не может отдохнуть, когда есть такая возможность. Приходит бабушка, которая предлагает ей поспать днем, но она не спит...

Жена (Ж.): Я не могу заснуть, у меня колотится сердце, я все время слышу, как он плачет или жду, что он вновь начнет плакать, а во сне могут присниться очень страшные сны.

Т.: Так дорог Вам ваш малыш, что даже во сне Вы боитесь его потрепать...

Ж.: Да, мне порой снится, что я его роняю, потом ищу врачей, кричу, плачу... Поэтому я боюсь засыпать...

М.: (обращаясь к жене с возмущением): зачем ты думаешь о таких страшных вещах? Ты можешь накликать беду! Надо мыслить позитивно!

Ж. (опуская глаза, со слезами в голосе): Я не виновата... я ничего не могу сделать.

Т.: (обращаясь к обоим родителям): Вы оба очень любите своего малыша. Любить своего ребенка - это залог хорошего материнства. Вы очень хорошая мама (смотрит на мать). Скажите мужу, как Вы любите, какая ценность для Вас ваш сын.

Ж. (смотрит на мужа): Я безумно люблю Артура, я так рада, что у нас есть сын, это мое и твое сокровище, это то, о чем я мечтала, о чем мы мечтали... Я не представляю свою жизнь без него теперь... но мне так тяжело!

М. (берет за руку жену): Я тебя люблю и благодарен, что ты подарила мне, нам сына. Я вас люблю, тебя, его.... (Смотрит на терапевта) Помогите ей, нам...

Т. Самое главное, что есть в вашей паре, это любовь друг к другу и желание помочь. Очень приятно видеть, как Вы заботливы к жене, а Вы можете принять эту заботу. Как вы откликнулись на протянутую руку мужа.

Муж улыбается. Жена поднимает глаза: Но у меня не получается думать позитивно, хоть я и стараюсь...

Т.: Очень трудно, я бы сказала, невозможно думать позитивно, когда самый дорогой и такой беззащитный маленький человечек плачет, кричит, мучается. Смотреть на это невыносимо...

Ж.: Да, это невыносимо... Я делала все, что мне говорили: соблюдала диету, сидела на грече с индейкой, то кормила, как просит, то по часам, чтобы не перекармливать, пробовали разные лекарства, нам говорили, что все пройдет к трем месяцам, но все хуже и хуже. Он так кричит, у меня кончились силы... (в ходе рассказа голос женщины становится громче, заметно как растет энергия).

Т.: Как много вы продолжаете делать, чтобы помочь малышу... и как меняется ваш голос, когда вы рассказываете мне об этом...

Ж.: Как?

М.: Он стал громче.

Т. Да, он наполнен, кажется, возмущением или ...?

Ж.: Конечно я возмущена.... Мы обращаемся к разным специалистам: педиатрам, неврологам, диетологам, даже остеопату, а они говорят - просто ждите... Я просто в бешенстве...

Т. Никто не может вам помочь...помочь вашему ребенку не мучиться от колик ...

Ж. Это ужасно, бедный малыш, за что это ему... (начинает плакать)

М. Дорогая (обнимает), ну, не плачь...все будет хорошо...

Т. От бессилия можно плакать... Когда ничего нельзя сделать, остается только оплакать эту невозможность...

М. (смотрит на меня): Неужели ничего нельзя сделать? Вы не поможете?

Т. Помогу... помогу найти способ пережить то, что нельзя изменить... Боль можно только пережить, если нет возможности ее убрать. Вам (смотрит на мужа) больно видеть, как тревожится и не спит ваша жена, какая она измученная. Вам невыносимо видеть, как корчится и кричит от колик малыш. Малыш переносит боль так, как может ее переносить... Он ест и потом мучается. Но он ест, чтобы жить! Артур хорошо кушает?

М.: Как настоящий мужик!

Т.: Звучит гордо.

Ж.: Он всегда сосет как не в себе, как сто лет не ел! (улыбается)

М.: Зато как растет! За три месяца 4 кг! Вырос на 7 см!

Т.: Настоящий борец! Как он любит жизнь! Готов терпеть боль, но расти.

Ж.: Но как он кричит!

Т.: Да кричит. Малыш только криком дает знать о том, что он жив. Помните, как он закричал, когда родился?

Ж. (кивает): Помню... я думала, в тот момент, что больше никогда рожать не буду, такая ужасная боль..., но и радость, что он родился, кричит, дышит, живой!

Т.: Боль, крик и жизнь...

М.: Кричит - значит живой, как в каком-то фильме... и все рады.

Т.: У вас трудный период в семье, паре, диаде...Мама и ребенок — это единое целое, пока Артур не назовет себя «Я». Вы чувствуете его боль, как свою, а он вашу, как свою... Мамина доля выносить и свою боль, и боль ребенка... Главное, для того, чтобы перенести боль, это чувствовать, что тебя любят, принимают и тебе рады, даже если ты кричишь от боли...

М.: А моя доля? Выносить боль всех?

Т.: Да, такова роль отца, и еще при этом показывать, что жизнь стоит того, чтобы жить. Справитесь?

М. (с улыбкой): А куда деваться?!

Т.: (обращаясь к матери): Справится?

Ж. (смотрит на мужа): Он сильный, он справится.

Т. (обращаясь к мужу): В вас верят. А вы?

М.: У меня лучшая жена, она замечательная мама.

Т. Вы хорошая любящая пара, вы верите друг в друга, в помощь друг друга. А теперь (обращаясь к маме), давайте совместно найдем способ, что делать, когда малыши плачет. Все-таки Вам чаще придется искать, как справляться с бессилием, когда видите боль другого, слышите, как Артур кричит об этом.

Затем вместе с мамой и при участии папы ищем слова и действия на ситуацию, когда малыши плачет и кричит. Терапевт постоянно настаивает на обязательном ответе на две составляющие: дать реакцию (валидация) на крик-как заявление о себе, о своей жизни (я тебе рада, я тебя люблю. Задаем вопрос: «Как вы можете дать знать об этом малышу?»), а далее, о крике как о знаке неудовлетворенной потребности, в данном случае о боли (валидация нормальности знака о неудовлетворенной потребности, например, «как же тебе больно, мой хороший»). По сути, мы ищем способы утешения, отвлечения, успокоения, предлагая маме найти то, что сможет помочь утешить ее ребенка и пережить им обоим приступ колики. А далее признать, что справились и пережили этот период, похвалить и порадоваться («вот и хорошо, вот успокоились, заснули, улыбаемся, мы молодцы»). При хорошем ресурсе семьи отец параллельно находит свой способ справляться с ситуацией бессилия перед переживаниями жены, слова и действия для ее поддержки, а значит, поддержки диады.

В данном случае мы продолжили работать с диадой мать-ребенок, но в онлайн режиме с регулярностью раз в две недели. Колики у ребенка сохранялись на протяжении еще трех месяцев, а беспокойный ночной сон до 9 месяцев малыша. Мама демонстрировала, как она взаимодействует с малышом, снимала видео или показывала видео, снятое мужем, на котором запечатлены эпизоды трудного или типичного взаимодействия с ребенком. Вместе с мамой мы обозначали знаки, которыми ребенок дает знать о своей потребности, как мама узнает их, о том, что с ней происходит, о способах, которыми мать реагирует на эти знаки, о сопровождении процесса цикла контакта словами и эмоциями. Мама нашла слова и интонацию, которыми она сопровождала плач ребенка, когда начинался приступ колик, а когда в 8 месяцев ребенок заболел ОРВИ, он начал интонационно, как ранее его мама, давать знать ей, что ему плохо «Ой-ой-ой...». Отец, в свою очередь, нашел способ помочь жене пережить этот трудный период, они наняли ночную няню, помощь которой позволила маме восстанавливать свои ресурсы для полноценного функционирования диады. В настоящее время ребенку 11 месяцев, это здоровый, эмоциональный и находчивый малыш вместе с радостной и уверенной мамой. Они оба продолжают находить способы справляться с неизбежными, повседневными трудностями роста и взросления.

В заключение еще раз подчеркнем, что наряду с индивидуальной и семейной психотерапией, психотерапия диады является приоритетным направлением детской психотерапии, позволяющей на ранних этапах корректировать нарушенный способ формирования навыка осознания у ребенка, что является важным фактором превенции психических расстройств и нарушений, берущих

свое начало на этапе преконтакта.

Позиция терапевта «Присутствие для Другого» - это осуществление поддержки для организма, не способного самостоятельно удовлетворить свои потребности, не имеющего еще собственной опоры, не способного выжить без поддерживающей ухаживающей, заботливой среды. С ростом самоподдержки позиция терапевта меняется на «Присутствие с Другим». Наилучшим местом психотерапии и профилактики было бы оказание помощи диаде мать-ребенок, ее поддержка и обучение в обхождении с «трудным младенцем», включение других членов семьи для актуализации семейных ресурсов в предоставлении большей поддержки среды для разворачивания и удовлетворения организмической потребности малыша. Предложенный гештальт-подход и привнесение диалоговой позиции присутствия в терапию иных направлений, на наш взгляд, сделает ее более эффективной и позволит обогатить возможности восстановления саморегуляции в диаде мать-ребенок.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеева Н.Н. Теория привязанности: современные исследования и перспективы // Современная зарубежная психология. 2017. Т. 6. № 2. С. 7-14.
2. Александрова Н.В, Асмаковец Е.С., Зайцева О.В. Просвещение замещающих родителей в области детской психиатрии: помощь в воспитании и профилактика вторичного сиротства // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2021 (21). № 4. С. 59-66.
3. Берлей Т. Феноменологическая теория личности. [Электронный ресурс]. URL: <https://studfile.net/preview/9673049/> (дата обращения: 02.05.2023).
4. Бубер М. Два образа веры: Пер. с нем. / под ред. П.С. Гуревича, С.Я. Левит, С.В. Лезова. М.: Республика, 1995. 464 с.
5. Гештальт-терапия в клинической практике: от психопатологии к эстетике контакта: под ред. Д. Франчесетти, М. Джечеле и Я. Рубала; предисловие к английскому изданию Л. Гринберга / научная ред. перевода О.В. Немиринского и О.С. Поддьяковой. М.: Ин-т общегуманитарных исследований: МИГТиК, 2017. 677 с.
6. Городнова М.Ю. Гештальт-терапия // Детская психиатрия, психотерапия и медицинская психология. Учебник для вузов. Стандарт третьего поколения / под ред. Э. Г. Эйдемиллера, М.Ю. Городновой, А.Э. Тарабанова. СПб.: Питер, 2022. С. 538-548.
7. Городнова М.Ю. Позиция и роль психотерапевта в психотерапии детей и подростков с психическими расстройствами // XX Мнухинские чтения. Юбилейная научн. конф. с международным участием «Детская психиатрия: история и современность», 24 марта 2023 г. Сб. мат.-лов конф. (статьи и тезисы) / под общ. ред. М.В. Романовской, Ю.А. Фесенко. СПб: Прима Локо, 2023. С. 142-149.
8. Гринспеп С., Уидер С. На ты с аутизмом: использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления. М.: Теревинф, 2013. 600 с.
9. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. СПб.: Питер, 2008. 512 с.
10. Кедрова Н.Б. Гештальт-терапия с детьми // Детская и подростковая

психотерапия: учебник для бакалавриата и магистратуры / под ред. Е.В. Филипповой. М. Юрайт, 2016. С. 133-156.

11. Оклендер В. Окна в мир ребенка. М.: «Класс», 2005. 336с.

12. Оклендер В. Скрытые сокровища: путеводитель по внутреннему миру ребенка. Пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2012. 271 с.

13. Петровский А., Ярошевский М. Краткий психологический словарь. 2-е изд., исправ., доп. Ростов-на-Дону. Феникс, 1998. 512с.

14. Психология. Учебник для гуманитарных вузов / под общ. ред. В.Н. Дружинина. СПб.: Питер, 2001. 656 с.

15. Романовский Н.В., Азирова А.А. Ребенок и семья в подходе DIR/Floortime // Психология и психотерапия семьи. 2020. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rebenok-i-semya-v-podhode-dir-floortime> (дата обращения: 10.05.2023).

16. Трушкина С.В. Российские и зарубежные подходы к диагностике психического развития в раннем возрасте // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2021. Т. 21. № 4. С.111-120.

17. Франк Р. Достигая друг друга: сб. статей / сост. Р.Р. Попова. Пер. с англ. С.В. Гогица. Казань: Изд-во Казанского ун-та, 2015. 134 с.

REFERENCES

1. Avdeeva N.N. Teoriya privyazannosti: sovremennyye issledovaniya i perspektivy // Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya. 2017. Т. 6. # 2. S. 7-14.

2. Aleksandrova N.V, Asmakovecz E.S., Zajczeva O.V. Prosveshchenie zameshchayushchikh roditel'ev v oblasti detskoj psikhiiatrii: pomoshh' v vospitanii i profilaktika vtorichnogo sirotstva // Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detej i podrostkov. 2021 (21). # 4. S. 59-66.

3. Berlej T. Fenomenologicheskaya teoriya lichnosti. [E`lektronny`j resurs]. URL: <https://studfile.net/preview/9673049/> (data obrashheniya: 02.05.2023).

4. Buber M. Dva obraza very: Per. s nem. / pod red. P.S. Gurevicha, S.Ya. Levit, S.V. Lyozova. M.: Respublika, 1995. 464 s.

5. Geshtal't-terapiya v klinicheskoy praktike: ot psikhopatologii k e`stetike kontakta: pod red. D. Franchesetti, M. Dzhechele i Ya. Rubala; predislovie k anglijskomu izdaniyu L. Grinberga / nauchnaya red. perevoda O.V. Nemirinskogo i O.S. Podd'yakovoj. M.: In-t obshhegumanitarny`kh issledovanij: MIGTiK, 2017. 677 s.

6. Gorodnova M.Yu. Geshtal't-terapiya // Detskaya psikhiiatriya, psikhoterapiya i mediczinskaya psikhologiya. Uchebnik dlya vuzov. Standart tret'ego pokoleniya / pod red. E`. G. E`jdemillera, M.Yu. Gorodnovoj, A.E`. Tarabanova. SPb.: Piter, 2022. S. 538-548.

7. Gorodnova M.Yu. Pozicziya i rol' psikhoterapevta v psikhoterapii detej i podrostkov s psikhicheskimi rasstrojstvami // XX Mnukhinskie chteniya. Yubilejnaya nauchyu konf. s mezhdunarodny`m uchastiem «Detskaya psikhiiatriya: istoriya i sovremennost'», 24 marta 2023 g. Sb. mat-lov konf. (stat'i i tezisy) / pod obshh. red. M.V. Romanovskoj, Yu.A. Fesenko. SPb: Prima Loko, 2023. S. 142-149.

8. Grinspep S., Uider S. Na ty` s autizmom: ispol'zovanie metodiki Floortime dlya razvitiya otnoshenij, obshheniya i my`shleniya. M.: Terevinf, 2013. 600s.

9. Il'in E.P. Motivatsiya i motivy. SPb.: Piter, 2008. 512 s.
10. Kedrova N.B. Geshtal't-terapiya s det'mi // Detskaya i podrostkovaya psikhoterapiya: uchebnik dlya bakalavriata i magistratury / pod red. E.V. Filippovoj. M. Yurajt, 2016. S. 133-156.
11. Oklender V. Okna v mir rebenka. M.: «Klass», 2005. 336s.
12. Oklender V. Skryty'e sokrovishha: putevoditel' po vnutrennemu miru rebenka. Per. s angl. M.: Kogito-Czentr, 2012. 271 s.
13. Petrovskij A., Yaroshevskij M. Kratkij psikhologicheskij slovar'. 2-e izd., isprav., dop. Rostov-na-Donu. Feniks, 1998. 512s.
14. Psikhologiya. Uchebnik dlya gumanitarny'kh vuzov / pod obshh. red. V.N. Druzhinina. SPb.: Piter, 2001. 656 s.
15. Romanovskij N.V., Azirova A.A. Rebenok i sem'ya v podkhode DIR/Floortime // Psikhologiya i psikhoterapiya sem'i. 2020. # 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rebenok-i-semya-v-podhode-dir-floortime> (data obrashheniya: 10.05.2023).
16. Trushkina S.V. Rossijskie i zarubezhny'e podkhody k diagnostike psikhicheskogo razvitiya v rannem vozraste // Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detej i podrostkov. 2021. T. 21. # 4. S.111-120.
17. Frank R. Dostigaya drug druga: sb. statej / sost. R.R. Popova. Per. s angl. S.V. Gogina. Kazan': Izd-vo Kazanskogo un-ta, 2015. 134 s.

M.Yu. Gorodnova

GESTALT APPROACH IN THE PSYCHOTHERAPY OF THE MOTHER-CHILD DYAD IN THE PREVENTION OF MENTAL DISORDERS

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

Summary. Psychotherapy of the mother-child dyad is a priority area of child psychotherapy, which allows you to correct the disturbed way of forming the skill of awareness in a child at an early stage. The concept of dialogical presence and inclusiveness in the therapeutic environment as the main condition and technique in the mother-child dyad gestalt therapy is revealed.

Keywords: psychotherapy, gestalt therapy, dyad, presence, inclusiveness, dialogue.

УДК 616.896

А.В. Куликов, Е.Е. Балакирева, А.А. Коваль-Зайцев, Н.А. Киренкова,
С.Г. Никитина, Н.С. Шалина

**ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР — ЭФФЕКТИВНЫЙ МАРШРУТ
ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА
(ОБСЛЕДОВАНИЕ, ЛЕЧЕНИЕ, (РЕ)АБИЛИТАЦИЯ)**

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).

Резюме. В статье рассказывается об истории создания дневного стационара в ФГБНУ НЦПЗ как эффективного маршрута ведения пациентов дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра, обосновывается необходимость комплексного командного подхода и максимально раннего вмешательства с проведением медикаментозной терапии. Особое внимание уделяется реализации персонализации, партисипативности, предикции, превентивности, комплексному использованию медикаментозных и немедикаментозных методов лечения.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, маршрут ведения, комплексный подход, терапия, (ре)абилитация.

Проблема оказания квалифицированной помощи детям, страдающим расстройствами аутистического спектра (РАС), остается чрезвычайно актуальной ввиду частоты наступления инвалидизации этих пациентов, что диктует необходимость максимально раннего вмешательства. Эффективность оказания помощи пациентам с РАС возможна только при полипрофессиональном подходе с участием в обследовании, лечении и психолого-педагогической коррекции команды специалистов, имеющих специализированное образование и навыки работы.

Расстройства аутистического спектра — это разнородная группа нарушений нейроразвития, отличающихся по клинко-нозологическим характеристикам, тяжести течения, методам лечения и коррекции, исходам (синдром Аспергера, синдром Каннера, детский аутизм, атипичный аутизм, детское дезинтегративное расстройство, а также множество хромосомных и генетических синдромов), объединенных в спектр аутистических расстройств на основании наличия основных общих проявлений — нарушения социального взаимодействия, общения, стереотипного поведения.

Чрезвычайно важной характеристикой пациентов с различными типами РАС являются и так называемые «неспецифические» или «коморбидные» синдромы (продуктивные психопатологические синдромы) — кататонические (психомоторные), кататонно-регрессивные, психопатоподобные (с патологией влечений и без), истероформные, аффективные (депрессивные, гипоманиакальные или маниакальные, смешанные), обсессивные, тревожно-фобические и др., а также обусловленные болезнью негативные нарушения — психический инфантилизм, когнитивный дизонтогенез разной степени выраженности, мотивационно-волевые, эмоциональные и коммуникативные расстройства.

Сочетание этих нарушений индивидуально для каждого пациента, но их наличие необязательно для диагностики РАС, однако в большинстве случаев именно они определяют тяжесть состояния пациентов, обуславливая остановку или регресс развития, возбудимость, импульсивность, стереотипии, отказ от взаимодействия, «псевдоглухоту», «псевдослепоту», нарушения витальных функций — расстройств сна и аппетита, а также создавая угрозу жизни детей как вследствие речевого недоразвития, нарушения самосознания и контакта с окружающими (что влечет за собой невозможность выразить витальные потребности, сообщить о беспокоящих соматических симптомах, дискомфорте, в т. ч. болях), так и за счет высокой вероятности несчастных случаев (падения с высоты, утопления, попадания под автотранспорт), травматизации вследствие имеющейся импульсивности, негативизма, двигательной расторможенности, протестных форм поведения, искажения или отсутствия инстинкта самосохранения.

Для пациентов дошкольного возраста, имеющих клинически выраженные аутистические формы поведения, речевые и коммуникативные нарушения, особенно проявляющиеся после 2-3-летнего возраста и способствующие формированию вторичной задержки психического развития, социальной дезадаптации в 1984 году А.В. Снежневским, В.М. Башиной, И.А. Козловой и Т.К. Елисеевой в ВНИЦПЗ АМН СССР (в настоящее время - ФГБНУ «Научный центр психического здоровья») был впервые в нашей стране открыт дневной стационар (дошкольное отделение), продолжающий свою работу и в настоящее время. В ФГБНУ НЦПЗ были проведены исследования по углубленному перспективному изучению клиники РАС разной этиологии, были определены наиболее эффективные методы восстановительной терапии и психокоррекции пациентов с РАС, научно обоснованы рекомендации по организации помощи пациентам с данным видом расстройства, что отражено в многочисленных трудах В.М. Башиной, Н.В. Симашковой и их учеников, работающих в разных странах [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9].

Детский дневной стационар (дошкольное отделение) для детей с РАС расположен в основном здании ФГБНУ НЦПЗ, рассчитан на 15 детей и имеет в своем составе игровую комнату, спальню, столовую, отдельные оснащенные кабинеты для занятий с психологом, логопедом, медсестринский пост, процедурный кабинет, холл для проведения утренников и музыкальных занятий, а также санитарную комнату, кухню и вспомогательные помещения. В дошкольное отделение поступают пациенты, предварительно проконсультированные в амбулаторно-поликлиническом отделении ФГБНУ НЦПЗ и направленные на госпитализацию.

Основной задачей детского дневного стационара является построение маршрута ведения пациентов с РАС с обязательным проведением всестороннего клинико-психопатологического, неврологического, соматического обследования с привлечением невролога, педиатра, окулиста. После обследования группой специалистов принимается решение о подборе психофармакотерапии и проведении психолого-педагогической, логопедической коррекции, социовосстановительных мероприятий, способствующих максимально возможной и полной (ре)абилитации пациентов.

В дошкольное отделение принимаются пациенты мужского и женского пола с РАС в возрасте от 3 до 7 лет включительно. Показаниями для посещения дневного стационара для детей дошкольного возраста с РАС являются: необходимость комплексного клинического обследования и наблюдения, уточнения клинической картины заболевания, психопатологической структуры выявленных синдромов, подбора эффективной психофармакотерапии для купирования имеющейся продуктивной и негативной психопатологической симптоматики, а также для проведения коррекционно-развивающих занятий и социовосстановительных мероприятий с целью обеспечения развития коммуникативных навыков, в том числе речи, познавательной активности, нивелирования расстройств поведения и настроения, с целью достижения наиболее полной социальной (ре)абилитации пациентов с РАС.

Дневной стационар работает ежедневно в течение недели, исключая выходные и праздничные дни, с 8 до 16.30. Дети, временно не посещающие отделение в связи с соматическим заболеванием, наблюдаются в поликлинике и возвращаются со справкой от педиатра по месту жительства о перенесенном заболевании и отсутствии противопоказаний к пребыванию в детском коллективе. Пациентам при необходимости (по семейным и иным обстоятельствам) осуществляется предоставление лечебного отпуска без выписки из стационара.

Продолжительность пребывания в дневном стационаре определяется индивидуально и может составлять 2-3 месяца, в случаях, когда болезнь не имеет тяжелого течения и указанного периода хватает для адаптации пациента к полустационару, проведения полноценных обследования и психолого-педагогической коррекции, а также подбора эффективной схемы психофармакотерапии с достижением положительной динамики. В более тяжелых случаях, которые проявляются большей глубиной нарушений развития, выраженной продуктивной психопатологической симптоматикой (кататонно-регрессивной, кататонической, психопатоподобной и др.)— длительность пребывания может быть продлена до 1 года с возможностью дальнейшего посещения после 1,5-2 месяцев перерыва на летние каникулы.

К преимуществам посещения дневного стационара можно отнести возможность комплексного обследования, лечения и проведения коррекционно-педагогической работы без отрыва ребенка от семьи, что позволяет исключить возможность развития депривационных нарушений у пациентов и снимает с родителей ответственность за прием терапии, т. к. ребенок ежедневно осматривается врачом.

Противопоказаниями для посещения являются острые состояния с растерянностью, тревогой, возбуждением, суицидальным поведением, требующие госпитализации в круглосуточный стационар; а также психопатологические состояния с выраженным возбуждением или заторможенностью, с выраженной патологией влечений (расторможение агрессивных, сексуальных влечений); выраженный характер асоциального поведения; выраженные и необратимые дефектные состояния; неспособность выполнять режим отделения; наличие у пациентов в клинической картине судорожных приступов или их эквивалентов,

сопутствующих инфекционных, соматических заболеваний, требующих специальной терапии и условий наблюдения, постельного режима.

При решении вопроса о возможности посещения дневного стационара также учитываются отдаленность места жительства пациента от учреждения, заинтересованность семьи в получении полипрофессиональной помощи в условиях полустационара, наличие родственников, способных привозить ребенка 5 дней в неделю в отделение утром и забирать домой вечером, осуществлять контроль за поведением, приемом лекарственных средств в домашних условиях.

Важной особенностью работы полипрофессиональной команды специалистов дневного стационара для детей дошкольного возраста с РАС является необходимость учитывать адаптационные возможности каждого вновь поступающего ребенка. В первый день пациенты после осмотра в приемном отделении с родителем приходят в полустационар на совсем короткое время. После знакомства с отделением ребенок отправляется домой с родителями. В последующие дни, в зависимости от состояния ребенка, родители оставляют его на полтора-два часа, в дальнейшем постепенно время удлиняется до обеда. В последующем, по мере адаптации к условиям полустационара, пациент остается на дневной сон, а далее и на полный день, что свидетельствует о хорошей адаптации к пребыванию в отделении. Немаловажной задачей при госпитализации пациента с РАС в дневной стационар является ознакомление, выработка навыков и приучение пациентов к режиму, который включает в себя чередование различных видов деятельности, что снижает уровень тревожности, способствует обучению навыкам самообслуживания. У пациентов формируются навыки опрятности, т. е. умение пользоваться горшком, одеваться-раздеваться, принимать пищу, соблюдать гигиену.

Работа в дневном стационаре проводится комплексно и включает педагогические, дефектологические, логопедические и другие (ре)абилитационные мероприятия, которые направлены на коррекцию асинхронного развития ребенка, его социализацию, психическое и соматическое оздоровление, а самое важное - на подготовку ребенка к переводу в общественные учреждения: детсады, школы (инклюзивное обучение, ресурсные классы), либо более высокое приспособление ребенка к жизни в домашних условиях, а также расширяет возможности социализации и трудоустройства родителей пациентов.

Построение системы (ре)абилитации для детей с РАС представляет собой достаточно трудную задачу, решить которую может только полипрофессиональная команда, причем в физиологически благоприятные для развития ребенка сроки, прежде всего, в возрасте 2-8 лет. (Ре)абилитационные мероприятия не могут быть ограничены сроком пребывания в дневном полустационаре и должны осуществляться посредством использования всех доступных форм больничной и внебольничной помощи, а именно в стационаре, полустационаре, специализированных группах в садах, а затем, при необходимости, и в школах. Важным фактором, влияющим на эффективность (ре)абилитации, помимо собственно тяжести аутистического расстройства, является мотивированность, осознанность и включенность в этот процесс семьи ребенка.

Основными принципами терапии являются: персонализация (индивидуальный подход); партисипативность (партнерство врача, пациента и родителей); предикция (предсказание на основе выявления факторов риска); превентивность (снижение факторов риска); комплексное использование медикаментозных и немедикаментозных методов лечения; отсутствие формирования зависимостей; «мультимодальность» с участием в команде специалистов - психиатров, неврологов, педиатров, медицинских клинических психологов, логопедов-дефектологов и педагогов.

Процесс помощи пациенту с РАС начинается с обследования и уточнения синдромальной картины состояния. Поступающим в полустационар ФГБНУ НЦПЗ пациентам проводятся обследования, как больным, находящимся в условиях стационара. По мере адаптации к пребыванию в отделении пациентов осматривают педиатр, офтальмолог и невролог, проводятся консультации психолога и логопеда, пациенты проходят соматическое обследование. Пациентам с РАС может быть рекомендованы консультация генетика для уточнения причин расстройства, построения более точных прогнозов, при необходимости — семейное консультирование (при планировании беременности), а также исследование слуха.

По мере уточнения синдромальной картины аутистического расстройства, при ежедневном наблюдении психиатром, научными сотрудниками при необходимости с минимальных доз вводятся психофармакологические средства. Основной принцип при назначении медикаментозных средств, принятый в психиатрии, — синдромальный принцип лечения, а именно подход к терапии с учетом клинической картины у конкретного пациента с РАС. Задачами фармакотерапии являются: купирование продуктивной психопатологической симптоматики (обычно кататонических, кататоно-регрессивных, психопатоподобных, истероформных, аффективных нарушений), по мере снижения ее выраженности, влияние на негативные психопатологические нарушения (преодоление задержки психоречевого развития, мотивационно-волевых и других нарушений).

Следует отметить, что при назначении и проведении фармакотерапии необходимо учитывать трансформацию синдромов в процессе лечения, когда при положительном ответе на терапию происходит замена более тяжелых клинических синдромов на более мягкие с изменением ведущей психопатологической симптоматики, что требует коррекции схемы терапии. Изменение состояния может быть вызвано снижением на фоне проводимой терапии выраженности кататонических нарушений, появлением и ростом чувства самосознания, что нередко приводит к увеличению в клинической картине доли психопатоподобных, истероформных нарушений. В таких случаях пациенты начинают замечать окружающее, снижаются негативизм, импульсивность и стереотипность, начинает формироваться самосознание, чувство собственного «Я», формируются желания или протесты, обусловленные индивидуальными личностными характеристиками.

К особым трудностям при назначении психофармакотерапии можно отнести отсутствие в аптечных сетях расфасовок лекарств в малых дозах, отсутствие

достаточного количества форм лекарственных средств (капель, сиропов), необходимых для пациентов раннего детского, дошкольного и дошкольного возраста, а также достаточно узкий терапевтический «коридор» в виде малой разницы в дозах, вызывающих необходимый терапевтический и нежелательный сомнолентный (повышенная сонливость) эффект. Психиатр при назначении терапии учитывает длительность пребывания ребенка в пути (личный, общественный транспорт), что отражается в схеме терапии, т. к. важен контроль состояния пациента после принятия лекарственных средств. Актуальной остается проблема несоблюдения родителями предписаний врача, касаемых приема лекарственных средств в домашних условиях, что в целом отражается на состоянии пациентов.

При оказании психиатрической помощи психиатр в соответствии с Законом РФ от 02.07.1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» независим в своих решениях и руководствуется только медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом. В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ государство признает охрану здоровья детей как одно из важнейших и необходимых условий физического и психического развития детей. Гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, включая психические расстройства и расстройства поведения, оказывается медицинская помощь и обеспечивается диспансерное наблюдение в соответствующих медицинских организациях.

Более эффективному и своевременному назначению психофармакотерапии при психических расстройствах, в том числе РАС у детей способствует вступившее в силу с 29.05.2022 г. Распоряжение Правительства РФ от 16.05.2022 г. № 1180-р «О перечне заболеваний или состояний (групп заболеваний или состояний), при которых допускается применение лекарственного препарата в соответствии с показателями (характеристиками) лекарственного препарата, не указанными в инструкции по его применению», в котором, в соответствии с частью 14 статьи 37 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», утвержден прилагаемый перечень заболеваний или состояний (групп заболеваний или состояний), при которых допускается применение лекарственного препарата в соответствии с показателями (характеристиками) лекарственного препарата, не указанными в инструкции по его применению. В данный перечень вошли также психические расстройства и расстройства поведения, в том числе и расстройства, относящиеся к аутистическому спектру (F04-F59; F63-F69; F70-F79; F80.3; F84-F99)

Помимо индивидуально подобранной эффективной психофармакотерапии, внимание уделяется соматоневрологическому состоянию детей. В отделении лечебная работа направлена на общее соматическое оздоровление ребенка, смягчение симптомов вегетососудистой, вегетовисцеральной дистонии, а также симптомов, связанных с декомпенсацией резидуально-органической недостаточности ЦНС. Отмечено, что у пациентов с РАС чаще, чем в общей популяции, обнаруживаются нарушения со стороны иммунной, пищеварительной сис-

тем — эксудативный диатез, пищевая аллергия, нарушение пищеварения, снижение, извращение аппетита, что в рамках проведенных в последнее время исследований впервые позволило выделить особый вариант нарушения развития при РАС — пищевой дизонтогенез [1].

Научными сотрудниками совместно с заведующей отделением, врачами проводятся периодические обходы отделения, на которых обсуждаются состояние и терапия каждого пациента.

При разработке индивидуальной психокоррекционной программы для детей с РАС необходимо опираться на сохранные психические функции (сохранные формы вербальной (речевой) и невербальной деятельности пациента). Занятия обязательно должны включать собственную деятельность пациента (как вербальную, так и невербальную) и проводиться с учетом онтогенетического опыта пациента, развития мотивационно-волевой сферы. Большое значение имеют устойчивые эмоционально-личностные особенности ребенка, структура познавательной деятельности и навыки, наличие или отсутствие стратегий регуляции поведения, особенности когнитивного функционирования. Самостоятельный контроль у больных с РАС снижен, поэтому важно введение внешнего контроля со стороны специалистов. Включаются задания на хорошо упроченные, автоматизированные виды деятельности и произвольный уровень реализации психической деятельности. Работа строится «от простого к сложному» применительно к каждому ребенку, так как степень сложности задания зависит от возможностей пациента.

Индивидуальная форма психокоррекции направлена на формирование у детей с РАС операционного аспекта познавательной деятельности: сенсомоторной координации, перцепции (в первую очередь, социальной), наглядно-образного мышления, умения действовать по образцу, произвольной памяти и внимания, моторных навыков и умений [2, 5].

Логопедическая коррекция начинается с постепенного включения ребенка в занятия, коррекционная работа направлена на расширение набора слов, развитие способности к составлению предложений, а затем и целого рассказа по методическим пособиям. Необходимым является развитие слухового внимания, фонематического, речевого слуха. При отсутствии экспрессивной речи проводятся занятия по активизации речевой активности. Положительный результат может быть достигнут только в рамках междисциплинарного взаимодействия в случае осуществления регулярной психолого-педагогической коррекции и соблюдения рекомендаций лечащего врача-психиатра и научных сотрудников.

Пациенты привлекаются к музыкальным занятиям, во время которых накапливаются с разнохарактерными произведениями, происходит формирование способности слушать музыку, сосредотачиваться на ней, развивается способность воспроизводить ритмические движения согласованно с музыкой.

Таким образом, дневной стационар для пациентов дошкольного возраста с РАС является уникальной формой помощи, совмещающей возможности как медицинской (с проведением обследования, регулярного динамического наблюдения и эффективного, безопасного подбора психофармакотерапии), так и кор-

реакционно-педагогической (ре)абилитации. Данный вид помощи исключает возможные негативные последствия от госпитализации в круглосуточный стационар с развитием социальной депривации и явлений госпитализма. Мультидисциплинарный подход с интегративной деятельностью специалистов смежного профиля (психиатра, логопеда-дефектолога, воспитателей-педагогов, музыкального работника и др.) при оказании помощи ведет к активизации развития пациентов, улучшению коммуникативных функций, в том числе речи, улучшению социальной приспособленности пациентов с РАС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балакирева Е.Е., Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А. и др. Нарушения пищевого поведения у детей с расстройствами аутистического спектра. Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2022. Т. 122 (9-2). С. 42-45.

2. Башина В.М., Козлова И.А., Ястребов В.С. и др. Организация специализированной помощи при раннем детском аутизме: метод. рекомендации. М.: 1989. 26 с.

3. Башина В.М. Аутизм в детстве. М.: Медицина, 1999. 236 с.

4. Каган В.Е. Аутизм у детей. Л.: Медицина: Ленинградское отделение, 1981. 206 с.

5. Коваль-Зайцев А.А., Никитина С.Г., Куликов А.В., Балакирева Е.Е., Головина А.Г. Специфика когнитивного дизонтогенеза у пациентов с детским аутизмом и шизофренией в детском возрасте // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2022. № 3-4. С. 17-24.

6. Куликов А.В. Кататонические и кататонно-регрессивные расстройства при психотических формах расстройств аутистического спектра у детей: клиническая картина и подходы к терапии // Психиатрия и психофармакотерапия. 2020. № 4. С. 21-24.

7. Никитина С.Г. Клинико-патогенетические аспекты дифференциации заболеваний детского возраста: детского аутизма и шизофрении. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 2022. 24 с.

8. Расстройства аутистического спектра у детей. Научно-практическое руководство / Под ред. Н.В. Симашковой. М.: Авторская академия, 2013. 263 с.

9. Симашкова Н.В. Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра / Под ред. Н.В. Симашковой, Т.П. Ключник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 288 с.

REFERENCES

1. Balakireva E.E., Zvereva N.V., Koval`-Zajczev A.A. i dr. Narusheniya pishheвого povedeniya u detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra. Zh. nevrol. i psikhiatr. im. S.S. Korsakova. Speczvy`puski. 2022. T. 122 (9-2). S. 42-45.

2. Bashina V.M., Kozlova I.A., Yastrebov V.S. i dr. Organizacziya speczializirovannoj pomoshhi pri rannem detskom autizme: metod. rekomendaczii. M.: 1989. 26 s.

3. Bashina V.M. Autizm v detstve. M.: Mediczina, 1999. 236 s.

4. Kagan V.E. Autizm u detej. L.: Mediczina: Lenigradskoe otdelenie, 1981. 206 s.

5. Koval'-Zajczev A.A., Nikitina S.G., Kulikov A.V., Balakireva E.E., Golovina A.G. Speczifika kognitivnogo dizontogeneza u paczientov s detskim autizmom i shizofreniej v detskom vozraste // *Sovremennaya terapiya v psikhiatrii i nevrologii*. 2022. # 3-4. S. 17-24.

6. Kulikov A.V. Katatonicheskie i katatono-regressivny'e rasstrojstva pri psikhoticheskikh formakh rasstrojstv autisticheskogo spektra u detej: klinicheskaya kartina i podkhody` k terapii // *Psikhiatriya i psikhofarmakote-rapiya*. 2020. # 4. S. 21–24.

7. Nikitina S.G. Kliniko-patogeneticheskie aspekty` differenciaczii zabolevanij detskogo vozrasta: detskogo autizma i shizofrenii. Avtoref. diss. kand. med. nauk. M., 2022. 24 s.

8. Rasstrojstva autisticheskogo spektra u detej. Nauchno-prakticheskoe rukovodstvo / Pod red. N.V. Simashkovej. M.: Avtorskaya akademiya, 2013. 263 s.

9. Simashkova N.V. Kliniko-biologicheskie aspekty` rasstrojstv autisticheskogo spektra / Pod red. N.V. Simashkovej, T.P. Klyushnik. M.: GE`O-TAR-Media, 2016. 288 s.

**A.V. Kulikov, E.E. Balakireva, A.A. Koval'-Zaytsev, N.A. Kirenkova,
S.G. Nikitina, N.S. Shalina**

**A DAY HOSPITAL IS AN EFFECTIVE ROUTE FOR MANAGING
PRESCHOOL PATIENTS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS
(EXAMINATION, TREATMENT, (RE)HABILITATION)**

Mental Health Research Centre (Moscow).

Summary. The article tells about the history of the creation of a day hospital at the FSBSI "Mental health research centre" as an effective route for managing pre-school patients with autism spectrum disorders, substantiates the need for an integrated team approach and the earliest possible intervention with drug therapy. Particular attention is paid to the implementation of personalization, participatory, predictive, preventive, complex use of drug and non-drug methods of treatment.

Keywords: autism spectrum disorders, management route, integrated approach, therapy, (re)habilitation.

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ
В ВЫЕЗДНОЙ ПАЛЛИАТИВНОЙ СЛУЖБЕ ДЕТСКОГО ХОСПИСА
«ДОМ С МАЯКОМ»**

**Благотворительное медицинское частное учреждение Детский хоспис
«Дом с маяком» (Москва).**

Резюме. В статье рассмотрены вопросы организации психолого-педагогического сопровождения детей с паллиативным статусом в выездной службе Детского хосписа «Дом с маяком». Основной целью психолого-педагогического сопровождения детей, имеющих паллиативный статус, является создание условий для жизни ребенка в соответствии с его возрастом и уровнем развития в домашней среде. Основным фокусом работы является поддержка качества жизни ребенка и семьи. Для оценки возможностей ребенка используются методы диагностики сенсорных систем, а также двигательных и коммуникативных навыков.

Ключевые слова: выездная паллиативная служба, детский хоспис, развивающая среда, множественные нарушения развития, активность, участие, коммуникация.

Введение. Выездная служба Детского хосписа (ДХ) обеспечивает сопровождение семьи с паллиативным ребенком на дому, в естественной среде жизни ребенка. Понятие «паллиативный ребенок» предполагает, что то или иное нарушение развития или здоровья может существенно ограничить или сократить срок жизни ребенка [2].

Задачей выездной службы ДХ является обеспечение возможности подопечного ребенка жить в привычной домашней обстановке, в кругу семьи, в окружении близких людей, получая квалифицированную медицинскую и социально-психологическую помощь. Помимо того что ребенку важно жить в семье, ему еще нужно играть, развиваться, познавать новое, получать впечатления, участвовать в повседневных делах и социальных отношениях, то есть вести обычную для детей жизнь. Многие подопечные ДХ в силу своего нарушения или болезни не имеют возможности познавать мир и развиваться так же, как их сверстники. У кого-то есть ограничения движений, кто-то незрячий, у кого-то очень мало физических сил, чтобы сделать произвольное движение, кто-то страдает от неизлечимой болезни. Но несмотря на все эти особенности, все дети, без исключения, любят играть.

Каждый возраст развития уникален и ставит перед ребенком и его окружением новые сложные задачи. Любой ребенок, вне зависимости от наличия нарушений развития, может приобретать новый опыт, общаться и быть активным участником своей жизни.

Современные авторы отмечают высокую значимость игры для развития инициативности и самостоятельности ребенка дошкольного возраста [9]. Причем роль взрослого рассматривается как роль модератора, а не как руководителя или организатора. На основании работы Боба Хьюза «Типы игры: спекуляции и возможности» [11] выделяют несколько типов игры. Возможно, не все выделенные

автором типы игры актуальны для детей с тяжелыми нарушениями развития. Рассмотрим те из них, актуальность которых, на наш взгляд, очевидна. Среди них можно отметить, «игру–исследование», которая связана с исследованием новых свойств уже знакомых предметов. Она помогает ребенку изучить свои возможности и получить новый опыт. Еще «двигательная или локомоторная игра», в которой наиболее важным элементом является само движение и овладение собственным телом по мере освоения движения. «Игра-овладение» связана с освоением физического пространства и преодолением некоторых препятствий, возникающих в процессе взаимодействия со средой. «Предметная игра» – игра со специфическими предметами, находящимися в поле внимания ребенка, причем использование этих предметов может быть крайне вариативным.

Таким образом, можно сделать предварительный вывод о том, что какие бы нарушения развития не были у ребенка, у него существует актуальная потребность в познании себя и окружающего мира через игру и есть доступные варианты такой деятельности, описанные в литературе [11].

Основное содержание. В Детском хосписе «Дом с маяком», наряду с медицинскими сотрудниками, работают «игровые терапевты». Это детские специальные психологи или дефектологи, специалисты по развитию детей. Игровые терапевты навещают детей на дому, чтобы найти для каждого ребенка интересные игры и занятия с учетом возраста, состояния и индивидуальных особенностей. Игровая терапия строится на субъектном, личностно-ориентированном подходе. В первую очередь, она направлена на поддержку и развитие самостоятельной активности ребенка, включение ребенка в доступные виды деятельности и понимания себя как отдельного субъекта. Игровая терапия строится на принципах Международной классификации функционирования (МКФ), где важнейшими понятиями являются активность и участие человека в деятельности с учетом его возможностей и ограничений, а также условий среды и личностных факторов [5]. Жизнь любого ребенка неотделима от жизни родителей, и основным проводником всех воздействий для ребенка является его родитель. Поэтому, игровые терапевты уделяют большое значение работе с родителями подопечных, консультируя их по вопросам развития, коммуникации и формирования развивающей среды для ребенка дома.

В начале работы с семьей игровой терапевт выясняет функциональные возможности и сигналы ребенка, а также ресурсы семьи, на основе которых будут поставлены те или иные задачи сопровождения. Важно подчеркнуть, что окончательный выбор задач сопровождения остается за родителем ребенка.

Модель сопровождения строится от прихода в семью специалиста и проведения диагностики ребенка и консультирования родителя к постепенному изменению окружения ребенка, с тем чтобы развивающая обогащенная среда была создана и осталась в семье ребенка, вне зависимости от присутствия специалиста.

Что же делает игровой терапевт, приходя в семью?

- **Выясняет запрос семьи и проводит диагностику.** При первичном знакомстве с ребенком и семьей важно провести диагностику возможностей ребенка и функционирования его систем восприятия: зрения, слуха, чувствительности, возможности произвольно управлять своим телом. Важно

также выяснить, есть ли у ребенка понимание существования определенных причинно-следственных отношений в окружающем его мире и возможности влиять на это окружение. Игровой терапевт должен выяснить, может ли ребенок произвольно делать выбор между предложенными ему вариантами поведения в конкретной ситуации и, каким образом он делает этот выбор. Выбор может происходить в любой сфере деятельности ребенка: от выбора еды или питья до выбора игры или занятия в данный момент. Например, ребенок может делать выбор с помощью взгляда в сторону одной из двух предложенных игрушек, когда мама или терапевт показывают их.

На первичную диагностику может уйти до нескольких встреч с семьей. Для оценки развития различных сфер ребенка используются специальные диагностические методики, направленные на оценку зрения, слуха и двигательной активности [3, 4]. Также специалист выясняет уровень развития коммуникации у ребенка [12, 14].

Результатом такой диагностики становится перечень целей и задач в воспитании ребенка для семьи и обсуждение их с родителями. Если игровой терапевт понимает, что для развития ребенка необходимо использование специальных технологий или средств, его задача еще и обучить родителей их использованию в повседневной жизни. При этом важно оценить целесообразность введения тех или иных технических средств. Основной целью введения этих средств должно быть облегчение жизни и взаимодействия родителя с ребенком, а также увеличение возможностей ребенка быть более самостоятельным и активным.

- **Следует за интересами ребенка или помогает их формировать.** Интерес и собственная активность ребенка рассматриваются как движущая сила развития. Формирование интереса и познавательной активности зачастую одна из самых сложных задач. Но, даже если по причинам, связанным с нарушением или заболеванием, собственная активность недоступна ребенку, игровая терапия дает возможность создать условия для формирования участия ребенка в интересной совместной деятельности с родителями.

- **Помогает родителям увидеть возможности ребенка.** Значимое место в работе с детьми уделяется взаимодействию с родителями подопечных, ведь родитель – главный эксперт в понимании своего ребенка. Игровой терапевт ищет способы увеличения степени активности и вовлеченности ребенка в разные виды бытовой, социальной и игровой деятельности. Важно отметить, что эффект работы игрового терапевта во многом зависит от того, насколько поставленные им цели и задачи кажутся родителям ребенка полезными. Ведь, как известно, все, что кажется непонятным или ненужным, быстро отбрасывается и забывается, а то, что интересно и полезно, укрепляется в жизни.

- **Подбирает подходящие игрушки и игры для ребенка и помогает создать развивающую среду.** Здесь игровая терапия подразумевает работу над развитием сенсорных систем человека, его зрения, слуха, вестибулярной и двигательной активности. Для формирования познавательной активности необходимо интересное окружение. Иногда, при малой активности ребенка, родители невольно ограничивают и среду вокруг. В ней остается мало привлекающих внимание

интересных стимулов, ведь, по мнению родителей, ребенок сам ничем не интересуется. В такой ситуации снижается и активность ребенка по исследованию окружения. Игровой терапевт напоминает родителям о необходимости разнообразной, интересной, структурированной, но не перенасыщенной среды вокруг ребенка и помогает ее создать. Развивающее пространство для ребенка формируется с учетом его индивидуальных возможностей – двигательных и сенсорных. Идеи развивающего пространства предложены в концепции активного обучения Лили Нильсен [13]. Она описала идею активной развивающей среды и назвала ее «Маленькая комната» (Little room). В ней для ребенка организуется постоянная и насыщенная сенсорными стимулами развивающая среда, в которой ребенок учится проявлять собственную активность для изучения интересных ему стимулов. Идеи этого подхода используются в работе с детьми с сенсорными и множественными нарушениями развития.

• **Подбирает способ коммуникации.** Общение – базовая потребность каждого человека. Возможность влиять на окружение, делать выбор, отказываться и делиться впечатлениями – ключевые моменты общения между людьми. У каждого человека есть необходимость и желание общаться. Но, к сожалению, не каждый ребенок с тяжелыми множественными нарушениями может самостоятельно реализовать эту потребность. Когда такой ребенок не может пользоваться общепринятыми способами передачи информации, такими как устная или письменная речь, тогда возникает задача выяснения сигналов, которыми он способен пользоваться в общении с другими. Игровой терапевт находит способы коммуникации и взаимодействия с ребенком, используя методы альтернативной и дополнительной коммуникации или интенсивного взаимодействия [1, 10]. К сожалению, не всегда можно сформировать символическую коммуникацию, то есть общение с помощью речи или другой знаковой системы, такой как символы, жесты или пиктограммы. Но всегда существует возможность общения на довербальном уровне с помощью установления очередности в вокализациях и поддержания циклов коммуникации (интенсивное взаимодействие) и формирования понимания причинно-следственных связей.

Для того чтобы ребенок выделял себя и других, лучше понимал свои телесные и ментальные состояния, используются также технологии базальной стимуляции, предложенные Андреасом Фрелихом в конце XX века [6]. К ним относят развитие соматической, вестибулярной и вибрационной чувствительности у ребенка.

• **Помогает участвовать в повседневных делах.** Наиболее понятными и регулярными занятиями в течение дня для ребенка с тяжелыми нарушениями развития являются бытовые ситуации, такие как еда, умывание, гигиенические процедуры и т. д. Поэтому специалистами была разработана идея развивающего ухода [7, 8]. Они предлагают находить для ребенка с тяжелыми нарушениями активную роль именно в бытовых, повседневных делах. Идея развивающего ухода очень проста: если ребенок не может самостоятельно выполнить действие целиком, ему нужно предоставить возможность выполнить часть действия или просто помогать взрослому в его выполнении. Например, если ребенок не

может самостоятельно ходить в туалет, он может помогать в смене подгузника, приняв удобное положение; если не может самостоятельно одеваться - участвовать в одевании, просовывая руки в рукава. Также уделяется большое внимание предоставлению ребенку возможности выбора как участия в бытовых делах. Реализация выбора в еде, одевании, игре рассматривается как активная позиция человека в своей собственной жизни.

Выводы. Таким образом, работа игрового терапевта выездной паллиативной службы Детского хосписа «Дом с маяком» имеет свою специфику. Основная ее суть заключается в выявлении доступных для ребенка видов активности и участия и создании благоприятной среды для проявления этой активности. Она опирается на принципы личностно-ориентированного подхода, использование основ Международной классификации функционирования [5] и ориентацию на выявление сигналов ребенка с выстраиванием взаимодействия на очередность в вербальном или невербальном диалоге. Важнейшей стороной работы игрового терапевта Детского хосписа «Дом с маяком» является поддержка и формирование самостоятельной активности ребенка в игровых или бытовых активностях, а также взаимодействие с родителями ребенка с целью передачи им технологий поддержки развития для повышения качества жизни ребенка.

Приложение. *Описание случая в работе игрового терапевта с девочкой Н., 4 лет, имеющей диагноз «Органическое поражение ЦНС, кистозно-глиозная трансформация больших полушарий головного мозга; детский церебральный паралич (спастический тетрапарез), V уровень нарушений в двигательной сфере по шкале GMFCS. Вторичная микроцефалия. Симптоматическая фокальная эпилепсия. Бульбарно-псевдобульбарный синдром. Дисфагия. Дистонические атаки. Хронический аспирационный синдром.*

Анамнез заболевания. *От первой беременности, роды на 41 неделе. Перинатальная патология – тугое обвитие пуповиной. 4/5 баллов по шкале Апгар. Проблемы с развитием начались сразу после рождения. Отмечались судороги, трудности глотания и дыхания. Первый год жизни был связан с решением медицинских проблем. Затем был активный период двигательной реабилитации. Мама использовала разные подходы в двигательной реабилитации, но существенных изменений статуса движений достичь не удалось. С возрастом у девочки нарастала интенсивность дистонических атак и частоты эпилептических приступов.*

У Н. нет произвольных движений, она не держит голову, самостоятельно не сидит, не ползает, что соответствует V степени по шкале GMFCS. В положении лежа на спине у девочки начинаются произвольные движения ногами по типу толкания, а также разгибание назад с принудительным поворотом головы вправо. Вздрагивает при резких звуках.

Нарушение зрительного восприятия. Часто сидит с закрытыми глазами. Предметы зрительно не фиксирует и не прослеживает. Когда интенсивность света вокруг снижается, Н. открывает глаза шире. Иногда есть скачкообразный перевод взгляда по средней линии за ярким светящимся предметом.

Работу с Н. начали с подбора позы для снижения мышечного напряжения. Для положения на спине выбрали укладку, в которой специальными валиками

поддерживаются плечи ребенка и ноги согнуты в коленях. Это так называемая укладка по типу «гнезда». Если сделать специальную укладку под плечи и согнутые ноги в коленях, то напряжение снижается и непроизвольных движений становится меньше.

Для положения сидя в специальном кресле подобрали подушку под руки, чтобы создать опору, так как девочка была достаточно маленькая и не могла опустить локти на подлокотники и стол специального кресла.

Показателем комфорта в той или иной позе служило снижение двигательного напряжения и беспокойства у девочки.

Зате, игровой терапевт задался вопросом о том, чем будет заниматься девочка в этих положениях. Здесь были актуальны идеи концепции активного обучения Лили Нильсен и, в частности, «Маленькой комнаты». Сначала игровой терапевт принесла на домашний визит к девочке небольшой турничок с игрушками-подвесками. Эта идея очень понравилась маме девочки, и она сделала специальную дугу, которая крепилась к домашнему креслу, и подвешивала на ней игрушки с двух сторон на уровне рук Н.

Но долго сидеть в кресле даже с укладками Н. было очень сложно. Поэтому следующим шагом была организация развивающего пространства для активности ребенка в положения лежа. И здесь тоже были использованы идеи «Маленькой комнаты». Мама заказала каркас «домика» и затем сама добавила в него светящиеся лампочки и контрастные изображения, на которые девочка смогла бы смотреть. Для того чтобы попробовать поддержать движения ног ребенка, на уровне ног были сделаны подвески со звучащими игрушками.

Поскольку самостоятельный опыт движения Н. был крайне ограничен, было решено пробовать соматическую базальную стимуляцию для формирования представления о схеме тела у девочки. Также для расширения сенсорного опыта были использованы сенсорные коврики с разными наощупь поверхностями, на которые предлагалось класть руки на столе.

Далее прилагается описание одного занятия с девочкой в домашней среде из дневника игрового терапевта:

«Занимались в кресле, придвинутом к столу на кухне. Освещение плохое, но Н. открывает глаза шире, когда света меньше. Она может сидеть в специальном кресле, но заметны дистонии, которые то нарастают, то ослабевают. Непроизвольные движения наблюдаются во всем теле. Но Н. не плачет, а скорее погружена в эти ощущения. Когда дистонии ослабевают, она может положить руки на стол и прикасаться к расположенным там разным по текстуре поверхностям (сенсорный коврик с силиконовыми губками и палочками). Затем попробовала предложить Н. прослеживать свет фонарика, расположенного недалеко от ее глаз, но прослеживания не получилось. После 25 минут тактильной активности в сидячем положении переложила Н. на напольный коврик в специальном месте внизу у окна. Принесла ей свой турничок и подвесила на нем некоторые игрушки. Девочка была позиционирована на подушках с приподнятым изголовьем и согнутыми в коленях ногами, затем поворачивала ее лежать на боку с одной и другой стороны. В этих положениях накрывала ее сверху листом фольги и подсвечивала эту «крышу домика» разноцветным фо-

нариком. Н. периодически замирала и смотрела вверх, потом снова начинались дистонии. Было заметно, что на правом боку лежать ей было сложнее, так как принудительный поворот головы вправо сильно ее беспокоил. Затем взяла Н. на руки, а потом на колени, и вместе сидели на полу. Похоже, что Н. стала лучше держать голову. Мама девочки показала мне каркас для подвеса игрушек над креслом, который сделал дедушка. Это металлическая штанга, которая крепится по бокам к креслу. В следующий раз опробуем ее в деле».

ЛИТЕРАТУРА

1. Альтернативная и дополнительная коммуникация в работе с детьми и взрослыми, имеющими интеллектуальные и двигательные нарушения, расстройства аутистического спектра / под ред. В. Рыскина. СПб.: Издательско-Торговый Дом «Скифия», 2016. 288 с.

2. Благотворительный Фонд Детский паллиатив <https://www.rcpcf.ru/chto-takoe-detskij-palliativ-2/>

3. Верещага И.В., Моисеева И.В., Пайкова А.М. Психолого-педагогическая диагностика детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития, включающими нарушения зрения и слуха / под ред. А.М. Пайковой. М.: Теревинф, 2017. 60 с.

4. Диагностическая шкала двигательного развития GMFCS / https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/000/077/original/GMFCS-ER_Translation-Russian.pdf

5. Международная классификация функционирования <http://who-fic.ru/icf/>

6. Миненкова И.Н. Использование метода базальной стимуляции в коррекционно-педагогической работе с детьми с тяжелыми и или множественными нарушениями психофизического развития // Обучение и воспитание детей в условиях центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации: учеб.-метод. пособие. Минск: УО БГПУ им. М. Танка, 2007. С. 69-74.

7. Пиклер Э. и др. Доверие и уверенность друг в друге. Забота о младенцах и детях раннего возраста: опыт и размышления. М.: Национальное образование, 2022. 192 с.

8. Развивающий уход за детьми с тяжелыми и множественными нарушениями развития / О.С. Бояршинова, А.М. Пайкова и др. / под ред. А.Л. Битовой, О.С. Бояршиновой. М.: Теревинф, 2018. 114 с.

9. Смирнова Е.О. Типология игры в зарубежной и отечественной психологии // Современная зарубежная психология. 2014. № 4. С. 5-17. URL: <https://psychlib.ru/inc/absid.php?absid=231103>.

10. Хьюз Д., Ферт Г., Бабер М., Харрисон Т. Интенсивное взаимодействие. Руководство СПб.: Издательско-Торговый Дом «Скифия», 2018. 248 с.

REFERENCES

1. Al'ternativnaya i dopolnitel'naya kommunikacziya v rabote s det'mi i vzrosly'mi, imeyushhimi intellektual'ny'e i dvigatel'ny'e narusheniya, rasstrojstva autisticheskogo spektra / pod red. V. Ry'skina. SPb.: Izdatel'sko-Torgovyj Dom «Skifiya», 2016. 288 s.

2. Blagotvoritel'nyj Fond Detskij palliativ <https://www.rcpcf.ru/chto-takoe-detskij-palliativ-2/>

3. Vereshhaga I.V., Moiseeva I.V., Pajkova A.M. Psikhologo-pedagogicheskaya diagnostika detej s tyazhely`mi i mnozhestvenny`mi narusheniyami razvitiya, vkluchayushhimi narusheniya zreniya i slukha / pod red. A.M. Pajkovo. M.: Terevinf, 2017. 60 s.

4. Diagnosticheskaya shkala dvigatel`nogo razvitiya GMFCS/ https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/000/077/original/GMFCS-ER_Translation-Russian.pdf

5. Mezhdunarodnaya klassifikacziya funkczionirovaniya <http://who-fic.ru/icf/>

6. Minenkova I.N. Ispol`zovanie metoda bazal`noj stimulyaczii v korrekczionno-pedagogicheskoy rabote s det`mi s tyazhely`mi i ili mnozhestvenny`mi narusheniyami psikhofizicheskogo razvitiya // Obuchenie i vospitanie detej v usloviyakh czentra korrekczionno-razvivayushhego obucheniya i reabilitaczii: ucheb.-metod. posobie. Minsk: UO BGPU im. M. Tanka, 2007. S. 69-74.

7. Pikler E`. i dr. Doverie i uverennost` drug v druge. Zabota o mladenczakh i detyakh rannego vozrasta: opy`t i razmy`shleniya. M.: Naczional`noe obrazovanie, 2022. 192 s.

8. Razvivayushhij ukhod za det`mi s tyazhely`mi i mnozhestvenny`mi narusheniyami razvitiya / O.S. Boyarshinova, A.M. Pajkova i dr. / pod red. A.L. Bitovoj, O.S. Boyarshinovoj. M.: Terevinf, 2018. 114 s.

9. Smirnova E.O. Tipologiya igry` v zarubezhnoj i otechestvennoj psikhologii // Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya. 2014. # 4. S. 5-17. URL: <https://psychlib.ru/inc/absid.php?absid=231103>.

10. Kh`yue`tt D., Fert G., Baber M., Kharrison T. Intensivnoe vzaimodejstvie. Rukovodstvo SPb.: Izdatel`sko-Torgovy`j Dom «Skifiya», 2018. 248 s.

11. Hughes B. Play Types: Speculations and Possibilities. Gordon Sturrock, ed. L., 2006. 160 p.

12. Leber I., Assessing and Supporting communication- Poster with Guidance Notes/published by Von Loeper International, 2019.

13. Nielsen L. Active Learning and the Blind, Multiply Disabled Child/Future Reflections, 2004.

14. Rowland C. and Fried-Oken M. Communication Matrix: A clinical and research assessment tool/ Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine: An Interdisciplinary Approach 3 (2010) 319–329, 319.

G.A. Perminova

PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF CHILDREN IN PALLIATIVE CARE IN «THE LIGHTHOUSE» CHILDREN'S HOSPICE

«The Lighthouse» Children's Hospice (Moscow).

Summary. This article describes the organization of psychological and pedagogical support for children with life-limiting conditions in the Lighthouse Children's Hospice. The main goal of psychological and pedagogical support for children is to enhance quality of life for the children accordance with his age and level of development in the home environment and support for the family. To assess the child's abilities are used methods of diagnosing sensory systems, as well as motor and communication skills.

Keywords: Palliative care, children's hospice, hospice at home, environment, multiple disorders, engagement, activity, communication.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ
ПРИ ДЕПРЕССИВНОМ СИНДРОМЕ РОДИЛЬНИЦ****Санкт-Петербургский педиатрический медицинский университет
(Санкт-Петербург).**

Резюме. Обследованы 93 матери с депрессивным синдромом родильниц («blues»). «Блюз» – это депрессивная реакция, связанная с репродуктивным циклом женщины и нарушениями отношений матери и ребенка. Результаты использования разных методик интервенции при депрессивном синдроме родильниц (и в разном их сочетании) дают основание говорить о большей эффективности комплекса методик, включающих рациональные техники совладания с переживаниями и жизненными трудностями, программу поддержки грудного вскармливания и методику видеообратной связи, по сравнению с группой поддержки грудного вскармливания.

Ключевые слова: PPD, депрессивный синдром родильниц, «блюз», эффективность психотерапии.

Актуальность. Известно, что спектр особых аффективных расстройств у женщин включает: предменструальный синдром, предменструальное дисфорическое расстройство, депрессивный синдром беременных, послеродовую депрессию, депрессивный синдром родильниц (материнский «блюз»), послеродовую депрессию (PPD) и послеродовой психоз [1, 3, 5, 6, 7, 9].

В урбанизированных обществах неуклонно растет количество женщин с послеродовой депрессией и послеродовым блюзом, особенно если мать оказалась с новорожденным в перинатальном центре или отделении патологии новорожденных детей. Так, если блюз среди пациенток родильных домов встречается приблизительно у каждой десятой женщины, то в перинатальных центрах эта цифра поднимается до 30% [10]. Антирекорд в этом смысле установлен в перинатальных центрах Южной Кореи и Японии, где депрессивный синдром родильниц (материнский «блюз») встречается в 40-50% родов [8].

Показано, что при послеродовых аффективных расстройствах страдает эмоциональная экспрессия матери, способность ею сформировать тесный физический контакт с младенцем, возможность создания ребенком в дальнейшем надежного типа привязанности [1, 2, 4]. По нашим данным [1], деятельность женщины с депрессивным синдромом родильниц по уходу за ребенком отличается от деятельности матерей без депрессии в сторону дисгармоничных и формальных отношений. Формализм матери с депрессивным синдромом родильниц мы квалифицируем как «открыто-формальный». Мать с данным синдромом стремится выполнять не только рекомендации медиков, но и советы родственников, соседок по палате, игнорируя индивидуальные потребности младенца.

Специфичность послеродовых пограничных аффективных расстройств заключается в том, что исключаются фармакотерапия и интернирование женщин

в психиатрические учреждения. Психотерапевт или клинический психолог должны в родильном доме или детской больнице оказать помощь женщинам таким образом, чтобы занятия с матерью не препятствовали лечебному процессу в отношении ее малыша. Психотерапевтический процесс должен быть коротким и эффективным, большое количество сеансов провести также не представляется возможным ввиду кратковременности пребывания матери в указанных медицинских учреждениях.

Цель исследования. Целью нашей работы было выяснить эффективность психотерапии при депрессивном синдроме родильниц.

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. Применялась одинаковая для всех матерей индивидуальная психотерапия с использованием рациональных техник, техник положительного примера, видеообратной связи. Психофармакологического лечения женщины не получали.

Депрессивной тревожностью мы считали показатель выше 45 баллов хотя бы при одном исследовании. Матери из основных групп тестировались по шкале депрессии Бека (BDI), степень выраженности которой градуируется следующим образом:

- менее 10 баллов – депрессивные проявления отсутствуют;
- от 10 до 20 баллов – имеют место несущественные проявления депрессивного характера;
- от 20 до 30 баллов – депрессивные проявления являются умеренными, т. е. не слишком выраженными;
- более 30 баллов – депрессивные проявления крайне выражены.

Психотерапевтическая помощь матерям при депрессивном синдроме родильниц осуществлялась в рамках программы по поддержке грудного вскармливания. То есть матери первоначально приходили к врачу с ребенком для вмешательства по организации грудного кормления. Однако ввиду предварительного тестирования, сбора анамнеза, беседы с лечащим врачом у психотерапевтической группы (врач-женщина и врач-мужчина) было представление об уровне тревожности-депрессивности и синдромальной структуре состояния (наличие ажитации, преобладание тревожных, депрессивных, астенических, вегетативных черт). Уже при работе по поддержке кормления (первый этап) использовалась рациональная психотерапевтическая методика. В условиях повышенных величин индикаторов депрессивных или тревожных проявлений, либо если мать не имеет партнера (семейные обстоятельства неблагоприятного характера), женщина посещала ВОС (видеообратная связь, второй этап).

Следовательно, интервенция представляла собой индивидуальную психотерапию с использованием рациональных техник (1), группы поддержки грудного вскармливания с техниками положительного примера (2), методики видеообратной связи (3). Психофармакологического лечения женщины не получали.

Для интервенции были отобраны все обследованные на первом этапе паци-

ентки с численным значением шкалы BDI 10 баллов и выше. Поскольку перечисленные методики направлены на коррекцию психического состояния матери в узко ограниченный период времени, что, кроме прочего, связано с решением практической задачи сохранения грудного вскармливания, то используемые техники были краткосрочны, а их результаты отслеживались от 7-го к 15-му дню послеродового периода.

В качестве критериев эффективности использованных психотерапевтических методик выбраны: 1) симптоматическое улучшение; 2) динамика значений шкал личностной и ситуативной тревожности согласно методике Спилбергера-Ханина. Генератором случайных чисел были отобраны 3 группы пациенток: 1 группа – 31 чел. (33,3%) проведены все три указанные психотерапевтические методики; 2 группа – 30 чел. (32,3%) посещали занятия по поддержке грудного вскармливания; 3 группа – 32 чел. (34,4%) прошли низкоинтенсивное консультирование (НК). Подробно схема интервенции представлена в таблицах 1, 2.

Из таблицы видно, что сравниваемые группы интервенции были изначально сопоставимы по возрасту (по Краскал-Уоллису $\chi^2=1,204$, $p=0,548$), численным значениям шкалы самооценки депрессии Бека (по Краскал-Уоллису $\chi^2=2,47$, $p=0,290$), численным значениям шкалы личностной тревожности Спилбергера-Ханина (по Краскал-Уоллису $\chi^2=4,242$, $p=0,120$) и численным значениям ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина (по Краскал-Уоллису $\chi^2=4,113$, $p=0,128$).

Таблица 1.

Схема интервенции и группы

группы	Рациональные техники	Поддержка грудного вскармливания	Методика видеобратной связи	Низкоинтенсивное консультирование
Группа 1 (n=31)	х	х	х	-
Группа 2 (n=30)	-	х	-	-
Группа 3 (n=32)	-	-	-	х

По результатам проведенной интервенции было выявлено отсутствие достоверных различий групп значений шкалы личностной тревожности ($\chi^2=4,199$, $p=0,122$), что говорит об относительно схожей динамике изменения этого показателя в разных группах. И тем не менее достоверное снижение показателя ЛТ обнаружено в 1 группе интервенции (по критерию рангов Вилкоксона $Z=-4,035$, $p=0,0001$), что, видимо, отразилось и на статистически достоверном снижении балла ЛТ в выборке в целом ($Z=-2,182$, $p=0,029$).

Таблица 2.

Значения показателей возраста пациенток, шкалы Бека (BDI), личностной (ЛТ) и ситуативной тревожности (СТ) по методике Спилбергера-Ханина в разных группах интервенции в динамике

Характеристики	Всего	1 группа интервенции (n=31)	2 группа интервенции (n=30)	3 группа интервенции (n=32)	Достоверность различий по Краскалу-Уоллису, p
1	2	3	4	5	6
Возраст	25,54 (4,878) 18-40 25,00 [21,00; 29,00]	26,43 (4,874) 19-36 26,00 [21,50; 31,50]	25,08 (4,735) 18-40 25,00 [22,00; 27,00]	25,47 (5,085) 19-36 25,00 [21,00; 29,75]	$\chi^2=1,204$ $p=0,548$
BDI	16,86 (5,926) 5-33 17,00 [14,50; 20,00]	16,19 (6,178) 5-32 16,00 [12,50; 20,00]	16,31 (5,429) 7-33 16,50 [13,25; 18,75]	17,81 (6,287) 5-33 17,00 [14,00; 21,00]	$\chi^2=2,47$ $p=0,290$
ЛТ первичное обследование (7-й день)	46,63 (7,271) 25-64 47,00 [45,00; 51,00]	50,57 (6,384) 42-64 48,00 [46,00; 58,00]	46,33 (5,928) 32-54 47,50 [45,00; 50,75]	44,64 (8,188) 25-59 46,50 [44,00; 50,00]	$\chi^2=4,242$ $p=0,120$
1	2	3	4	5	6
ЛТ повторное обследование (15-й день)	45,52 (6,402) 28-60 46,00 [43,50; 50,00]	43,67 (8,381) 29-60 43,00 [40,00; 50,00]	46,47 (3,000) 30-52 46,00 [44,25; 48,75]	45,64 (7,457) 28-53 47,50 [44,00; 51,00]	$\chi^2=4,199$ $p=0,122$
Достоверность различий по критерию рангов Вилкоксона между первичным и повторным обследо-	Z=-2,182 $p=0,029^*$	Z=-4,035 $p=0,0001^*$	Z=-0,921 $p=0,375$	Z=1,827 $p=0,068$	

ванием (ЛТ)					
СТ первичное обследование (7-й день)	45,61 (4,530) 36-57 46,00 [42,50; 49,00]	46,95 (5,491) 36-57 48,00 [43,00; 50,00]	45,72 (3,911) 37-52 47,00 [43,00; 48,75]	44,72 (4,418) 36-55 42 [45,50; 47,00]	$\chi^2=4,113$ $p=0,128$
СТ повторное обследование (15-й день)	40,86 (7,159) 21-52 43,00 [37,00; 46,50]	37,57 (6,153) 26-49 37,00 [36,50; 41,50]	39,78 (8,201) 21-52 42,00 [34,25; 46,75]	43,86 (5,373) 27-52 42,00 [45,00; 47,00]	$\chi^2=15,14$ 2 $p=0,001$ *
Попарное сравнение групп по Ман- ну-Уитни		$p=0,113$			
			$p=0,030^*$		
Достоверность различий по критерию ран- гов Вилкоксона между первич- ным и повтор- ным обследо- ванием (СТ)	$Z=-6,578$ $p=0,0001$ *	$Z=-3,828$ $p=0,0001^*$	$Z=-5,018$ $p=0,0001^*$	$Z=-1,122$ $p=0,262$	-

Более значимые различия групп выявлены по шкале СТ, показатели которой достоверно различались к 15 дню (по Краскал-Уоллису $\chi^2=15,142$, $p=0,001$). Попарное сравнение показало достоверные различия по СТ между 2-й и 3-й группами ($p=0,030$ по Манну-Уитни) и отсутствие различий по этому показателю между 1-й и 2-й группами ($p=0,113$ по Манну-Уитни). Было продемонстрировано достоверное снижение показателя СТ в 1-й ($Z=-3,828$, $p=0,0001$) и 2-й ($Z=-5,018$, $p=0,0001$) группах интервенции. То есть ситуационная тревожность корректировалась в большей степени по сравнению с личностной.

Таким образом, результаты использования разных методик интервенции (и в разном их сочетании) дают основание говорить о большей эффективности комплекса методик, включающих рациональные техники совладания с переживаниями и жизненными трудностями, программу поддержки грудного вскармливания и методику видеообратной связи, по сравнению с группой поддержки грудного вскармливания. Преимущество заключается в значимом купировании показателя личностной тревожности. Также можно говорить о статистически более значимом преимуществе программы поддержки грудного вскармливания над низкоинтенсивным консультированием по влиянию на ситуативную тревожность.

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. /Стивен Пинкер; пер. с англ. М.: Альпина нон-фикшен, 2021. 952 с.
3. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агентство, 2001. 256 с.

REFERENCES

1. Koshavtzev 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. /Stiven Pinker; per. s angl. M.: Al'pina non-fikshen, 2021. 952 s.
3. Smulevich A.B. Depressii v obshhej meditsizine: Rukovodstvo dlya vrachej. M.: Meditsinskoe informaczionnoe agentstvo, 2001. 256 s.
4. Ainsworth, M.D. Mother-infant attachment / M. Ainsworth // J. Amer. Psychol. – 1979. – Vol. 11. – P. 67-104.
5. Beck C.T. Revision of the Postpartum Depression Predictors Inventory. J Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs. – 2002. - Vol. 31. – P. 394-402.
6. Beck C.T. Recognizing and Screening for Postpartum Depression in Mothers of NICU Infants. // Adv. Neonatal Care 3(1) - 2003. – P. 37-46.
7. 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. - Vol. 49. – P. 395-399.
8. Sakumoto, K. Post-partum maternity «blues» as a reflection of newborn nursing care in Japan / K. Sakumoto, H. Masamoto, K. Kanazawa // Int. J. Gynaecol. Obstet. – 2002. – Vol. 78. – № 1. – P. 25-30.
9. Silverman, M. The risk factors for postpartum depression: A population-based study / M. Silverman, A. Reichenberg, D. Savitz, P. Lichtenstein, C. Hultman // Depression and Anxiety. – 2017. – Vol. 34. – № 2. – P. 178-187.
10. Teissedre F., Chabroi H. Edinburgh Postnatal Depression Scale Predicts Postnatal Depression. Can. J. Psychiatry. – 2004 - Vol. 49. – P. 51-54

A.G. Koshchavtcev, S.V. Grechany

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF PSYCHOTHERAPY FOR BLUES SYNDROM

Saint Petersburg Pediatric Medical University (Saint Petersburg).

Summary. Surveyed 93 mothers with blues syndrome. The blues syndrome is a depressive reaction associated with the reproductive cycle of a woman and a violation of the mother-child relationship. The results of using different intervention methods (and in their various combinations) give grounds to speak about the greater effectiveness of a set of methods, including rational techniques for coping with experiences and life difficulties and a video feedback method, compared with a breastfeeding support group.

Keywords: PPD, blues, psychotherapy effectiveness.

Б.В. Воронков**К 120-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ
ПРОФЕССОРА С.С. МНУХИНА****Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия»
им. С.С. Мнухина (Санкт-Петербург).**

Самуил Семенович Мнухин родился 11 марта 1902 г. в многодетной семье в селе Починок Смоленской губернии. В 15 лет он, еще не закончив школу, начал работать медицинским статистиком, а затем бухгалтером в губернском статистическом бюро. После окончания трудовой школы в 1919 г. С.С. Мнухин поступил в Смоленский медицинский институт, а переехав в 1920 г. в Петроград, продолжил медицинское образование уже в этом городе. В 1925 г. он закончил Ленинградский институт медицинских знаний и год служил врачом в Красной Армии.

В дальнейшем в течение десяти лет его жизнь была связана с Ленинградским психоневрологическим институтом, где он начал работать ординатором детского отделения, затем заведующим, впоследствии стал директором клиники. Здесь, под руководством В.М. Бехтерева и Р.Я. Голант, Самуил Семенович выполнил свои первые научные работы, посвященные психическим нарушениям при инфекциях, травмах и дистрофических поражениях в детском возрасте. В 1935 г. по совокупности работ ему была присвоена ученая степень кандидата медицинских работ.

В 1937 г. С.С. Мнухин был приглашен в Ленинградский педиатрический медицинский институт на должность доцента кафедры психиатрии, где наряду с педагогической работой продолжал плодотворную научную деятельность. В эти годы он описал ряд до того неизвестных синдромов при эпилепсии, описал психические нарушения при диэнцефальной патологии, в частности, особенности клиники и течения диэнцефалопатических психозов. На основании оценки клинической картины припадков, аур, постприпадочных состояний им были выделены доброкачественный и злокачественный варианты течения, описаны типы деградации и предложены критерии прогноза эпилепсии. В 1939 г. С.С. Мнухин защитил докторскую диссертацию «О классификации форм эпилепсии».

В 1942 г. профессор Мнухин стал заведующим кафедрой психиатрии, которая базировалась в те годы в психиатрической больнице № 3 имени Скворцова-Степанова. С этой кафедрой была связана вся его последующая жизнь и профессиональная деятельность, которая не прерывалась и в тяжелейшие военные годы. Находясь в блокадном Ленинграде, он продолжал учить студентов, консультировал больных в военных госпиталях и психиатрических учреждениях города.

Научно-теоретические воззрения Самуила Семеновича Мнухина, представленные в его основополагающих работах, опирались на богатейший клини-

ческий материал, анализ которого в каждом отдельном случае обязательно включал оценку симптомов в связи с установленным или предполагаемым их материальным субстратом, оценку степени родственности симптомов, образующих синдром и характеристики его для конкретной болезни и для конкретного больного. Имеется в виду необходимость учитывать, помимо возраста, уровень развития психики и личности больного в плане принципиальной возможности возникновения у него отдельных переживаний, в частности, и психотических форм в целом. Контекст, в котором существует симптом или синдром, включающий кроме вышеупомянутого анамнестические сведения, закономерности течения болезни и пр. в диагностическом плане, часто не менее информативен, чем сам синдром.

Как правило, психопатологические феномены редко бывают специфичными, тем более патогномичными для какой-то болезни. Семиологические сложности становятся трудно преодолимыми, если не видеть своеобразие и оттенков симптомов, которыми их наделяет та или иная нозологическая сущность. На таком подходе к оценке больных основывалось врачебная и научная работа Самуила Семеновича Мнухина.

Его научные интересы были очень широки. Это касалось, в частности, изучения связей между психическими и соматическими расстройствами. Он описал психические нарушения у детей при истощающих соматических воздействиях (блокадные алиментарные дистрофии, дизентерии и др.), показал роль токсических диспепсий, тяжелых токсикозов беременности, глубоких степеней недоношенности в этиологии умственной отсталости. В процессе этих исследований ему удавалось интегрировать подходы, свойственные общей педиатрии, детской неврологии и психиатрии, что оказалось особенно важным при разработке проблемы детских резидуальных энцефалопатий, для которых характерно сочетание двигательных, трофических, эндокринных, речевых и других расстройств.

Указанные подходы оказали значительное влияние и на работы С.С. Мнухина в области эпилепсии и олигофрении. Им были описаны особенности эпилептиформных припадков при разных формах психического недоразвития, впервые показано своеобразие психики и личности при разных типах гемипарезов. Кроме того, им была описана особая форма эпилепсии у детей, протекающая только в виде статусов.

Он сам и его сотрудники выявили особенности припадочных состояний на фоне разных типов психического недоразвития, при разных формах детских церебральных параличей. Были подробно изучены картины, патогенез и возможности лечения гормонами молниеносных и кивательных припадков, исследованы соотношение фебрильных припадков и пароксизмальной церебральной гипертермии у детей, а также клинко-энцефалографические корреляции при эпилепсии (С.С. Мнухин, А.И. Барыкина, Д.Н. Исаев, Е.И. Богданова, И.Т. Викторов, А.И. Степанов, В.Н. Бондарев, В.М. Воловик, Б.Г. Фролов, Б.В. Воронков, Г.К. Поппе, Ю.Г. Демьянов, А.С. Ломаченков).

При рассмотрении возможности развития у эпилептика шизофренического процесса (так называемая шизоэпилепсия) вероятность сочетания двух различ-

ных и даже полярных по своей природе эндогенных психических заболеваний у одного больного представлялась ему весьма сомнительной. Сочетание «шизофреноподобной» симптоматики с припадками С.С. Мнухин предпочитал рассматривать как проявление общей причины органического поражения подкорковых структур мозга, моделирующего формально шизофренические признаки и «ответственного» за судорожные пароксизмы. Диагноз «шизоэпилепсия» С.С. Мнухин считал надуманным, и не в коей мере не отражающим ни в теоретическом, ни в чисто клиническом смысле понятия, составляющие этот термин.

Существенный вклад в изучение общей психопатологии внесли работы С.С. Мнухина посвященные клиническим разновидностям височной эпилепсии, в структуру которых входят прекрасно описанные им сложные психопатологические феномены. Признавая клиническую реальность генуинной эпилепсии, С.С. Мнухин настаивал на том, что она коренным образом отличается от симптоматической эпилепсии, что ей свойственны глубокие припадки и она обязательно, вне зависимости от типа течения, сопровождается специфическими интеллектуальными и характерологическими изменениями.

С.С. Мнухин значительно обогатил клинические представления о «недифференцированных» олигофрениях, предложив клинко-физиологическую классификацию психического недоразвития, показав роль силы или слабости нервных процессов в оформлении его клинических картин. С.С. Мнухин описал также особые психозы у олигофренов, развивающиеся на той же почве, что и сама олигофрения (это касается, в частности, астенической и атонической форм). Им была подчеркнута необходимость отграничения этих психозов от пропшизофрении. Исследования в этом направлении под руководством С.С. Мнухина выполняли его ученики Д.Н. Исаев, А.И. Барыкина, Е.Д. Проконова, Д.З. Жарницкая, С.И. Матусова, Л.Н. Лоткова, А.П. Коцюбинский, Б.Е. Микиртумов, К.Д. Ефремов, Г.К. Поппе, и др.

Ряд работ был посвящен разработке проблемы инфекционных психозов. В этом плане следует отметить исследования Р.Я. Голант, С.С. Мнухина, Е.И. Богдановой, Д.Н. Исаева, Л.В. Панфиленковой, а также работы С.С. Мнухина, Е.И. Богдановой и Э.В. Герасимовой о периодических психозах инфекционного и травматического генеза. Работами С.С. Мнухина и его сотрудников (Е.В. Клейнман, И.В. Яковлева-Шнирман) показано, что наряду с явно экзогенными психозами с периодическим течением следует выделять периодический эндогенный психоз, связанный с первичной функциональной дефектностью межполушарного мозга и выявляющийся в препубертатном и пубертатном возрасте. Кроме периодических были описаны менее прогностически благоприятные органические психозы с волнообразным течением и выходом в органический дефект. Выделение периодических и волновых органических психозов позволило вывести их из круга шизофрении.

Следует отметить работы С.С. Мнухина, Е.И. Богдановой, Г.К. Поппе и Т.Н. Сахно о психогенных психозах, реактивных состояниях и истерии у детей. В.И. Гарбузов под руководством С.С. Мнухина выполнил работу, посвященную изучению навязчивых состояний у детей и подростков. Разрабатывая проблему

детских резидуальных энцефалопатий, С.С. Мнухин в сотрудничестве с В.А. Ляндой, К.Н. Снежковой и С.В. Жолобовой, описал гипотоническую форму церебральных гемипарезов у детей, в основе которой лежит поражение таламогипоталамических образований и гностических зон коры полушарий.

Естественно, научные интересы С.С. Мнухина не ограничивались изложенными проблемами; среди более ста его трудов есть также содержательные работы, касающиеся раннего детского аутизма и сходных с ним состояний, детской шизофрении и органических психозов разного генеза у детей, а по сути в них представлена вся детская психиатрия с ее возрастной спецификой и разнообразием существующих в ней проблем. В частности, С.С. Мнухин вместе со своими сотрудниками (А.Е. Зеленецкая, Д.Н. Исаев, В.Е. Каган) показал, что аутистические проявления при шизофрении, синдроме Каннера, органическом аутизме имеют различные клинические картины, происхождение и, вероятно, анатомо-физиологический субстрат. В отличие от синдрома Каннера и органического аутизма при шизофрении «...даже спустя годы картины нарушений психики остаются вполне характерными именно для шизофрении и несводимыми к органическому или олигофреническому дефекту». По мнению С.С. Мнухина, сходство между процессуальным и прочими аутистическими синдромами весьма поверхностное, терминологическое, в какой-то степени связанное с отсутствием общепринятых определений понятия аутизм. На частном примере дифференциальной диагностики некоторых разновидностей аутизма у детей прослеживается одна из сторон диагностического подхода С.С. Мнухина, сводящегося к тому, что болезнь - это сущность, а симптом - явление, которое существенно постольку, поскольку своеобразно.

Приверженец петербургско-ленинградской психиатрической школы, С.С. Мнухин считал умение видеть оттенки, отличающие сходные симптомы и синдромы, основой дифференциальной диагностики, что имеет прямое отношение к отграничению и более четкому очерчиванию круга нозологических форм и, в конце концов, к более сдержанной и адекватной диагностике шизофрении особенно в детском возрасте, когда наиболее отчетлива роль врожденных и ранних органических поражений мозга в этиологии, патогенезе и клиническом оформлении психических расстройств.

С.С. Мнухин был прекрасным педагогом и руководителем кафедры. На его ярких лекциях и клинических разборах слушатели становились сопричастными к размышлениям мудрого человека и блестящего профессионала. На них царил незабываемый дух клиницизма; слушателей поражал неподдельный интерес С.С. Мнухина не только к болезни пациента, но и к его судьбе в целом.

Талантливый человек талантлив обычно во многом. Будучи талантливым ученым, выдающимся специалистом, он был прежде всего талантливым врачом, наделенным даром эвристического мышления. В каждом клиническом случае, который на первый взгляд мог показаться достаточно ординарным, С.С. Мнухин видел и раскрывал научную проблему, а его клинические заключения, представляли собою яркие психиатрические очерки. Он умел говорить просто о сложном, ясно излагать свои теоретические взгляды, причем не навязывал их и

никогда не прибегал к убеждению в своей правоте.

Самуил Семенович создал школу, в которой было легко учиться, так как клинико-теоретические воззрения, предлагаемые им, воспринимались как само собой разумеющееся, ибо отражали клиническую реальность. Кроме того, в школе Самуила Семеновича было приятно учиться, так как к мнению о больном самого неопытного ученика относились уважительно и доброжелательно, равно как и к его персоне. Эту школу прошло практически все послевоенное поколение ленинградских психиатров. Многие его ученики и сотрудники стали крупными работниками в области общей и детской психиатрии—главными врачами больниц и диспансеров, главными специалистами городов, областей и республик (В.Н. Бондарев, И.Т. Викторov, А.А. Волков, А.Д. Гуринова, М.А. Гонопольский, Ш.Х. Донин, Д.Н. Исаев, В.Г. Капанадзе, А.А. Куракин, Л.П. Рубина, Ф.И. Случевский), заведующими кафедрами крупнейших медицинских вузов (Д.Н. Исаев, Б.Е. Микиртумов, Ф.И. Случевский, Г.К. Ушаков). Им были подготовлены 3 доктора и 18 кандидатов медицинских наук.

Научная и педагогическая деятельность С.С. Мнухина была отмечена рядом государственных наград. Он был членом правления и бессменным председателем детской секции Ленинградского общества невропатологов и психиатров.

Выдающийся ученый и образованнейший человек С.С. Мнухин жил полнокровной жизнью интеллигентного ленинградца, знал и любил классическую литературу, интересовался театром, книжными новинками.

Учитель не тот, кто учит, а тот, у кого учатся. У Самуила Семеновича хотелось учиться Делу и Жизни. Он не отделял одно от другого, жил своим домом, профессией, радостями и печалями своих сотрудников. Сказанное выше позволяет понять, почему до сих пор о Самуиле Семеновиче Мнухине ученики его хранят благодарную память.

УДК 616.896

**М.А. Калинина, Е.Е. Балакирева, Г.В. Козловская, С.Г. Никитина, Т.Е. Блинова,
О.В. Шушпанова, Н.И. Голубева, М.В. Иванов, И.А. Марголина, Н.В. Платонова,****А.В. Куликов, А.А. Коваль-Зайцев, Н.С. Шалина****ДЕТСКИЙ АУТИЗМ – ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
И НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ****ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).**

Резюме. В статье представлен обзор отечественной и зарубежной литературы, посвященный развитию представлений о феномене аутистических нарушений. Анализируется динамика научных представлений в соответствии с накоплениями новых данных о клинике, течении, прогнозе. Сделаны попытки выявить в литературе различия между различными вариантами аутистических нарушений в зависимости от типологии раннего периода развития.

Ключевые слова: дети, аутистические расстройства, шизофрения, ранний детский аутизм, аутистические синдромы, синдром Каннера, синдром Аспергера, дизонтогенез.

Аутизм как психопатологический феномен известен более 100 лет. Блейлер Е. в 2011 г. [45] определял суть аутизма как особый образ мышления в круге шизофрении, характеризующийся уходом от реалий внешнего мира и погружением в мир своих мыслей, фантазий. Игнорирование реальности может быть различным в зависимости от сохранности баланса между реалистическим мышлением и аутистическим. Причем недостаток жизненного опыта, недостаток развития навыков логического мышления у ребенка, по его мнению, будет тем условием, которое будет предрасполагать к возникновению аутистических фантазий. Г.Е. Сухарева [33], описывая особенности шизоидной психопатии у подростков, отмечала свойственные им особенности поведения, своеобразные интересы, неумение общаться с ровесниками. Некоторые из клинических случаев сравнивала с психопатическими вариантами типа фершробен Е. Крепелина. Ссылаясь на известную работу Э. Кречмер (1924), отмечала, что тот также отмечал свойственную шизоидам «аутистическую установку». Первые описания формирования шизоидной психопатии в дошкольном возрасте сделаны Т.П. Симсон [32], которая подчеркивала, что этим детям свойственен аутизм, малая привязанность к объектам реального мира. Таким образом, первые описания аутистических нарушений были направлены на уточнение симптомов психических нарушений, предрасполагающих к развитию шизофрении, или описания состояний, напоминающих шизофрению, но не сопровождающихся прогрессивностью и длительное время остающихся стабильными в рамках патологии личности.

После опубликования работы L. Kanner в 1943 г. [15, 56] в изучении аутизма наступил новый этап. L. Kanner описал группу детей из 11 человек с аутизмом, отличающихся рядом особенностей развития. Автор назвал их детьми, с

рождения чувствующих свое аффективное отграничение от мира. Объединяющей чертой, свойственной этим детям, было желание избежать новизны, сохранить постоянство окружающей среды. Склонность этих детей к повторяющимся действиям он объяснял попыткой убедиться, что окружение осталось прежним. L. Kanner отделил описанные расстройства от шизофрении.

Другой известной работой стала публикация Н. Asperger в 1944 г. [42], посвятившего работу описанию аутистической психопатии у детей. С этого времени эти расстройства стали отделять от варианта, описанного L. Kanner, отличавшегося меньшей тяжестью аутистических появлений и лучшим прогнозом. У детей отмечали трудности установления контактов с окружающими, социального взаимодействия и моторную неловкость. В международных классификациях болезней этим нарушениям была выделена отдельная рубрика. Вместе с тем дальнейшие исследования не смогли подтвердить нозологической самостоятельности данного расстройства, а в международных классификациях МКБ-11, DSM-V, отмеченные расстройства были просто включены в общую группу аутистических расстройств.

Дальнейшее изучение аутизма заключалось в уточнении клинических характеристик расстройства и этиологии заболевания. Одним из первых было предположение о психогенной природе данного расстройства. Матерям аутистов приписывались рациональность, эмоциональная холодность, вследствие которой могли страдать дети. Тем более что L. Kanner отмечал свойственные родителям аутистов высокий интеллект и одновременно строгость характера. Такую версию особенно активно отстаивал В. Bettlheim [46]. Как оказалось позже, достоверного подтверждения эта версия не нашла.

В 50-90-е годы продолжалось уточнение клинко-психопатологических особенностей раннего детского аутизма (РДА). В результате работ многих авторов [2, 4, 41, 52, 61, 67, 71] в структуре РДА удалось выявить такие расстройства, как извращение аппетита, отсутствие адаптации к положению, особый характер двигательных маньеризмов, установить аффективные расстройства, уточнить сроки развернутого проявления (к 3-5 годам) клиники РДА, как и возможность появления в его картине позитивных психопатологических расстройств наряду с симптомами нарушения развития всех сфер деятельности [3, 4, 5, 6, 10].

В дальнейшем в связи с развитием науки и появлением новых данных появились предположения о неспецифичности синдрома, так как он стал диагностироваться в случаях умственной отсталости при дифференцированных генетических синдромах (ломкой X-хромосомы Мартина-Белл, фенилкетонурии, начальных стадиях синдрома Ретта). Н.В. Симашковой [8, 31] было проведено исследование и защищена диссертация на тему атипичных вариантов детского аутизма, протекающего с клинически верифицированными аутистическими и генетическими нарушениями.

Появились работы, в которых авторы стали доказывать неспецифичность РДА, возникновение его вследствие органического поражения тех же структур, что и при шизофренически обусловленном РДА Каннера [17, 58, 69].

Рядом авторов были описан синдром «парааутизма» у детей-сирот в связи с ростом этих контингентов. Это состояние, внешне напоминающее аутизм, каче-

ственно отличается от истинного аутизма прежде всего глубиной эмоциональной отрешенности, возможностью коррекции, прогнозом [11, 14, 24, 36, 65].

При шизофрении и в постприступных ее периодах многие детские психиатры выявляли расстройство, похожее на РДА [10, 38]. Позже ряд исследователей [49] отнес раннюю детскую шизофрению к РДА.

Параллельно с исследованием клинической картины аутистических нарушений в нашей стране и зарубежом проводился поиск программ вторичной профилактики детского аутизма, разработка лечебных и реабилитационных программ для детей с разными его видами [5, 6, 70, 71]. Немалое место в изучении психологических и педагогических подходов к коррекции разных видов детского аутизма и оказанию практической помощи детям с аутизмом принадлежит психологам [18, 21-23].

До 80-х годов XX века аутизм считался редким заболеванием - 1:10000–3:10000 в популяции. Однако с 90-х годов стали поступать сообщения о резком повышении уровня распространения аутизма. Опираясь на известные факты об особенностях иммунитета (врожденный недостаток иммуноглобулинов) у детей-аутистов, исследователи пришли к предположению о повреждающем влиянии на развитие нервной системы инфекционных агентов или провоцировании ими аутоиммунных реакций. Поражение нервной системы инфекционными факторами на фоне определяемого у этих детей иммунного дефицита может происходить еще во внутриутробном периоде, когда персистенция инфекционного агента в матке у матери может запустить иммунный ответ, следствием которого уже в эмбриональном периоде будет поражение мозга плода, а также нарушение процесса миелинизации проводящих путей. Исследователи сообщали о задержке процесса миелинизации проводящих нервных путей у детей с аутизмом вплоть до пубертатного периода, что может объяснить возникновение отклонений в поведении, например, сенсорной гиперестезии (кожной, слуховой и др.), свойственных аутистическим нарушениям [44, 72, 73].

Накопление данных о клинике, патогенезе аутизма к настоящему времени показало, что аутисты с самого рождения имеют множество нарушений в сфере неврологии, иммунологии, различных генетических аномалий семейного характера.

Расстройство аутистического спектра (РАС) в настоящее время относится к группе ранних, пожизненных, гетерогенных нарушений развития нервной системы со сложными механизмами возникновения [40]. По данным Центров по контролю и профилактике заболеваний за 2012–2018 гг., распространенность РАС увеличилась с 1 из 69 к 2012 г. до 1 из 44 к 2018 г. [47, 51, 55]. По оценкам недавних исследований, соотношение мужчин и женщин ближе к 2:1 или 3:1, что указывает на более высокую диагностическую распространенность аутизма у мужчин по сравнению с женщинами [51, 61, 64]. Некоторые исследования показали высокую наследуемость РАС на уровне 80–93% и сообщили о сотнях локусов генов риска [63].

Специфические аутистические характеристики обычно проявляются в возрасте до 3 лет, а некоторые дети в спектре аутизма могут иметь ограниченные возможности невербального и вербального общения в возрасте 18–24 месяцев [50, 59, 73]. Диагноз РАС основывается на основных признаках нарушения со-

циальной коммуникации и необычного и повторяющегося сенсомоторного поведения [25, 26, 34]. Некоторым аутичным людям диагноз аутизм может быть окончательно поставлен уже в возрасте 2–3 лет, а средний возраст постановки диагноза для аутичных детей по-прежнему составляет 4–5 лет [18, 23, 54, 66]. Важно подчеркнуть, что все больше взрослых проходят обследование на предмет возможного аутизма. По мере того как аутизм диагностируется все чаще, высказываются предположения, что междисциплинарное участие может помочь оказать положительное влияние на благополучие и качество жизни как детей, так и взрослых в спектре аутизма [39, 72].

За последнее десятилетие исследователи пытались объяснить этиологию заболевания, и в этом плане был достигнут большой прогресс в области генетики, эпигенетики, невропатологии и нейровизуализации РАС [40, 48, 53].

В настоящее время аутизм рассматривают как пожизненное расстройство развития нервной системы, которое диагностируется на основании клинической оценки поведения, выражающееся в качественном нарушении эмоционального и социального взаимодействия, сопровождающееся нарушенной динамикой развития, и стереотипными действиями. При этом аутизм рассматривают как гетерогенную группу расстройств, влияющих на основные сферы и качество жизни индивида [60, 70, 75].

Как известно, с 1990-х годов [1, 53, 54, 57, 62, 63, 67, 70, 74] идет рост распространенности аутизма, причина которого неясна. Текущая распространенность, по данным M.J. Maenner, 2020, A. Narzisi, 2020, оценивается как 1:54 в США, 1:77 в Италии [63, 65]. Расширение диагностических критериев, безусловно, способствует объяснению возрастающей тенденции, однако другие данные свидетельствуют о роли многочисленных факторов окружающей среды [43, 44, 60, 64].

Частые сопутствующие заболевания [6, 9, 31] сопровождают многочисленные метаболические, иммунологические и микробные дисбалансы, интегрируя клиническую картину и предполагая, что РАС является многомерным, системным и развивающимся состоянием [12, 13, 16, 29, 35], в настоящее время с не полностью учитываемыми диагностическими критериями, ограничивающимися оценкой поведенческих характеристик.

В НЦПЗ в течение длительного времени продолжают разработки проблемы аутистических расстройств. Пересмотр взглядов на проблему определялся как уровнем развития отечественной науки, так и международными исследованиями в рамках ВОЗ. Так, В.М. Башина в своих работах критически оценила новые изменения в классификации аутизма, утвержденной ВОЗ в 1999 г. [28].

Отказ от клинико-нозологического подхода создал ситуацию неопределенности в оценке аутистических нарушений, с одной стороны, и выявил противоречие, заключавшееся в том, что клинические отличия между разными формами атипичных аутистических расстройств были относительными. Следствием нового подхода, по-видимому, оказались изменения показателей распространенности аутистических расстройств – резкое возрастание распространенности аутизма и снижение распространенности детской шизофрении. С целью уточнения сущности трактовки концепции аутизма у детей была сформулирована последняя классификация аутистических расстройств НЦПЗ, созданная в 2005 г. [7, 20, 27, 28, 30].

Систематика аутистически расстройств НЦПЗ (2005), создавалась, как и в прежние годы, на основе эволюционно-биологических и клинико-нозологических теоретических концепций А.В., 1972, А.Б. Смулевича, 1999, А.С. Тиганова, 1999 [28]. С учетом этих представлений были выделены эндогенный и неэндогенный виды аутизма. Эндогенный детский аутизм, в свою очередь, был подразделен на детский аутизм эволютивный, непроецессуальный, и процессуальный детский аутизм в связи с эндогенным психозом (приступами ранней детской шизофрении в периоде от 0 до 3 лет и от 3 до 6 лет). Неэндогенные формы аутизма включали атипичным его виды и, в свою очередь, были подразделены в зависимости от почвы, на которой они возникают, на генетические (хромосомные), обменные, органические группы атипичного аутизма. В отдельные рубрики были выделены синдромы Аспергера, Ретта, психогенный аутизм [9].

В целях дифференцирования разных форм аутизма была уточнена структура дизонтогенеза и симптомов аутизма у детей с детским аутизмом, атипичным аутизмом, психогенным аутизмом [4]. Наряду с психопатологическими аутистическими проявлениями были проанализированы показатели развития когнитивной, речевой, моторной, эмоциональной, игровой сфер деятельности ребенка в динамике возрастного развития. В результате были сделаны следующие выводы.

Основным диагностическим маркером детского аутизма эндогенного характера является дезинтегративный, диссоциированный тип дизонтогенеза. В соответствии с учением А.В. Снежневского [37], патогенетическая разница между слабоумием и психозом заключается в том, что деменция характеризуется стойким выпадением функций, а психоз – дезинтеграцией, т. е. обратимым нарушением психической деятельности. Именно в этом выступает различие дизонтогенеза в нозологически разных (эндогенных и неэндогенных) группах аутистических расстройств. Дезинтегративный процесс в круге детского аутизма не всегда обратим. Сходный тип дизонтогенеза, т. е. также дезинтегративный, диссоциированный наблюдается при атипичном аутизме в связи с перенесением психоза. В.М. Башина также отмечала, что при разных выделенных в классификации формах аутистических расстройств отмечаются разные типы дизонтогенезов (по существу, по этим критериям и проводится дифференциальный диагноз), однако аутистический синдром при всех этих синдромах объединяют общие фенотипические признаки расстройства: прежде всего, психические симптомы отрешения, погружение ребенка в себя, отгороженность от окружающей действительности, переход на стереотипные, примитивные формы поведения и деятельности вплоть до протопатических и более древних, архаических уровней во всех сферах.

Сочетание в преобладающем большинстве случаев атипичного аутизма разных по степени тяжести задержек психического развития с диссоциацией и дезинтеграцией в становлении отдельных сфер психической деятельности, как и в ряде форм атипичного аутизма (атипичного психоза), наличия позитивных психопатологических расстройств, поставило исследователей перед фактом необходимости применения комплексной фармакотерапии, включающей не только нейролептики, но и использование веществ с нейропротективным, нейротрофическим действием. Основная цель лечения этих больных – воздействие на психопатологические симптомы и связанные с ними нарушения поведения, а

также соматоневрологические проявления заболевания, стимуляция развития функциональных систем, когнитивных функций, речи, моторики, необходимых навыков или поддержание их сохранности, создание предпосылок к возможности обучения. В этих целях используется фармакотерапия (психо- и соматотропными средствами в сочетании с ноотропными средствами). Комплексный метод обязательно должен включать специфическую сенсорную стимуляцию анализаторов зрения, слуха, двигательной системы путем использования аппаратных воздействий и методов психологической, педагогической, логопедической коррекции (работой с логопедом, дефектологом, психологом). Фармакотерапия у больных с аутизмом показана при выраженной агрессивности, самоповреждающем поведении, гиперактивности, кататонических стереотипиях и расстройствах настроения. В этих случаях рекомендованы нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты и седативные препараты [29, 30].

Психотерапия при детском аутизме, по мнению медиков, а также психологов, является неотделимой частью многогранной, общей коррекционной работы и поэтому проводится различными специалистами в форме индивидуальной, семейной терапии. Оптимальный состав группы специалистов, осуществляющих лечение, психолого-педагогическую коррекцию детей-аутистов, должен включать детских психиатров, неврологов, логопедов, психологов, дефектологов, педагогов-воспитателей, сестер-воспитательниц, музыкальных терапевтов.

Коррекционная работа в целом может рассматриваться как реабилитация, охватывающая физиологически благоприятные для развития ребенка сроки – в периоде 2-7 лет. Коррекционные мероприятия необходимо продолжать и все последующие годы (8-18 лет), они должны заключаться в систематическом проведении педагогических и логопедических коррекционных занятий ежедневно в течение месяцев и лет, ибо только в этом случае может быть достигнута социальная адаптация больных.

Дальнейшие направления исследований, проводимые сотрудниками НЦПЗ, шли в ногу с мировыми научными достижениями: разработка комплексных медико-социальных мер, направленных на снижение инвалидности в связи с психической патологией, формирование психосоциальной гармонии и адаптации ребенка в социуме.

Также разрабатываются подходы к выявлению риска возникновения РАС у детей раннего возраста, ведется мультидисциплинарный поиск психологических и биологических маркеров (нейрофизиологических, нейроиммунологических и др.), которые с доказательных патогенетических позиций могут служить подтверждением диагноза, тяжести и активности текущего процесса и, главное, необходимости введения персонализированной психофармакотерапии на конкретном этапе течения болезни.

Разработка персонализированных, дифференцированных моделей и маршрутов ведения пациентов представляется очень важной и сложной задачей современной медицины. Маршрут абилитации/реабилитации не может ограничиваться только методами и способами воздействия, которыми располагают учреждения психиатрического профиля. Ведение пациентов с РАС должно основываться на системном подходе и межведомственном взаимодействии специа-

листов. Кроме того, необходимы психологическое сопровождение всей семьи, проведение просветительской работы с родственниками, психологическая поддержка людей, ухаживающих за ребенком с РАС.

Опираясь на результаты катамнестического наблюдения за пациентами с РАС, были разработаны 5 клиничко-социальных моделей ведения пациентов в соответствии с 5 анализируемыми формами аутизма (синдром Аспергера (СА), синдром Каннера (СК), детский психоз (ДП), атипичный аутизм синдромальный (ААС), атипичный детский психоз (АДП)), для которых имеются как общие, так и специфические рекомендации. Модели включают подробное клиническое описание симптомов, принципы диагностики, клиничко-возрастную динамику и маршрут ведения пациентов, предусматривающий разные терапевтические подходы с учетом особенностей модели [19, 27-30].

Исследования в различных областях выявили наличие атипичных отклонений на первом году жизни задолго до того, как бывает достоверно диагностирован РАС, что показывает необходимость использования междисциплинарных подходов для выяснения патофизиологических механизмов событий, которые приводят к РАС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аутизм ВОЗ, 2019. [интернет ресурс]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>.
2. Башина В.М., Пивоварова Г.Н. Клинические особенности депрессивных расстройств при приступообразной шизофрении у детей. — Ж. невропатол. и психиатр. 1972. Т. 72. Вып. 10. С. 1536-1541.
3. Башина В.М. О синдроме раннего детского аутизма Каннера // Ж. невропатол. и психиатр. 1974. Т. 74. Вып. 10. С. 1538-1542.
4. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения: (Статика и динамика). М.: Медицина, 1980. 248 с.
5. Башина В.М., Симашкова Н.В. Особенности речевых расстройств у больных с ранним детским аутизмом эндогенного генеза // Ж. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1990. Т. 90. Вып. 8. С. 60-65.
6. Башина В.М., Симашкова Н.В. К вопросу о восстановительной коррекции дефектных состояний у больных шизофренией детей // Ж. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1991. Т. 91. Вып. 8. С. 42-46.
7. Башина В.М. Аутизм в детстве. М.: Медицина, 1999. 236 с.
8. Башина В.М., Скворцов И.А. и др. Синдром Ретта и некоторые аспекты его лечения // Альманах «Исцеление». 2000. Вып. 3. С. 133-138.
9. Башина В.М. Общие нарушения психического развития. Атипичные аутистические расстройства // Детский аутизм: исследования и практика. С. 75-93.
10. Вроно М.Ш., Башина В.М. Синдром Каннера и детская шизофрения // Ж. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1975. Т. 75. Вып. 9. С. 1379-1383.
11. Ермолина Л.А., Сосюкало О.Д. Внешние и внутренние факторы в генезе психогенно-реактивных состояний у детей и подростков // Социальная и клиническая психиатрия. 1994. Т. 4. № 2. С. 27-30.
12. Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А. Когнитивный дизонтогенез при расстройствах аутистического спектра и эндогенной психической патологии у де-

тей и подростков // Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. 2016. 4 (2). С. 12-18.

13. Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В., Макушкин Е.В. Эпидемиология риска возникновения расстройств аутистического спектра у детей 16-24 месяцев жизни (данные по России за 2015-2016 гг.). Ж. невролог. и психиатр. им. С.С. Корсакова. Спец выпуски. 2018. Т. 118 (5). С. 12-19.

14. Каган В.Е. Аутизм у детей. Л.: Медицина, 1981. 208 с.

15. Каннер Л. Аутистические нарушения аффективного контакта (Перевод В.Е. Кагана) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2010 (10), №№ 1-2.

16. Красноперова М.Г. Клинические особенности раннего манифестного эндогенного психоза, приводящего к формированию детского аутизма // Психиатрия. 2003. 5. С.29-35.

17. Мнухин С.С., Зеленецкая А.Е., Исаев Д.Н. О синдроме «раннего детского аутизма» или синдроме Каннера у детей // Ж. невропатол и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1967. Т. 67.- № 10 С. 1501-1506/25. Rutter M. Psychological sequelae of brain damage in children. Am J Psychiatry. 1981 Dec;138(12):1533-44. doi: 10.1176/ajp.138.12.1533.

18. Морозов С.А., Морозова С.С. Клинико-психологическая структура аутизма: современный взгляд: научный доклад. М.: Дело, 2022. 62, с.: ил., табл. (Научные доклады / Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации; 7/22) (Социально-гуманитарные и философские исследования).

19. Никитина С.Г. Клинико-патогенетические аспекты дифференциации заболеваний детского возраста: детского аутизма и шизофрении (мультидисциплинарное исследование): автореф. дис... канд. мед. наук. М., 2021. 24 с.

20. Никитина С.Г., Коваль-Зайцев А.А., Балакирева Е.Е., Шушпанова О.В., Блинова Т.Е., Куликов А.В. Разнообразие и общность клинико-психопатологических проявлений аутизма и шизофрении в детском возрасте // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2022 (2). 115. С. 16-24.

21. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: пути помощи. М.: Теревинф, 1997. 341 с.

22. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. М.:Теревинф, 2007.

23. Никольская О. С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: пути помощи/<https://galinakirillova.ru/wp-content/uploads/2022/12/autichnyy-rebenok-puti-pomoschi.pdf>

24. Проселкова М.О. 1996. Особенности психического здоровья детей-сирот (возрастной и динамический аспекты): автореф. дис... канд. мед. наук. М., 1996. 25 с.

25. Психиатрия детского и подросткового возраста / под ред. К. Гиллберга и Л. Хеллгрена, рус. изд. под общ. ред. П.И. Сидорова; пер. со швед. Ю.А. Макковсевой. М.: ГЭОТАР-Мед, 2004. 544 с.

26. Расстройства аутистического спектра в первые годы жизни: исследования, оценка и лечение / составители К. Чаварска, Ф.Р. Волкмар; пер. с англий-

ского А. Комаринец. М.: Городец, 2022. 570 с.

27. Расстройства аутистического спектра у детей. Научно-практическое руководство / Н.В. Симашкова, Т.П. Ключник, Л.П. Якупова и др. / Под ред. Н.В. Симашковой. М.: Авторская академия, 2013. 263 с.

28. Руководство по психиатрии. Аутистические расстройства / Под ред. А.С. Тиганова. М.: «Медицина», 1999 Т. 2. С. 685-704.

29. Симашкова Н.В., Ключник Т.П., Якупова Л.П. Клинико-биологические подходы к диагностике и обоснованию персонализированной терапии у пациентов с расстройствами аутистического спектра // Психиатрия. 2018. № 2 (78). С. 17-24.

30. Симашкова Н.В., Макушкин Е.В., Иванов М.В., Балакирева Е.Е., Куликов А.В., Коваль-Зайцев, Лусс Л.А. Клинико-социальные модели ведения пациентов с расстройствами аутистического спектра // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2021. Т. 121. Вып. 6. С. 13-20.

31. Симашкова Н.В., Якупова Л.П. Злокачественные формы атипичного аутизма в детском возрасте // Детский аутизм: исследования и практика / Под ред. В.М. Башиной. М.: Изд. Центр психолого-медико-социального сопровождения, 2008. С. 94-124.

32. Симсон Т.П. Невропатии, психопатии и реактивные состояния младенческого возраста. Л.: Гос. мед. издат., 1929.

33. Сухарева Г.Е. Шизоидные психопатии в детском возрасте // Вопросы педологии и детской психоневрологии. Вып 2. М.1925. С. 157-187.

34. Фесенко Ю.А., Макаров И.В., Колесников И.А., Фесенко Е.Ю. Аутизм у детей: мифы, диагностика, коррекция. СПб.: Алеф-Пресс, 2020. 187 с.

35. Филиппова Ю.Ю. Воспалительный потенциал и дисрегуляция оси «микробиота кишечника – иммунная система – мозг» у детей с расстройствами аутистического спектра: дис... докт. биол. наук. Челябинск, 2022. 247 с.

36. Шевченко Ю.С. Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков / Под общей ред. Ю. С. Шевченко. СПб.: Речь, 2003. 552 с.

37. Шизофрения мультидисциплинарное исследование / Под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина, 1972. 399 с.

38. Юрьева О.П. Доманифестный период медленно текущей шизофрении у детей // Ж.. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1967, Т. 67. № 10. С. 1511—1515.

REFERENCES

1. Autizm VOZ, 2019. [internet resurs]. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/autism-spectrum-disorders>.

2. Bashina V.M., Pivovarova G.N. Klinicheskie osobennosti depressivny`kh rasstrojstv pri pristupoobraznoj shizofrenii u detej. — Zh.. nevropatol. i psikiatr. 1972. T. 72. Vy`p. 10. S. 1536-1541.

3. Bashina V.M. O sindrome rannego detskogo autizma Kanner'a // Zh. nevropatol. i psikiatr. 1974. T. 74. Vy`p. 10. S. 1538-1542.

4. Bashina V.M. Rannyya detskaya shizofreniya: (Statika i dinamika). M.: Mediczina, 1980. 248 s.

5. Bashina V.M., Simashkova N.V. Osobennosti rechevy`kh rasstrojstv u bol`ny`kh s rannim detskim autizmom e`ndogenno go geneza // Zh. nevropatol. i psikiatr. im. S.S. Korsakova. 1990. T. 90. Vy`p. 8. S. 60-65.

6. Bashina V.M., Simashkova N.V. K voprosu o vosstanovitel'noj korrekczii defektny'kh sostoyanij u bol'ny'kh shizofreniej detej // Zh. nevropatol. i psikiatr im. S.S. Korsakova. 1991. T. 91. Vy'p. 8. S. 42-46.
7. Bashina V.M.. Autizm v detstve. M.: Meditsina, 1999. 236 s.
8. Bashina V.M., Skvorcov I.A. i dr. Sindrom Retta i nekotory'e aspekty' ego lecheniya // Al'manakh «Isczelenie». 2000. Vy'p. 3. S. 133-138.
9. Bashina V.M. Obshhie narusheniya psikhicheskogo razvitiya. Atipichny'e autisticheskie rasstrojstva // Detskij autizm: issledovaniya i praktika. S. 75–93.
10. Vrono M.Sh., Bashina V.M. Sindrom Kanner i detskaya shizofreniya // Zh. nevropatol. i psikiatr. im. S.S. Korsakova. 1975. T. 75. Vy'p. 9. S. 1379-1383.
11. Ermolina L.A., Sosyukalo O.D. Vneshnie i vnutrennie faktory' v geneze psikhogenno-reaktivny'kh sostoyanij u detej i podrostkov // Soczial'naya i klinicheskaya psikiatriya. 1994. T. 4. # 2. C. 27-30.
12. Zvereva N.V., Koval'-Zajczev A.A. Kognitivny'j dizontogenez pri rasstrojstvakh autisticheskogo spektra i e'ndogennoj psikhicheskoy patologii u detej i podrostkov // Vestnik Soveta molody'kh ucheny'kh i speczialistov Chelyabinskoy oblasti. 2016. 4 (2). S. 12-18.
13. Ivanov M.V., Simashkova N.V., Kozlovskaya G.V., Makushkin E.V. E'pidemiologiya riska vozniknoveniya rasstrojstv autisticheskogo spektra u detej 16-24 mesyacev zhizni (dannye po Rossii za 2015-2016 gg.). Zh. nevrolog. i psikiatr. im. S.S. Korsakova. Specz vy'puski. 2018. T. 118 (5). S. 12-19.
14. Kagan V.E. Autizm u detej. L.: Meditsina, 1981. 208 s.
15. Kanner L. Autisticheskie narusheniya affektivnogo kontakta (Perevod V.E. Kagana) // Voprosy' psikhicheskogo zdorov'ya detej i podrostkov. 2010 (10), #1-2.
16. Krasnoperova M.G. Klinicheskie osobennosti rannego manifestnogo e'ndogen'nogo psikhoza, privodyashhego k formirovaniyu detskogo autizma // Psikiatriya. 2003. 5. S.29-35.
17. Mnukhin S.S., Zeleneczkaya A.E., Isaev D.N. O sindrome «rannego detskogo autizma» ili sindrome Kanner u detej // Zh. nevropatol i psikiatr. im. S.S. Korsakova. 1967. T. 67.- # 10 S. 1501-1506/25. Rutter M. Psychological sequelae of brain damage in children. Am J Psychiatry. 1981 Dec;138(12):1533-44. doi: 10.1176/ajp.138.12.1533.
18. Morozov S.A., Morozova S.S. Kliniko-psikhologicheskaya struktura autizma: sovremenny'j vzglyad: nauchny'j doklad. M.: Delo, 2022. 62, s.: il., tabl. (Nauchny'e doklady' / Rossijskaya akademiya narodnogo khozyajstva i gosudarstvennoj sluzhby' pri Prezidente Rossijskoj Federaczii; 7/22) (Soczial'no-gumanitarny'e i filosofskie issledovaniya).
19. Nikitina S.G. Kliniko-patogeneticheskie aspekty' differenciaczii zabolevanij detskogo vozrasta: detskogo autizma i shizofrenii (mul'tidisciplinarnoe issledovanie): avtoref. dis... kand. med. nauk. M., 2021. 24 s.
20. Nikitina S.G., Koval'-Zajczev A.A., Balakireva E.E., Shushpanova O.V., Blinova T.E., Kulikov A.V. Raznoobrazie i obshhnost' kliniko-psikhopatologicheskikh proyavlenij autizma i shizofrenii v detskom vozraste // Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii. 2022 (2). 115. S. 16-24.
21. Nikol'skaya O.S., Baenskaya E.R., Libling M.M. Autichny'j rebenok: puti

pomoshhi. M.: Terevinf, 1997. 341 s.

22. Nikol'skaya O.S., Baenskaya E.R., Libling M.M. Autichny`j rebenok. Puti pomoshhi. M.:Terevinf, 2007.

23. Nikol'skaya O. S., Baenskaya E.R., Libling M.M. Autichny`j rebenok: puti pomoshhi/<https://galinakirillova.ru/wp-content/uploads/2022/12/autichnyy-rebenok-puti-pomoschi.pdf>

24. Proselkova M.O. 1996. Osobennosti psikhicheskogo zdorov`ya detej-sirot (vozrastnoj i dinamicheskij aspekty`): avtoref. dis... kand. med. nauk. M., 1996. 25 s.

25. Psikhatriya detskogo i podrostkovogo vozrasta / pod red. K. Gillberga i L. Khellgrena, rus. izd. pod obshh. red. P.I. Sidorova; per. so shved. Yu.A. Makkoveevoy. M.: GE`OTAR-Med, 2004. 544 s.

26. Rasstrojstva autisticheskogo spektra v pervy`e gody` zhizni: issledovaniya, ocenka i lechenie / sostaviteli K. Chavarska, F.R. Volkmar; per. s anglijskogo A. Komarincz. M.: Gorodecz, 2022. 570 s.

27. Rasstrojstva autisticheskogo spektra u detej. Nauchno-prakticheskoe rukovodstvo / N.V. Simashkova, T.P. Klyushnik, L.P. Yakupova i dr. / Pod red. N.V. Simashkovoj. M.: Avtorskaya akademiya, 2013. 263 s.

28. Rukovodstvo po psikhatrii. Autisticheskie rasstrojstva / Pod red. A.S. Tiganova. M.: «Mediczina», 1999 T. 2. S. 685-704.

29. Simashkova N.V., Klyushnik T.P., Yakupova L.P. Kliniko-biologicheskie podkhody` k diagnostike i obosnovaniyu personalizirovannoj terapii u paczientov s rasstrojstvami autisticheskogo spektra // Psikhatriya. 2018. # 2 (78). S. 17-24.

30. Simashkova N.V., Makushkin E.V., Ivanov M.V., Balakireva E.E., Kulikov A.V., Koval`-Zajczev, Luss L.A. Kliniko-soczial`ny`e modeli vedeniya paczientov s rasstrojstvami autisticheskogo spektra // Zh. nevrol. i psikhiatr. im. S.S. Korsakova. 2021. T. 121. Vy`p. 6. S. 13-20.

31. Simashkova N.V., Yakupova L.P. Zlokachestvenny`e formy` atipichnogo autizma v detskom vozraste // Detskij autizm: issledovaniya i praktika / Pod red. V.M. Bashinoj. M.: Izd. Czentr psikhologo-mediko-soczial`nogo soprovozhdeniya, 2008. S. 94-124.

32. Simson T.P. Nevropatii, psikhopatii i reaktivny`e sostoyaniya mladencheskogo vozrasta. L.: Gos. med. izdat., 1929.

33. Sukhareva G.E. Shizoidny`e psikhopatii v detskom vozraste // Voprosy` pedologii i detskoj psikhonevrologii. Vy`p 2. M.1925. S. 157-187.

34. Fesenko Yu.A., Makarov I.V., Kolesnikov I.A., Fesenko E.Yu. Autizm u detej: mify`, diagnostika, korrekciya. SPb.: Alef-Press, 2020. 187 s.

35. Filippova Yu.Yu. Vospalitel`ny`j potenczial i disregulyacziya osi «mikrobiota kishechnika – immunnaya sistema – mozg» u detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra: dis... dokt. biol. nauk. Chelyabinsk, 2022. 247 s.: il.

36. Shevchenko Yu.S. Bikhevirol`no-kognitivnaya psikhoterapiya detej i podrostkov / Pod obshhej red. Yu. S. Shevchenko. SPb.: Rech`,2003. 552 s.

37. Shizofreniya mul`tidisciplinarnoe issledovanie / Pod red. A.V. Snezhnevskogo. M.: Mediczina, 1972. 399 s.

38. Yur`eva O.P. Domanifestny`j period medlenno tekushhej shizofrenii u detej // Zh.. nevropatol. i psikhiatr. im. S.S. Korsakova. 1967, T. 67. # 10. S. 1511—1515.

39. Allely CS, Gillberg C, Wilson P. Neurobiological Abnormalities in the First Few Years of Life in Individuals Later Diagnosed with Autism Spectrum Disorder: A Review of Recent Data. *Behav Neurol.* 2014; 2014: 210780. doi: 10.1155/2014/210780
40. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* 5th ed. American Psychiatric Association; Arlington VA, USA:2013.
41. Anthony EF. An aetiological approach to the diagnosis of psychosis in childhood. *Z Kinderpsychiatr.* 1958 Mar;25(1-2):89-96. PMID: 24544878
42. Asperger H; tr. and annot. Frith U. 'Autistic psychopathy' in childhood // *Autism and Asperger syndrome* / Frith U. — Cambridge University Press, 1991. — С. 37—92. — ISBN 0-521-38608-X.
43. Baio J, Wiggins L, Christensen DL, et al. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years: Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2014. *MMWR Surveill Summ.* 2018;67 (6):1-23 doi: 10.15585/mmwr. ss 6706a1.
44. Bartzokis G., Beckson M., Lu P.H., Nuechterlein K.H., Edwards N., Mintz J. Age-related changes in frontal and temporal lobe volumes in men: a magnetic resonance imaging study. *Arch Gen Psychiatry.* 2001; 58:461– 465.
45. Bleuler E. *Руководство по психиатрии.* Берлин, 1911 (1920).
46. Bettelheim B. *The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self.* 1972. 496 p.
47. Bölt S., Mahdi S., de Vries P.J., Granlund M., Robison J.E., Shulman C., Swedo S., Tonge B. Wong V., Zwaigenbaum L., et al. The Gestalt of functioning in autism spectrum disorder: Results of the international conference to develop final Consensus International Classification of Functioning, Disability and Health core sets. *Autism.* 2019; 23:449–467. doi:10.1177/1362361318755522.
48. Bougeard C, F. Picarel-Blanchot, Schmid R, Campbell R, Buitelaar J. Prevalence of Autism Spectrum Disorder and Co-morbidities in Children and Adolescents: A Systematic Literature Review. *Front Psychiatry* 2021 Oct 27; 12: 744709. doi: 10.3389/fpsyt.2021.744709 (Распространенность)
49. Faretra G. Lauretta Bender on autism: a review. *Child Psychiatry Hum Dev.* 1979 Winter;10(2):118-29. doi: 10.1007/BF01433504.
50. Gillberg CL. The Emanuel Miller Memorial Lecture 1991. Autism and autistic-like conditions: subclasses among disorders of empathy. *J Child Psychol Psychiatry.* 1992 Jul;33(5):813-42. doi: 10.1111/j.1469-7610.1992.tb01959.x.
51. Happé F., Frith U. Annual Research Review: Looking back to look forward—Changes in the concept of autism and implications for future research. *J Child Psychol. Psychiatry Allied Discip.* 2020;61: 218–232. doi:10.1111/jcpp.13176.
52. Hift E, Spiel W. Early diagnosis of autistic and schizophrenic conditions. *Monatsschr Kinderheilkd* (1902). 1968 Jun;116(6):328-9.
53. Honey K. Attention focuses on autism. *J Clin Invest.* May 1, 2008; 118(5): 1586–1587. doi: 10.1172/JCI35821
54. Jiang M, Lu T, Yang K, Li X, Zhang D, Li J, Wang L .Autism spectrum disorder research: knowledge mapping of progress and focus between 2011 and 2022.

2023; 14: 1096769.doi:10.3389/fpsy.2023.1096769

55. Jonsson U., Alaie I., Löfgren Wileus A., Zander E., Marschik P.B., Coghill D., Bölte S. Annual Research Review: Quality of life and childhood mental and behavioural disorders a critical review of the research. *J. Child Psychol. Psychiatry.* 2017;58: 439–469. doi:10.1111/jcpp.12645. /

56. Kanner L (1943). "Autistic disturbances of affective contact". *The Nervous Child.* 2 (4): 217–50.

57. Kouznetsova R, Angelopoulos P, Moulinos S, Dimakos I, Gourzis P, Jelastopulu E. Epidemiological Study of Autism Spectrum Disorders in Greece for 2021: Nationwide Prevalence in 2-17-Year-Old Children and Regional Disparities. *J Clin Med.* 2023 Mar 27;12 (7): 2510. doi: 10.3390/jcm12072510

58. Krevelen D.A. A case of early infantile autism. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1952 Jan 26;96(4):202-6.

59. Landa RJ, Gross AL, Stuart EA, Ashley Faherty A Developmental trajectories in children with and without autism spectrum disorders: the first 3 years. 2013 Mar-Apr;84(2):429-42. doi: 10.1111/j.1467-8624.2012.01870. x. Epub 2012 Oct 30.DOI: 10.1111/j.1467-8624.2012.01870.x

60. Lord C., Charman T., Havdahl A., Carbone P., Anagnostou E., Boyd B., Carr T., de Vries P.J., Dissanayake C., Divan G., et al. The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism. *Lancet.* 2021 doi:10.1016/S0140-6736(21)01541-5.

61. Lutz J. *Acta Paedopsychiatr.* 1968;35(4):160-77.

62. Maenner M.J., Shaw K.A., Baio J., Washington A., Patrick M., Di Rienzo M., Christensen D.L., Wiggins L.D., Pettygrove S., Andrews J.G., et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States. *MMWR Surveill. Summ.* 2020; 69:1–12. doi:10.15585/mmwr.ss6904a1.

63. Naarden Braun K., Christensen D., Doernberg N., Schieve L., Rice C., Wiggins L., Schendel D., Yeargin-Allsopp M. Trends in the prevalence of autism spectrum disorder, cerebral palsy, hearing loss, intellectual disability, and vision impairment, metropolitan Atlanta, 1991–2010. *PLoS ONE.* 2015;10: e 0124120. doi:10.1371/journal.pone.0124120.

64. Narzisi A. The Challenging Heterogeneity of Autism: Editorial for Brain Sciences Special Issue "Advances in Autism Research". *Brain Sci.* 2020 Dec 7;10(12):948. doi: 10.3390/brainsci10120948.

65. Nissen G. Classification of autistic syndromes in childhood. *Nervenarzt.* 1971 Jan;42(1):35-9.

66. Pierce K, Gazestani VH, Elizabeth Bacon E, Barnes CC, Cha D, Nalabolu S, Lopez L, Moore A, Stophaeros S.P., Eric Courchesne E. Evaluation of the Diagnostic Stability of the Early Autism Spectrum Disorder Phenotype in the General Population Starting at 12 Months. *JAMA Pediatr* 2019 Jun 1;173 (6):578 doi:10.1001/jamapediatrics.2019.0624.

67. Rimland B. Autism, stress, and ethology. *Science.* 1975 May 2;188(4187):401-2. doi: 10.1126/science.188.4187.401-a. DOI: 10.1126/science.188.4187.401-a.

68. Rutter M., Schopler E. Autism and pervasive developmental disorders: concepts and diagnostic issues. *J Autism Dev Disord.* 1987 Jun;17(2):159-86. doi: 10.1007/BF01495054
69. Rutter M. Incidence of autism spectrum disorders: Changes over time and their meaning. *Acta Paediatric* 2007; 94; 1:2-15.
70. Schopler E., Mesibov G.B. et al. Treatment outcome for autistic children and their families // P. Mittler (ed.) *Frontiers of knowledge in mental retardation.* Baltimore. University Park Press. 1981. Vol. 1. P. 293-302.
71. Short AB, Schopler E. Factors relating to age of onset in autism. *J Autism Dev Disord.* 1988 Jun;18(2):207-16. doi: 10.1007/BF02211947.
72. Wing L., Potter D. The epidemiology of autistic spectrum disorders: is the prevalence rising? *MRDD Research Reviews* 2002; 8; 3:151-161.
73. Woo E.J., Ball R., Landa R., Zimmerman A.W., Braun M.M. VAERS Working Group. Developmental regression and autism reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System. *Autism.* 2007 Jul; 11(4):301-10.
74. Yakovlev P.I., Lecours A.R. The myelogenetic cycles of regional maturation of the brain. In: Minkowski A, ed. *Regional Development of the Brain in Early Life.* Oxford, UK: Blackwell; 1967:3–70.
75. Zwaigenbaum L, Bryson S, Rogers T, Roberts W, Brian J, Szatmari P. Behavioral manifestations of autism in the first year of life. *Int J Dev neurosci.* 2005 Apr-May;23(2-3):143-52. doi: 10.1016/j.ijdevneu.2004.05.001.

M.A. Kalinina, E.E. Balakireva, G.V. Kozlovskaya, S.G. Nikitina, T.E. Blinova, O.V. Shushpanova, N.I. Golubeva, M.V. Ivanov, I.A. Margolina, N.V. Platonova, A.V. Kulikov, A.A. Koval-Zaitsev, N.S. Shalina

CHILDREN'S AUTISM – HISTORICAL ASPECTS AND NEW PERSPECTIVES

Mental Health Research Center (Moscow).

Summary. The article presents a review of domestic and foreign literature devoted to the development of ideas about the phenomenon of autistic disorders. The dynamics of scientific ideas is analyzed in accordance with the accumulation of new data about the clinic, course, prognosis. Attempts are made to identify differences in the literature between different variants of autistic disorders, depending on the typology of the early period of development.

Keywords: children, schizophrenia, autistic syndromes, Kanner syndrome, Asperger syndrome, early childhood autism, dysontogenesis.

УДК 159.99

Ю.Е. Куртанова, А.М. Щербакова, Ю.А. Бурдукова, Е.С. Зорина,
О.В. Белозерская, Н.С. Лыкова, В.Д. Щукина, А.А. Бриллиантова
**ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
В ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ (ОБЗОР)⁵**

Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Флагманская площадка проекта госпитальных школ России «УчимЗнаем», Институт возрастной физиологии Российской академии образования» (ФГБНУ «ИВФ РАО») (Москва).

Резюме. Психосоциальная реабилитация в детской онкологии является важным компонентом в комплексном лечении. В рамках данной статьи авторы рассматривают основные психологические и социальные проблемы, с которыми сталкиваются дети с онкологическими заболеваниями и их семьи, а также методы и подходы психосоциальной реабилитации в детской онкологии как в зарубежной, так и отечественной науке и практике. Цель данной статьи – повышение осведомленности о психосоциальной реабилитации детей с онкологическими заболеваниями и их семей, направленной на повышение качества их жизни и успешность социальной реинтеграции после продолжительного лечения.

Ключевые слова: психосоциальная реабилитация, детская онкология, онкопсихология, дети с онкологическими заболеваниями.

Введение. Онкологическое заболевание создает тяжелую кризисную жизненную ситуацию, которая требует от ребенка и его семьи значительных внешних и внутренних ресурсов противостояния болезни [11, 30, 37, 38, 39, 40].

Существуют определенные психосоциальные факторы, которые влияют на психологическое состояние ребенка с онкологическим заболеванием и его семьи, а также на возможности психосоциальной реабилитации в детской онкологии, которые можно разделить на две категории: макрофакторы и микрофакторы. Под макрофакторами понимается отношение общества и государства к детям с онкологическими заболеваниями. Современное понимание важности и необходимости психосоциальной реабилитации в детской онкологии связано с системой государственных мероприятий в области здравоохранения, образования и социальной защиты, направленных на оказание помощи на этапе лечения, а также после выписки из стационара с целью успешной социальной реинтеграции после длительного лечения. Под микрофакторами понимаются особенности отношения семьи, сверстников, учителей к детям с онкологическими заболеваниями. Зачастую усилия родителей и учителей сосредоточиваются только на сохранении здоровья ребенка, при этом на второй план уходят развитие личности ребенка, его образование и социализация. Онкологическое заболевание на-

⁵Исследование выполнено в рамках государственного задания Министерства просвещения РФ от 02.06.2023 № 073-00038-23-05 «Социальная и образовательная реинтеграция детей с онкологическими заболеваниями после продолжительного лечения».

рушает баланс взаимоотношений ребенка и его семьи во всех сферах социальной жизни. Появляется такая психосоциальная проблема, как «гонка со временем». Семья ребенка приходит к «гонке» в выборе онколога, медицинского учреждения, лечения, анализов [18, 21, 24, 33, 36].

Дети с онкологическими заболеваниями имеют ряд трудностей в области социальной адаптации, образования, коммуникации и социализации в целом по причине длительного лечения в медицинской организации с рядом ограничений из-за тяжелого соматического заболевания [5, 13]. Зачастую ребенок и его ближайший взрослый оказываются в обстановке изоляции, социальной отчужденности [14, 18, 24]. Такая ситуация осложняется финансовыми проблемами, которые возникают по причине необходимости медицинских обследований, покупки препаратов, переездов в другие города. При этом одному из родителей обычно приходится прекращать свою работу, чтобы находиться вместе с ребенком на длительной госпитализации, что осложняет социальное положение семьи ребенка с онкологическим заболеванием, а это, в свою очередь, приводит к эмоциональной нестабильности всех членов семьи [22, 23, 25, 29].

Для проведения мероприятий в рамках психосоциальной реабилитации важно учитывать уровень психического развития ребенка, его когнитивных функций, особенности детско-родительских отношений, эмоционального состояния ребенка и его ближайшего взрослого, особенности отношения к заболеванию, лечению и здоровью как у ребенка, так и у его родителей, а также диагноз, стадию онкологического заболевания, длительность лечения и госпитализации.

Проводить работу по реализации программ психосоциальной реабилитации в детской онкологии с учетом всех факторов должен психолог в сотрудничестве с социальными работниками, медицинским персоналом и педагогами.

Основная часть. К задачам психосоциальной реабилитации в детской онкологической клинике относят восстановление личностного и социального статуса, повышения качества жизни, создание психосоциальных условий для активного развития личности в новых условиях жизни.

Рассмотрим научный и практический опыт в области психосоциальной реабилитации в детской онкологии в разных странах.

В США практикуют различные программы психосоциальной помощи детям с онкологическими заболеваниями и их семьям. На стадии постановки диагноза психологом проводится психодиагностика ребенка с онкологическим заболеванием и его семьи с помощью клинической беседы, анализа анамнеза, шкалы тревоги и депрессии. В психокоррекционной работе онкопсихологи используют методы психокоррекции симптомов, когнитивно-поведенческую терапию, семейную психотерапию, арт-терапию, группы поддержки. Психологическая помощь оказывается в течение всего времени нахождения в стационаре и затем в течение года после выписки. Групповая форма арт-терапевтических занятий особенно показывает свою эффективность. Дети и их семьи обучаются психологическим методам саморегуляции, самоподдержки. После прохождения курса психосоциальной реабилитации психологи зачастую выявляют положительную динамику, которая выражается в значительном снижении уровня тре-

воги, эмоциональной напряженности [16, 17, 20, 28].

В Канаде в 2021 г. были опубликованы результаты пилотного психосоциального исследования в детской онкологии. Проведение психосоциального скрининга является стандартом оказания психологической помощи в детской онкологии в больницах Канады. В ходе психосоциального скрининга исследуется уровень тревоги, депрессии, нарушений сна среди пациентов. Но существует проблема использования этих данных в оказании психологической помощи после скрининга. Авторы данного исследования в пилотном проекте попытались расширить систему оценивания результатов оказания психологической помощи с целью повышения эффективности оказания психосоциальной помощи в детской онкологии. Результаты их исследования показали, что симптомы депрессии и тревоги снижаются, если рядом с ребенком с онкологическим заболеванием находится близкий человек, а также оказывается помощь специалистов в области психологической поддержки [12]. Также стоит отметить, что в Канаде в 2018 и 2019 гг. проводились исследования социальных возможностей детей с онкопатологией после выписки из медицинского учреждения, а именно возможности получения образования, устройства на работу и создания семьи. Авторы изучили 7021 клинический случай. Результаты показали, что большинство лиц, перенесших онкологическое заболевание в детском возрасте, получило только среднее общее образование, имело трудности с трудоустройством и созданием семьи. Такие результаты подтверждают актуальность исследований в области социальной и образовательной реинтеграции детей с онкологическими заболеваниями после длительного лечения [31, 32].

В Австралии активно развивается помощь специалистов в целях повышения успешности образовательной реинтеграции детей с онкологическими заболеваниями после длительного лечения. Психологи в детских онкологических клиниках проводят занятия с целью коррекции когнитивных нарушений и улучшения познавательных способностей у детей во время длительного лечения. Особенность данных психокоррекционных занятий состояла в том, что они проводились с помощью различных образовательных онлайн-сервисов, обучение проводилось на дому. Образовательные онлайн-платформы создавались Австралийским институтом здоровья и социального обеспечения. На дистанционных занятиях дети выполняли задания, направленные на развитие памяти, концентрации внимания, задачи по арифметике. Однако не всегда эти психокоррекционные занятия повышают академическую успеваемость после продолжительного лечения. Именно к такому выводу пришли исследователи из Австралии в 2018 г. Авторы описали факторы, от которых зависит эффективность программы реабилитации когнитивных функций: продолжительность химической терапии и лучевой терапии, академический опыт до госпитализации, а также продолжительность перерыва между занятиями. Авторы отмечают, что для успешной реабилитации когнитивных функций у детей с онкологическими заболеваниями во время длительного лечения важно соблюдение принципа ранней помощи. В данном исследовании дети начинали заниматься на онлайн-образовательных платформах после продолжительного перерыва в обучении.

В дальнейшем авторами планируются исследования с соблюдением принципа ранней помощи и оценки эффективности реабилитационных программ. [34].

В Иране и в Китае практикуются методы психодрамы и музыкальной терапии в групповой форме для детей с лейкемией в рамках психосоциальной реабилитации. [26, 35]

Групповая психодрама в детском возрасте эффективна в коррекции эмоциональных и поведенческих нарушений, но в медицинских учреждениях практически не проводится из-за неподходящих условий. Исследователи из Ирана собрали группу из 16 детей с лейкемией в возрасте 6-9 лет в качестве экспериментальной группы, а также 8 детей с лейкемией в возрасте 6-9 лет в качестве контрольной группы. С детьми из экспериментальной группы были проведены 8 сеансов групповой психодрамы в условиях медицинского учреждения, а дети из контрольной группы в занятиях не участвовали. Результаты данного исследования показали положительную динамику в адаптации детей из экспериментальной группы к своему заболеванию и длительному лечению. [26]

В 2022 г. исследователи из Китая опубликовали результаты исследования влияния музыкальной терапии на эмоциональное состояние детей с лейкемией в больнице при университете Сунь Ятсена. В исследовании участвовали 107 пациентов (47 участвовали в музыкальной терапии и 60 входили в контрольную группу). Две группы сравнивали по общей продолжительности катетеризации, использованию седативных средств и изменению уровня боли и эмоций до и после установки катетера. Результаты показали, что у детей экспериментальной группы значительно снизились показатели боли и улучшились показатели эмоционального состояния по сравнению с детьми контрольной группы [35].

Отдельно стоит рассмотреть опыт зарубежных специалистов в проведении программ психосоциальной реабилитации в условиях пандемии COVID-19.

В Италии психологи проводили занятия в рамках психосоциальной реабилитации в условиях пандемии COVID-19 с учетом правил социальной дистанции, ношения медицинских масок и перчаток, а также при помощи дистанционных технологий. В ходе занятий психологи пришли к выводу, что пандемия принесла дополнительные психосоциальные проблемы в жизнь детей с онкологическими заболеваниями и их семьей, а именно невозможность посещения больницы вторым родителем, невозможность выходить из палаты, приостановление очных занятий и различных групповых мероприятий в больнице. [15, 41]

В США в условиях пандемии COVID-19 помимо дистанционных занятий осуществлялась также дистанционная экстренная психологическая помощь семьям, потерявшим своего ребенка с онкологическим заболеванием из-за инфекции COVID-19. [19, 41]

В настоящее время в различных городах России осуществляется психологическое сопровождение детей с онкологическими заболеваниями.

Одна из первых психологических служб, специализирующихся на помощи детям с онкологическими заболеваниями, появилась в Москве в Российской детской клинической больнице в 2004-2005 гг. Особенностью работы психолога в детской онкологической клинике является возможность наблюдать за ребен-

ком и его отношениями с ближайшими взрослыми на протяжении всего времени госпитализации, а также оказывать им постоянную психологическую помощь, учитывая особую социальную ситуацию развития больного ребенка (высокий уровень неопределенности и рисков, изоляция, депривация) [9].

Также в Москве в НМИЦ ДГОИ им. Димы Рогачева клинические психологи реализуют психосоциальную реабилитацию с помощью художественной деятельности, смехотерапии, краткосрочной стратегической психотерапии (2-3 сеанса). С 2006 г. НМИЦ ДГОИ им. Димы Рогачева реализует зимний и летний лагерь в Московской обл. на базе реабилитационного центра «Русское поле» с целью успешной социальной интеграции детей и их семей после длительного лечения методами творческой деятельности [2].

В 2012 г. был создан фонд «Шередарь», посвятивший свою работу развитию детской реабилитации после перенесенных заболеваний. Фонд назван по имени реки Шередарь, которая протекает недалеко от места проведения программ, в поселке Сосновый Бор Владимирской обл. В мае 2015 г. там был открыт детский оздоровительно-реабилитационный центр «Шередарь» – уникальное пространство, доступное и безопасное для детей и подростков с любыми физическими ограничениями. Задача программ этого реабилитационного центра – в короткие сроки вернуть ребенку уверенность в своих силах и доверие к миру, показать, что он может гораздо больше, чем привык думать за время болезни. Для этого «Шередарь» применяет в своей работе методики, доказавшие свою эффективность в реабилитационных лагерях по всему миру. Программы фонда разработаны таким образом, чтобы вовлечь детей в процесс общения, помочь им расширить пределы собственных возможностей, повысить их самооценку. [8]

В Санкт-Петербурге в Центре психологической помощи «Радуга жизни» проводятся мероприятия в рамках социально-психологической реабилитации детей, перенесших онкологические заболевания, направленные на успешную адаптацию ребенка и его семьи после выписки из медицинского учреждения. Данная программа ведется в рамках проекта «Дети в ситуации онкологического заболевания: жизнь продолжается». Программа психосоциальной реабилитации включает групповые занятия с применением игровых психотехник. После прохождения реабилитационной программы у детей развиваются бытовые навыки, познавательная и творческая активность, эмпатия, повышается принятие собственных ограничений из-за проблем со здоровьем, что доказывает эффективность программы психосоциальной реабилитации [1].

В Перми в онкогематологическом центре им. Ф.П. Гааза с 2019 г. существует психологическая служба, деятельность которой направлена на адаптацию ребенка и его семьи к онкологическому заболеванию, длительному лечению, психологической подготовке к выписке из медицинского учреждения с помощью индивидуальных и групповых консультаций, работы с медицинским персоналом [3].

В Калининграде в Благотворительном фонде «Верю в чудо» с 2012 г. реализуется программа психосоциальной реабилитации. В Детской областной больнице Калининграда психологи проводят консультации для детей, перенес-

ших онкологическое заболевание, и их семей. Также психологи вместе с волонтерами организуют выездной реабилитационный лагерь «Мираклион», пребывание в котором длится пять дней на берегу Балтийского моря. Основная цель реабилитационного лагеря – социальная интеграция после длительного лечения. В условиях пандемии COVID-19 реабилитационный лагерь был организован в дистанционном формате. Для детей и их родителей предлагались видео-прогулки, онлайн-игры, медитации, группа поддержки [6].

С 2014 г. в России реализуется проект госпитальных школ России «Учим-Знаем», основной целью которого является обеспечение условий для реализации права на образование детей, которые находятся на длительном лечении в медицинских организациях [4,7]. Проект «УчимЗнаем» совместно с ФГБОУ ВО МГППУ проводит научное исследование на тему «Социальная и образовательная реинтеграция детей с онкологическими заболеваниями после продолжительного лечения». Целью исследования является повышение успешности реинтеграции в социум после продолжительного лечения детей младшего школьного возраста с онкологическими заболеваниями путем применения комплексной программы психологической реабилитации, направленной на развитие социальных навыков и снижение психической травматизации ребенка и ближайшего взрослого. В рамках проекта будут учитываться не только непосредственные результаты влияния проводимых мероприятий на психоэмоциональное состояние детей, находящихся на длительном лечении, но и результаты долгосрочного влияния программы психосоциальной реабилитации.

Заключение. Наличие онкологического заболевания у ребенка негативно влияет на его психоэмоциональное развитие и социальную адаптацию в детском возрасте. В настоящее время существует ряд разработанных программ психосоциальной реабилитации детей с онкологическими заболеваниями, цель которых - помочь повысить успешность их социальной реинтеграции после продолжительного лечения.

Учет опыта работы зарубежных и отечественных специалистов позволит разработать эффективную программу психосоциальной реабилитации и внедрить ее в практику работы педагогов-психологов госпитальных школ по всей России.

Работа психолога в детской онкологической клинике включает в себя ряд рабочих задач, которые нужно выполнить на этапе подготовки к проведению программы психосоциальной реабилитации, чтобы учесть все факторы: уточнение ожиданий семьи ребенка в отношении психологической помощи, понимание того, на какой стадии осознания и принятия заболевания находится ребенок и его семья, как ребенок и его семья реагируют на ситуацию заболевания и длительного лечения, и как они справляются с трудностями и эмоциональным напряжением. Все эти задачи выполняются в рамках психологического обследования ребенка и ближайшего взрослого, который находится с ребенком в медицинском учреждении.

Психолог в рамках консультаций после проведенной психодиагностики может порекомендовать способы снижения эмоционального напряжения и тревоги, помочь настроиться на выполнение медицинских процедур, подготовить-

ся к возможным изменениям в процессе лечения, порекомендовать то, как можно справиться с симптомами, обсудить как выстроить общение с близкими и новым окружением, укрепить уверенность в своих силах и себе, найти возможность для саморазвития и самореализации в новых жизненных условиях, снизить тревогу и страхи, порекомендовать родителям и врачам, как рассказать ребенку о заболевании и лечении.

Психосоциальная реабилитация в детской онкологии должна строиться на следующих принципах: начало психологической помощи в момент поступления ребенка в клинику; постоянство помощи психолога, включая этапы отмены терапии и возможного рецидива заболевания; обязательная психологическая работа с ближайшим взрослым ребенком; комплексность в работе с медицинским персоналом и педагогами; индивидуальность подхода [9].

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова О.В., Богданова Е.И. Социально-психологическая реабилитация детей, перенесших онкологическое заболевание, и их семей – на примере опыта работы АНО социальных услуг Центр психологической помощи «Радуга жизни». // Сборник тезисов «XII Всероссийского съезда онкопсихологов». М., 2020. С. 6-10.

2. Гусева М.А., Богданова Н.В., Цейтлин Г.Я. Реабилитационная лагерная программа в детской онкологии // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. 2011. № 10. С. 39-43

3. Зимина О.А., Кантеева В.М. Опыт работы психологической службы в детском онкогематологическом центре им Ф.П. Газа (г. Пермь). // Сборник тезисов «XIII Всероссийского съезда онкопсихологов». М., 2021. С. 13-15.

4. Зорина Е.С. Психолого-педагогическая практика в госпитальной школе: от первого знакомства до формирования дидактического портфеля // Педагогическое образование: история становления и векторы развития. Мат-лы международной научно-практ. конф. посвященной 100-летию открытия педагогического факультета при 2-м МГУ. М., 2022. С. 1419-1423

5. Куртанова Ю.Е., Бурдукова Ю.А., Щербакова А.М., Щукина В.Д., Иванова А.А. Социальная адаптация детей с онкологическими заболеваниями после продолжительного лечения [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2020. Т. 9. № 3. С. 127–138. DOI: 10.17759/jmfp.2020090312

6. Родина П.Е. Программа психолого-социальной реабилитации «Верю в Чудо» во время пандемии: вызовы и решения. // Сб. тезисов «XIII Всероссийского съезда онкопсихологов». М., 2021. С. 25-28.

7. Шариков С.В. Обучение детей с хроническими заболеваниями: обзор международной образовательной практики // Народное образование. 2023. № 1. URL: <https://narodnoe.org/journals/narodnoe-obrazovanie/2023-1>

8. Щербакова А.М., Тадевосян Н.Н. Реабилитационный эффект программы Therapeutic Recreation для её участников, перенесших онкологические и гематологические заболевания // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2018 (18). № 3. С. 62-75.

9. Хаин А.Е., Клипинина Н.В., Никольская Н.С., Орлов А.Б., Евдокимова М.А., Стефаненко Е.А., Кудрявицкий А.Р. Опыт создания и работы психологической службы в детской гематологии/онкологии // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 1. С.106–126.

10. Цейтлин Г.Я., Сидоренко Л.В., Володин Н.Н., Румянцев А.Г. Организация медицинской и психолого-социальной реабилитации детей и подростков с онкологическими и гематологическими заболеваниями // Российский журнал детской онкологии и гематологии. 2014. Т. 3. С. 59-65.

REFERENCES

1. Aleksandrova O.V., Bogdanova E.I. Soczial'no-psikhologicheskaya reabilitacziya detej, perenesshikh onkologicheskoe zabolevanie, i ikh semej – na primere opy'ta raboty` ANO soczial'ny'kh uslug Czentr psikhologicheskoy pomoshhi «Raduga zhizni». // Sbornik tezisov «XII Vserossijskogo s'ezda onkopsikhologov». M., 2020. S. 6-10.

2. Guseva M.A., Bogdanova N.V., Czejtlin G.Ya. Reabilitaczionnaya lagernaya programma v detskoj onkologii // Voprosy` gematologii/onkologii i immunopatologii v pediatrii. 2011. # 10. S. 39-43

3. Zimina O.A., Kanteeva V.M. Opy't raboty` psikhologicheskoy sluzhby` v detskom onkogematologicheskom centre im F.P. Gaaza (g. Perm`). // Sbornik tezisov «XIII Vserossijskogo s'ezda onkopsikhologov». M., 2021. S. 13-15.

4. Zorina E.S. Psikhologo-pedagogicheskaya praktika v gospi tal'noj shkole: ot pervogo znakomstva do formirovaniya didakticheskogo portfelya // Pedagogicheskoe obrazovanie: istoriya stanovleniya i vektory` razvitiya. Mat-ly` mezhdunarodnoj nauchno-prakt. konf. posvyashhennoj 100-letiyu otkry'tiya pedagogicheskogo fakul'teta pri 2-m MGU. M., 2022. S. 1419-1423

5. Kurtanova Yu.E., Burdukova Yu.A., Shherbakova A.M., Shhukina V.D., Ivanova A.A. Soczial'naya adaptacziya detej s onkologicheskimi zabolevanijami posle prodolzhitel'nogo lecheniya [E`lektronny`j resurs] // Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya. 2020. T. 9. # 3. S. 127–138. DOI: 10.17759/jmfp.2020090312

6. Rodina P.E. Programma psikhologo-soczial'noj reabilitaczii «Veryu v Chudo» vo vremya pandemii: vy`zovy` i resheniya. // Sb. tezisov «XIII Vserossijskogo s'ezda onkopsikhologov». M., 2021. S. 25-28.

7. Sharikov S.V. Obuchenie detej s khronicheskimi zabolevanijami: obzor mezhdunarodnoj obrazovatel'noj praktiki // Narodnoe obrazovanie. 2023. # 1. URL: <https://narodnoe.org/journals/narodnoe-obrazovanie/2023-1>

8. Shherbakova A.M., Tadevosyan N.N. Reabilitaczionny`j e`ffekt programmy` Therapeutic Recreation dlya eyo uchastnikov, perenesshikh onkologicheskije i gematologicheskije zabolevaniya // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2018 (18). # 3. S. 62-75.

9. Khain A.E., Klipinina N.V., Nikol'skaya N.S., Orlov A.B., Evdokimova M.A., Stefanenko E.A., Kudryaviczkiy A.R. Opy't sozdaniya i raboty` psikhologicheskoy sluzhby` v detskoj gematologii/onkologii // Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2014. Т. 22. # 1. S.106–126.

10. Czejtlin G.Ya., Sidorenko L.V., Volodin N.N., Rumyanczev A.G. Organizacziya mediczinskoj i psikhologo-soczial'noj reabilitaczii detej i podrostkov s onkologicheskimi i gematologicheskimi zabolevaniyami // Rossijskij zhurnal detskoj onkologii i gematologii. 2014. T. 3. S. 59-65.

11. Bakula D.M. The relationship between parent distress and child quality of life in pediatric cancer: A meta-analysis // Journal of pediatric nursing. 2020. Vol. 50. P. 14–19. DOI:10.1016/j.pedn.2019.09.024

12. Barrera M., Desjardins L., Prasad S., et al. Pilot randomized psychosocial trial of a screening intervention in pediatric oncology. Psychooncology. 2022; 31(5): 735- 744. <https://doi.org/10.1002/pon.5857>

13. Burns M.A., Fardell J.E., Wakefield C.E., Cohn R.J., Marshall G.M., Lum A., Ellis S.J., Donnan B., Walwyn T., Carter A., Barton B., Lah S. School and educational support programmes for paediatric oncology patients and survivors: A systematic review of evidence and recommendations for future research and practice. Psycho-Oncology, 2021, 30: 431-443. <https://doi.org/10.1002/pon.5606>

14. Chantziara S., Musoro J., Rowsell A.C., et al. Quality of life of long-term childhood acute lymphoblastic leukemia survivors: comparison with healthy controls. Psychooncology. 2022; 31(12): 2159-2168. <https://doi.org/10.1002/pon.6060>

15. Clerici C.A., Massimino M., Ferrari A. On the clinical psychologist's role in the time of COVID-19, with particular reference to experience gained in pediatric oncology. Psycho-Oncology. 2020; 29: 1374–1376. <https://doi.org/10.1002/pon.5418>

16. Frances M. L., Ellen H., Zahlis, M. E., Shands K. A., Griffith S. G., Shaft A., Kennedy R., Rice A. A pilot feasibility study of a group-delivered cancer parenting program: Enhancing Connections-Group, Journal of Psychosocial Oncology, 2021, 39:1, 1-16, DOI: 10.1080/07347332.2020.1745987

17. Guan T., Chapman M.V., Qanir Y., Song, L. Psychosocial interventions for siblings of children with cancer: A mixed methods systematic review. Psycho-Oncology, 2021, 30: 818-831. <https://doi.org/10.1002/pon.5684>

18. Herzog K., Schepper F., Kamm R., et al. Illness perceptions in patients and parents in paediatric oncology during acute treatment and follow-up care. Psychooncology. 2022; 31(6): 950- 959. <https://doi.org/10.1002/pon.5883>

19. Jones A., Anderst A., Harman J. The invisible barrier: Providing end of life support to pediatric oncology families during COVID-19, Journal of Psychosocial Oncology, 2021, 39:3, 313-315, DOI: 10.1080/07347332.2021.1902453

20. Juan S., Soraya C., Juan H. L., Paula T. M., Patricia L. Experience in the integration of a tale within the pediatric oncology environment // Journal of Psychosocial Oncology, 2023. DOI: 10.1080/07347332.2022.2163213

21. Keller M.C., King C., Leigh H., Engelke K., Needham A., Holden E., Foy K., Ruth L. The end of cancer treatment experience for children, adolescents, and their parents: A systematic review of the literature, Journal of Psychosocial Oncology, 2020, 38:5, 573-591, DOI: 10.1080/07347332.2020.1769795

22. Kenny M., Duffy K., Hilliard C., O'Rourke M., Fortune G., Smith O., Hynes G., Higgins A. 'It can be difficult to find the right words': Parents' needs when breaking news and communicating to children with cancer and their siblings, Journal of

Psychosocial Oncology, 2021, 39:4, 571-585, DOI: 10.1080/07347332.2021.1890305

23. Koutna V., Blatny M., Jelínek M. Posttraumatic stress and growth in childhood cancer survivors: Considering the pathways for relationship, Journal of Psychosocial Oncology, 39:1, 2021, 105-117, DOI: 10.1080/07347332.2020.1789907

24. Leandra D., Barrera M., Schulte F., Chung J., Danielle C., Laura J., Ute B., Downie A. Predicting social withdrawal, anxiety and depression symptoms in pediatric brain tumor survivors, Journal of Psychosocial Oncology, 2019, 37:1, 22-36, DOI: 10.1080/07347332.2018.1535531

25. Ilias I.V., Ktena Y., Athanasiadou A., Charmandari E., Moschovi M. Psychosocial adaptation of families with children newly diagnosed with cancer in the Greek population amidst the socioeconomic crisis // Journal of Psychosocial Oncology, 2023 DOI: 10.1080/07347332.2022.2160943

26. Mehdi P., Purrezaian H. Group psychodrama for children with leukemia: A brief report, Journal of Psychosocial Oncology, 40:1, 2022, 131-135, DOI: 10.1080/07347332.2021.1900484

27. Muriel AC. Pediatric psychosocial oncology in the COVID 19 era: Patterns of use, challenges, and lessons learned. Psycho-Oncology. 2020; 29: 1436– 1438. <https://doi.org/10.1002/pon.5491>

28. Peikert M.L., Inhestern L., Bergelt C. Psychosocial interventions for rehabilitation and reintegration into daily life of pediatric cancer survivors and their families: A systematic review. - PLoS 1, 13(4), 2018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196151>

29. Roser K., Erdmann F., Michel G., Winther J.F., Mader L. The impact of childhood cancer on parents' socio-economic situation—A systematic review. Psycho-Oncology. 2019; 28: 1207– 1226. <https://doi.org/10.1002/pon.5088>

30. Sharkey C.M., Hardy K.K., Gioia A., Weisman H., Walsh K. Suicidal ideation and executive functioning in pediatric cancer. Psychooncology. 2022; 31(5): 745-752. <https://doi.org/10.1002/pon.5858>

31. Schulte F. Social attainment in survivors of pediatric central nervous system tumors: a systematic review and meta-analysis from the Children's Oncology Group // Journal of Cancer Survivorship. 2019. Vol. 13. P. 921–931. DOI:10.1007/s11764-019-00808-3

32. Schulte F., Wurz A., Brooke R., Reynolds K., Douglas S., Deborah D. Social adjustment and repressive adaptive style in survivors of pediatric cancer // Journal of Psychosocial Oncology, 2018, 36:3, 274-286, DOI: 10.1080/07347332.2018.1431754

33. Sinclair S., Bouchal S.R., Schulte F., et al. Compassion in pediatric oncology: a patient, parent and healthcare provider empirical model. Psychooncology. 2021; 30(10): 1728- 1738. doi:10.1002/pon.5737

34. Susan M., Amanda D. The efficacy of cognitive interventions for improving cognitive performance and academic achievement in children after cancer treatment: A systematic review, Journal of Psychosocial Oncology, 2018, 36:2, 238-258, DOI: 10.1080/07347332.2017.1399954

35. Ting-Ting Zhang, Zhong F., Shu-Zhen Xu, Zheng-Yao Guo, Min Cai, Qiong Li, Yan-Lai Tang, Li-Wei Wang, Xi Chen, Li-Jun Tang, Zhi-Ying Li & Yun Wen.

The effects of music therapy on peripherally inserted central catheter in hospitalized children with leukemia, *Journal of Psychosocial Oncology*, 2023, 41:1, 76-86, DOI: 10.1080/07347332.2022.2044967

36. Tobin J., Jon-Patrick A., Rhona S., Jennifer B., Ann S., Joel E.M. Posttraumatic growth among childhood cancer survivors: Associations with ethnicity, acculturation, and religious service attendance, *Journal of Psychosocial Oncology*, 2018, 36:2, 175-188, DOI: 10.1080/07347332.2017.1365799

37. Tori H., Sherwood B., Deborah C., Wanda B. Memories of adult survivors of childhood cancer: Diagnosis, coping, and long-term influence of cancer, *Journal of Psychosocial Oncology*, 2022, 40:5, 652-665, DOI: 10.1080/07347332.2022.2032530

38. Vassileva S., Pangarso A.W.S., Mulatsih S., Sitaesmi M., Kaspers G., Mostert S. Unmet palliative care needs of a child with cancer in Indonesia. *Psychooncology*. 2023; 32(1): 170- 173. <https://doi.org/10.1002/pon.6002>

39. Wawrzynski S.E., Schaefer M.R., Schvaneveldt N., Alderfer M.A. Social support and siblings of children with cancer: a scoping review. *Psycho-Oncology*. 2021; 30(8): 1232– 1245. <https://doi.org/10.1002/pon.5689>

40. Young K., Bowers A., Bradford N. Families' experiences of child and adolescent brain tumor: a systematic review and synthesis of qualitative research. *Psychooncology*. 2021; 30(10): 1643- 1662. doi:10.1002/pon.5745

41. Zucchetti G., Bertolotti M., Fagioli F. How paediatric psycho-oncology is changing during the COVID-19 epidemic in Italy: New approaches. *Psycho-Oncology*. 2020; 29: 1384– 1386. <https://doi.org/10.1002/pon.5444>

**Yu.E. Kurtanova, A.M. Shcherbakova, Yu.A. Burdukova, E.S. Zorina,
O.V. Belozerskaya, N.S. Lykova, V.D. Shchukina, A.A. Brilliantova
PSYCHOSOCIAL REHABILITATION IN PEDIATRIC ONCOLOGY
(REVIEW)**

Moscow State University of Psychology & Education, «We Teach/They Learn» Project of Hospital Schools of Russia, Institute of Developmental Physiology of the Russian Academy of Education (Moscow).

Summary. Psychosocial rehabilitation in pediatric oncology is an important component in complex treatment. Within the framework of this article, the authors consider the main psychological and social problems faced by children with cancer and their families, as well as methods and approaches of psychosocial rehabilitation in pediatric oncology, both in foreign and domestic science and practice. The purpose of this article is to raise awareness of the psychosocial rehabilitation of children with cancer and their families, aimed at improving their quality of life and the success of social reintegration after long-term treatment.

Keywords: psychosocial rehabilitation, pediatric oncology, oncopsychology, children with cancer.

НЕКРОЛОГ

БОРИС ВАСИЛЬЕВИЧ ВОРОНКОВ

Школа детской психиатрии понесла большую утрату. 13 июня 2023 г. ушел из жизни известный ленинградский детский и подростковый психиатр, учитель детско-подростковой психиатрии, кандидат медицинских наук, доцент Борис Васильевич Воронков.

Б.В. Воронков родился в Ленинграде 7 июля 1939 г. В 1962 г. закончил Ленинградский педиатрический медицинский институт. Работал в Кемпи, а с 1963 г. на кафедре психиатрии Ленинградского педиатрического медицинского института, возглавляемой профессором С.С. Мнухиным. В 1971 г. Борис Васильевич защищает диссертацию на тему «О функциональном состоянии гипофизарно-надпочечниковой системы при некоторых

нервно-психических заболеваниях у детей». С 1985 г. Б.В. Воронков начинает работать в должности доцента на факультете усовершенствования врачей Ленинградского педиатрического медицинского института. С января 2003 г. доцент Воронков работает на кафедре психоневрологии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета. Много лет доцент Б.В. Воронков был постоянным консультантом ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина и Санкт-Петербургской Городской психиатрической больницы № 3 имени И.И. Скворцова-Степанова.

К нему приезжали учиться со всего Советского Союза, а в последующем – со всей России. С сотрудниками кафедры психиатрии Ленинградского педиатрического института каждый год он и сам выезжал на циклы по повышению квалификации во все уголки нашей необъятной страны. И везде его ждали, всюду приглашали, потому что у него было чему учиться – психиатрии, детской психиатрии, общению с пациентами и их родителями.

Дети и подростки – самая сложная категория пациентов. У высокообразованного, интеллигентного человека, с тонкой душевной организацией, тонким

чувством юмора, конечно же, было чему поучиться. Психиатрия – наука не только теоретическая, в первую очередь, – живая, подвижная, вплетенная в жизнь. Научиться психиатрии только по книжкам невозможно. Необходимо видеть пациентов, слушать и слышать то, что они говорят и как они говорят.

Этому и учились у Бориса Васильевича. Учились у него на клинических разборах в течение более чем 30 лет в 12 подростковом женском отделении в психиатрической больнице № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова и в СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина. На клинических разборах Борис Васильевич всегда просил высказывать свое мнение о пациенте всех присутствующих на разборе врачей. А если пациент оставался непонятным, его могли смотреть и 2, и 3 раза, и через неделю, и через две в «динамике». Клинические разборы Бориса Васильевича были динамичные, увлекательные. Он приводил примеры из литературы, которую он хорошо знал, цитировал классическую прозу, читал стихи, тонко, по-доброму шутил, и это все гармонично вживалось в серьезную работу над пациентом. Он «чувствовал больного».

Борис Васильевич был человек с великолепной интуицией. Мастер мгновенного анализа, он говорил про «дух» пациента. Ничто не ускользало от взгляда наблюдательного детского психиатра – ни то, как вошел пациент в кабинет врача, ни то, как поздоровался или посмотрелся в зеркало.

Борис Васильевич хорошо знал историю психиатрии, научные взгляды выдающихся отечественных и зарубежных психиатров. С большим уважением относился к трудам Груни Ефимовны Сухаревой, не было дня, чтобы он не вспомнил своего учителя Самуила Семенович Мнухина, который был для него учителем не только психиатрии. Профессора и ученика объединяло общее видение мира. С большим уважением и теплотой Борис Васильевич относился к коллегам. Часто вспоминал о бывшей заведующей 12 клиническим подростковым женским отделением Саре Ефимовне Гудис, прошедшей врачом Великую отечественную войну, с которой он начинал работать. Особенно высоко он ценил ее высокий профессионализм, умение организовать работу отделения, научить работать в отделении не только врачей, но и персонал.

Борис Васильевич любил свою работу, свою кафедру, он любил пациентов, любил людей, любил жизнь, был надежным наставником и другом. Казалось, что он рядом будет всегда, и всегда будет возможность задать вопрос, обменяться впечатлением о чем-либо, получить поддержку...

Знания и опыт Бориса Васильевича отражены в большом количестве его печатных работ, в числе которых статьи, главы в учебнике и в руководстве по детской психиатрии. Особого внимания заслуживают его лекции по психиатрии детского и подросткового возраста. Это его наследство. Читая их, слышишь живой голос Бориса Васильевича...

Не стало Бориса Васильевича... Это большая утрата. Но осталась в памяти незабываемая его добрая улыбка и с искоркой взгляд, остались его ученики, его книги, написанные красивым русским языком. Эти книги не только про психиатрию. И за это ему низкий поклон и безмерная благодарность, вечная память.

Коллеги

С именем этого человека связана судьба многих врачей, закончивших Ленинградский педиатрический институт, детских психиатров, проходивших обучение в интернатуре, повышавших квалификацию на кафедре детской психиатрии факультета усовершенствования врачей ЛПМИ (руководимого профессором Д.Н. Исаевым), врачам детской психиатрической больницы и подросткового отделения городской психиатрической больницы №3 им. Скворцова-Степанова, имевшим возможность консультировать своих сложных больных у доцента **Бориса Васильевича Воронкова**.

Для многих студентов встреча с этим замечательным человеком и, безусловно, выдающимся детским психиатром определила специализацию: так заразительно ярко и понятно проводил Борис Васильевич двухнедельные циклы, отведенные пятикурсникам на изучение основ психиатрии. Но и для тех, кто не стал психиатром, его занятия, семинары и лекции, всегда сопровождавшиеся случаями из практики, его беседы (именно беседы!) с пациентами на клинических разборах представляли уникальный пример уважительного отношения к больному, того, как глубокие знания и блестящая общая эрудиция, просто человеческое обаяние позволяют создать неповторимую непринужденную атмосферу удивительно доверительных отношений.

Беседы с душевнобольными, происходившее прикосновение к их измененной психической жизни, погружение в бездны их тайных своеобразных мыслей и переживаний завораживали и пугали студентов. Непонятное всегда вызывает тревогу, страх, нередко агрессию. На обсуждении пациента, неизменно уходившего после разговора с консультантом в лучшем состоянии, чем пришел, все заслуживались рассуждениями учителя, сумевшего понять и объяснить самые запутанные и неподдающиеся обычной логике мысли, чувства пациентов, рассуждать о происхождении и проявлениях симптомов, связанного с ними необычного поведения. Причем в этих рассуждениях не было ни капли холодного любопытства естествоиспытателя, превосходства, демонстративности. Речь Бориса Васильевича всегда была проникнута сочувствием и уважением к больному, в них отражались интерес к нему как к личности, горячее желание разобраться в его проблемах и помочь. Он акцентировал внимание не только на исследовании клинических симптомов и синдромов заболевания, но и придавал большое значение личностным характеристикам пациента, устанавливал связи между профилем личности и заболеванием, стимулировал участников клинического разбора к свободным, неформальным высказываниям своих диагностических гипотез.

Для родных и близких, для друзей, коллег, учеников, для пациентов утрата Бориса Васильевича Воронкова большое горе. Но он остался в нашей памяти, в наших сердцах. И у нас есть его замечательные книги, в которые автор вложил свою душу. Читая их, кажется, что слышишь его голос, его быструю речь, видишь его улыбку... Светлая память!

И.В. Добряков, Н.В. Александрова, С.Ю. Кутехова, Л.Н. Бизина, Л.В. Авдеева

**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: **УДК**, авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город.

6. Полному тексту предшествуют резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.

7. В конце статьи (после списка литературы) излагаются **на английском языке** авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город, резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.

8. **ВСЕ УПОМИНАЕМЫЕ В СТАТЬЕ АВТОРЫ** должны отражаться в пристатейном списке литературы. Ссылки на литературные источники в тексте даются цифрами (соответственно пристатейному списку) в квадратных скобках.

9. Список литературы оформляется **В АЛФАВИТНОМ ПОРЯДКЕ** соответственно требованиям 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 06.09.2023 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