

Департамент здравоохранения Тюменской области
ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница»
ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России
Ассоциация психиатров, психиатров-наркологов, психотерапевтов
и медицинских психологов Тюменской области
ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии» Минздрава России

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

*Областная научно-практическая
конференция специалистов
психиатрической службы*

Сборник статей

Тюмень, 10 апреля 2015

УДК [616.8 - 053]+364-57
ББК [57.336.14]:51.1.
М43

М43 Междисциплинарные подходы к реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами: сборник материалов областной научно-практической конференции специалистов психиатрической службы (Тюмень, 10 апреля 2015 г.) / Под ред. Т. В. Раевой, Е. В. Малининой, Е. В. Макушкина – Тюмень: Изд-во, 2015. – 110 с.

Рабочее совещание главных детских психиатров Уральского Федерального округа
Под научной редакцией
д. м. н. Т. В. Раевой, д. м. н. Е. В. Малининой, профессора, д. м. н. Е. В. Макушкина

Сборник содержит материалы областной научно-практической конференции врачей-психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов, а также совещания главных детских психиатров Уральского Федерального округа.

Конференция организована ГБУЗ ТО «Областной клинической психиатрической больницей», кафедрой психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, а также кафедрой психиатрии факультета дополнительного профессионального образования ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Публикуемые работы посвящены современным подходам и технологиям изучения и сохранения психического здоровья подрастающего поколения, вопросам организации междисциплинарного взаимодействия в решении приоритетных задач комплексной реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами.

Предназначен для широкого круга специалистов – детских и взрослых психиатров, психотерапевтов, а также медицинских психологов, социальных работников и других специалистов, работающих с детьми, страдающими психическими расстройствами.

Редакционный совет:

<i>Доктор медицинских наук</i>	Т. В. Раева
<i>Доктор медицинских наук</i>	Е. В. Малинина
<i>Доктор медицинских наук, профессор</i>	Е. В. Макушкин
<i>Главный врач ГБУЗ ТО «ОКПБ», главный психиатр департамента здравоохранения Тюменской области</i>	Е. В. Родяшин
<i>Главный детский психиатр департамента здравоохранения Тюменской области</i>	М. Г. Фомушкина

При перепечатке материалов ссылка на источник является обязательной. Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения автора публикуемых материалов.

ISBN

© Авторский коллектив, 2015

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В СТРУКТУРЕ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОДРОСТКОВ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

А. Н. ВОЛЧКОВА, А. В. КОЖИН

Тюмень, ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница»

В России возраст, с которого наступает уголовная ответственность, определен 16 годами (ч. 1 ст. 20 УК РФ), за наиболее тяжкие преступления возраст наступления уголовной ответственности снижен до 14 лет (ч. 2 ст. 20 УК РФ). Для всех подростков с криминальным поведением, не достигших 14 лет, уголовная ответственность не наступает и они не освидетельствуются судебно-психиатрической экспертизой. По данным РосСтата, в 2013 году число преступлений, совершенных несовершеннолетними или при их соучастии в РФ составило 67,2 тыс. Рассматривая процентное соотношение в зависимости от возраста, число правонарушителей-подростков в возрасте от 14 до 15 лет было 1,95% (19,7 тыс. человек), от 16 до 17 лет – 4% (41,0 тыс. человек). В январе 2015 года всего было выявлено лиц, совершивших правонарушения – 78,8 тыс., из них несовершеннолетних – 3,8 тыс., что составляет 4,8% (Росстат, по РФ). Согласно данным портала правовой статистики Генеральной прокуратуры РФ в Уральском ФО в 2014 году доля несовершеннолетних, среди всех лиц совершивших правонарушения составила 7,12%, в Тюменской области – 6,36%, что говорит о значительном увеличении доли подростков среди всех правонарушителей. В 2013 году в РФ только 36,2% несовершеннолетних правонарушителей были направлены на судебно-психиатрическую экспертизу. Из всех, направленных на СПЭ в Уральском ФО в были признаны ограниченно вменяемыми 9,0% несовершеннолетних, в Тюменской области – 4,7%, (по РФ – 4,7%), невменяемыми признаны по Уральскому ФО 6,3% несовершеннолетних, по Тюменской области – 7,6%, (по РФ-3,1%). (Мохонько А. Р., Муганцева Л. А., 2014). Таким образом, значительное число несовершеннолетних преступников были признаны нуждающимися в применении принудительных мер медицинского характера.

Целью исследования было изучение клинической структуры психических расстройств и реабилитационного потенциала у несовершеннолетних, направленных на принудительное лечение в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 77 пациентов в возрасте от 14 до 17 лет (включительно), проходившие принудительное лечение в ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница» на основании постановлений суда в период времени с января 2012 г. по март 2015 г. в 9 (экспертном отделении). Клинико-психопатологический метод

исследования дополнялся клинико-динамическим наблюдением, анализом историй болезни, проведенных судебно-психиатрических экспертиз.

Результаты. За последних 3,5 года было освидетельствовано в стационарных условиях комиссией врачей судебно-психиатрических экспертов 77 несовершеннолетних подозреваемых (обвиняемых), не содержащихся под стражей: в 2012 году 25% к общему числу экспертиз (112); в 2013 году – 19,7% к общему числу экспертиз (117) и в 2014 году – 19,9% к общему числу экспертиз (141). Среди статей, по которым подозревались (обвинялись) освидетельствованные несовершеннолетние на первом месте находились статьи против собственности (ст. 158-162 УК РФ): в 2012 году – 82%, в 2013 году – 78%, в 2014 году – 85,7%. На втором месте – статьи против здоровья и жизни граждан (105-119ст. УК РФ), в основном это была угроза убийством, причинение легкого и средней тяжести вреда здоровью: в 2012 году – 3 человека, в 2013 году – 2 человека, в 2014 году – 2 человека. Рассматривая структуру психических расстройств, выявленных во время судебно-психиатрической экспертизы у освидетельствованных несовершеннолетних, выявлено, что на первом месте по распространенности находилась умственная отсталость: в 2012 году – 39%, из них 7 человек рекомендовалось суду признать невменяемым; в 2013 году – 52%, из них 2 были невменяемы, в 2014 году – 35,7% , из них 4 – невменяемы. На втором месте было диагностировано органическое расстройство личности: в 2012 году – 32%, в 2013 году – 26%, в 2014 году – 35,7%. Все подэкспертные были признаны комиссией вменяемыми, либо ограничено вменяемыми. На третьем месте расположились психические расстройства шизофренического спектра: в 2012 году – 14%, в 2013 году – 8,7%, в 2014 году – 17,9%, всех подэкспертных рекомендовалось суду признать невменяемым.

За указанный промежуток времени в ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница» было пролечено 17 несовершеннолетних пациентов, помещенных в психиатрических стационар общего типа на принудительное лечение. Из них умственная отсталость была диагностирована у 82% пациентов, преимущественно легкой степени и у 18% пациентов была диагностирована шизофрения. Среди совершенных преступных деяний на первом месте оказались кражи и грабежи – 76,5% (12 больных с умственной отсталостью и 1 – с шизофренией), угроза убийством и причинение вреда здоровью вменялись в вину 3 пациентам (2 пациента с шизофренией и 1 с умственной отсталостью), и 1 пациент, страдающий умственной отсталостью, совершил преступление против половой неприкосновенности.

Согласно рекомендациям, разработанным ФГУ ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. Сербского, в лечебно-реабилитационном процессе, при проведении принудительного лечения, следует различать следующие периоды:

1) адаптационно-диагностический;

- 2) интенсивных лечебно-реабилитационных мероприятий;
- 3) стабилизации достигнутого эффекта;
- 4) заключительный (подготовка к выписке из стационара).

Данное разделение является весьма условным, возможны значительные отклонения от общей схемы. Продолжительность каждого из этапов индивидуальна для каждого пациента. Длительность пребывания пациентов на принудительном лечении в нашем исследовании составила от 6 месяцев (35%), и была более 1,5 лет у 47,5%, что обусловлено необходимостью длительной реабилитацией пациентов, профилактикой совершения повторных общественно-опасных действий, выработкой у большинства пациентов установки на трезвый образ жизни, необходимым решением социальных вопросов. Среди 17 пациентов у 9 не было аттестата об окончании программы 9 классов, из них 4 были признаны ПМПК необучаемыми, остальные 5 проходили обучение в школе при стационаре по коррекционной программе 8 вида 8 или 9 класса.

В качестве примера представляем пациента П., 1998 г. рожд., проходящего принудительное лечение в нашем стационаре с диагнозом «Умственная отсталость легкой степени», за совершение преступления, предусмотренного п. «б» ч. 4 ст. 132 УК РФ. В настоящее время срок принудительного лечения составил для него 1,5 года (с 09. 2013г.) и он находится на этапе перехода в заключительный этап лечебно-реабилитационных мероприятий. В момент поступления на стационарное лечение у пациента были утрачены социальные связи, он был заочно отчислен из школы и остался без попечения родителей, в клинической картине выявлялись выраженные эмоционально-волевые, поведенческие нарушения. В отделении пациенту была определена группа инвалидности, восстановлена связь с родными (сестрой оформляется опекуновство). Пациент также был вновь зачислен в школу и в течение всего периода лечения посещал занятия, в данном году заканчивает программу 9 класса (коррекционная программа 8 вида) с последующей сдачей экзаменов и получением аттестата.

Таким образом, среди несовершеннолетних, совершивших правонарушения, наиболее часто встречаются лица, страдающие умственной отсталостью. Более половины правонарушений, совершенных указанными лицами, составляют преступления против собственности. Лечебно-реабилитационные мероприятия для несовершеннолетних, проходящих принудительное лечение, связаны с решением вопросов социальной адаптации, таких как обучение пациента в школе, выработки установки на получение профессионального образования с последующим рациональным трудоустройством, установление опеки и попечительства над несовершеннолетним при отсутствии семьи, либо определение его в учреждение социального обслуживания для детей.

РОДИТЕЛЬСКИЙ КОНФЛИКТ И ЕГО СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

В. В. ГРИНЬ, Н. Н. СПАДЕРОВА

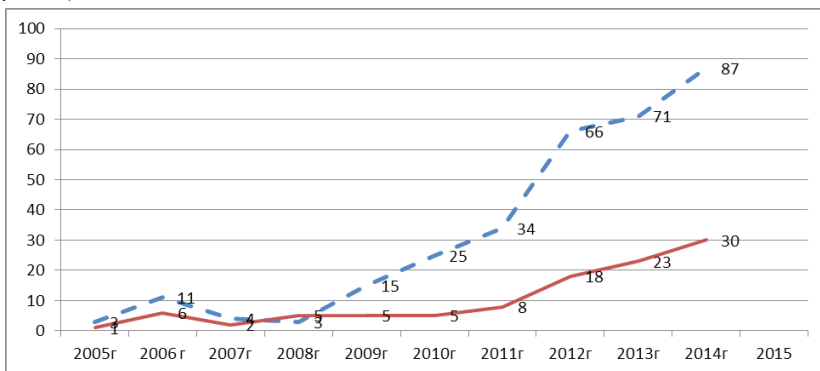
Тюмень, ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница»

Актуальность. В России ежегодно распадается почти 80% браков, более 600 тыс. детей переживают развод родителей (Сафуанова Ф. С., Харитоновна Н. К., 2011). Ситуация развода во всех случаях затрагивает интересы ребенка и отражается на его психическом состоянии и развитии. В последнее десятилетие наблюдается рост судебных исков о порядке и месте проживания, порядке общения, воспитания детей отдельно проживающими родителями. Согласно действующему «Семейному Кодексу Российской Федерации» место жительства ребенка при раздельном проживании родителей и отсутствии соглашения между ними определяется судом «исходя из интересов ребенка и с учетом мнения детей» (ч. 3 ст. 65 СК РФ). Под интересами детей понимается – «обеспечение условий, необходимых для его полноценного физического, психического и духовного развития». В связи с данными правовыми условиями возникает необходимость выявить интересы ребенка не только бытовые, материальные, но и обстоятельства, имеющие психологическое и клинико-психопатологическое значение (мотивы поведения, особенности личных отношений, индивидуально-личностные особенности и т. д.), что и определяет целесообразность участия в споре как психиатров, так и психологов, а также проведение комплексных экспертиз. Предметом комплексной психолого-психиатрической экспертизы в судебных спорах является выявление имеющего правовое значение вреда психическому здоровью и психическому развитию ребенка вследствие его проживания (общения) с одним из родителей, задачей же – выработка прогностической оценки психического развития.

Цель исследования. Анализ комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз по родительским спорам, проведенных в отделении амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз за последние 10 лет.

Материалы и методы. В отделении амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз в ГБУЗ ТО «Областной клинической психиатрической больнице» за период с 2005 по 2015 годы проведены 331 экспертиза по родительским спорам. Всего в экспертизе участвовало 108 семей, из них отцов – 91, матерей – 88, детей – 112, бабушек и дедушек – 25, новых супругов – 15. Использовались клинико-психопатологические методы исследования: наблюдение, клиническая беседа, патопсихологическое исследование, изучение первичной медицинской документации.

Результаты и их обсуждение. По данным проведенного исследования в Тюменской области отмечается неуклонный рост количества комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз по родительским спорам (рис. 1).



Пунктирная линия – количество экспертиз

Сплошная линия – количество семей

Рис 1. Количество комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз и семей, участвовавших с них в период с 2005 по 2015 годы

Так, в 2005 году были проведены 3 экспертизы, в 2006 – 11 экспертиз, в 2008 – 4 экспертизы, в 2009 году – 15, в 2010 году – 25 экспертиз, в 2011 – 34. Начиная с 2012 года, отмечен резкий рост количества экспертиз, который составил в 2012 – 66, в 2013 – 71, в 2014 – 87. Уже за первые два месяца текущего 2015 года проведены 10 экспертиз (5 семей). Пропорционально увеличивается и количество семей от 1 в 2005 году, до 30 в 2014. За период исследования вторично проходили экспертное исследование 6 семей, что было связано с новым родительским спором или его расширением (привлекались новые члены семей). В 15 семьях оспаривались права на воспитание двух и более детей.

Родительский спор чаще возникал в семьях, где оба родителя или один родитель имели высшее образование (22% и 29,6% соответственно). 25% родителей имели средне-специальное образование, лица со школьным образованием практически не участвуют в такого рода спорах (1,8%). 80% споров являлись встречными, типовыми были ситуации, когда один из родителей считал, что второй либо страдает психическим расстройством, либо обладает такими особенностями личности, которые оказывают негативное влияние на развитие ребенка. Для обследованных отцов были характерны следующие особенности личности: скрытые агрессивные тенденции и импульсивность обнаружены в 53%, эгоцентричность и демонстративность –

в 48%, дисгармоничная структура личности – в 28,5%, черты эмоциональной неустойчивости – в 19,7%. У 7 % обследованных родителей (отца, матери) обнаружено хроническое психическое расстройство. У матерей были диагностированы в личностном плане повышенная тревожность (42%), конфликтность (38,6%), эмоциональная лабильность (32%), неустойчивость самооценки (29,5%) и эгоцентричность (14,7%). Дисгармоничный тип личности был выявлен у 16% матерей. У обоих родителей отмечался высокий уровень потребности в социальной приемлемости (гиперсоциальные установки) (41,7 % мужчин и 77,2% женщин), а также вынесение родительского конфликта в сферу детско-родительских отношений (16,4% и 20,4% соответственно). Среди бабушек и дедушек гиперсоциальные установки наблюдались в 100%, тревожность – в 76%, эмоциональный дисбаланс – в 36%. Среди новых супругов напротив гиперсоциальные установки и неустойчивость самооценки установлены в 46% случаев. Такие черты гармоничной личностной структуры, как конформность, коммуникабельность, гомономность во всех группах встречались крайне редко (от 5,6 до 12% у различных групп). У обследованных взрослых гармоничные типы воспитания были обнаружены всего у 30% матерей и 46% отцов, при этом у бабушек и дедушек в отличие от общепринятого мнения в 68% случаев. У новых супругов спорящих родителей гармоничные стили воспитания составили 26%, при чем среди патологических типов недифференцированный тип воспитания составил в этой группе 33%.

У 44,6% детей были выявлены психические расстройства, при чем достоверно установлена связь изменения психического состояния до уровня развития психических нарушений в связи с родительскими спором у 26%. В 28% был диагностирован резидуально-органический регистр с эмоционально-волевыми нарушениями, с невротическими включениями – 13,5% детей, задержки психического развития, в том числе связанном с ненадлежащим воспитанием – 48,6%. Среди индивидуально-личностных особенностей формально здоровых детей на первый план выходили: эмоциональная неустойчивость (51%), тревожность (48,2%), неустойчивость самооценки (32%), потребность в любви (27,6%), амбивалентность чувств (24%), обидчивость (21%), чувствительность к оценкам окружающих (17,8%), импульсивность и скрытая агрессивность (17%). Кроме того, в текущем эмоциональном состоянии были обнаружены: эмоциональный дисбаланс (11,6%), защитные тенденции (10,7%), повышенная ранимость (9,8%), нарушения связи с реальностью (9%), избирательность в общении (8,9%), замкнутость (7%), реакции отождествления себя с одним из родителей (2,6%).

Родительский конфликт в ситуации развода является нормой. В последующем происходит нормализация отношений и около 25-30% родителей

способны сотрудничать в выполнении родительских обязанностей, но в тоже время у 8-12 % семей через 2-3 года после развода уровень конфликта остается высоким и родители не могут прийти к соглашению о порядке общения и воспитания детей. Именно в этих случаях начинаются «судебные войны». Анализ проведенных экспертиз показал неспособность родителей достичь соглашения в родительском споре, что в большей степени определялось их личностными особенностями. Без сомнений, проживание с депрессивно-тревожным, личностно расстроенным родителем являлось для ребенка фактором риска и ассоциировалось с эмоциональными нарушениями, социальной и академической неуспешностью. Любовь, эмоциональная поддержка, правильный присмотр, авторитетная дисциплина, соответствующая возрасту и особенностям ребенка обеспечивали лучшую адаптацию к изменению семейной ситуации в сравнении с менее поддерживающими, менее внимательными, менее последовательными в дисциплинарных требованиях родителями.

При оценке возможного вреда психическому здоровью и психическому развитию ребенка вследствие его проживания (общения) с одним из родителей учитывались все кластеры факторов (наличие психического расстройств, индивидуально-личностные особенности, нарушение родительской позиции и патологический стиль воспитания) как совместно проживающего с ребенком родителя, так и отдельно живущего родителя с оценкой степени влияния на психологические особенности. Следует отметить, что прямой ответ на вопросы с кем должен проживать ребенок является выходом за пределы компетенции экспертов и относится к прерогативе суда. К сожалению, в настоящее время отсутствует единая система подхода выбора методик и интерпретации полученных данных исследования, что не всегда позволяет дать оценку психического состояния с достаточной для суда системой доказательств.

Выводы. В настоящее время практика требует научно обоснованных рекомендаций и высокой подготовки специалистов психологов и психиатров при проведении комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз по родительским спорам, т. к. недостаточная компетентность может привести к судебным ошибкам и тем самым нанести непоправимый вред объекту судебного спора – ребенку. Проведенное исследование показало глубокое влияние родительского конфликта на психическое состояние детей, высокую невротизацию здоровых до конфликта детей, искажением формирования личности у детей с резидуально-органической патологией и необходимость проведения тщательного и компетентного подхода к оценке как текущего состояния, так и прогностической оценки будущего.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К УХОДАМ ИЗ ДОМА И БРОДЯЖНИЧЕСТВУ

А. В. ДВОРНИКОВ, В. Ю. ТЕМЕРЕВА

Тюмень, ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница»

Уходы из дома и бродяжничество являются наиболее социально-значимыми проявлениями психических заболеваний у детей и подростков. В результате уходов из дома дети попадают в группы риска по инфекционным заболеваниям, участию в правонарушениях, употреблению алкоголя и наркотиков. Особенно высок риск ранней беременности, вовлечения в проституцию для девочек-подростков.

Целью исследования явилась социально-психологическая характеристика девочек-подростков с различной психической патологией, склонных к бродяжничеству и уходам из дома.

Материал и методы исследования. Обследовано 21 девочка-подросток в возрасте от 13 до 16 лет, находившихся на стационарном лечении в детском отделении ГБУЗ ТО ОКПБ с 2014 по 2015 гг. Критерием включения явилось наличие синдрома уходов и бродяжничества. 76,2% девочек были госпитализированы с диагнозом «Резидуально-органическое поражение головного мозга» (F07.07), 14,3% – с диагнозом «Умственная отсталость легкая» (F70.18), 9,5% – с «Социализированным расстройством поведения» (F91.2). Применялся клиничко-психопатологический метод, структурированное клиническое интервью, использовались также данные психологического обследования, инструментальных методов исследования (ЭЭГ, ЭхоЭС).

Результаты исследования. Первый эпизод ухода из дома у обследованных девочек варьирует от десятилетнего до шестнадцатилетнего возраста. Причины ухода они называли конфликт с родителями (42,9%), уход с друзьями (19,0%, «загулялась и боялась вернуться») и алкоголизацию (14,3%). 4,8% девочек отмечали спонтанность ухода, а также уход после совершения кражи из дома. 14,3% пациентов затруднились назвать причину ухода из дома. Продолжительность первого ухода составила от одних суток до двух недель в двух случаях. На вопрос о времяпрепровождении 66,7% подростков ответили, что гуляли с друзьями, 28,6% употребляли алкоголь, 1 девочка (4,7%) уехала в другой город. Они ночевали в основном у друзей (71,4%), 1 пациентка сказала, что ночевала у учительницы, 1 – что вообще не спала. Противоправные действия во время первого эпизода отрицают 95,2% подростков, одна украла деньги у родителей. Все девочки в дальнейшем неоднократно уходили из дома, при этом отмечалось изменение причин ухода: 52,4% называли конфликты с родителями, 33,3% – влияние друзей, 14,3% – уходили спонтанно. Отмечается

также уменьшение поводов для последующих уходов. Во время уходов время также проводили с друзьями 85,7 %, 14,3% девочек уходили к родственникам. Также они отмечали изменения самочувствия перед уходом: раздражительность (23,8%), колебания настроения (19,0%), утрату интересов и нарушения сна (по 4,8%). 52,4% подростков состояли на учете в комнате детского наблюдения в полиции в связи с уходами из дома и правонарушениями. Наличие постоянной компании, с которой проводят время, отмечали 66,7% обследованных. При этом 52,4% проводили время в основном с ребятами старшего возраста, 14,3 % – с погодками, у 33,3 % был разный возрастной состав друзей. Наследственная отягощенность психической патологией отмечалась в большинстве случаев (71,4%): алкоголизация родителей (61,9%), наркомания у одного из родителей (4,8%), умственная отсталость (4,8%).

В полной семье с родными матерью и отцом проживала только одна девочка. В 23,8% случаев один из родителей умер, в 33,3% случаев родители были в разводе, в 23,8% был зарегистрирован новый брак. 23,8% детей проживали в приемных семьях, 14,3% – в детском доме-интернате. Из девочек, проживающих в семье, 61,9% оценивают отношения в семье как конфликтные, и только 38,1% – как хорошие, по типу воспитания преобладала гипоопека (52,4%).

85,7% подростков учились по программе общеобразовательной школы, 14,3% – по программе коррекционной школы VIII вида. В школе на «удовлетворительно» успевали 66,7% девочек, на «хорошо» – только 33,3%. Наличие интереса к учебе отмечали лишь 14,3% подростков.

47,6% подростков живут половой жизнью, средний срок ее начала – 13 лет, в одном случае был диагностирован трихомониаз, у одного девочки-подростка в анамнезе был аборт и эрозия шейки матки.

У многих девочек отмечался органический фон: 47,6% имели в анамнезе перинатальную патологию (гестоз, преждевременные роды, длительный безводный период в родах), 23,8% – ЧМТ. Жалобы на частые головные боли предъявляли 57,1% обследованных, на метеолабильность – 28,6%. В анамнезе сногворение отмечалось у 38,1%, снохождение – у 19,0%. У невролога в течение жизни наблюдались 33,3% девочек. По результатам инструментальных исследований: признаки внутричерепной гипертензии определялись у 38,1% больных, по ЭЭГ признаки повышенной судорожной готовности – в 19,0%, в 14,3% случаев выявлен эпилептиформный очаг.

По результатам медико-психологического обследования у 14,3% пациентов выявлено снижение интеллекта, IQ ниже 70, у 66,7% – снижение уровня обобщения за счет привлечения конкретных признаков, у 42,9% – снижение критических возможностей, у 61,9% – снижение концентрации активного внимания. В личностной сфере преобладали такие качества, как эмоциональная неустойчивость, раздражительность, импульсивность, склонность

к эмоциональным вспышкам (47,6 %). В 66,7% случаях отмечено ослабление мотивационно-волевого компонента познавательной деятельности, в 52,4% – снижение критических возможностей.

Употребление алкоголя отрицали только 23,8% подростков, у остальных в структуре потребления преобладало пиво (52,4%), «Ягуар» (23,8%), также они употребляли джин-тоник и водку (по 14,3%). Одна девочка находилась на лечение с диагнозом: «Пагубное употребление алкоголя». Курят 95,2% девочек, средний возраст начала курения – 12 лет, самый ранний – 6 лет. Из прочих ПАВ отмечено вдыхание паров бензина (9,5%), курение спайса (9,5%). В 9,5% случаев отмечена угроза суицида, в 14,3% – суицидальные попытки (самопорезы), причиной суицидальных попыток явились конфликты со сверстниками и взрослыми.

Выводы. Начало уходов из дома у девочек-подростков было часто связано с микросоциально-педагогической запущенностью, представленностью самим себе и конфликтами в семье. Впоследствии уходы из дома могли приобретать характер стандартной реакции на стрессовые ситуации. Таким образом, для профилактики бродяжничества необходима более активная психологическая и психотерапевтическая работа с детьми и их семьями. При недостаточной профилактической работе возможно углубление нарушений поведения с последующим вовлечением в криминальную среду, развитие алкоголизма и наркомании, риска заражения инфекционными и венерическими заболеваниями.

АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Н. Н. ЕРМИЛОВА¹, Л. В. ХОВРИНА¹, И. Г. СОБОЛЕВА¹, Н. И. ПЛОТНИКОВА²

Курган, КГУ «Курганская областная психоневрологическая больница»¹

Курган, ФГУ Психиатрическое бюро МСЭ по Курганской области²

Детское население, включая подростков, Курганской области 197 972 ч. Проблема психических расстройств в настоящее время весьма актуальна, так как они существенно дезадаптируют пациентов, ведут к социальной недостаточности. Для детской психиатрии и особенно для МСЭ детей и подростков важно, что у 31% больных заболевание возникает в возрасте до 10 лет, а до 20 лет еще у 29%. Около 50% из них со временем становятся инвалидами, причем у половины ограничение жизнедеятельности достигает 2 степени. (Р. М. Войтенко, 2002 г.).

По результатам МСЭ психиатрического бюро Курганской области, всего освидетельствовано на установление инвалидности в 2010г – 123, 2011г – 109, 2012г – 109, 2014г – 129. Из представленных на МСЭ детей, инвалидность устанавливается от 91,9% в 2010 г. и 98,2% в 2013 г.

По структуре первичной детской инвалидности по классам болезней МКБ-10, психические расстройства и расстройства поведения составляли 21%, врожденные аномалии и пороки развития – 21,1%

Ранговые места субъектов Уральского Федерального округа по уровню психических расстройств составили: Уральский Федеральный округ – 6,3, Курганская область – 6,2, на 1 месте Тюменская область – 10,6, на 2 месте Челябинская область – 7,5.

Структура первичной детской инвалидности по классам болезни МКБ – 10 в 2010-2014гг в %, ведущее место занимает умственная отсталость F70-79, 45% – 2012г, в 2011 – 57%, в 2014г – 47%. Расстройства психологического развития F80-89 в 2010г. – 36%, в 2014г – 32%, шизофрения 4-5%, органические психические расстройства F00-09 от 8% – 2010г до 19% -2014г.

Структура первичной инвалидности городского и сельского населения примерно одинакова в 2010 г. – город 4,8%, село – 52%; в 2014 г. город – 55%, село – 45%.

При повторных переосвидетельствованиях детей в возрасте до 18 лет за 2010-12-14гг повторно признается инвалидами от 98,7% в 2010 г. до максимум 100% (в 2011г), инвалидами до 18 лет, признается до 35%.

При проведении медико-социальной экспертизы ведущее место занимают среди первичной инвалидности и при переосвидетельствовании ребенка-инвалида по МКБ-10 DS: умственная отсталость F70-79, возраст основных пациентов с 8 до 14 лет, мальчиков больше, чем девочек, число сельских жителей и городских распределяется поровну.

Учитывая хроническое течение психических расстройств, прогрессирующие психические нарушения умеренной выраженной и значительно выраженной степени, ограничивающие жизнедеятельность ребенка по категориям общения, обучения, контроля за своим поведением, самообслуживания, игровой деятельности, ребенок является социально недостаточным и нуждается в социальной защите.

Таким детям целесообразно определения категории «ребенок-инвалид» с разработкой индивидуальной программы реабилитации (при необходимости).

Переосвидетельствование детей-инвалидов с психическими расстройствами в структуре болезни МКБ-10, в 2013г, составило 23%. В структуре переосвидетельствования среди психических расстройств: умственная отсталость F70-79 в 2014г. составила 65,8%, расстройства психологического развития F80-89 – 17,6%, органические психические расстройства F00-09 – 24,8%, психозы 1,1% (в том числе шизофрения – 0,3%).

При повторном переосвидетельствовании, обращает внимание, что городских жителей (61%) больше, чем сельских (39%), число мальчиков (66%) преобладает над девочками (34%). Основной возраст детей-инвалидов с 8 до 14 лет (56,6%).

Возрастные особенности организма, характерные для детского, подросткового возраста, особенности психического развития ребенка, клинические проявления болезни в современной медико-социальной экспертизе требуют особого подхода. Основными дезадаптирующими синдромами для определения статуса ребенок-инвалид являются:

- Речевые нарушения (сенсорные недоразвития речи, моторная алалия, несформированность речи);
- Дети со сложной структурой дефекта (сочетание умственной отсталости с нарушением зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата);
- Психоорганические, неврозоподобные, психопатоподобные синдромы;
- Судорожные синдромы.

Данные синдромы осложняют любое психическое заболевание, существенно влияют на оценку степени ОЖД, реабилитационный прогноз и формирование индивидуальной программы реабилитации.

РОЛЬ ПРЕМОРБИДА В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПРОЦЕССУАЛЬНОГО АУТИЗМА

И. В. ЗАБОЗЛАЕВА, Е. В. МАЛИНИНА

Челябинск, ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский Университет» Минздрава России

Процессуальный аутизм – вариант аутистического расстройства, формирующийся после перенесенного психоза в первые три года жизни ребенка, классифицируемый по МКБ-10 как «атипичный аутизм». В классификации аутистических расстройств в детстве НЦПЗ РАМН (2005г.) психотические формы атипичного аутизма представлены как расстройства аналогичные ранней детской шизофрении (Башина В. М., 1999; Симашкова Н. В., Якупова Л. П., Башина В. М., 2006; Симашкова Н. В., 2013; Gillberg С., Hellgren L., 2004). Верификация детского аутизма процессуального генеза имеет деонтологический подход на раннем возрастном этапе развития ребенка (Башина В. М., 1999). Клиническая картина процессуального аутизма полиморфна и характеризуется аутистическими симптомами, разной степенью выраженности задержек психического развития, кататоническими, аффективными, неврозоподобными нарушениями в сочетании с диссоциированным дезинтегративным дизонтогенезом. На возникновение процессуального аутизма оказывают влияние провоцирующие факторы (стресс, вакцинация и др.), преморбид, степень выраженности тяжести клинических проявлений.

Целью исследования являлось изучение роли преморбида в возникновении процессуального аутизма.

Материал и методы исследования. В клиническом исследовании приняли участие 105 детей: 84 мальчиков и 21 девочка в возрасте от 2 до 13 лет с процессуальным

детским аутизмом. Верификация диагноза опиралась на критерии МКБ–10 (рубрика F 84. 1 – «Атипичный аутизм») и классификацию аутистических расстройств НЦПЗ РАМН (2005г). Критериями исключения являлись: 1) синдром Каннера; 2) генетически обусловленная (хромосомно – обменная) и другая патология с аутистическими чертами. Использовались методы исследования: клиничко-психопатологический и клиничко-анамнестический, рейтинговая шкала детского аутизма CARS, статистический (H-критерий Краскела – Уоллиса, отклонения Фримана – Тьюки).

Результаты и их обсуждения. По степени выраженности клиничко-психопатологических и клиничко-динамических проявлений аутизма было выделено 3 группы обследуемых. В основу были положены динамика заболевания, оценка степени проявления аутизма по шкале CARS. 1-я группа с регрессирующим течением (аутизм умеренно выраженный – 30-36 баллов) – 29 пациентов, 2-я – с непрерывно-прогрессирующим (тяжелый аутизм 37-60 баллов) – 56 детей и 3-я группа – злокачественное с дезинтеграцией основных когнитивных функций (крайне тяжелый аутизм 42-60 баллов) – 20 обследуемых. Среди основных факторов риска дебюта процессуального аутизма (провоцирующие причины, возраст детей, длительность течения психотического приступа) характер преморбида был статистически значимым предиктором ($P=0,092$). Так во всех трех группах преобладало развитие по типу *шизотипического диатеза*: в 1-ой – 22 (78,7%), во 2-ой – 39 (69,6%) и в 3-ей – 12 (60%) пациентов. Дети при нормальном психомоторном развитии имели особенности: необычно спокойное поведение, отсутствие реакции на дискомфорт и интереса к игрушкам, пассивность, отрешенность, отсутствие взгляда «глаза в глаза», нетерпимость к ласкам и прикосновениям, не способность различать близких от посторонних, малая эмоциональность. У 17 (30,4%) детей 2-ой группы, 8 (40%) 3-ей и 5 (17,2%) пациентов 1-ой выявлялся преморбид по типу *задержанного дизонтогенеза*, который характеризовался отставанием в психомоторном и речевом развитии. Дети поздно начинали держать голову, самостоятельно ходить, некоторые не проходили все этапы моторного развития, например, не ползали или начинали в 8-9 месяцев, несвоевременно развивались навыки опрятности, самообслуживания. Развитие *асинхронного дизонтогенеза* отмечалось только у 2 (1,9%) детей 1-ой группы, которые имели опережающее моторное и речевое развитие: начали ходить в 10 месяцев, первые слова у них появились в полгода, в 2,5 года знали буквы, алфавит, в 4 года научились читать, но при этом росли «серьезными», малоэмоциональными, не принимали участия в детских играх, имели повышенный интерес к компьютерам, энциклопедиям.

Выводы. Таким образом, у детей с процессуальным аутизмом в преморбиде выявляются разные виды нарушенного развития. Преобладающим был шизотипический диатез, в меньшей степени задержанный и асинхронный. Полученные результаты могут быть использованы в диспансеризации детей раннего возраста с целью выявления предикторов аутистических расстройств.

ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА

М. Е. КОРГОНЕН, Т. В. РАЕВА

Тюмень, ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница» Тюмень, ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» Минздрава России

Изучение проблемы агрессивного поведения среди подростков в последнее время стало едва ли не самой значимой, привлекает все больше внимания со стороны специалистов. Эмоциональная холодность, присутствующая при воспитании в условиях социального сиротства, приводит к накоплению внутреннего психического напряжения у детей, которые стараются разрядить его посредством агрессивных действий. Актуальность выбранной темы обусловлена и тем, что агрессивное поведение таких детей занимает главенствующее место при попадании в поле зрения врачей психиатров.

Цель исследования. изучить особенности агрессивного поведения у подростков, воспитывающихся в условиях социального сиротства.

Материал и методы исследования. На базе подросткового отделения № 5 ГБУЗ ТО «Областной клинической психиатрической больницы» было обследовано 66 подростков мужского пола в возрасте от 14 до 18 лет с расстройствами поведения (F91, F07). Все подростки имели общий интеллектуальный показатель по шкале Векслера не ниже 71 баллов, проживали в интернате и обучались в общеобразовательной школе. Все подростки неоднократно проходили лечение в психиатрическом стационаре. Использовались клинико-психопатологический и катamnестический метод исследования, которые дополнялись данными психологического обследования личности подростков.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования было выделено 2 группы подростков с агрессивными тенденциями. В первую группу были включены 30 подростков с ярко выраженными агрессивными тенденциями, возбудимыми чертами характера, страдающими нередко алкогольной (77%), никотиновой зависимостью (95%), замеченные в употреблении паров летучих соединений, «спайса», «насвая» (40%). Они нередко уклонялись от обучения в школе (74%), совершали самовольные уходы из интерната (85%).

Особенностями личности данной группы подростков были: повышенная эмоциональная неуравновешенность, раздражительность, возбудимость, взрывчатость, стремление к лидерству. Среди сверстников в стационаре они, как правило, занимали диктаторскую позицию. Любые ограничения, критические замечания в адрес подростков вызывали бурные реакции без учета последствий. На высоте аффекта больные этой группы часто теряли контроль

над высказываниями (выражались нецензурными словами, угрожали расправой пациентам и персоналу), могли броситься в драку, как с пациентами, так и с персоналом. Жестоко обижали всех не зависимо от возраста, во время драк беспощадны, могли душить обидчика либо наносить удары по любым частям тела, не рассчитывая сил и тем самым вызывая тяжелые повреждения. Во время драк могли использовать все, что попадет под руку, угрожали колюще-режущими предметами. Часто, без видимых причин ударяли самых слабых, объясняя свое поведение тем, что они «просто так шутят», либо все отрицали, перекадывая свою вину на младших подростков, путем их запугивания.

Агрессия, возникающая независимо от внешних стимулов была чертой их личности. На фоне алкогольного опьянения агрессивность у них усиливалась (43%), при этом она была направлена не только на окружающих людей, но и на порчу имущества (били кулаками по стенам, разбивали стекла на окнах, ломали мебель). Агрессия также возникала в ответ на ущемление личностных потребностей. Отсроченная агрессивность из-за самовзвинчивания (35%), после возникших ранее конфликтов так же была характерна для данной группы. Они никогда не испытывали чувство вины, во всем обвиняя окружающих.

Во вторую группу были включены 36 подростков преимущественно с неустойчивыми чертами характера. Эти подростки характеризовались как слабохарактерные, безвольные, легко попадающие под влияние среды. Они стремились подражать подросткам с выраженными нарушениями в поведении, проявляли недисциплинированность, часто отказывались соблюдать режим, были крайне ленивы, учебная мотивация была также снижена, они не имели устойчивых увлечений и планов на будущее, привыкли жить сегодняшним днем, плыть по течению. В целом подростки второй группы были настроены на праздный образ жизни, боялись наказаний. Основные причины госпитализации в психиатрический стационар для них являлись: уклонение от обучения (85%), бродяжничество (75%), перепады в настроении (65%) и пагубное употребление алкоголя (35%). Для данной группы была наиболее характерна вербальная агрессия: выражение нецензурными словами, клевета на обидчика. В раннем детстве при возникновении малейших трудностей с обучением в школе обследованные становились более раздражительными, разбрасывали школьные принадлежности, рвали тетради, отказывались от дальнейшего обучения и занимались посторонними делами во время занятий. Физическая агрессия у них проявлялась в виде толкания, нанесения ударов без тяжелых повреждений, была направлена на более слабых подростков. Физическую силу они применяли скрыто, чтобы ни кто из персонала отделения этого не видел. У них также часто возникала кратковременная аффективная реакция при ущемлении личностных потребностей (чаще при отказе в курении, досрочной выписки). Для данной группы подростков бурная аффективная реакция была

способом разрядки внутреннего напряжения, возникающего при проблемах со сверстниками, в редких случаях же это была попытка хоть как то самоутвердиться в коллективе. На замечания в целом они реагировали кратковременно, часто плакали, свою вину всегда отрицали, во всем искали оправдания своим поступкам, в конечном итоге обещали исправиться.

Выводы. Особенности агрессивного поведения характерных для обеих групп подростков, воспитывающихся в условиях социального сиротства являлись: отсутствие способности к эмпатии (сочувствию, сопереживанию), равнодушное отношение к чувствам других людей, сочетающееся с неспособностью устанавливать и поддерживать эмоционально насыщенные, стабильные отношения; воспитание в условиях социального сиротства, с развитием чувства безнаказанности и вседозволенности; эмоционально-неустойчивое настроение со склонностью к раздражительности, аффективным реакциям, состояниям безмотивного внутреннего напряжения в сочетании с неадекватным, агрессивным реагированием на конфликтные ситуации; выраженная эгоцентричность с чувством правомерности своего асоциального поведения и постоянным стремлением к его оправданию или обвинению окружающих в последствиях своих поступков; а также отсутствие чувства вины за серьезные социальные последствия своих проступков. Важно отметить, что вероятность мало мотивированной агрессии в данной группе обследованных возрасдала при наличии выраженной никотиновой или алкогольной зависимости, в случаях употребления психоактивных веществ.

ОТДАЛЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ ПАДЕНИЯ МЕТЕОРИТА В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

О. В. КОТЛОВАНОВА, Е. В. МАЛИНИНА

*Челябинск, ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский
Университет» Минздрава России*

Актуальность. 15 февраля 2013 г. в Челябинской области в 9:20 произошло падение метеорита [1]. Внезапное стихийное бедствие отрицательно отразилось на состоянии психического и физического здоровья населения Уральского региона. За первые два месяца после 15 февраля 2013 г. за психолого-психиатрической помощью обратились 1415 человек, из них 1131 (80%) – дети [2]. Службы медицинской и психолого-психиатрической помощи продемонстрировали быстрое реагирование и слаженную работу всех основных ведомств, показали эффективное сотрудничество специалистов разного профиля [4].

Хорошо известны и описаны клинические особенности психических расстройств при различных природных и техногенных стихийных бедствиях

и катаклизмах, как в острый, так и в отдаленные периоды, как у взрослых, так и у детей [6]. Произошедшее в Челябинской области событие внесло новую страницу в природные катастрофы и дало возможности оценить его последствия, прежде всего, медицинские. В связи с отсутствием аналогов изучения этой проблемы важно было провести анализ клинических симптомов, как в острый период, так и спустя какое-то время, определить их особенности и оценить тактику оказания медицинской помощи пострадавшим в данной ситуации. Это делает актуальным изучение последствий малоизученного природного катаклизма (падение метеорита) [5].

Цель исследования. изучить отдаленные психические расстройства у детей, пострадавших от падения метеорита в Челябинской области.

Материал и методы исследования. Реализация целей исследования предусматривала два этапа. На первом, непосредственно после падения метеорита (в течение месяца) было осмотрено 100 человек в возрасте от 2 до 17 лет, из которых 58% составили дети дошкольного возраста (2-6 лет). Среди них было 45 девочек (45%) и 55 мальчиков (55%). Второй этап начат по истечении 1,5 лет после события и продолжался 6 месяцев. Критериями включения являлись дети, имеющие жалобы или патологические симптомы после падения метеорита и обратившиеся за консультативной помощью к психиатрам. Проведено катамнестическое обследование 100 пациентов, обратившихся за помощью в первые месяцы. Также изучены пациенты, впервые попавшие в поле зрения психиатра или психотерапевта, с жалобами, связанными с данным природным катаклизмом. Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-психодинамический, клинико-аналитический, психологические. Применялись следующие психологические исследования. Методика (ДОН) «Детский опросник невротозов» (Седнев, Збарский, Бурцев). Сущность предлагаемого теста-опросника охватывает шесть основных шкал проявления невротических расстройств у детей: депрессии; астении; нарушений поведения; вегетативных расстройств; нарушений сна; тревоги. Результаты сопоставляются с классификатором по уровню риска (высокий, средний и низкий) наличия определенного клинического симптомокомплекса. Тест тревожности (М. Дорки, В. Амен) определяет уровень тревожности ребенка. Экспериментальный материал состоит из 14 рисунков типичных для жизни ребенка ситуаций. На основании данных протокола вычисляется индекс тревожности, в зависимости от которого дети подразделяются на 3 группы: высокий, средний и низкий уровни тревожности. Проективные методики «Дом, дерево, человек» и «Рисунок несуществующего животного», интерпретируемые по Лебедевой.

Результаты. На втором этапе исследования были опрошены родители детей, обратившиеся за помощью в первый месяц после падения метеорита (n=100). По истечении 2 лет жалоб не было у 70% опрошенных. Около 30% детей

имели ситуативные жалобы – вздрагивания на резкие звуки, страхи темноты и одиночества и т. д. В настоящее время продолжается изучение отдаленных последствий у пациентов с острыми расстройствами и поиск новых пациентов с соответствующими жалобами. Для иллюстрации отдаленных последствий приводим краткие клинические примеры.

Артем, 4 года. На прием пришел с мамой. Жалобы: после падения метеорита не формируется фразовая речь, боязнь яркого света. Во время падения метеорита находился в детском саду, где были как дети, так и взрослые (воспитатели), которые отреагировали адекватно, спокойно. Явления дереализации во время падения метеорита не обнаруживались, но отчетливо выявлялась тревога. Через час после события тревога сохранялась, также ребенок стал проявлять интерес к явлению. Ночью спал плохо, с частыми пробуждениями. В течение последующей недели появились новые симптомы: частые пробуждения ночью, снижение аппетита, боль в животе, редкие эпизоды энуреза. Все жалобы сохраняются и в отдаленном периоде (вплоть до момента обследования). На приеме ребенок не вступает в речевой контакт, «мычит», «куксится». Инструкции выполняет неохотно и выборочно. Не отходит от мамы, постоянно просит звуками и жестами ее помощи при выполнении заданий врача (нарисовать дом, животное и др.) Речь отдельными словами: «Мама», «Как». Нарушений мышления и восприятия не обнаружено. Бред, галлюцинаций нет. Высокая тревожность по результату теста Дорки, Амена. ДОН выявил низкие показатели по всем шкалам, но уровень лжи высок. Проективные методики указывают на следующие черты: оппозиция, нежелание контактов, астеничность, обсессивно-компульсивные моменты, нежелание сталкиваться с проблемами, паранойдность, подозрительность.

Владимир, 10 лет. На прием пришел с бабушкой. Жалобы: трудности при засыпании, боязнь темноты, сниженный аппетит, социальные трудности (отсутствие друзей и крайняя ограниченность контактов со сверстниками из-за нежелания самого ребенка). После падения метеорита данные жалобы усилились. Во время катастрофы находился дома с мамой и бабушкой, которые адекватно и спокойно повели себя. Явления дереализации во время события не обнаруживались, но присутствовали тревога, двигательное беспокойство и плач. Через час после падения метеорита тревога сохранялась, ребенок проявлял интерес к явлению. Ночью спал хорошо. Родители отмечают, что после падения метеорита ребенок стал более замкнутым, появились и продолжают эпизоды кошмарных сновидений. В настоящее время сознание ясное. Ориентирован во времени, месте, ситуации и собственной личности. В контакт вступает. Ответы в плане вопросов, односложные. Зрительный контакт затруднен. Инструкции выполняет. Стеснительный, замкнутый. Нарушений мышления и восприятия не обнаружено. Бред, галлюцинаций нет. По результату теста Дорки, Амена –

средний уровень тревожности. ДОН указывает на высокий риск нарушений поведения. Проективные методики выявили следующие черты: зависимость, боязнь одиночества, желание быть замеченным, недостаток связи с миром, настороженность, скованность, зажатость, неудовлетворенная потребность в общении, в принятии.

Валерия, 14 лет. На приеме с папой. Жалобы: боязнь резких звуков, быстрая утомляемость при любом виде деятельности. После падения данные жалобы усилились. Во время падения метеорита находилась в школе, где были взрослые. Реакция окружающих на произошедшее – растерянность, тревога. Явления дереализации во время падения метеорита не обнаруживались, но присутствовали тревога, двигательное беспокойство и плач. Через час после события тревога сохранялась, ребенок проявлял интерес к явлению. Ночью спала плохо, с частыми пробуждениями. В течение недели жаловалась на головные боли умеренной интенсивности. В настоящее время сознание ясное. Ориентирована во времени, месте, ситуации и собственной личности. В контакт вступает. На вопросы отвечает развернуто, эмоционально. Настроение ровное, хорошее. Мимика живая. Запас знаний снижен. Нарушений мышления и восприятия не обнаружено. Бреда, галлюцинаций нет. По результату теста Дорки, Амена – средний уровень тревожности. ДОН не выявил высокого риска дистресса ни по одной из шкал. Интерпретация рисунков позволила отметить следующие черты, присущие девочке: отчужденность, ощущение зависимости, стремление сократить дистанцию при общении, желание быть замеченной, предпочтение воображаемых миров, поиск поддержки и одобрения, эмоциональность, нежелание сталкиваться с проблемами, агрессия, низкая самооценка, тревожность, неустойчивость, проблемы с общением.

Приведенные примеры свидетельствуют о формировании у детей невротических состояний с преимущественно неспецифическими соматическими симптомами и ситуативным поведением. Дальнейшее изучение и выявление клинических характеристик позволит оценить особенности и тяжесть отдаленных психических последствий у детей после падения метеорита в Челябинской области.

ЛИТЕРАТУРА

1. <http://www.utro.ru/articles/2013/02/20/1102314.shtml>
2. <http://pravmin74.ru/gost-portala/marina-moskvicheva-2013-yy-budet-dlya-vsey-sistemy-zdravoohraneniya-regiona-bogatym-na>
3. Дерманова, И. Б. Диагностика эмоционально-нравственного развития / И. Б. Дерманова. – СПб., 2002. – 96 с.
4. Малинина, Е. В. Опыт оказания медицинской и психолого-психиатрической помощи пострадавшим от падения метеорита в Челябинской области. / Е. В. Малинина, М. Г. Москвичева, Т. А. Смирнова, И. В. Забозлаева // Журнал психической здоровья. – 2014. – № 6 -(97) – С. 17-21.

5. Малинина, Е. В. Особенности клинической картины стрессовых расстройств у детей, пострадавших от падения метеорита в Челябинской области. / Е. В. Малинина, О. И. Пилявская, И. В. Забозлаева, В. В. Колмогорова // Российский психиатрический журнал. – 2014. – № 3 – С. 47-51.
6. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. / Н. В. Тарабрина. – С-Петербург: Питер, 2001. – 180 с.

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Н. И. КУЦЕНКО, А. В. КУРЗИН

Тюмень, ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница»

Психика ребенка отличается незрелостью, но пластичностью, доминантно эмоциональным уровнем восприятия окружающего мира, зависимым отражением текущих межличностных отношений в возрастной группе, а также влиянием взрослых или более старших детей, часто диктующих свое мировоззрение. Суицидальные расстройства, как правило, стихийно возникают из-за текущей неблагоприятной для ребенка ситуации. Поведение суицидального регистра у детей не продумано до конца, нет достаточного анализа причин и последствий, не сформирована ценность жизни.

Из 1200 детей, пролеченных в дневном стационаре центра развития речи, было отобрано 40 человек, имевших эпизоды высказываний причинить себе вред, покончить с собою, или в прошлом имевших данные намерения. Выявление детского суицидального поведения стало возможным при согласии законных представителей, опроса детей в их присутствии; анализа анамнеза, клиники, динамики.

Суицидальное поведение обследованных детей было разделено на 3 условные формы: истинное, аффективное и демонстративное. Истинное намерение суицида стабильного характера было выявлено у 2-х мальчиков в возрасте 7 лет (5%), больных детской шизофренией и имеющих умеренные эмоциональные нарушения. Они с 5-летнего возраста пытались совершить самоутопление в ванной, мотивируя тем, что «никто не должен выйти из воды». Аффективное суицидальное поведение отмечено у 40% детей (75% мальчиков и 25% девочек), на высоте аффекта отрицательного регистра, непродолжительное по времени (10-30 минут), ситуативно созданное под влиянием извне (обида, оскорбление, унижение) в среде сверстников. Это вид аффективного реагирования, «свечки» аффекта внезапного проявления, при отсутствии анализа. Так, больной Б. в возрасте 6 лет рассказывал: « я плохо говорю звуки, лучше мне не жить, часто ругают...». Демонстративное суицидальное поведение выделено в 55% случаях (у 82% девочек и 8% мальчиков) как проявление шантажных угроз

в ответ на неудовлетворение требований (покупки понравившейся игрушки, лишение поощрения, невыполнение обещаний и т. п.). У таких детей чаще других звучали слова: «ты меня не любишь»; «лучше мне умереть, меня никто не будет жалеть». Суицидальное поведение у детей младшего школьного возраста в подавляющем большинстве представлено антивитальными временными переживаниями (70%), также определялись суицидальные мысли рецидивирующего характера под действием индивидуально значимой ситуации (15%), суицидальные замыслы (5%), суицидальные намерения (5%), суицидальные попытки были только у 5% детей.

К антивитальным переживаниям были отнесены только те ситуации, где ребенок ограничивался высказыванием жалоб и не предъявлял других идей («я хочу уснуть и не проснуться...»; «пусть вместо меня живет другая девочка...»; «родите еще ребенка, я вам не приношу радость...»; «меня все ругают»). В большинстве случаев антивитальные переживания базировались на фоновом депрессивном состоянии или депрессивных реакциях детей и выражали данный аффект. Суицидальные мысли наблюдались в данной группе только у 6-7-летних детей. Отличительной особенностью таких мыслей было присутствие приемлемости суицида вообще, возможности с его помощью решить свои текущие проблемы. В тоже время у них имелась внутренняя борьба между желанием совершить самоубийство и факторами антисуицидально барьера («бабушка будет плакать...»; «когда меня не будет, папа тогда сможет купить железную дорогу сестренке...»). Суицидальные замыслы у детей содержали конкретные представления о способе суицида, но время и место несли неопределенный характер («если станет совсем плохо, тогда...»; «если еще раз упаду и все будут смеяться – (ДЦП, спотыкается)»). Намерения суицида включали поведенческий компонент, направленный на поиск условий самоубийства, что было трудно выяснить у ребенка, потому что присущие суицидальным мыслям сомнения, надежды и другие компоненты нашли уже свое решение. В суицидальном намерении часто выявлялся поиск ребенком медикаментов в сумочке мамы, в бабушкиной аптечке, пропажа препаратов для дачи (инсектициды) и т. п. Попытки самоубийств дома были обнаружены родными (начало погружения в ванной) у 2-х детей, которые в дальнейшем были реанимированы.

Аффективное суицидальное поведение в данной группе детей отмечалось преимущественно при резидуально-органическом поражении головного мозга (F 06 – F 07), демонстративное желание суицида – при тревожно-невротических расстройствах (F 91 – F 94). Выявленные детей дошкольного и младшего школьного возраста входят в группу риска по суицидоопасности. Профилактика суицидального поведения у детей может включать в себя следующие мероприятия: формирование компетентности

педагогического персонала в детских садах по профилактике суицидальных проявлений (теоретико-практические аспекты выявления его у воспитанников в динамике, беседы с родными, блокирование досуцидальноопасных проявлений, консультации со специалистами); укрепление ценности жизни, стрессовладающих форм поведения, снижение ситуативной тревожности, тренинги с психологами; проектирование и реализация благоприятных для ребенка условий жизни, позитивного социума (групповой и индивидуальные маршруты, психолого-педагогическое сопровождение); индивидуальная, семейная психотерапия (при обязательной скрытности от детей прямой цели реализуемых мер, в целях предотвращения актуализации шантажных форм поведения); выработка толерантного поведения через сферу общения и ролевого поведения, гуманного способа взаимодействия.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ, ПЕРЕНЕСШИХ НЕОНАТАЛЬНУЮ РЕАНИМАЦИЮ

Н. А. ЛУГОВЫХ

Челябинск, ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский Университет» Минздрава России

Актуальность. До настоящего времени сведения, изложенные в российской медицинской литературе, посвященные психическому здоровью детей, перенесших критические состояния периода новорожденности, единичны и противоречивы (Н. Е. Громада, 2009; Н. А. Иванова, 2009; Д. В. Иванов и соавт., 2010; О. Б. Жидкова, 2010; Л. А. Никулин, 2011).

Цель исследования. Изучить особенности клинической картины детей дошкольного возраста с задержкой психоречевого развития, перенесших неонатальную реанимацию.

Материалы и методы. Исследование проводилось на кафедре психиатрии ФДПО ЮУГМУ, на базе МБУЗ ДГКБ № 8 г. Челябинска. В группу обследования вошло 100 детей дошкольного возраста 5-6 лет, которые перенесли неонатальную реанимацию.

Использовались клиничко-анамнестический, клиничко-психопатологический, клиничко-динамический, экспериментально-психологический, параклинический, статистический (непараметрический критерий Фишера) методы обследования. Междисциплинарный подход к исследованию осуществлялся участием психиатра, невролога, врача лучевой диагностики, логопеда, окулиста, педиатра. В процессе обследования было выделено 3 группы по результатам IQ тестирования методом Цветных прогрессивных матриц Равена. В данной статье

мы рассмотрим группу детей с задержкой психоречевого развития (МКБ-10 F80. 82): 13 мальчиков и 8 девочек (n=21), средний возраст детей составил 5,1+0,07 года.

Результаты и обсуждение. Дети данной группы (21%) имели первичную задержку психического развития церебрально-органического генеза, так как в основе лежали гипоксические (57,1%), травматические (42,9%), инфекционные (71,4%) и другие факторы, действующие на развивающийся мозг в перинатальном периоде, приводящие к негрубому поражению головного мозга, не достигающему четкого органического дефекта (по результатам НСГ).

В ходе исследования при нейропсихологическом тестировании достаточный познавательный интерес выявлен у 52,4%, низкий – у 47,6% детей. Задержанное когнитивное функционирование в дошкольном возрасте было у 71,4%. В 9,5% случаев была нормальная память, в 90,5% – снижена. У 100% детей наблюдалось нарушение внимания: отвлекаемость и слабая распределяемость внимания – 95,2%, истощаемость – 90,5%, рассеянность – 71,4%, инертность – 5%. Снижение работоспособности наблюдалось у 90,5% детей. В 85,3% случаев наблюдались отклонения мышления: конкретно-описательного характера – у 85,7%, обстоятельность мышления – у 4,8% детей, ускоренное мышление имели 9,5% детей.

Задержку развития моторики диагностировали в 61,9% случаях. Трудности двигательной координации наблюдались у 85,7% детей. Нарушения мелкой моторики и тонкой координации движений имелись в 76,2%. Двигательное беспорядочие было у 76,2% детей, стереотипии у 19%, простые тики – у 28,6%, сложные – у 4,8% детей, двигательная заторможенность – у 19%.

У 81% пациентов преобладали отрицательные эмоции, которые характеризовались незрелостью и примитивностью, также у этих детей отмечался неровный суточный ритм настроения, проявляющийся эмоциональной лабильностью (57,1%), повышенным беспокойством по вечерам (23,8%) и по утрам –(4,8%). В 76,2% наблюдалась быстрая истощаемость эмоций, в 61,9% – импульсивность, в 66,7% – дефензивность, в 9,5% – вязкость, в 4,8% – парадоксальность, полярность эмоций, в 4,8% детей – эксплозивность. Психопатологические феномены, проявляющиеся в виде дистимии, отмечались у 76,2% пациентов, сверхценных страхов – у 66,7%, тревоги – у 14,3%, навязчивых страхов – у 9,5%, гипомании – у 4,8% детей. Практически в половине случаев (43%) дети вели себя замкнуто и демонстрировали особую привязанность к матери.

Патохарактерологические реакции зарегистрированы у 61,9% детей и проявлялись реакциями отказа (47,6%), протеста – (42,9%). Характерологические особенности проявлялись инфантильностью – у 85,7%, возбудимостью и конфликтностью – у 61,9%, синзитивностью – у 33,3%, агрессивностью – у 33,3% детей.

Таким образом, клиническая картина детей дошкольного возраста с задержкой психоречевого развития, перенесших неонатальную реанимацию, характеризовалась запаздыванием и неравномерностью формирования основных психических функций (моторики, речи, памяти, внимания, мышления), эмоциональной незрелостью.

Осевым психопатологическим симптомокомплексом у детей исследуемой группы был церебральный синдром, проявлявшийся высокой истощаемостью и значительным снижением работоспособности. Гипердинамическое и оппозиционно-вызывающее поведение, неврозоподобная симптоматика (дистимии, тревога, сверхценные или навязчивые страхи), являлись коморбидными.

Изучение детей, перенесших неонатальную реанимацию, имеет большое значение, так как зачастую клиническая картина и прогноз определяются не только признаками задержанного развития, но и совокупностью всех синдромов, входящих в структуру расстройства. Это также позволит индивидуализировать тактику терапевтического ведения пациентов с задержкой психоречевого развития и повысить результативность лечения и реабилитации.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ПАТОЛОГИИ МОЗОЛИСТОГО ТЕЛА

Г. В. МАНУЙЛОВ, Е. В. МАЛИНИНА

*Челябинск, ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский
Университет» Минздрава России*

Актуальность. Патология мозолистого тела по своим социальным и поведенческим проявлениям в ряде случаев напоминает психические расстройства. Анализ симптомов при патологии мозолистого тела может помочь выделить такие, которые прямо являются следствием нарушения межполушарных связей [1].

Цель исследования. Выявить клинико-психопатологические и когнитивные нарушения у детей при патологии мозолистого тела.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГБУЗ ОКСПНБ № 1, на кафедре психиатрии ФДПО ЮУГМУ. Критериями включения являлись: наличие патологии мозолистого тела (гипоплазия или агенезия), доказанной посредством компьютерной или магнитно-резонансной томографии, а также наличие психопатологической симптоматики. В исследование был включен 21 ребенок в возрасте от 5 до 14 лет (11 мальчиков и 10 девочек).

Использовались следующие методы обследования: 1. Клинико-anamnestический и клинико-психопатологический. 2. Психологический – оценка интеллекта по методике Векслера (WISC). 3. Статистический, с помощью пакета прикладных программ Statistica 8. 0.

Результаты и обсуждение. По результатам клинко-anamnestического и клинко-психопатологического обследования были выявлены наиболее часто встречающиеся психопатологические нарушения: задержка психического развития (76,1%), нарушения речи (66,6%), стереотипии (61,9%), агрессивность (47,6%), импульсивность (42,8%) и гиперактивность (38%) (табл. 1). Необходимо учитывать, что у отдельно взятого ребенка наблюдался целый комплекс симптомов.

Таблица 1

Психопатологические симптомы

Психопатологические симптомы	Патология мозолистого тела (n=21) (абс., %)
Задержка психического развития	16 (76,1%)
Нарушения речи	14 (66,6%)
Стереотипии	13 (61,9%)
Агрессивность	10 (47,6%)
Импульсивность	9 (42,8%)
Гиперактивность	8 (38%)
Эхо-симптомы	6 (28,5%)
Неусидчивость	6 (28,5%)
Эмоциональная лабильность	6 (28,5%)
Нарушения сна	5 (23,8%)
Положительные эмоции (доброта, ласковость)	4 (19%)
Страхи	4 (19%)

Также проведен корреляционный анализ с использованием коэффициента линейной корреляции Пирсона (табл. 2). В ходе анализа выявлено, что дети с выраженными нарушениями сна, более агрессивны. Задержка психического развития сочетается с высокой импульсивностью, нарушениями речи и стереотипиями. Дети с высоким показателем импульсивности более агрессивны и неусидчивы. У детей с нарушениями речи и эхо-симптомами более выражены стереотипии.

Таблица 2

Наиболее значимые корреляции, полученные в ходе исследования

	Агрессия	Неусидчивость	Задержка психического развития	Стереотипии	Эхо-симптомы
Гиперактивность	r=0,23 p=0,38	r=0,58* p=0,005	r=-0,02 p=0,92	r=0,0096 p=0,96	r=-0,06 p=0,7
Импульсивность	r=0,52* p=0,015	r=0,51* p=0,016	r=0,48* p=0,026	r=0,28 p=0,21	r=0,30 p=0,18
Нарушения речи	r=0,26 p=0,23	r=0,22 p=0,33	r=0,55* p=0,009	r=0,48* p=0,026	r=0,22 p=0,33

Нарушения сна	r=0,58* p=0,005	r=0,38 p=0,08	r=0,31 p=0,16	r=0,20 p=0,36	r=0,14 p=0,54
Стереотипии	r=0,06 p=0,7	r=0,27 p=0,22	r=0,48* p=0,027	-	r=0,49* p=0,022

r-коэффициент корреляции Пирсона

p-статистическая значимость

*-статистически значимые и достоверные корреляции

По результатам проведенного психологического обследования в большинстве случаев уровень когнитивного функционирования соответствовал степени легкой умственной отсталости (табл. 3).

Таблица 3

Общие показатели интеллекта

Общие показатели интеллектуальной сферы	Количество детей (абс., %)
Средняя норма (90-109)	1 (4,7%)
Низкая норма (80-89)	1 (4,7%)
Пограничный уровень интеллекта (70-79)	2 (9,5%)
Легкая умственная отсталость (50-69)	11 (52,3%)
Умеренная умственная отсталость (35-49)	4 (19%)
Тяжелая умственная отсталость (20-34)	2 (9,5%)

Выводы: По результатам проведенного исследования основными психопатологическими нарушениями являются гиперактивность, импульсивность, агрессивность, нарушения речи, задержка психического развития, стереотипное поведение. Дополняют клиническую картину эмоциональная лабильность, неусидчивость, эхо-симптомы, нарушения сна, положительные эмоции (доброта, ласковость), страхи. Уровень когнитивных нарушений, в большинстве случаев, соответствует степени легкой умственной отсталости. Таким образом, проведенное исследование позволяет обозначить основные клиничко – психопатологические и когнитивные нарушения при патологии мозолистого тела, правильно верифицировать клиническую картину, что в дальнейшем определит тактику ведения и программу реабилитации пациентов с данной патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ковязина, М. С. Мозолистое тело и психические заболевания / М. С. Ковязина // Вопросы психологии. -2012. – № 1. – С. 141-153.

АНАЛИЗ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ В ФОРМАХ ОБЩЕСТВЕННО-ОПАСНЫХ ДЕЯНИЙ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ЛИЦ

А. Г. МЕНЬШИКОВ¹, И. И. ЧАЙКОВСКАЯ², Е. В. ЧЕРЕДОВА²

Тюмень, ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница»¹,

ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия»

Минздрава России²

Актуальность. Судебно-психиатрическая экспертиза является одним из важных направлений в психиатрической практике, что обуславливается ростом правонарушений совершаемых лицами с психическими расстройствами. Проблема общественно-опасного поведения психически больных не только не теряет своей актуальности, а напротив, приобретает в современном правовом обществе особую остроту. Это обусловлено высокой частотой совершения общественно опасных деяний (ООД) психически больными лицами (29%) (Карпов А. С., 1994). Одновременно с ростом общей преступности, растет и процент ООД психически больных лиц (Дмитриева Т. Б., 2000). В этих условиях особое значение приобретают выявление социальных, биологических, гендерных и нозоморфологических факторов, обуславливающих формирование общественно опасного поведения психически больных, изучение клинической структуры и особенностей психопатологических проявлений у больных-правонарушителей, изучение структуры и характера ООД, Это позволит улучшить качество мероприятий по профилактике ООД психически больных.

Цель исследования. Анализ особенности форм ООД и нозологической принадлежности психопатологических расстройств у мужчин и женщин, прошедших судебно-психиатрическую экспертизу.

Материалы и методы. Клинико-психопатологическим методом было обследовано 60 больных (30 мужчин и 30 женщин) в возрасте от 14 до 45 лет, которые проходили судебно-психиатрическую экспертизу в ГБУЗ ТО ОКПБ за 2013-2014 годы. Оценивались следующие критерии: пол, возраст, наследственность, характер ООД, статья, диагноз, заключительная оценка способности понимать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими обследованных пациентов. Все обследованные были осмотрены судебно-психиатрическими комиссиями экспертов, а также комплексными психолого-психиатрическими судебными комиссиями экспертов.

Результаты и обсуждения. Проведенный анализ 30 женщин, совершивших ООД, показал, что среди них преобладал возраст от 21 до 45 лет (50%), от 14 до 20 лет было 26% женщин, в возрасте от 46 и старше – 24%. При анализе нозологической принадлежности данной группы женщин выявлено преобладание больных шизофренией (50%), органическим расстройством личности страдали 14%, с умственной отсталостью выявлено 16%, органи-

ческим поражением головного мозга с прочими, включая непсихотические расстройства – 20% женщин. Отягощенная наследственность по психическим нарушениям зарегистрирована у 43% подэкспертных женщин. В группе лиц, с отягощенной наследственностью были диагностированы такие заболевания, как хронический алкоголизм – 24%, шизофрения – 13%, расстройства личности 3%, депрессия – 3%. Проведена СПЭ с целью определения вменяемости пациентов, 24% подэкспертных были зарегистрированы, как вменяемые, невменяемыми признаны 76% человек. Анализ правонарушений выявил следующее: наиболее распространенными среди женщин оказались правонарушения, обусловленные корыстными мотивами – кражи (60%), в меньшем количестве представлены преступления против личности – угроза убийством, применение насилия в отношении представителя власти, умышленное причинение легкого вреда здоровью (30%), наиболее тяжкие правонарушения (убийство) совершены 3-мя подэкспертными женщинами (10%). У 16% подэкспертных женщин выявлено отягощение наследственности хроническим алкоголизмом.

В группе обследованных мужчин, совершивших ООД, 67% были в возрасте от 21 до 45 лет, 20% – от 14 до 20 лет, 13% – мужчины в возрасте от 46 и старше. При обследовании данной группы больных выявлены следующие заболевания: шизофрения (43%), органическое расстройство личности (30%), умственная отсталость (23%), органическое поражение головного мозга (4%). Отягощенная наследственность по психическим нарушениям зарегистрирована у большинства больных (70%). В группе лиц, с отягощенной наследственностью доминировали такие заболевания, как хронический алкоголизм (83%), шизофрения (14%), употребление наркотических веществ (3%). Результаты проведенных СПЭ распределились следующим образом: 47% подэкспертных были признаны вменяемыми, невменяемыми признаны 33%, ограниченно вменяемые – 20%. Анализ правонарушений выявил следующее: наиболее распространенными оказались правонарушения, обусловленные корыстными мотивами – кражи, грабежи, неправомерное завладение автомобилем или иным транспортным средством, эта группа составила абсолютное большинство (93%), наиболее тяжкие правонарушения, преступления против личности (убийство) совершены 2 подэкспертными (7%). Лица, совершившие преступления против половой неприкосновенности в исследуемую группу не попали.

Выводы: В результате проведенного анализа состояния психического здоровья подэкспертных выявлено, что максимальная криминальная активность как у женщин, так и у мужчин приходится на молодой возраст 21-45 лет (58%); психические расстройства выявлены у лиц проходивших судебно-психиатрическую экспертизу в 100% случаев, с превалированием таких нозологических форм, как шизофрения (47%), органическое расстройство личности (22%), умственная отсталость (20%), органическое поражение головного мозга (11%).

У абсолютного большинства подэкспертныхотягощена наследственность по психическим заболеваниям (57%). Отягощенность наследственности хроническим алкоголизмом родственников являются доминирующей и встречается значительно чаще среди мужчин (71%), чем у женщин (16%). По результатам экспертизы вменяемыми было признано 35% подэкспертных, 55% признано невменяемыми, к 10% процентам лиц была применено действие ст. 22 УК РФ. Основными причинами, по которым подэкспертным были назначены судебно-психиатрические экспертизы, были преступления, связанные с кражами, грабежами, угроза убийством, применение насилия в отношении представителя власти, умышленное причинение легкого вреда здоровью неправомерным завладением автомобилем или иных транспортных средств (92%), наиболее тяжкие правонарушения (убийство) были выявлен у 8%. Таким образом, проведенный анализ не выявил никаких существенных различий между формами ООД совершенных мужчинами и женщинами, так же как и разницы в возрасте максимальной криминальной активности, нозологической принадлежности психических расстройств.

АГРЕССИВНОСТЬ В СТРУКТУРЕ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Е. И. МИШКИНА

Челябинск, НИУ ЮурГУ

Актуальность изучения нарушений поведения у детей и подростков определяется увеличившейся распространенностью различных вариантов девиантного поведения среди данной группы лиц. Выраженная агрессивность и социальная дезадаптивность являются основными характеристиками подростков с девиантным поведением. Проблема агрессивности подростков, затрагивает общество в целом, вызывая особенно глубокое беспокойство психологов, педагогов, социальных работников и родителей [1,2].

Исследования последних лет показали, что проявления девиантности у подростков, в подавляющем числе случаев связаны с отклонениями в развитии личности. Наиболее часто подобные нарушения обусловлены не какой-либо одной причиной, а сложным взаимодействием множества факторов.

Цель исследования – изучение соотношения проявлений феномена агрессивности в различных его формах и видах, а также выраженность склонности к девиантному поведению у подростков. Задачей данного исследования явился комплексный анализ личностных особенностей подростков, способствующих формированию у них девиантного поведения.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 110 подростков, в возрасте от 11 до 15 лет, находящихся на стационарном лечении в отделении

№ 14 и 22 ОКСПНБ № 1 в период с 2011 по 2014 г., с различными формами девиантного поведения, такими как: уходы из дома, бродяжничество, агрессивное поведение, сексуальные девиации и т. д. Целенаправленно были изучены такие аспекты девиантного поведения как: агрессивность, виды и формы агрессии, склонность к девиантному поведению [3]. Для диагностики видов и форм агрессии использовалась методика А. Басса и А. Дарки (адаптация А. К. Осницкого). Для изучения уровня склонности к девиантному поведению была применена методика А. Н. Орел «Склонность к отклоняющемуся поведению» (СОП) [4].

Результаты исследования. На первом этапе исследования была проведена диагностика уровня агрессивности. На втором этапе при систематизации полученных в ходе эмпирического исследования данных выборка подростков (n=110) была разделена на 3 группы сравнения в соответствии с выявленным в ходе диагностики уровнем агрессивности. Проведен анализ клинико-анамнестических данных подростков. На третьем этапе проводился анализ склонности исследуемых подростков к отклоняющемуся поведению по результатам диагностического опросника СОП. Выявлялись показатели уровня выраженности тенденции к девиантному поведению.

На основании данных, полученных в ходе диагностики агрессивности всей выборки, подростки были разделены на три группы:

1 группа (n=23; 20,9%) – подростки со средним уровнем агрессивности;

2 группа (n=78; 70,9%) – подростки уровень агрессивности, которых является высоким;

3 группа (n=9; 8,2%) – подростки, диагностические данные которых выявили очень высокий уровень агрессивности.

Следует отметить, что среди всей когорты подростков, находящихся на стационарном обследовании, не оказалось ни одного пациента с низким уровнем агрессивности, пятая часть подростков (20,9%) имела средний уровень агрессивности, основную группу (70,9%) составили подростки с высоким уровнем агрессивности, а 8,2% подростков имели очень высокий уровень агрессивности.

Далее был проведен целенаправленный анализ диагностических данных по группам, который выявил ряд значимых отличий в каждой группе.

В 1 группе, которую составили подростки со средним уровнем агрессивности (n=23; 20,9%), количественные показатели по шкале общей агрессивности: $X_{cp} = 19,11$; $U=13$; при $p \leq 0,01$. Наиболее выражены показатели по шкале подозрительность ($X_{cp} = 11,4$; $U=9$; при $p \leq 0,01$) и негативизм ($X_{cp} = 14,6$; $U=10$; при $p \leq 0,01$), что может характеризовать участников данной группы скорее, как замкнутых. Для них достаточно сложно воспринимать что-то новое, усваивать привнесенные из вне нормы и правила. На основании анализа медицинской и психолого-педагогической документации установлено, что основное количество исследуемых испытывало трудности при адаптации в детских дошкольных

учреждениях, во взаимоотношении со сверстниками проявлялся выраженный негативизм и стремление отгородиться от окружающих. Одним из факторов, способствующих формированию девиантного поведения является социальная ситуация развития. Отношения в семье характеризуются как конфликтные среди всех 100% опрошенных подростков. Следует отметить, что наличие такого стрессогенного фактора, как жестокие взаимоотношения в семье, способствует развитию неблагоприятного психоэмоционального состояния у подростка. Возрастающий негативизм и социальная дезадаптированность могут являться следствием отсутствия эмоционального контакта между родителями и детьми.

2 группу, которую составили подростки с высоким уровнем агрессивности и враждебности ($n=78$; 70,9%), можно охарактеризовать, как еще более раздражительных ($X_{cp} = 28,48$; $U=338$; при $p \leq 0,01$), подозрительных ($X_{cp} = 30,02$; $U=296,5$; при $p \leq 0,01$) и негативистичных ($X_{cp} = 29,28$; $U=316,5$; при $p \leq 0,01$). Подростки данной группы склонны к проявлению грубости и вспыльчивости при малейшем возбуждении, что сочетается с выраженной подозрительностью и уверенностью в том, что окружающие намерены причинить им вред. Манера поведения в большинстве ситуаций остается оппозиционной, направленной против авторитетов и руководства. Подобная манера поведения может принимать разные формы от открытой конфронтации до пассивного сопротивления. Данную группу составили подростки с делинквентным поведением, к проявлениям которого относится вымогательство, угон транспортных средств, кражи и другие виды девиаций, подлежащих уголовной ответственности. Испытуемые, вошедшие в состав 2 группы совершали кражи спиртных напитков и продуктов питания в круглосуточных магазинах. Подростки с делинквентным поведением склонны попадать под влияние более старших и «авторитетных» личностей. Имеют диагноз токсикомания 64,5% и совершали противоправные действия в составе группы более старших сверстников. Противоправные действия совершались ими с целью получения средств для приобретения психоактивных веществ. Выставлен диагноз хронический алкоголизм 14,5% исследуемых. 21% подростков употребляли алкоголь эпизодически. В характеристиках 23,24% пациентов отмечено: бродяжничество, раннее вступление в половую жизнь, сексуальные эксцессы т. д. Для данного контингента подростков референтной группой являются преступные группировки и компании, ведущие асоциальный и аморальный образ жизни, привычный для них с детства. Один или оба родителя 77% испытуемых отбывали срок в местах лишения свободы за кражи и грабежи. Родители у 65% подростков страдают наркологическими заболеваниями. Воспитываются в семьях, один из родителей которых, страдал алкоголизмом 17,9% подростков. Асоциальный образ жизни ведут родители у 28,6% подростков.

3 группа ($n=9$; 8,2%) – подростки с очень высоким уровнем агрессивности, склонны к использованию физической силы против других ($X_{cp} = 37,44$; $U=96$;

при $p \leq 0,01$). Агрессия для данного типа подростков является основным способом взаимодействия с внешним миром. Зачастую агрессивные проявления имеют ненаправленный характер и могут выражаться в актах вандализма ($X_{cp} = 32,83$; $U=220,5$; при $p \leq 0,01$). Так же эта группа подростков широко использует в своей речи нецензурную лексику и оскорбления ($X_{cp} = 35$; $U=162$; при $p \leq 0,01$). Подростки в большинстве своем твердо уверены, что являются плохими людьми и испытывают чувство вины и ощущение собственной неполноценности ($X_{cp} = 31,02$; $U=269,5$; при $p \leq 0,01$), так же присутствует и постоянное ощущение обиды и покинутости, зачастую данное эмоциональное состояние не имеет под собой реальной основы ($X_{cp} = 39,78$; $U=33$; при $p \leq 0,01$). Общий индекс агрессивности и враждебности в этой группе также значимо выше, чем в других группах. Показатель враждебности ($X_{cp} = 36,11$; $U=132$; при $p \leq 0,01$) характеризует подростков, как склонных отвергать общепринятые ценности и нормы. Подростки с делинквентным поведением приемлют только те нормы, которые приняты в их среде, группе членами которой они непосредственно являются. Более высокие показатели физической, вербальной и косвенной агрессии в целом говорят о высоком уровне агрессивности ($X_{cp} = 38,96$; $U=55$; при $p \leq 0,01$) данной группы. На основании полученных результатов диагностики можно сделать вывод о том, что основным видом агрессивного поведения в подростковой среде является – физическая агрессия. Особенностью третьей группы исследования является большая степень выраженности делинквентного поведения, чем в первой и второй группе. Подростки занимались вымогательством, угоняли транспортные средства, совершали кражи и т. д. Их действия характеризуются особой физической жестокостью, зачастую с применением оружия. Делинквентных подростков можно охарактеризовать, как склонных к отрицательному лидерству. Имеют диагноз токсикомания и совершали противоправные действия с целью получения средств для приобретения психоактивных веществ 10% испытуемых. Подростки совершали кражи мобильных телефонов и бытовой техники (90%). Участвовали в квартирных кражах – 20%. Подростки росли и развивались в неблагоприятных социальных условиях, один или оба родителя у 100% испытуемых отбывали срок в местах лишения свободы за кражи и грабежи и убийства.

Следующим этапом исследования явился анализ склонности исследуемых подростков к отклоняющемуся поведению на основании результатов диагностического опросника СОП А. Н. Орел. Был выявлен ряд статистически значимых отличий между всеми группами испытуемых.

Среди подростков 1 группы ($n=23$; 20,9%), уровень агрессивности которых соответствует зоне средних значений для данной возрастной категории, 45 % испытуемых набрали высокие значения по шкале волевого контроля эмоциональных реакций; 35 % испытуемых набрали средние значения по этой же

шкале. Результаты диагностики у 20 % испытуемых соответствуют зоне низких значений. Можно говорить, о том, что большая часть подростков способна контролировать свои эмоции и поведение, соблюдая социальные нормы. В целом у подростков первой группы не выявлено значимых тенденций к развиту девиантного поведения.

Во 2 группе (n=78; 70,9%) подростков уровень агрессивности, которых является высоким, наиболее выражены были показатели по таким шкалам как: «склонность к аддиктивному поведению»; «склонность к самоповреждающему и саморазрушающему поведению»; «склонность к агрессии и насилию».

У 60% испытуемых выявлен высокий уровень тенденции к аддиктивному поведению. Такие подростки, как правило, наиболее склонны к совершению различных проступков; они первыми могут начать драку, спровоцировать ссору или конфликт. 17,5 % испытуемых имеют среднюю степень выраженности тенденции к аддикциям и лишь у 22,5 % подростков в данной группе склонность к аддиктивным расстройствам не выражена. Тенденции к самоповреждающему и саморазрушающему поведению выявлены в различном диапазоне значимости: 47,5% у подростков соответствует высокому уровню; 30% среднему уровню; 22,5% низкому уровню. Кроме того, высокий уровень склонности к агрессии и насилию был диагностирован у 62,5% исследуемых подростков.

На основании результатов диагностики, можно охарактеризовать 2 группу подростков, как склонную к девиантному поведению в виде агрессивных, саморазрушающих и аддиктивных проявлений.

3 группа (n=9; 8,2%) подростков с очень высоким уровнем агрессивности показала значимо выраженный уровень склонности к делинквентному поведению и нарушению норм и правил. По шкале «склонность к преодолению норм и правил» у 72,5 % испытуемых был выявлен высокий уровень этого показателя. Диагностические результаты свидетельствуют о том, что 15 % испытуемых соответствовали среднему уровню по данной шкале. По шкале «склонность к делинквентному поведению» у 52,5 % испытуемых установлен высокий уровень склонности. Средний уровень – 22,5 % испытуемых. 25 % подростков оказались в зоне низких значений по данной шкале. Полученные результаты могут свидетельствовать о том, что эти подростки стремятся действовать вопреки установленным нормам и правилам, что, несомненно, ведет к девиантному поведению. Такие подростки, при неблагоприятных социальных условиях могут, нарушить установленные обществом правила и нормы. Данная категория подростков является группой риска по совершению противоправных действий и требует более тщательного изучения. Подросткам необходима эффективная, своевременная профилактическая и коррекционно-реабилитационная помощь [2,3].

В целом, анализ результатов выявил, что показатели уровня агрессивности значимо отличаются во всех трех группах. Подростки, склонные к девиантно-

му поведению являются более агрессивными, по сравнению с подростками, не проявляющими выраженных признаков девиантного поведения. Таким образом, уровень выраженности агрессивности у подростков статистически значимо соотносится с уровнем выраженности тенденции к тому или иному варианту девиантного поведения. Следовательно, уровень агрессивности оказывает существенное влияние на степень выраженности девиантного поведения у подростков. Необходимо отметить, что воспитание в неблагоприятных семейных условиях, постоянные наказания, отсутствие эмоционального контакта с родителями лишь усугубляют агрессивное поведение у подростков. Полученные результаты исследования свидетельствуют о необходимости целенаправленного изучения предпосылок возникновения девиантного поведения у подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Змановская, Е. В. Девиантология: Психология отклоняющегося поведения: Учебное пособие. / Е. В. Змановская. – 2-е изд. – М.: ИЦ «Академия», 2004.
2. Комер, Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. / Р. Комер – СПб.: Изд-во ПРАЙМ-ЕВРОзнак, 2002 .
3. Рычкова, Л. С. Психология отклоняющегося поведения: Учебное пособие. / Л. С. Рычкова. – Челябинск.: ИЦ ЮУрГУ, 2013.
4. Шапарь, В. Б. Практическая психология : тесты, методики, диагностика / В. Б. Шапарь. – Ростов н / Д : Феникс, 2010. – 661 с.

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПЕРЕКРЕСТНОГО ПАТОМОРФОЗА ШИЗОФРЕНИИ И СУДОРОЖНЫХ ПАРОКСИЗМОВ

Е. М. НАРКЕЛЮНАС, А. Г. МЕНЬШИКОВ

Тюмень, ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница»

Актуальность. До настоящего времени среди специалистов нет единого мнения по вопросу о том, возможно ли сочетание таких психических заболеваний, как эпилепсия и шизофрения у одного и того же больного. Изучение данного вопроса проводится на протяжении многих лет. Так, например, Е. Краерелин неоднократно подчеркивал, что оба заболевания могут возникать у одного пациента независимо (1913). Н. Giese рассматривал эпилепсию как ранний симптом шизофрении (1914). Д. С. Озерецковский (1969) утверждал, что сочетание шизофрении и эпилепсии у одного и того же больного невозможно. А. И. Болдырев (1971) выделял шизофреноподобные психозы при эпилепсии: «при лечении больных эпилепсией антиконвульсантами, можно добиться существенной или даже полной редукции шизофреноподобной симптоматики, после чего в клинической картине на первый план выступают изменения личности, а также нарушения мышления, характерные при эпилепсии. Считается,

что психозы с шизофреноподобной симптоматикой у больных эпилепсией – проявление основного заболевания и нет оснований рассматривать их как комбинацию шизофрении и эпилепсии». П. Г. Мецов и А. Е. Двирский (1986) отстаивали право на существование терминов «шизоэпилепсия» и «эпишизофрения», однако отмечали исключительную редкость соответствующих форм, допускали возможность «поглощения» эпилепсии шизофренией и наоборот.

Целью исследования явилось изучение частоты встречаемости сочетания шизофрении и эпилепсии, особенностей клинических проявлений психических нарушений.

Материалы и методы исследования. Были проанализированы истории болезни пациентов, находившихся на лечении в отделении № 3 ГБУЗ ТО «ОКПБ» за период 2009-2014 гг. Средний возраст больных составил $36,2 \pm 2,3$ лет, все пациенты были женского пола. Большая часть из них являлись инвалидами по психическому заболеванию. При изучении использованы методы клинико-психопатологического исследования (анамнез, результаты медицинского наблюдения, описание психического состояния, анализ имеющихся симптомов психических расстройств) в сочетании с анализом данных соматоневрологического состояния, а также данных лабораторных, инструментальных и экспериментально – психологических методов исследования. Также проведено клинико-катamnестическое изучение пациентов, у которых наблюдались клинические проявления шизофрении и эпилепсии с различным характером приступов.

Результаты. За анализируемый период пролечено 17 пациентов с сочетанием шизофрении и эпилепсии, что составило 0,66% от общего количества пролеченных больных в отделении со всеми нозологиями и 1,3% от количества больных с диагнозом «Шизофрения». В клинической картине у обследованных больных преобладала параноидная форма шизофрении (95%). По характеру эпилептических приступов чаще встречались генерализованные общесудорожные тонико-клонические с потерей сознания (89%), парциальные составили 11%. По характеру развития сочетания вышеуказанных заболеваний у одного и того же пациента 17 проанализированных историй разделены на 4 группы: 1) больные, у которых психотическая шизофреноформная симптоматика началась до дебюта эпилептиформных приступов (23,5%); 2) больные, у которых шизофрения развилась на имеющейся органически неполноценной почве с эпилепсиями в анамнезе (23,5%); 3) пациенты, длительно страдающие шизофренией и получающие постоянную терапию высокими дозами нейролептиков, у которых развились эпилептические приступы; основное заболевание (шизофрения) в 100% случаев в данной группе было представлено исходными состояниями. Особенности данной группы также были при нормальных показателях ЭЭГ и отсутствие указаний в анамнезе на органический фон (47,1%);

4) больные шизофренией, у которых впоследствии развились эпилептические приступы на фоне приобретенного неблагоприятного органического фона (ЧМТ, нейроинфекции, ДЭП), доказанного документально в процессе катamnестического наблюдения по основному заболеванию – 5,9%. В структуре приступов во всех вышеуказанных группах преобладали развернутые судорожные тонико-клонические с потерей сознания, выявлены у 88,2% больных из всех случаев. У 11,8% пациентов, наряду с общесудорожными, были выявлены простые и сложные парциальные приступы. Не были выявлены случаи сумеречных расстройств сознания, амбулаторных автоматизмов, дисфории, особых состояний сознания. У 64,7% пациентов в анамнезе имелись сведения о наличииотягощенной наследственности шизофренией. У пациентов всех перечисленных категорий прослеживались характерные процессуальные структурные нарушения мышления, а также апато-абулическая симптоматика в различной степени выраженности.

Клиническим примером сочетания шизофрении и эпилепсии является следующее наблюдение: Больная О., 27 лет, уроженка г. Тюмени. Мать технолог швейного производства, психическими заболеваниями не страдает. Отец системный администратор, страдал параноидной шизофренией, был преимущественно бред религиозного характера, заболел в возрасте 31 года, лечился в ТОКПБ, злоупотреблял алкоголем, умер от сердечного приступа. Мать отца странного, деспотичного характера, с немотивированными вспышками агрессии, страдала приступами неадекватной ревности, с нелепыми поступками (кормила внучку грудью в пожилом возрасте). Имеет двух сестер по матери, сестры здоровы. Беременность матери протекала без особенностей. Беременность перенесенная, роды вызывали искусственно, роды с ручным пособием, затяжные (трое суток), родилась с оценкой по шкале Апгар 2 балла. Вес при рождении – 4100; закричала сразу, выписана в реанимацию в ДКБ, где находилась еще в течение 2-х месяцев. При рождении выявлены сходящееся косоглазие, спастический тетрапарез, гипоксическая энцефалопатия. С раннего детства отставала в нервно-психическом развитии, сидеть начала в 9 месяцев, ходить в 1 год и 7 месяцев, говорить после года, наблюдалась и лечилась у неврологов по поводу ДЦП с тетрапарезом, фонетико – фонематическим недоразвитием речи, дизартрией, симптоматической лобной эпилепсией с полиморфными припадками редкой частоты. Получала антиконвульсанты, на фоне чего частота приступов варьировалась от 3-4 в месяц до 1 приступа в год. Первый судорожный приступ возник впервые в возрасте двух с половиной лет, на фоне потери сознания тоническая судорога в мышцах шеи (поворот головы влево с отведением судорожно сжатых между собой в противоположную сторону) с «чмоканием и пеной изо рта». Приближение приступа чувствует, говорит «мне плохо». После приступа, как правило, возникает сон в течение часа,

после сна – обильное мочеиспускание. Сам приступ и события во время него амнезирует. Психическое состояние изменилось с мая 2011 г., когда стала возбужденной, «взбудораженной, агрессивной», бросала в мать разные предметы, мебель, стала разговаривать сама с собой, немотивированно смеялась днем и ночью непрерывно, «бегала по дому», перестала спать, плохо ела, похудела на пять килограмм, настроение спонтанно менялось – от гипоманиакального с гневливостью, дурашливостью, до депрессивного с раздражительностью, чередующейся с апатией, нарушился сон. В последующем говорила, что из объектива видеокамеры в мониторе, из компьютерных колонок, из телевизионных антенн на улице, она слышит «голоса», которые требуют отдать «денежный долг», испытывала страх; постоянно твердила, что ее любит мальчик, которого она когда-то видела во дворе, что она беременна и ждет от него ребенка, кроме этого, помимо его у нее еще много мужей, от которых у нее есть дети. Искала этих детей, агрессивно обвиняла мать, что детей этих она у нее убила, «отдала кремировать». Утверждала, что у нее растет живот. Голоса «материли» ее, постоянно требовали денег. Ощущала за собой слезку, «воздействие» этих голосов, которые будили ее ночью. Ощущала слезку и воздействие из антенн на улице, во время прогулки. С вышеуказанной симптоматикой неоднократно лечилась в 3 отделении ОКПБ с диагнозом: «Пфропшизофрения, галлюцинаторно – параноидный синдром, смешанный дефект (умеренный интеллектуально – мнестический, выраженный эмоционально – волевой)». Сопутствующий диагноз: «ДЦП, легкий спастический тетрапарез, умеренная мозжечковая атаксия, умеренный псевдобульбарный синдром. Симптоматическая лобная эпилепсия, простые парциальные (вегетативные), сложные парциальные, вторично-генерализованные приступы». Получала лечение нейролептиками и антиконвульсантами; на фоне чего галлюцинаторно-параноидная симптоматика купировалась; обнаруживала непоследовательность, паралогичность мышления, в сочетании с конкретностью, а также клинику постепенно нарастающего эмоционально-волевого дефекта. В лечении данной пациентки предпочтение отдавалось «атипичным» нейролептикам учитывая наличие сопутствующего органического фона.

Выводы: На основании проведенного анализа можно выявлено, что сочетание шизофрении и эпилепсии у одного и того же пациента возможно, но встречается чрезвычайно редко – составляет 0,66% от общего количества пролеченных больных в отделении со всеми нозологиями и 1,3% от количества больных с диагнозом «Шизофрения». В структуре приступов преобладали генерализованные тонико-клонические с потерей сознания (88,2%); в 11,8% случаев наряду с общесудорожными, выявлены простые и сложные парциальные приступы. Подавляющее большинство (47,1%) судорожных феноменов у больных шизофренией возникает в результате длительного воздействия (10

лет и более) высоких доз нейролептиков в исходном состоянии и расценивается как эпилептиформный синдром при токсической энцефалопатии. В результате анализа всех представленных случаев, не выявлено какого-либо значимого взаимного влияния на клиническую структуру и периоды обострения и ремиссии шизофреноформной и эпилептиформной симптоматики, их развитие происходило параллельно, и требовало назначения дифференцированной терапии по каждому заболеванию.

АКТУАЛЬНОСТЬ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА: СРЕДСТВА И МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ

Т. М. НОВИКОВА

Тюмень, ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница»

Логопедия – это наука о нарушениях речи, о методах их предупреждения, выявления и устранения средствами специального обучения и воспитания. Речевые нарушения очень разнообразны, их разнообразие зависит от сложности анатомо-физиологических механизмов, участвующих в формировании и протекании речевого акта, от тесного взаимодействия человеческого организма с внешней средой.

Основной целью системы логопедического воздействия в детском отделении ГБУЗ ТО «ОКПБ» является коррекция звукопроизводительной стороны речи, обучение верному использованию лексико-грамматических форм языка, воспитание фонематического слуха и восприятия, что в конечном итоге поможет детям качественно овладеть умением чтения и письменной речи. Задачей логопедического воздействия является создание соответствующих условий, т. е. системы мероприятий постепенного и осторожного воздействия на ребенка, страдающего тем или иным нарушением речи. Логопедия тесно связана с науками педагогического цикла. Однако самостоятельность ее как одного из разделов специальной педагогики обязывает логопеда стремиться к тесному содружеству со смежными науками: физиологией, психологией, медициной, лингвистикой.

В логопедической практике различают следующие речевые нарушения:

- нарушения голоса (афония, дисфония, фонастения);
- дислалия (функциональная и механическая);
- дизартрия разных видов;
- нарушение ритма, темпа и плавности речи (заикание, тахилалия, брадилалия);
- алалия (моторная и сенсорная);
- разные формы афазии;

- дисграфия и дислексия;
- нарушение речи на почве снижения физиологического слуха.

У ребенка с речевой патологией имеется ряд особенностей психологического развития: он начинает меньше общаться с окружающими, чувствовать себя ущербным, замыкается в себе, самооценка его снижается, появляется неуверенность. Такой ребенок с неохотой отвечает на уроках, отказывается от участия в школьных праздниках, досугах и развлечениях, предпочитает одиночество или общество таких же детей, как и он сам.

Логопедическая служба в детском отделении ГБУЗ ТО «ОКПБ» существует около 30 лет и представляет собой часть системы комплексного медико-педагогического сопровождения детей с речевыми отклонениями на фоне различных психиатрических расстройств, имеющей своей конечной целью полное исправление речевой патологии. В последние годы процент детей, страдающих какой-либо речевой патологией от всех пролеченных в отделении, достигает 50 и более. Особенно заметно увеличение числа больных с разными видами дизартрии, при которых наблюдается наличие неврологического компонента, выраженного нарушением в состоянии общей и мелкой моторики, просодической стороны речи (темп, ритм, плавность, наполняемость воздушной струи) и т. д.

Среди 460 больных, пролеченных в отделении за последние 3 года было выявлено с дизартрия – 40% пациентов; функциональной дислалией – 31%, моторной алалией – 13%, механической дислалией – 11%, заиканием – 2%, сенсомоторной алалией – 2%, ринолалией – 1% детей.

Кроме наличия клинических признаков речевой патологии существуют педагогические признаки, выраженные в недоразвитии у детей таких единиц строя языка, как несформированность фонематического восприятия, нарушение слоговой структуры слова, недостаточная сформированность функции словообразования, ограниченный активный словарный запас и нарушение лексико-грамматического строя речи.

Все это является основой для постановки сочетанного логопедического диагноза и вытекающей из него индивидуальной программы коррекции. Выбирая ту или иную индивидуальную программу коррекции, логопед учитывает основной психиатрический диагноз. Поскольку в отделении находится весомая часть детей со сниженным интеллектом, мы имеем дело с отставанием в развитии таких психических функций как память, мышление, внимание. И логопед, наряду с коррекцией речевой патологии, работает над коррекцией основных психических функций при помощи дидактического материала.

Особое место на занятиях отводится работе по развитию коммуникативной функции речи. Интенсификация речевого общения обуславливает возникновение широкой речевой практики. Стимуляторами коммуникации выступает

правильно подобранный материал, который доступен детям для произношения, актуален для общения. Важно также создание благоприятных условий, использование различных видов работ непосредственно направленных на коммуникацию. Необходимо научить детей применять отработанные речевые операции в аналогичных или новых ситуациях, реализовывать полученные навыки в различных видах деятельности.

В связи с низким исходным уровнем развития детей и замедленным темпом усвоения материала, на логопедическом занятии учитывается принцип дозированности объема предлагаемого материала, его наглядности.

Логопедическое занятие, как правило, имеет несколько частей, способствующих многогранному развитию личности. К примеру, можно привести один из планов индивидуальной работы с ребенком, страдающего умственной отсталостью и дизартрией:

- коррекция общей и мелкой моторики;
- дыхательная гимнастика;
- релаксационный массаж;
- выполнение комплексов артикуляционной гимнастики в игровой форме;
- работа над воспитанием фонематического слуха и восприятия;
- коррекция слоговой структуры слова;
- коррекция функции словообразования;
- воспитание навыков грамматически верного оформления собственных высказываний;
- расширение активного словарного запаса.

В процессе коррекционной работы логопеду неоценимая помощь оказывается со стороны врачей, т. к. своевременное лечение помогает в стимуляции работы речевых центров и двигательной сферы ребенка. Кроме того в процессе автоматизации звуков в самостоятельной речи ребенка большую помощь оказывает совместная работа воспитателей и учителей, которые в процессе общения с детьми контролируют использование правильных артикуляционных укладов. Не забываем мы и о связи с родителями, т. к. поставленные на занятиях верные звуки родного языка могут быть автоматизированы в самостоятельной речи ребенка при помощи близких родственников. В связи с этим проводятся консультации с родителями или родственниками по продолжению коррекции речевой патологии после выписки ребенка из стационара.

Таким образом, на основании использования вышеуказанных средств и методов коррекции речевой патологии удалось достичь следующих результатов: на протяжении 3-х последних лет процент детей, выписанных с исправленной звукопроизносительной стороной речи, вырос: дизартрия- с 1,4% до 2,0%, функциональная дислалия-с 13,5% до 16%, механическая дислалия-с 4,5% до 5,5%. Основой эффективности логопедических занятий является доступность,

наглядность, системность, дозированность, верный подбор речевого и дидактического материала, направленных на коррекцию звукопроизводительной стороны речи, обогащение лексико-грамматического строя, расширение активного словарного запаса, коррекцию основных психических функций и, в конечном итоге, социализацию и повышение интеллектуального уровня детей дошкольного и младшего школьного возраста.

К ВОПРОСУ О ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ

О. И. ПИЛЯВСКАЯ, Е. В. МАЛИНИНА

Челябинск, ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский Университет» Минздрава России

В настоящее время диагностика детской шизофрении остается сложным и до конца не решенным вопросом детской психиатрии. Это во многом обусловлено различными взглядами на сущность шизофрении, ее нозологическое единство, единство шизофренического процесса у детей и взрослых, диагностическую надежность клинических симптомов, а также этиологические, патогенетические и физиологические основы шизофренической феноменологии.

Несмотря на наличие общепризнанных валидных диагностических инструментов (МКБ-10, DSM-V и другие) в настоящее время к сожалению нет единой точки зрения на диагностику этого заболевания в детском возрасте, как по клиническим, так и возрастным критериям. Работы эволюционно-биологического направления, принадлежащие зарубежным детским психиатрам (Bender L. 1966, Rainer T., 1996) говорят в основном о существовании значительных различий шизофрении у детей и взрослых, о том, что шизофрения в детстве исчерпывается симптомами преждевременного развития, а симптомы, возникающие при шизофрении детского возраста, это видоизмененные нормальные формы поведения, присущие только детскому возрасту. Однако заслуживают внимания и те современные исследования, которые обнаруживают значительное сходство изменений структурно-морфологического и нейрохимического спектра, происходящих в головном мозге людей, больных шизофренией, а также большую общность клинических проявлений в различные возрастные периоды. Это во многом подтверждает современный взгляд на шизофрению, как на единое заболевание, начавшееся в различные возрастные периоды. По мнению выдающегося отечественного детского психиатра Сухаревой Г. Е. (1955) вопрос о закономерностях, определяющих формирование клинической картины болезни в различные возрастные периоды, относится к наиболее старой и в то же время вечно новой медицинской проблеме, и может решаться только с позиций непрерывной связи физиологических и патологических процессов в организме. По мнению отечественных авторов (Сухаревой Г. Е., 1955;

Симпсон Т. П., 1968; Вроно М. Ш. 1971; Ковалев В. В. 1995 и др.) в соответствии с эволюционно-биологической концепцией болезни – физиологические защитные и регуляторные механизмы имеют место при любом заболевании, это обосновывает важность дифференцировки симптомов по их происхождению: одни из них являются проявлением собственно патологического процесса, другие выражением физиологической защитной охранительной реакции, соответствующей возрастному уровню. В детском возрасте взаимодействие нормального физиологического роста и деструктивного шизофренического процесса приводит к видоизменению того и другого. Признавая нозологическое единство шизофрении у детей и взрослых, выше указанные авторы отмечают, что между детскими и подростковыми формами шизофрении существует различие, пожалуй, даже большее, чем между подростковыми и взрослыми. Влияние возраста сказывается не только на своеобразии симптомов, но и на особенностях течения детской шизофрении. У детей болезненный процесс поражает организм, находящийся в периоде формирования и поэтому симптомы нарушенного развития занимают большое место в клинической картине и клинике дефектного состояния. Детский мозг, не закончивший еще своего развития, часто отвечает на вредность более общими реакциями, что характеризуется большей генерализацией процесса. При этом авторы (Сухаревой Г. Е., 1955; Симпсон Т. П., 1968; Вроно М. Ш., 1971; Ковалев В. В., 1995 и др.) отмечают изменения клинической картины шизофрении с наступлением пубертатного периода в отношении большей сложности и разнообразия психопатологических синдромов. В картине болезни, наряду с основными признаками, наблюдается и ряд других симптомов, отображающих не столько особенности нозологической природы болезни, сколько особый тип реагирования нервной системы, характерный для данной возрастной фазы развития. Это приводит к появлению специфических особенностей клинической картины детской шизофрении, где наряду с собственно шизофреническими процессуальными симптомами существуют симптомы нарушенного развития – как дизонтогенетические стигмы «эволютивного непроцессуального психического дизонтогенеза» (Ковалев В. В., 1995).

Цель исследования. изучить клинические особенности детской шизофрении в детском и пубертатном периодах.

Материал и методы исследования. изучено 105 пациентов, страдающих шизофренией. Все пациенты находились на лечении в стационарных отделениях ГУЗ ОКСПНБ № 1 города Челябинска. Критерии отбора: 1. Возраст пациентов от 5 до 18 лет. 2. Диагноз шизофрении детского типа. 3. Начало болезни в возрасте до 10 лет. Критерии исключения: 1. Иные расстройства шизофренического спектра. Исследование проводилось с помощью клинико-anamnestического, клинико-катамnestического, клинико-динамического,

клинико-психопатологического методов. Использовались оценочные шкалы позитивных и негативных симптомов (PANSS), экспериментально-психологическое и нейропсихологическое исследования.

Результаты. Выделено три группы наблюдений. Первую группу (n=57) составили подростки с непрерывно текущей детской шизофренией; вторую группу (n=43) подростки с эпизодическим течением шизофрении и прогрессивным развитием дефекта, третью (n=5) подростки с эпизодическим ремиттирующим типом. Во всех группах наблюдений клиническая картина данного расстройства на различных возрастных этапах (период детства и подростковый период) была различна. Различие проявлялось с раннего возраста как клиническими особенностями, так и в большой мере нарушениями в области когнитивного развития и социального функционирования. Разными были типы течения заболевания и его исходы. В группе пациентов с рано начавшейся – детской шизофренией с непрерывным типом течения в пубертатном возрасте в сравнении с подростками, у которых шизофрения имела эпизодическое течение с прогрессивным развитием дефекта и ремиттирующей шизофренией достоверно чаще ($p \geq 0,01$) наблюдался олигофреноподобный дефект. В то время, как при эпизодическом течении детской шизофрении с прогрессивным развитием дефекта и ремиттирующей шизофрении преобладали психотические состояния с аффективными и галлюцинаторно-бредовыми нарушениями. При ремиттирующем течении в ряде случаев (15%) была возможна стойкая продолжительная ремиссия.

Выводы. изучение особенностей клиники и течения детской шизофрении у подростков является актуальной задачей современности. Это имеет важное значение для оценки прогноза заболевания и выбора правильной лечебно-реабилитационной тактики.

ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НАРУШЕННОГО ПОВЕДЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

А. В. ПИРОГОВА, Е. В. МАЛИНИНА

Челябинск, ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский Университет» Минздрава России

Проблема поведенческих нарушений в детско-подростковом возрасте является актуальной не только в связи с возрастающей распространенностью, но и в связи с многоликостью квалификации данного феномена. С одной стороны, сложность заключается в том, что проявления и причины поведенческих отклонений могут затрагивать специфические возрастные реакции, обусловленные личностными и социальными факторами, а могут отражать симптомы психопатологических расстройств. С другой стороны, трактовка поведенческих нарушений в специальной литературе может встречаться

с медицинских (клинических), психологических, социальных, педагогических и юридических позиций. В тоже время, обращаясь к исследованиям в области нарушенного поведения необходимо определить единый подход в формулировании дефиниций, понятий, принципов и критериев верификации изучаемых расстройств. Различная интерпретация поведенческих девиаций затрудняет целостное виденье проблемы.

И здесь нельзя не обратиться к отечественной школе детской психиатрии (Ковалев В. В., 1979; Личко А. Е., 1983), где разделение поведенческих девиаций идет с позиций патологических и непатологических форм. Непатологические формы обусловлены социальными факторами и формируется по психологическим и психосоциальным механизмам, а патологические формы, как правило, болезненно мотивированны, возникают при измененной эмоциональности, истинных нарушениях влечений и выраженных личностных расстройствах. При диагностике патологических форм нарушенного поведения используются такие критерии, как стереотипность, стойкость и повторяемость не менее шести месяцев (Восторкнутов Н. В. с соавт., 2004), а также сочетание с неспецифическими и невротическими симптомами астенического, аффективного, сомато-вегетативного характера (Пережогин Л. О., 2010).

В настоящее время ряд ученых рассматривают нарушения поведения у детей, как медицинскую проблему (Руженков В. А., 2006; Тужилова М. Б., 2006; Рычкова Л. С., 2008; Сухотина Н. К., 2009; Корень Е. В., 2011; Пережогин Л. О., 2011; Резаков А. А., 2011; Fricker F., 2001; Jordan S., 2010). В подтверждении этого в МКБ-10 есть целая рубрика F90-99 – Расстройства поведения, начинающиеся в детском и подростковом возрасте. В общие диагностические указания включены диссоциальные и агрессивные поступки с драчливостью и хулиганством, жестокостью, умышленным повреждением собственности, поджогами, воровством, прогулами в школе и уходами из дома. Кроме того, для уточнения категории нарушенного поведения используется критерий условий и обстановки, в которых совершается тот или иной противоправный акт (социализированное, несоциализированное, в рамках семьи и т. д.). Такой диагностический подход затрудняет нозологическую верификацию поведенческих расстройств и свидетельствует о клинической неспецифичности выделенных рубрик.

Выражает ли такое расстройство поведения психиатрическую проблему очень часто является предметом споров в обществе. И зачастую к таким детям применяют термины «трудные», «хулиганы», «делинквенты». Эти понятия отражают социально-психологические характеристики данных детей, употребляя при этом драчливость, хулиганство, непослушание, прогулы и пропуски уроков, не раскрывая феноменологию нарушенного поведения (Чижова Т. Н., 2011).

Другой термин, характеризующий проблему нарушенного поведения – отклоняющееся или девиантное поведение, в большей степени используемый

в психологии и педагогике. Девиантность — отклонение от принятых норм — понятие более широкое, оно включает не только делинквентность, но и другие нарушения поведения — от ранней алкоголизации до суицидных попыток (А. Е. Личко, 1983).

Девиантное поведение характеризуют как относительно устойчивые стереотипные поведенческие реакции, связанные с нарушением норм и правил поведения в сфере микросоциальных отношений (семья, школа, группа сверстников), приводящих к средней психической дезадаптации без стойкой диссоциальности. Среди форм девиантного поведения отмечают — гиперактивное, оппозиционно-вызывающее, протестное, уходы из дома, девиации сексуального характера (Вострокнутов Н. В., 1998; Булатова М. В., 2011), в большей степени включающееся в клиническую (психопатологическую) оценку нарушенного поведения. Психологи к типам девиантного поведения относят: делинквентное, аддиктивное, патохарактерологическое, психопатологическое, на базе гиперспособностей (Менделевич В. Д., 1999).

В термин «делинквентное» поведение нередко вкладывается различный смысл. Словарь Webster (1963) определял делинквентное поведение как «провинность» или «психологическую тенденцию к правонарушениям». А. Е. Личко (1983) под этим понятием подразумевал цепь поступков, провинностей, мелких правонарушений, отличающихся от криминала. В. Е. Семке (1982) отождествлял «антисоциальное» и «делинквентное» поведение. В. В. Ковалев (1981) считал, что выражение «делинквентное поведение» должно применяться только в случаях противоправных, противозаконных и преступных поступков, таких как кражи, хулиганские действия, нанесение телесных повреждений, изнасилование и т. д. Расширение границ термина «делинквентное поведение» приводит к стиранию границ между криминальными и некриминальными поступками, что затрудняет решение многих судебно-психиатрических и коррекционно-воспитательных вопросов. По мнению В. Д. Менделевича (1999, 2007, 2012) делинквентное поведения является разновидностью преступного (криминального) поведения человека и в крайних своих проявлениях представляет уголовно наказуемое деяние. Отличие делинквентного от криминального поведения, по словам В. Д. Менделевича (1999), коренится в тяжести правонарушений, выраженности антиобщественного их характера. Правонарушения делятся на преступления и проступки. Суть проступка заключается в том, что он не представляет существенной общественной опасности и отличается от преступления мотивами совершения противоправного действия.

У личностей с делинквентным поведением в рамках волевого сознательного действия, в силу индивидуально-психологических особенностей нарушается или блокируется процесс предвосхищения будущего результата деликта. Такие индивиды легкомысленно, часто под влиянием внешней провокации

совершают противоправное деяние, не представляя его последствий. Сила побудительного мотива к определенному действию тормозит анализ отрицательных его последствий (Родяшин Е. В., Раева Т. В., Фомушкина М. Г., 2014).

В рамках девиантного, а именно делинквентного и криминального поведения необходимо говорить и об агрессии. Агрессивность – это свойство личности, которое выражается в готовности к агрессивным восприятию и действиям, а также соответствующей интерпретации поведения другого лица или лиц в рамках межличностных отношений. Агрессивное поведение – это действия, базирующиеся на агрессивности и направленные на причинение физического, морального или иного ущерба людям или другим объектам окружающего мира, сопряженные с насилием против них (Дмитриева Т. Б., Шостакович Б. В., 2002).

В судебно-психиатрической практике все больше используются дефиниции общественно опасные деяния, преступления, противоправные действия. В уголовном праве в основе каждого преступления лежит определенное общественно опасное действие или бездействие, чаще — совокупность (система) определенных действий. Понятие действия и бездействия в уголовном праве носит условный характер и раскрывается на основе его материалистической трактовки наукой психологией, так как преступление — вид сознательного и волевого поведения человека. Каждым противоправным общественно опасным действием или бездействием человек вступает в определенные отношения с другими людьми, воздействует на них и на взаимоотношения с ними. Термин «общественно опасное действие» употребляется в УК и судебной практике. Понятие «действие» определяется такой совокупностью признаков: действие должно быть общественно опасным и противоправным, конкретным, сознательным и волевым актом поведения человека.

Таким образом, использование различных терминов при верификации поведенческих феноменов во многом определяется оценкой ситуации, при которой они происходили. Так, если нарушены те или иные законы, речь идет о криминальном (противоправном) поведении, если пациент поступает на судебно-психиатрическую экспертизу и он страдает психическим расстройством, то в рамках его психопатологического синдрома совершены общественно опасные действия.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ

Т. С. РАЕВ², Т. В. РАЕВА¹, Н. А. СМОЛЬНИКОВА²

Тюмень, ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России¹,

ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница»²

Деформация личности профессионала в процессе трудовой деятельности – одна из серьезных психологических проблем в современных социально-экономических условиях, требующих высокой мобильности и устойчивости к стрессовым воздействиям [1]. В реальных условиях медицинской деятельности личность врача подвергается постоянному давлению со стороны психотравмирующих обстоятельств — характера организации труда, психологического давления со стороны пациентов и их родственников, коллег, администрации — что, в конечном счете, может привести к синдрому профессионального выгорания (СЭВ).

Термин «эмоциональное выгорание (burnout)» введен американским психиатром Н. Freudenberger в 1974 году для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами, пациентами, в эмоционально насыщенной атмосфере при оказании профессиональной помощи [12]. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, «синдром эмоционального выгорания» – это физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся нарушением продуктивности в работе и усталостью, бессонницей, повышенной подверженностью соматическим заболеваниям». В настоящее время проблемы производственного стресса, рассматриваемого в рамках СЭВ, выделены в МКБ-10 как «синдром выгорания» под рубрикой Z.73.0 (проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью), поэтому в нашей стране изучением этого синдрома в большей степени занимались психологи. В настоящее время особенно активно изучается синдром «выгорания» в рамках социальной психиатрии, он признан проблемой, требующей не только психологического, но и активного врачебного вмешательства [6,7].

В связи с тем, что медицинский персонал является ключевым ресурсом лечебного процесса в психиатрии, изучение распространенности СЭВ и механизмов его формирования является актуальной проблемой для современной психиатрии. Среди врачей-психиатров обнаруживается один из наиболее высоких уровней самоубийств: женщины-психиатры совершают самоубийства в три раза чаще, чем представительницы общей популяции, а для мужчин-психиатров показатель самоубийств вдвое превышает среднестатистический [10]. В связи с этими обстоятельствами, жизненно важной задачей является гармонизация

личностной структуры врача и поддержание ее на достаточно высоком уровне, адекватном успешной профессиональной деятельности.

Ряд исследователей изучали распространенность СЭВ среди врачей психиатров путем анкетирования, получили следующие результаты: у 50,7% психиатров-наркологов выявлен СЭВ в различной степени выраженности фаз, у 24% врачей он является полностью сформированным. 53,3% психиатров-наркологов имели признаки формирующейся, 10% – уже сформированной фазы напряжения СЭВ. В разной степени выраженности СЭВ авторами был выявлен у 73,2% психиатров [3,5,11]. Представляют интерес также данные, опубликованные в американском журнале «Cardiologist Lifestyle» (2015), согласно которым 33% врачей-психиатров имеют признаки СЭВ.

Также, актуальность данной темы определяется серьезными последствиями, которыми грозит недооценка проблемы СЭВ у врачей, такими как ухудшение качества работы, текучесть кадров, проблемы со здоровьем, злоупотребление алкоголем, лекарствами и т. д. Имеются различия между образом жизни и степенью удовлетворенности врачей своей жизнью имеющих и не имеющих признаки СЭВ. Кроме того, актуальной проблемой является отсутствие четкого перечня факторов риска появления СЭВ, так как выявление внешних и внутренних предрасполагающих факторов позволило бы составить эффективную стратегию профилактики данного синдрома у врачей-психиатров.

Цель исследования. Выявление факторов риска развития и распространенности СЭВ среди врачей-психиатров города Тюмени и его влияние на образ и качество жизни.

Материалы и методы. В ходе исследования было опрошено 40 врачей-психиатров, работающих в ГБУЗ ТО «Областной клинической психиатрической больнице». 57% врачей имели стаж работы по специальности более 25 лет. Для выявления у врачей СЭВ использовался опросник «Профессиональное (эмоциональное) выгорание», разработанный на основе трехфакторной модели К. Маслач и С. Джексона и адаптированный Н. Водопьяновой, Е. Старченковой (2005). Тест содержит 22 утверждения о чувствах и переживаниях, связанных с выполнением рабочей деятельности. Чем ниже человек оценивает свои возможности и достижения, меньше удовлетворен самореализацией в профессиональной сфере, тем больше выражен СЭВ. Для выявления факторов риска развития СЭВ, а также для определения влияния данного синдрома на образ и качество жизни врачей была разработана специальная анкета, содержащая 21 вопрос.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования было выявлено, что 84% врачей-психиатров имеют признаки СЭВ, преобладала средняя степень его выраженности (37%), почти треть обследованных имела низкую степень СЭВ (29%). Важно отметить, что у 18% врачей была установлена высокая степень

тяжести СЭВ, что требует особого внимания и помощи. Среди врачей, имеющих признаки СЭВ, примерно в равной степени представлены мужчины и женщины (47% и 53% соответственно). Симптомы СЭВ чаще отмечались в возрастной группе от 36 до 45 лет (23,5%), а также у врачей старше 65 лет (13,5%). Среди особенностей образа жизни врачей-психиатров с СЭВ было выявлено следующее: 88% находятся в браке, свободное время предпочитают проводить с семьей (70%), 47% врачей-психиатров употребляют алкоголь реже 1 раза в месяц, 35% – 2-3 раза в месяц, 12% не употребляют вообще, 70,6% никогда не курили. 29,4% – бросили курить. Также большинство обследованных врачей (64%) оценили свое состояние здоровья по шкале из 7 баллов на 5, также как степень удовлетворенности жизнью 41% врачей оценили на 5 (на работе) и 6 (вне работы). Обследование показало, что 35% врачей имеют ожирение, 18% – избыточный вес. Важно отметить, что ведущим фактором риска формирования СЭВ являлся высокий индекс тяжести работы врача психиатра, который определялся высокой эмоциональной нагрузкой при работе с психическими больными и их родственниками. Врачу-психиатру приходится соприкасаться с агрессивными тенденциями, с психомоторным возбуждением, с импульсивными действиями, непредсказуемым поведением со стороны больных, с бредовыми и галлюцинаторными расстройствами, что отражается на его психологическом состоянии. Выраженность синдрома выгорания усиливают неудовлетворенность характером работы и благоустроенностью рабочего места.

Выводы. На основании результатов исследования, можно сделать вывод, что синдром эмоционального выгорания распространен среди врачей-психиатров города Тюмень на 10% больше, чем в других городах РФ. Можно предположить отсутствие должной профилактики СЭВ. По структуре преобладает средняя степень тяжести проявлений данного синдрома. Признаки выгорания чаще отмечались у специалистов с большим стажем работы по специальности. По результатам исследования можно отметить, что у большинства врачей, имеющих признаки СЭВ, выявлено негативное влияние на эмоциональную сферу их работы. В ходе исследования было выявлено, что образ жизни и степень удовлетворенности врачей своей жизнью, особенно работой, находятся не на достаточно высоком уровне. Таким образом к факторам риска СЭВ у врачей психиатров г. Тюмени можно отнести стаж работы, условия работы, степень удовлетворенности работой и качеством жизни в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаева, М. М. Профессиональная идентичность личности: психосемантический подход / М. М. Абдуллаева // Психологический журнал. – 2004. – Т. 25, № 2. – С. 86-95.
2. Бойко, В. В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении / В. В. Бойко. – СПб.: Сударыня, 1999. – 28 с.

3. Водопьянова, Н. Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова и др. – 2-е изд. – СПб. : Питер, 2008. – 336 с. – (Практическая психология).
4. Гурович, И. Я. Психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, Я. А. Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т. 11, № 3. – С. 5-139.
5. Социальный стресс и психическое здоровье / Т. Б. Дмитриева, А. И. Воложин, Ю. А. Александровский и др.; под ред. Т. Б. Дмитриевой, А. И. Воложина. -М.: ВУНМЦ, 2001. – 249 с.
6. Золотухина, Л. В. Особенности психического здоровья врачей-психиатров с синдромом профессионального выгорания: автореф. дис.... канд. мед. наук : 14. 01. 06; 19. 00. 04 / Л. В. Золотухина. – СПб., 2011. – 26 с.
7. Лозинская, Е. И. Проявления синдрома перегорания у психиатров и онкологов / Е. И. Лозинская // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2006. – Т. 3, № 3. – С. 16-18.
8. Лукьянов, В. В. Защитно-совладающее поведение и «синдром эмоционального выгорания» у врачей-наркологов, их коррекция и влияние на эффективность лечения больных : дис.... д-ра пси-хол. наук : 19. 00. 04 :14. 00. 45 / В. В. Лукьянов. – СПб., 2007. – 343 с.
9. Малыгин, В. Л., Социально-психологические факторы риска формирования эмоционального выгорания у врачей психиатров и наркологов. [Электронный ресурс] / В. Л. Малыгин, А. С. Искандирова, Е. Е. Пахтусова и др. // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2011. – N 4. – URL: [http:// medpsy. ru](http://medpsy.ru).
10. Фоминых, Е. Синдром выгорания у врачей, оказывающих психиатрическую помощь: доклад на XI Летней Школе ЕКПП-Россия, Санкт-Петербург (Репино), 26-30 июня 2011 года / Е. Фоминых // Вестник психоанализа. – 2011. – № 1. – С. 169-172.
11. Старшенбаум, Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия / Г. В. Старшенбаум. – Серия: Клиническая психология. – Изд-во: Когито-Центр, 2005.
12. Freudenberger, H. J. Staff Burn-Out / H. J. Freudenberger // Journal of Social Issues. -1974. – Vol. 30, № 1. – P. 159-165.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Т. В. РАЕВА, С. Е. БОГОМАЗ

Тюмень, ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница»

Актуальность. Сопоставление различных клинико-социальных особенностей больных шизофренией с совершаемыми ими общественно опасными деяниями (ООД) позволяет считать, что из клинических факторов наибольшее влияние на вероятность совершения и их характер оказывает психопатологический синдром [1;2;5]. Однако зависимость между ведущим психопатологическим синдромом и характером совершаемого деликта не является достаточно жесткой. Такая зависимость обнаруживается главным образом при наличии продуктивной психотической симптоматики,

в частности, когда содержание бредовых переживаний может обусловить определенную мотивацию, субъективное психологическое обоснование опасного поведения (например, защитного при бреде преследования) [4].

Влияние психического состояния больного на его поступки может быть и более сложным. В ряде случаев практически одинаковая мотивация поведения и поступков может иметь место при различных синдромах, и наоборот, разные мотивы могут иметь место при сходных психопатологических состояниях. Так, например, больные шизофренией с параноидными состояниями могут совершать опасные действия, тематически не связанные с содержанием бреда. Для обозначения мотивации такого рода, не вытекающей из содержания продуктивной симптоматики, был предложен, получивший довольно широкое распространение, термин «реально-бытовые мотивы», что подчеркивает наличие у больных скорее сохранных компонентов психики, чем патологических [3;10]. По-видимому, для получения более полного представления об особенностях организации (или дезорганизации) деятельности психики больного недостаточно констатировать ее мотив, необходимо также указать именно то звено (или звенья), поломка которого не только приводит к совершению ООД, но и делает больного неспособным быть вменяемым [6].

Поскольку нарушение собственно мотивации является хотя и частой, но не единственной причиной опасного поведения больных шизофренией, предпочтительнее пользоваться более широким понятием психопатологических механизмов ООД. Под ними понимают такое взаимодействие болезненных расстройств психики между собой, а также с личностными особенностями больного и ситуационными факторами, которое обуславливает рассматриваемое деяние и (или) исключает возможность трактовать его как преступление [8;9]. При таком понимании собственно патологическая мотивация — возможный, но не единственный вариант, частный случай довольно разнообразных механизмов. Их психопатологический анализ позволяет установить степень участия болезненных нарушений психики и их роль в формировании опасного поведения различных категорий больных.

Психопатологический механизм ООД самым тесным образом связан с психическим состоянием больного в период совершения деликта, в психопатологическом отношении к совершению ООД всегда приводят те или иные компоненты синдрома. Вместе с тем необходимо учитывать, что наряду с прямой обусловленностью ООД характером синдрома (главным образом у больных с продуктивной симптоматикой) нередко импульс к совершению действия дает внешняя ситуация. Расстройство же психики выступает в таком случае в роли поломанного инструмента, который в результате неправильной, неадекватной переработки этого импульса приводит к тому,

что ответное деяние приобретает опасный характер. Именно о таком соотношении чаще всего можно говорить при синдромах с преобладанием негативных и психопатоподобных расстройств, но в ряде случаев оно имеет место и при психотических состояниях [7]. Разработанная ранее типология психопатологических механизмов ООД построена на несколько условном выделении одного из компонентов в качестве главного, определяющего (с раскрытием его взаимодействия с другими психическими нарушениями) в сложной цепи психолого-психопатологических явлений, приводящих больного к совершению опасного деяния. Хотя в действительности в детерминации поведения и поступков больного шизофренией принимают участие все имеющиеся у него психопатологические расстройства, удельный вес каждого из этих компонентов неодинаков, поэтому выделение одного из них в качестве наиболее существенного не вносит значительных искажений в общую картину детерминирующих факторов, но дает клиницисту возможность применения более целенаправленных мероприятий по предотвращению ООД.

Все встречающиеся на практике психопатологические механизмы ООД могут быть разделены на две большие группы по характеру лежащих в их основе психических нарушений: в одних случаях деяние обусловлено продуктивными психотическими расстройствами (продуктивно-психотические механизмы), в других — оно связано преимущественно с негативными проявлениями, а также и изменениями личности (негативно-личностные механизмы). Однако следует иметь в виду, что расстройства указанных двух групп в тех или иных сочетаниях могут встречаться у одного и того же больного, поэтому, например, констатация психотического состояния с продуктивной симптоматикой отнюдь не означает еще, что совершенное больным деяние обязательно обусловлено последней. Основную роль в реализации деликта может сыграть и имеющаяся у этого же больного негативная симптоматика.

Цель исследования. Изучение психопатологических механизмов ООД больных шизофренией на этапе активного диспансерного наблюдения после прекращения принудительного лечения с организацией коррекционно-профилактической работы и оптимизацией дифференцированных лечебно-реабилитационных рекомендаций.

Материал и методы исследования: На базе АПС ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница» обследовано 20 больных, находящихся на активном диспансерном наблюдении (АДН) после прекращенного в отношении них применения принудительных мер медицинского характера, страдающих шизофренией, впервые (повторно) совершивших правонарушения различной степени тяжести и признанных невменяемыми. Из них

мужчин было 80% в возрасте 30-50 лет, 20% – женщины в возрасте 40-45 лет. У 35,0% больных был установлен диагноз параноидной шизофрении с эпизодическим типом течения, у 55,0% – параноидной шизофрении с непрерывным типом течения, 10,0% больных страдало простым и детским типом шизофрении, психопатоподобной шизофренией и шизоаффективным вариантом приступообразной шизофрении. Сопутствующий диагноз зависимости от алкоголя или других психоактивных веществ имели 30,0% больных. У 80,0% из числа всех исследуемых пациентов стаж заболевания составлял более 10 лет. Клинико-психопатологический метод исследования (анамнез, катамнез, медицинское наблюдение, клинические беседы, описание психического состояния, анализ имеющихся симптомов психических расстройств), параклинический, сравнительно-возрастной, катамнестический, статистический (с использованием основ системного и структурного анализа) сочетался с анализом данных соматоневрологического состояния, а также лабораторных, инструментальных и экспериментально-психологических методов исследования.

Результаты: При анализе совершенных преступлений было выделено две группы больных: первую группу составили пациенты с продуктивно-психотическими механизмами ООД (25%), а вторую группу – пациенты с негативно-личностными механизмами ООД (75%). Как показало проведенное исследование, подавляющее большинство случаев в первой группе (20%), имеющие диагноз шизофрении с эпизодическим типом течения, в остром состоянии совершили преступления против личности (ст. 105 УК РФ – убийство, ст. 111 УК РФ – умышленное причинение тяжкого вреда здоровью) по механизму с бредовой мотивацией (бредовая защита у 10%, бредовая месть у 5%), в одном случае (5%) преступление совершено по механизму, обусловленному наличием императивных слуховых обманов восприятия.

Во второй группе большинство преступлений (55%) было совершено против личной собственности граждан (ст. 158 УК РФ – кража, ст. 161 УК РФ – грабеж, ст. 162 УК РФ – разбой) по негативно-личностному механизму, связанному с извращенностью и расторможенностью влечений, по инициативе самого больного (инициативные действия), в 15% ООД совершены против личности (ст. 112 УК РФ – умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью, ст. 116 УК РФ – побои, ст. 119 УК РФ – угроза убийством или причинением тяжкого вреда здоровью) под влиянием реальной побуждающей ситуации (ситуационно спровоцированные действия), по механизму эмоциональной бесконтрольности. В одном случае (5%) психопатологический механизм совершенного преступления (ст. 228 УК РФ – незаконные приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка наркотических средств...) был связан с дефицитом высших эмоций, полностью совпал с синдромальной характе-

ристикой самого больного (бедность эмоциональной сферы, преобладание низменных интересов и потребностей, примитивность духовной жизни, эгоистическая жизненная позиция).

В подавляющем большинстве случаев (70% из всей исследуемой группы с повторными и многократными ООД в анамнезе) психопатологические механизмы оставались неизменными при всех ООД, совершенных данным больным. Однако имело место и изменение механизмов. Чаще встречались переходы из группы психотических механизмов в группу непсихотических (10%). Такое изменение происходило по следующей схеме: первичное правонарушение больной совершал в относительно остром состоянии по психотическим мотивам; в дальнейшем под влиянием терапии развивалась ремиссия с определенными изменениями личности, на фоне которых совершались повторные деликты, обусловленные уже непсихотическими механизмами. Обратных перемещений из непсихотической группы и психотическую не отмечалось.

Кроме того, возможно изменение варианта ООД внутри указанных групп. Больные, совершившие первое деяние в связи с эмоциональной бесконтрольностью, повторное деяние совершали по механизму расторможенности влечений, дефицита высших эмоций (40%). Это позволяет говорить, что наименьшей стойкостью при совершении повторных деяний обладали продуктивно-психотические механизмы, наибольшей – извращенность и расторможенность влечений и дефицит высших эмоций. При изменении механизма ООД преобладали именно последние два варианта, именно они отличались наибольшей стойкостью, оставаясь практически неизменными при любом количестве повторных деяний.

Выводы: ООД больных первой группы не соответствовали по своему характеру реальной обстановке, совершались под влиянием психотических переживаний, не имеющих прямой связи с действительностью, были тесно связаны с этапом или стадией патологического процесса (обострение, фаза и т. п.). Больные второй группы совершали более психологически понятные деяния, тесно связанные, а иногда в значительной мере обусловленные реальной обстановкой и мало зависящие от остроты процесса. Если госпитализация и своевременная адекватная медикаментозная терапия в первом случае играли решающую роль в предотвращении опасных деяний, то во втором эти меры нередко не оказывают существенного влияния на поведение больного; наибольшее значение здесь приобретали длительные, хорошо спланированные и организованные реабилитационные мероприятия. Столь же существенны различия между указанными группами и по возможности прогнозировать общественную опасность больных. При продуктивно-психотических механизмах ООД констатация определенного синдрома и содержания

болезненных переживаний позволяет предвидеть время, характер возможного опасного деяния. У больных второй группы такое предвидение довольно проблематично, оно не может быть основано только на клинко-психопатологическом подходе. Весьма существенно различаются рассматриваемые группы и по характеру общественной опасности. При продуктивно-психотических механизмах ООД отмечается отчетливое относительное преобладание правонарушений против личности, носящих наиболее опасный характер. При негативно-личностных механизмах преобладают имущественные деликты. Таким образом, если на первых порах в некоторых случаях имеет место изменение механизма ООД, то в случае совершения повторных и особенно многократных ООД психопатологический механизм приобретает определенную стойкость, обнаруживает тенденцию к фиксации и в дальнейшем остается неизменным. Данное положение имеет большое практическое значение, поскольку позволяет определенным образом организовать коррекционно-профилактическую и реабилитационную работу в отношении больных с повторными и многократными ООД. Механизм ООД следует рассматривать как стойкую особенность больного, ориентация на которую может способствовать разработке индивидуальных реабилитационных программ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Котов, В. П. Некоторые дискуссионные аспекты проблемы общественной опасности / В. П. Котов, М. М. Мальцева // Психиатрия и общество. – М., 200. – С. 255-269.
2. Котов, В. П. Оценка потенциальной опасности больного — необходимый компонент судебно-психиатрического диагноза / В. П. Котов, М. М. Мальцева // Б. В. Шостакович и проблемы современной психиатрии. – М., 2008. – С. 43—45.
3. Лунц, Д. Р. О психопатологических механизмах опасных действий больных шизофренией и условиях, способствующих их реализации / Д. Р. Лунц // Профилактика общественно опасных действий, совершаемых психически больными. – М., 1972. – С. 5-9.
4. Мальцева, М. М. Опасные действия психически больных (психопатологические механизмы и профилактика): монография. / М. М. Мальцева, В. П. Котов. – М., 1995.
5. Морозов, Г. В. Проблемы организационной перестройки принудительного лечения психически больных, совершивших общественно опасные деяния / Г. В. Морозов // Профилактика общественно опасных действий психически больных. – М., 1988. – С. 5-9.
6. Назарова, Н. В. Особо опасные агрессивные действия психически больных в аспекте их профилактики (клинко-катамнестическое исследование) / Н. В. Назарова: автореф. дисс.... канд. мед. наук. – М., 1990.
7. Недопил, Н. Опасны ли психически больные? Мифы и реальность / Н. Недопил // Российский психиатрический журнал. – 2001. – № 3. – С. 4—11.
8. Никонов, В. П. Дифференцированная профилактика опасного поведения больных шизофренией во внебольничных условиях / В. П. Никонов: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1993.

9. Подольский, Г. Н. Клинико-социальная характеристика психически больных со стойким опасным поведением и принципы дифференцированной профилактической работы с ними / Г. Н. Подольский: автореф. дисс.... канд. мед. наук. – М., 1995.
10. Тальце М. Ф. Судебно-психиатрический аспект вялотекущей параноидной шизофрении / М. Ф. Тальце: дисс.... д-ра мед. наук. – М., 1971

ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Е. В. РОДЯШИН, А. В. ПЕЛЫМСКИЙ

Тюмень, ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница»

Актуальность. Начиная с 1990-х годов прошлого века, Россия занимает одно из первых мест в мире по частоте суицидов. Пиковый уровень показателя был зарегистрирован в 1994-1995 г. г., когда он достиг 42 случая на 100 тыс. населения. Именно в это время в рамках программы «Психическое здоровье населения России» были начаты крупномасштабные исследования суицидального поведения, предусматривающие изучение динамики частоты самоубийств и ее связи с разнообразными социальными, демографическими и медицинскими факторами. Следует отметить, что в течение последних 10 лет в нашей стране отмечается тенденция постепенного снижения частоты самоубийств. Так, в 2000 году показатель смертности от суицидов был равным 39,3 на 100 тыс. населения, в 2007 году – 29,1; в 2011 – 2012 г. г. – 22,2 на 100 тыс. населения. В 2013 году данный показатель впервые позволил России «перейти» в лагерь стран со средним уровнем смертности от суицидов (19,5 – 19,6 случаев на 100 тыс. населения).

Особую тревогу вызывает суицидальное поведение детско-подросткового населения. По данным ВОЗ за последние 30 лет число суицидов, совершаемых в мире детьми и подростками возросло в 30 раз. Российские показатели детской и подростковой смертности в результате суицидальных действий по данным ВОЗ почти в 3 раза превышают аналогичные среднемировые показатели. Это требует проведения неотложных мероприятий по снижению уровня суицидальной активности среди детско-подросткового населения и активного развития профилактического направления.

Цель исследования. Характеристика социальных, психологических и психопатологических аспектов суицидального поведения у несовершеннолетних.

Материал и методы. В ходе исследования была изучена медицинская документация на 99 несовершеннолетних, совершивших суицидальные попытки в 2014 году: «Талоны первичной регистрации суицидальной попытки», «Талоны повторной регистрации суицидальной попытки» суицидологического

регистра Центра суицидальной превенции ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница»; медицинские карты амбулаторного больного и эпикризы из истории болезни стационарного больного, которые находились на лечении в круглосуточном психиатрическом стационаре после совершения суицидальных действий. Данные сведения дополнились материалами по разбору случаев суицидальных попыток несовершеннолетних, предоставленных комиссиями по делам несовершеннолетних и защите их прав территорий области и пунктов по делам несовершеннолетних УМВД России по Тюменской области в Центр суицидальной превенции. Возраст детей, совершивших суицидальные действия, составил: до 10 лет – 2,1% детей, 11-14 лет – 30,3%, 15-17 лет – 67,6%. Из них мальчиков было 36,4%, девочек – 63,6%.

Результаты. Проведенный анализ медицинской документации выявил, что большинство суицидентов проживали в дисгармоничных семьях: в неполной семье – 45,4% детей, в приемной семье или под опекой – 8,2%, в асоциальной семье (оба родители или один из них злоупотребляли алкоголем, находились в местах лишения свободы за совершение преступлений) – 10,1% несовершеннолетних. У 3,0% детей наблюдались суициды у близких родственников. По способу суицидальной попытки распределение было следующее: отравление медикаментами отмечалось у 58,5% несовершеннолетних, самопорезы – у 33,5%, падение с высоты – у 4,0%, повешение – у 3,0%, бросились под транспорт одна девочка.

Были изучены мотивы, которые способствовали развитию хронической психотравмирующей ситуации и привели к совершению суицидальных действий. Частые конфликты в семье (нарушенные детско-родительские отношения, неправильные форма воспитания, ссоры между родителями) наблюдались у 52,5% несовершеннолетних, сложные взаимоотношения со сверстниками (неразделенная любовь, конфликты между девушкой и юношей, ссоры между подругами, агрессия сверстников) – у 37,5%, болезненные (бредовые) переживания – у 6,0%, страх перед уголовным наказанием – у 3,0%, смерть родных (мать) – у 1% детей и подростков. 7% несовершеннолетних совершили суицидальные попытки в состоянии алкогольного опьянения.

Анализ данных, поступивших в Центр суицидальной превенции показал, что подавляющее большинство подростков (68,6%) до совершения ими суицидальных действий не попадали в поле зрения врачей-психиатров, психотерапевтов и медицинских психологов. У них были впервые выявлены психические расстройства разной степени тяжести. Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F. 43) отмечались у 38,2% несовершеннолетних, расстройство личности органической этиологии (F. 07) – у 16,6%, расстройства поведения (F. 91) – у 10,9%, депрессивный эпизод (F. 32) – у 10,9%, специфические расстройства личности (F. 60) – у 7,2%, другие тревожные расстройства (F. 41) –

у 5,4%, умственная отсталость легкой степени (F. 70) – у 3,6%, шизофрения (F. 20) – у 3,6%, депрессивное расстройство поведения (F. 92,0) – у 1,8%, другие невротические расстройства (F. 48) – у 1,8% пациентов. Все они были взяты под наблюдение психиатром в группу «суицидоопасных», им рекомендованы занятия с психотерапевтом, психологом Центра суицидальной превенции; по показаниям было назначено медикаментозное лечение. 28,2% несовершеннолетних ранее состояли под наблюдением психиатра и продолжили им наблюдаться (F.07, F. 20, F. 70, F. 91). Все они также включены в группу «суицидоопасных», им назначено медикаментозное лечение, занятия с психологом, психотерапевтом. 19,2% пациентов с суицидальными попытками направлены на стационарное лечение в детское и подростковое психиатрические отделения ГБУЗ ТО «ОКПБ».

Выводы. Все несовершеннолетние находились в поле зрения родителей или иных законных представителей, педагогов и, нередко, школьных психологов. Проблема видится в том, что взрослые, в подавляющем большинстве случаев, не могли адекватно оценить наличие и значимость для ребенка имеющихся проблем, не замечали или не придавали важного значения изменению его психического состояния и по этой причине не обращались или откладывали обращение за медицинской помощью к специалистам. Анализ причин формирования суицидального поведения у детей и подростков, а также состояния их психического здоровья позволит разработать действенные меры профилактики суицидального поведения среди несовершеннолетних.

ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Л. С. РЫЧКОВА^{1,3}, Г. С. ТРОФИМОВА², О. Б. КОНЕВА¹, А. Ю. ЧЕБАН^{1,3}

Челябинск, ФГБОУ «Южно-Уральский государственный университет» (НИУ)¹

МБС(К)ОУ Специальная (коррекционная) образовательная школа № 127²

ФГБУН «Уральский научно-практический центр радиационной медицины»³

Современная детская психиатрия имеет тесные междисциплинарные связи с коррекционной педагогикой и специальной психологией. В настоящее время в педагогике наметилась новая тенденция – инклюзивное образование. Данный термин используется для описания процесса обучения детей с особыми потребностями, в том числе имеющими нервно-психические расстройства и ограниченные возможности здоровья, в общеобразовательных школах. Помимо решения сугубо образовательных задач инклюзивное образование, в значительной мере способствует улучшению качества жизни людей. Такое образование обеспечивает не только равное отношение ко всем детям, но создает

специальные условия для тех, кто имеет особые потребности. Преимущество инклюзии предполагает доступность образования для всех, обеспечение доступа к образованию для детей с особыми потребностями, приспособление к различным нуждам. В большинстве западных стран уже никто не оспаривает педагогическую ценность совместного обучения здоровых детей и детей с ограниченными возможностями. Дети, которые по различным причинам не в состоянии заниматься в общеобразовательной школе, могут пользоваться правом на обеспечение специального педагогического подхода в процессе обучения [1,8].

Инклюзивное образование на сегодняшний день регулируется такими документами международного уровня, как Конвенция о правах ребенка, Протокол № 1 Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод, а на территории РФ – Конституцией РФ, Федеральным законом «Об образовании», Федеральным законом «О социальной защите инвалидов в РФ» и др. Положения об инклюзивном образовании включены в Конвенцию ООН «О правах инвалидов», одобренной Генеральной Ассамблеей ООН 13 декабря 2006 года. Для Российской Федерации проблемы детей – инвалидов при обучении в массовой школе исключительно актуальны и сложны. Это обусловлено рядом обстоятельств. Прежде всего, число детей, официально получающих пособия по инвалидности, в нашей стране резко возросло и продолжает увеличиваться с каждым годом. Следующий момент заключается в том, что система образования в современной России переживает глубокие изменения. При этом актуализируются ценности инклюзивного образования детей с инвалидностью, в том числе в связи с нервно-психическими расстройствами. Однако общественное мнение по этому сложному вопросу далеко неоднородно [1,2,8].

Известно, что в 2008 году Россия подписала Конвенцию ООН «О правах инвалидов». В статье двадцать четвертой Конвенции говорится том, что в целях реализации права на образование государства-участники должны обеспечить инклюзивное образование на всех уровнях и обучение в течение всей жизни человека [1,6].

Сравнительный анализ инклюзивного образования, осуществляемого в общеобразовательной школе, как в России так и за рубежом, показал, что инклюзивное образование за рубежом развивается с 70-х годов прошлого века и на сегодняшний день в большинстве западных стран сложился определенный консенсус относительно важности интеграции детей – инвалидов. Считается, что для развития детей – инвалидов и здоровых детей лучше, если они занимаются в общей школе: дети с ограниченными возможностями учатся жить в мире так называемых нормальных людей, а у здоровых детей развиваются духовно – моральные качества. К сожалению, вопрос об инклюзивном образовании в Российской Федерации еще актуален и сложен. На практике

инклюзивное образование, с одной стороны, создает особые условия для удовлетворения потребностей учащихся указанной категории в медицинских и педагогических услугах, а с другой – препятствует социальной интеграции инвалидов, ограничивая их жизненные шансы [4,7].

Инклюзивное обучение в нашей стране сталкивается не только с трудностями организации так называемой «безбарьерной среды» (пандусов, одноэтажного дизайна школы, введения в штаты сурдопереводчиков, переоборудования мест общего пользования и т. д.), но и препятствиями социального свойства, заключающимися в распространенных стереотипах и предрассудках, в готовности или отказе учителей, школьников и их родителей принять данную форму образования.

В настоящее время в России система общего и специального (коррекционного образования) находится на этапе уточнения и углубленной разработки основных понятий, таких как «дети риска», «дети с особыми возможностями здоровья», «интеграция», непосредственно «инклюзивное образование» и других, а также понимания сущности принципов и подходов, инновационного образования, и по возможности осуществления процесса распространения и реализации существующего опыта организации инклюзивного образования в образовательных учреждениях разных типов как дошкольных, так и общеобразовательных школ.

В этом контексте, прежде всего следует обратить внимание на понимание сути инклюзивного образования. Инклюзивное (франц. *inclusif* – включающий в себя) образование – процесс развития общего образования, который подразумевает доступность образования для всех, в плане приспособления к различным нуждам всех детей, что обеспечивает доступ к образованию для детей с особыми потребностями. Вместе с тем имеет смысл напомнить некоторые основные принципы инклюзивного образования:

1. Ценность человека не зависит от его способностей и достижений;
2. Каждый человек способен чувствовать и думать;
3. Каждый человек имеет право на общение и на то, чтобы быть услышанным;
4. Все люди нуждаются друг в друге;
5. Подлинное образование может осуществляться только в контексте реальных взаимоотношений;
6. Все люди нуждаются в поддержке и дружбе ровесников;
7. Для всех обучающихся достижение прогресса скорее может быть в том, что они могут делать, чем в том, что не могут;
8. Разнообразие усиливает все стороны жизни человека.

Специалисты, столкнувшись с идеями инклюзивного образования, могут увидеть их сходство с идеями педагогики сотрудничества, которая широко используется в специальном (коррекционном) образовании и специальной психологии. Так, в контексте педагогики сотрудничества и инклюзивного об-

разования педагог-дефектолог выступает в качестве помощника, который стимулирует у других людей тенденции к дальнейшему личностному росту, освоению индивидуальной образовательной траектории. Для достижения этого требуется выполнение следующих условий, характерных как для педагогики сотрудничества, так и для инклюзивного образования:

1. На всем протяжении учебного процесса демонстрировать ученикам свое полное к ним доверие.
2. Помогать учащимся в формулировании и уточнении целей и задач, стоящих как перед группой, так и перед каждым в отдельности.
3. Всегда исходить из того, что у учащихся есть внутренние мотивационные установки.
4. Всегда быть для детей «источником» разнообразного опыта, к которому можно обратиться за помощью, столкнувшись с трудностями в решении той или иной задачи.
5. Развивать в себе способность чувствовать эмоциональный настрой группы и принимать его.
6. Быть активным участником группового взаимодействия.
7. Открыто выражать в группе свои чувства.
8. Стремиться к достижению эмпатии, позволять понимать чувства и переживания каждого ученика.
9. Хорошо знать самого себя.

Основной целью инклюзивного образования является полноценное развитие и функционирование личности, ее саморазвитие и самореализация, включение в систему социального взаимодействия. На наш взгляд, основные задачи как инклюзивного образования, так и педагогики сотрудничества, которая заключается в гуманизации процесса обучения и воспитания, во взаимодействии взрослых и детей; решении задач, направленных на развитие способности у подрастающего поколения к осуществлению ненасильственных действий по отношению к окружающим людям, природе, миру в целом, т. е. задачи по формированию позиции ненасилия как мировоззренческого компонента личности [4,5,6].

При создании таких условий для обучения и развития детей, им предоставляется полноценная возможность для самореализации. В этом смысле получают возможность в самореализации не только здоровые дети, но и дети с особыми возможностями здоровья. Преодолевается тревожность, страх, чувство неполноценности, организовывается групповое взаимодействие.

При этом целью педагогической деятельности следует рассматривать обеспечение условий для «полноценно функционирующей» личности – развитие адекватной и гибкой, здоровой «Я – концепции». И этого можно достичь не путем формирования личности, а посредством оказания именно помощи в личностном росте и самореализации.

Таким образом, инклюзивное образование находится на пути стремления к развитию методологии, направленной на детей и признающей, что все дети – индивидуальности с различными потребностями в обучении. Инклюзивное образование находится в поиске разработки подхода к преподаванию и обучению, который будет более гибким для удовлетворения различных потребностей в обучении. Если преподавание и обучение станут эффективнее в результате изменений, которые внедряет инклюзивное образование, тогда позитивная тенденция этого успеха отразится и окажет влияние на всех детей (не только на детей с особыми потребностями).

Значительное множество разнообразных мнений на сегодняшний день, наблюдается по составу участников в инклюзивном образовании. Следует отметить, что качество результатов обсуждений данной проблемы уступает в большей степени реализации эффективности процесса в данной сфере образования». Перед обществом стоит ряд весьма сложных проблем, но, несомненно, стоит признать то, что назрела практическая необходимость социальной интеграции инвалидов, в том числе с нервно-психическими заболеваниями, повышения их жизненных шансов, что социальную компетентность можно и нужно развивать, расширяя доступ социально-уязвимых групп населения к социальным благам и престижным каналам социализации, тем самым предотвращая их маргинализацию.

В целом, следует отметить, что современная цивилизация переживает острейший кризис. Вызван он самим человеком, его потребностями, противоречивостью духовного мира, противоречивостью человеческих отношений. Выходом из этого кризиса может стать формирующаяся в современных условиях модель цивилизации, которая отличается от предыдущих тем, что она ориентирована на все человечество, как в культурном и географическом аспектах, так и в социальном. Скорее всего, именно этот подход, а не экономический или национальный, будет определять дальнейшее поступательное движение. И хочется верить, что цивилизация XXI века, несмотря на все трудности, сумеет прийти к содружеству народов. В этих условиях возникает необходимость ухода от декларативного признания за человеком права на индивидуальность, самобытность, «особость». В частности, в настоящее время достаточно остро стоит вопрос о непосредственном общении и восприятии людей с особыми возможностями здоровья, в первую очередь это касается детей-инвалидов с нервно-психическими расстройствами, их включения в социальное взаимодействие, создание условий для их самореализации, реабилитации и интеграции в социум. Современное общество может найти решение этой проблемы в инклюзивном образовании при междисциплинарном подходе структур образования и здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Инклюзивное образование: Проблемы совершенствования образовательной политики и системы /Материалы международной конференции. – Санкт-Петербург, Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена. – 2008. – 258с.
2. Бгажнокова, И. М. Школа для детей с нарушениями интеллекта: тенденции, перспективы развития / И. М. Бгажнокова // Дефектология. – 2004. – № 3. – С. 51–54.
3. Жигорева, М. В. Дети с комплексными нарушениями в развитии. / М. В. Жигорева. // Педагогическая помощь. – М.: Академия, 2006. – 126с.
4. Малофеев, Н. Н. Позиция ИКП РАО в оценке современного этапа развития государственной системы специального образования в России / Н. Н. Малофеев, Е. Л. Гончарова // Альманах Института Коррекционной Педагогики РАО – 2000. – Выпуск 1. – С. 5-12.
5. Рычкова, Л. С. Комплексная экспертиза и реабилитация лиц с нарушением психофизического развития (учеб. пособие). / Л. С. Рычкова. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2006. – 63 с.
6. Рычкова, Л. С. Полипрофессиональный подход к разработке индивидуальных программ реабилитации для детей инвалидов / Л. С. Рычкова, Т. А. Смирнова, А. М. Косов // Региональная межведомственная научно-практическая конференция «Нормативно-правовые, законодательные и социальные аспекты в области охраны психического здоровья детей и подростков. – Изд-во « Пирс», 2013. – С 34-38.
7. Шматко, Н. Д. Для кого может быть эффективным интегрированное обучение / Шматко Н. Д. // Дефектология. – 1999. – № 1. – С. 41-46
8. Ярская-Смирнова, Е. Р. Инклюзивное образование детей-инвалидов / Е. Р. Ярская-Смирнова, И. И. Лошакова //СОЦИС. – 2003. – № 1. – С. 28-31

КОРРЕКЦИЯ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Н. Д. СЕМЕНОВА

Тюмень, ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница»

Актуальность. В настоящее время среди детей-инвалидов с психическими расстройствами около половины составляют пациенты с тяжелой речевой патологией. Речь является основой коммуникативной функции человека, ее нарушения речи являются серьезным препятствием для овладения ребенком программой обучения в детском саду, а в дальнейшем и в школе. Необходимо дальнейшее изучение вопроса преимущества применения тех или иных методов коррекции речевых расстройств, а также использования их в наиболее раннем возрасте ребенка, что позволит повысить эффективность проводимых мероприятий.

Цель работы. Изучить структуру речевой патологии у детей дошкольного возраста, а также эффективность ее логопедической коррекции в комплексе коррекционных мероприятий.

Материал и методы исследования. На базе Центра развития речи ГБУЗ ТО «Областной клинической психиатрической больницы» было обследовано 100 детей, из них в возрасте с 3 до 5 лет – 56%, в возрасте с 5 до 7 лет – 44%. Диагностика отклонений в речевом развитии детей дошкольного возраста основывалась на сравнении общих и специфических закономерностей развития нормально и аномально развивающегося ребенка. Всем было проведено комплексное обследование с участием психиатра, невролога, логопеда, психолога, врача функциональной диагностики. Устанавливалась структура ведущего нарушения развития, а также вторично связанных с ним отклонений с учетом локализации и механизмов нарушения центральной нервной системы.

Результаты. Среди обследованных детей с речевой патологией определена следующая структура нарушений: дизартрия составила 61%, моторная и сенсомоторная алалия – 37%, заикание – 2%. В изучаемую группу не были включены дети с умственной отсталостью и расстройствами аутистического спектра. Помимо речевых нарушений выявлены следующие расстройства: в 65% случаях обследованных детей определена задержка психического развития, в 23% – синдром дефицита внимания и лишь 12% детей имели только расстройства функции речи. В 2% случаях у детей наблюдались расстройства ритма, темпа и плавности, произвольные остановки или повторения отдельных звуков или слогов в момент произношения. В 98% случаях у детей (из них 4 ребенка имели полное отсутствие речи) выявлены следующие нарушения в структуре речи: диссоциация в виде высокого тонуса в языке и низкого губах, повышенного в корне языка и пониженного в кончике языка, недифференцированное произношение звуков, замена звуков на более простые по артикуляции, затруднения в словообразовании, упрощение многосложных слов, пропуски слогов, неточность употребления слов и словосочетаний по смыслу, лексической системности, преобладание в словаре имен существительных и глаголов, отсутствие в словаре синонимов и антонимов, затруднения при использовании абстрактной и обобщающей лексики, затруднения в воспроизведении двигательных упражнений.

С 3-х летнего возраста начало целенаправленной работы по формированию правильного звукопроизношения позволяет предотвратить появление многих речевых и психологических нарушений. Важность ранней логопедической коррекции основана на активном развитии сохранных функций и последовательном, согласно этапам созревания, восстановлении нарушенных функций. Занятия с логопедом строились в зависимости от исходного состояния речевого статуса и проводились по следующим этапам: логопедический массаж, развитие слухового внимания детей, развитие мелкой моторики пальцев рук у детей, развитие подвижности артикуляционного аппарата, уточнение артикуляции и произношения звука и его вызывание по подражанию, автоматизация приоб-

ретенных речевых навыков, развитие лексико-грамматического строя речи. Проведение логопедического массажа позволило обособить артикуляционные, дыхательные движения от общих движений артикуляционного аппарата, что подготовило речевой аппарат для дальнейшей коррекции. Пальчиковая гимнастика создавала благоприятный эмоциональный фон и повышала уровень общего психического развития. Артикуляционная гимнастика позволяла привлечь внимание детей к положению органов артикуляции, усилить кинестетические и слуховые ощущения. У детей с задержкой психического развития в коррекции применялись занятия с психологом. Основным элементом психологической коррекции детей с речевыми нарушениями являлась сенсомоторная коррекция. С помощью специальных упражнений (двигательных, дыхательных, глазодвигательных) сенсомоторной коррекции улучшался функциональный статус подкорково-стволовых структур головного мозга, функциональное развитие коры головного мозга и межполушарное взаимодействие. Для наибольшего эффекта нормализации функционирования структур мозга в комплексе проводилось физиолечение.

Выводы. Показатель эффективности проведенной в Центре развития речи логопедической коррекции в структуре комплексной реабилитации детей с нарушениями речи по всем нозологическим группам составлял в группе детей с 3 до 5 лет – 98%, в группе детей с 5 до 7 лет – 92%. Таким образом, в структуре сочетанной психоневрологической патологии общей особенностью речевых нарушений является стойкое недоразвитие речи. Коррекция речевых нарушений проводится с момента обнаружения, в соответствии с уровнями речевого развития с постепенным усложнением логопедических приемов в комплексе коррекционных мероприятий и имеет высокую эффективность.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПОСМЕРТНЫХ КОМПЛЕКСНЫХ СУДЕБНЫХ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ЗАВЕРШЕННЫМ СУИЦИДАМ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Н. Н. СПАДЕРОВА, В. В. ГРИНЬ, О. В. ГОРОХОВА,
В. Г. КУЛЕВАТОВ, С. Е. ГЕРАСИНА

Тюмень, ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница»

В XXI веке наряду с нанотехнологическими открытиями, расширением притязаний людей в космосе и постижением тайны деторождения самоубийства являются одной из самых актуальных проблем. В последнее время происходит переоценка ценностей жизни, применяются двойные стандарты, как в политической, так и повседневной жизни, извращаются исторические сведения, меняются даже религиозные каноны в пользу отдельных личностей и систем. Социологи рассматривают самоубийство как барометр социального

напряжения [2]. За последние годы число детских суицидов и попыток самоубийств в России увеличилось на 3 % и Российская Федерация вышла на первое место в Европе по количеству самоубийств среди детей и подростков [1]. Как сообщает пресс-служба СК РФ в 2013г. в России совершил завершённый суицид 461 ребенок. По сведениям Роспотребнадзора за последние 5 лет количество детских суицидов и попыток самоубийств увеличилось на 35-37% [17]. Данная проблема характерна не только для российского общества. В частности, в США самоубийство занимает десятое место среди причин смерти в целом. Среди американских подростков и молодых людей самоубийство стабильно входит в первую тройку основных причин смерти [7].

У детей трудно дифференцировать истинные стремления ухода из жизни от демонстративных попыток, нацеленных на получение любви, внимания, преимуществ, льгот, желаемых вещей. Если они воспитывались в условиях, в которых не сформировалось глубокой привязанности к своим родителям, то они лишены опыта подобных переживания глубоких чувств и не могут их представить у других людей. Суициды у детей и подростков, в отличие от взрослых, могут быть спровоцированы незначительными событиями в жизни. Применяемые средства для ухода из жизни не соответствуют выраженности их желания и случайно приводят либо к очень серьезным нарушениям здоровья, либо практически не приносят никакого вреда. Характер суицидального поведения зависит от степени понимания детьми необратимости смерти [6,7,9,14]. Взаимосвязь системы ценностей подростка с суицидальным поведением в настоящее время изучена недостаточно. Подростковый период является наиболее противоречивым и дисгармоничным по сравнению с другими возрастными фазами жизненного пути человека. Его важность трудно переоценить – именно в этот период индивид превращается в личность. Психологические исследования детей и подростков показывают, что факторы, влияющие на становление детской психики противоречивы: в одном случае они способствуют, в другом – препятствуют оптимальному развитию личности ребенка. Роль семьи в процессе социализации человека трудно переоценить. Именно семья вводит ребенка в общество, знакомит его с устоями. Ребенок же, под воздействием всей совокупности окружающих стимулов, воспринимая их и перерабатывая поступающую информацию, формирует свою точку зрения, свое видение, свое отношение к миру. Взаимоотношения в семье, отношение к ребенку со стороны родителей, могут сформировать эффективную потребительно-мотивационную систему ребенка, позитивный взгляд на мир и самого себя в этом мире; те же самые факторы, но с другим психологическим содержанием, могут приводить к ущербному развитию потребностей и мотивов, низкому самоуважению, недоверию к окружающим, дефицитарности в общении со сверстниками [15].

Целью исследования являлся анализ суицидального поведения детей и подростков, являющимися потерпевшими по ст. 110 УК РФ (доведение до самоубийства), совершивших завершённый суицид, в отношении которых была назначена посмертная амбулаторная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза.

Материалы и методы. Использовались клиничко-психопатологические методы исследования (катамнез, описание психического состояния, анализ имеющихся симптомов психических расстройств), анализ соматоневрологического состояния, данных экспериментально-психологических методов исследования (в том числе этико-психологический анализ, диагностика особенностей самосознания, определение черт личности и характера), изучение первичной медицинской документации и материалов уголовного дела. Нами исследованы 7 заключений комиссии судебно-психиатрических экспертов посмертных амбулаторных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз детей и подростков с 10 до 16 лет (средний возраст $13,1 \pm 2,1$ лет) в период с 2011 г. по 2014 г. Среди них было 71,4% мальчиков и 28,6% девочек, по национальности преобладали русские дети, особенностям 43% были татарами, один мальчик – немец.

Результаты и обсуждение: Завершённые суициды были совершены несовершеннолетними в Тобольском, Нижнетавдинском, Ишимском, Тюменском и Заводоуковском районах. Подэкспертные в 43% случаях были обнаружены у себя дома, в единичных случаях в надворных постройках и в лесном массиве (400 метров от дома). 57,1% суицидов произведено в вечернее время, а 42,9% в утреннее. Все родители обнаружили пропажу несовершеннолетних в вечернее время и вначале разыскивали их самостоятельно, а затем обращались в правоохранительные органы. Практически все лица предприняли завершённую попытку через самоповешение (85,7%) и лишь один подросток 16 лет через самострел. Большинство детей (42,8%) были из социально неблагополучных семей (родители лишены родительских прав, т. к. злоупотребляли спиртными напитками, не исполняли обязанности по воспитанию детей), проживали в патронатной семье с опекунами, в том числе другой национальности (девочка была русская, а опекун татарка) и у родственников; 28,6% детей проживали с матерью, после развода родителей (за 6 месяцев до суицида) и столько же лиц были в социально благополучной семье (одна девочка проживала с бабушкой, т. к. родители были на заработках). Почти у всех (71,4%) детей и подростков семейный анамнез был психопатологическиотягощен, из них, у 43% родители страдали зависимостью от алкоголя, у 28,6% подростков родственники совершили завершённый суицид через самоповешение за год до суицида подэкспертных (у девочки троюродный брат 12 лет (который вошел в это исследование), у мальчика – родная сестра)). У большинства (57,1%)

подэкспертных не было диагностировано каких-либо грубых психических расстройств, у 28,6% лиц была диагностирована "Умственная отсталость легкой степени" (F70) и в единичном случае было выставлено "Социализированное расстройство поведения" (F91). В одном случае наблюдался аффективный суицид после ссоры с матерью (потерял сотовый телефон, боялся вернуться домой), два ребенка обнаруживали истинное суицидальное поведение (обдуманное и постепенное выполнение намерения покончить с собой), с расспросами у родственников и знакомых о смерти, рассуждениями о способах суицида, высказываниях намерений суицидальной попытки через повешение. У подростка 16 лет, совершившего самострел, наблюдалось шантажно-демонстративное суицидальное поведение на протяжении длительного периода 1-1,5 лет (после проигрыша на соревнованиях, ссоры с девушкой, ощущения что на него не обращают внимание друзья – хотел "вскрыть себе вены", броситься под машину, выпрыгнуть с 3 этажа). В остальных случаях до совершения завершенного суицида в материалах уголовного дела и медицинских документов каких-либо указаний на суицидальное поведение не имелось.

При экспериментально-психологическом обследовании нами были выявлены личностно-психологические факторы испытуемых, способствующих совершению суицида: стрессовые факторы и особенности характера. Из стрессовых факторов встречались: потеря любимого человека, отвергнутая любовь, развод родителей, проживание в детском доме, либо частая смена проживания (детский дом, патронатная семья, проживание с родственниками) и т. п. У детей и подростков были обнаружены следующие особенности характера: эгоцентризм, несамостоятельность, неумение планировать, слабое противостояние проблемам, признание только крайних позиций («черно-белое» мышление), фрустрированность потребности в безопасности, личных достижениях, доверии, дружбе; убеждение, что душевное страдание никогда не закончится [14]. Также суицидальному поведению способствовали социальные факторы: условия семейного воспитания, т. е. отсутствие одного из родителей, частая смена места жительства (то у одних родственников поживет, то у других), эмоциональная депривация в детстве, общение с родственниками с асоциальными формами поведения, алкогольный семейный климат, наличие в семье психически больных. Так, подэкспертный В. переживал развод родителей, скучал по отцу, когда находился в новой квартире, а когда был у отца, то тосковал по маме. Подэкспертный Г. «вместе с родителями не проживали и он (показания одноклассника) очень сильно переживал по данному поводу..., было известно, что Г. говорил, что хочет повеситься из-за того, что его родители не живут вместе», «Поведение Т. в социальной жизни («... очень расстраивался на соревнованиях, когда не выигрывал, обижался, если в компании на него мало обращали внимание...»), Н. отмечала: «Знаете, о чем я мечтаю! О настоящей

любви! Мне уже 13 лет, сколько можно ждать! Скучно же». Суицидальное поведение – это стадийный и динамичный процесс, в котором суицидальная активность прогрессирует от начальных, малоосознаваемых внутренних форм до практической реализации суицидальных действий [4,16].

Выводы: Чаще всего (42,8%) завершённые суициды совершались детьми и подростками в социально не благополучных семьях, преимущественно в собственном доме, в вечернее время. Из способов суицида несовершеннолетние предпочитали самоповешение. Значительную роль в формировании суицидального поведения (71,4%) имел психопатологически отягощённый семейный анамнез, в том числе завершёнными суицидальными попытками. Возникновению суицидального поведения у несовершеннолетних в Тюменской области, так же как и в популяции в целом, способствовал ряд факторов: национальные, микросоциальные, личностно-психологические (стрессовые – развод родителей, отвергнутая любовь, проживание в детском доме, либо частая смена проживания (детский дом, патронатная семья, проживание с родственниками и особенности характера). У обследованных чаще наблюдалась личностная, эмоциональная незрелость, снижение контроля над поведенческими реакциями; парадоксальное сочетание ориентировки на внешнюю оценку, на одобрение окружающих со склонностью строить свое поведение исходя из собственных внутренних критериев. Эмоциональное напряжение, формирующееся из-за невозможности удовлетворить актуализированную потребность, непосредственно выражалось в поведении обследуемого иногда без учета социальных и этических норм. Отмечалась недостаточность совладания со своими внутренними импульсами, что приводило к ослаблению способности организовывать поведение в соответствии с устойчивыми мнениями, интересами и целями и делает поведение испытуемого плохо предсказуемым. Также было характерно неумение планировать будущие поступки и пренебрежение последствиями своих действий в связи с недостаточной способностью извлекать пользу из прошлого негативного опыта.

Нужно дальнейшее совершенствование системы превенции самоубийств и реабилитации членов семей, в которых встречались суицидальные попытки и завершённые суициды с учетом индивидуально-психологических, этнокультуральных и микросоциальных особенностей детей и опекунов выбирать патронатные семьи. Снижение смертности от самоубийств возможно лишь при дифференцированном подходе, включающем мероприятия по психологической, социальной и педагогической поддержке, психиатрической помощи. Среди наиболее эффективных путей в преодолении детских суицидов необходимо выделить следующие: осуществление индивидуального подхода в образовании и воспитании детей; формирование здорового образа жизни учащихся; усиление профилактической работы с семьей; межведомственное

взаимодействие медицины, образования, МВД, прокуратуры, общественности; повышение квалификации работников образования по теме; нормализация внутрисемейной обстановки, социального микроклимата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Благовещенский, А. Роспотребнадзор закрыл 2,4 тысячи «суицидных» страниц А. Благовещенский // Российская газета. – 2013. – 24 сентября. – URL: <http://www.rg.ru/2013/09/24/suicide-pages-site.html>
2. Бойко, Е. О. Клинико-динамическая характеристика суицидального поведения детей и подростков в Краснодарском крае / Е. О. Бойко, Ю. Ш. Васянина, Ю. А. Мыльникова // Суицидология, – 2010. – № 1. – С. 31-32.
3. Демдоуми, Н. Ю. Социальная сеть как аспект суицидальной активности среди детей и молодежи (на основе анализа социальной сети «Вконтакте») / Н. Ю. Демдоуми, Ю. П. Денисов // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – № 3. – С. 37-39.
4. Зотов, П. Б. "Внешний ключ" – как элемент суицидальной динамики и объект психологического воздействия у подростков / П. Б. Зотов // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – № 3. – С. 42-44.
5. Краснополянская, И. Линия смерти. Россия заняла первое место в Европе по количеству самоубийств среди детей и подростков / И. Краснополянская // Российская газета. – 2013. – 15 марта. – С. 1.
6. Кудрявцев, И. А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (научно-практическое руководство). / И. А. Кудрявцев. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1999. – 497 с.
7. Кудрявцев, И. А. Психологический прогноз повторных попыток самоубийства / И. А. Кудрявцев. // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 10-14.
8. Кулагина, И. Ю. Возрастная психология: Полный жизненный цикл развития человека. / И. Ю. Кулагина, В. Н. Колуцкий. – М.: ТЦ Сфера, 2004. – 464 с.
9. Медицинская и судебная психология. Курс лекций: Учебное пособие / Под ред. Т. Б. Дмитриевой, Ф. С. Сафуанова. – М.: Генезис, 2004. – 606 с.
10. Москвитин, П. Н. Персоналогические различия в процессе профессиональной идентификации психотерапевтов и психо-терапии суицидального поведения / П. Н. Москвитин // Суицидология. – 2011. – № 3. – С. 17-20.
11. Панченко, Е. А. Суицидальная ситуация среди детей и подростков в России / Е. А. Панченко, Б. С. Положий // Российский психиатрический журнал. – 2012. – № 1. – С. 52-56.
12. Приленский, Б. Ю. Интегративный подход в психотерапии суицидального поведения / Б. Ю. Приленский, Е. В. Родяшин, А. В. Приленская // Суицидология. – 2011. – № 2. – С. 49-51.
13. Раева, Т. В. Суицидальное поведение у детей и подростков: факторы риска и защиты. / Т. В. Раева, Е. В. Родяшин, О. А. Селиванова, М. Г. Фомушкина. – Тюмень, 2013. – 29с.
14. Сафуанов, Ф. С. Психолого-психиатрическая экспертиза по факту самоубийства / Ф. С. Сафуанов // Российская юстиция. – 1995. – № 12. – С. 28-30.
15. Сахрауи, О. Я. Взаимосвязь риска суицидального поведения с системой ценностей подростков: постановка проблемы / О. Я. Сахрауи // Суицидология, – 2010. – № 1. – С. 61-62
16. Суицидальное поведение больных наркоманиями. Методическое пособие / П. Б. Зотов, С. М. Уманский. – Тюмень: ООО «Сити-пресс», 2007. – 16 с.
17. <http://www.newsru.com/russia/15apr2014/deti.html>

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ

З. Г. ТАЖИЕВА

Тюмень, ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница»

Большинство синдромов в детской психиатрии состоит из комбинаций симптомов (и признаков) в четырех основных сферах: эмоции, поведение, развитие и взаимоотношения. Как у любого практического правила, бывают и исключения; наиболее заметные – шизофрения и нервная анорексия. Четыре области симптомов, это: эмоциональные симптомы; проблемы с поведением; задержки развития; трудности взаимоотношений. Эмоциональные симптомы, интересующие детского психиатра, хорошо знакомы большинству тех, кто изучает психическое здоровье. Здесь, как и у взрослых, выявляются тревоги и страхи (а также любое избегание вследствие этого). Спросить нужно также о страдании и, если это относится к делу, о сопутствующих признаках депрессии, включая чувства неполноценности и безнадежности, самоповреждение, агедонию, плохой аппетит, нарушение сна и утомляемость.

Классические симптомы обсессивно-компульсивного расстройства могут иметься у младших детей, даже у дошкольников. Есть одно отличие от взрослой психиатрии – надо гораздо более тщательно спрашивать о «соматических» эквивалентах эмоциональных симптомов, например, боли в животе в понедельник утром могут быть гораздо более заметны, чем лежащая в их основе тревога по поводу школы или разлуки.

Сообщения родителей – главный источник информации об эмоциональных симптомах маленьких детей, у детей постарше и подростков все большее значение приобретают их собственные сообщения. Весьма удивительно, что сообщения родителей и детей об эмоциональных симптомах часто не согласуются. Встречаясь с противоречивыми сообщениями, часто трудно решить, кому верить. Возможно, что родители убедительно и детально описывают ряд случаев, когда страх собак у ребенка приводил к панике или прекращению прогулки, тогда как собственное заявление ребенка о том, что он никогда ничего не боится, кажется смесью бравады и желания как можно быстрее закончить общение с врачом.

Проблемы с поведением, составляющие существенную часть практики детских психиатров, гораздо менее знакомая область для большинства тех, кто изучает психическое здоровье, так как взрослые с похожими симптомами чаще появляются в судах, а не в клиниках. Опрос нужно сосредоточить на трех главных сферах поведения: вызывающее поведение, часто сопровождаемое раздражительностью и вспышками гнева; агрессия и деструктивность, а также антисоциальное поведение, такое как воровство, поджоги и злоупотребление

ПАВ. Основными источниками информации о проблемах с поведением обычно бывают сообщения родителей и учителей, однако дети и подростки могут сказать о проступках, не известных их родителям и учителям. Спрашивать детей об их вызывающем поведении не имеет большого смысла, так как детям (как и взрослым) трудно признать, что они бывают неразумны, разрушительны и раздражительны, даже если они с легкостью узнают эти качества у других.

Оценка задержки развития может быть особенно трудна для тех, кто впервые пришел в эту сферу и не имеет подготовки в области здоровья детей. Развитие осложняет оценку, которая у взрослых была бы достаточно простой. Рассмотрим для примера физическое развитие. Рост взрослого один метр очень мал, в то же время рост ребенка один метр может быть малым, средним или большим; это определено зависит от возраста ребенка, и если у вас под рукой нет диаграмм роста, вам будет очень трудно выявить необычайно высоких или низких для своего возраста детей. В сфере психологии подобные проблемы еще более выражены. Что вы будете делать, если внимание в разных возрастах удерживается на протяжении пяти минут? Не пропускаете ли вы детей с недостаточно или чрезмерно развитой речью для своего возраста? Как долго должен пятилетний ребенок сидеть спокойно, не ерзая? При отсутствии хороших опубликованных норм вам чаще всего придется полагаться на опытных коллег, до тех пор, пока сами не «набьете глаз». Помнить нужно также, что опытные родители и учителя редко бывают озабочены без достаточных оснований.

Оценить трудности детей в социальных отношениях – также тяжелая задача, отчасти потому, что взаимоотношения у детей меняются по мере развития. Кроме того, если ребенок не ладит с другими людьми, то не всегда ясно, что это отражает проблемы ребенка, а не других людей.

Например, если ребенок с церебральным параличом не может заводить друзей и удерживать их, в какой степени это может отражать недостаток у него социальных навыков, а в какой – предубеждения других детей? Наиболее впечатляющие нарушения социальных отношений можно видеть при аутистических расстройствах, обычно они принимают одну из трех форм: отчужденное безразличие, отношение к другим людям не как к людям; пассивное принятие взаимодействий, когда другие берут инициативу и говорят что делать; а также неуклюжий и несочувственный социальный интерес, обычно отталкивающий других своей неловкостью. Расторможенность и недостаток сдержанности с посторонними выражены при некоторых аутистических и гиперкинетических расстройствах, а также при расстройствах привязанности, они могут также наблюдаться при мании и тяжелой двусторонней травме головы. Расторможенность может сопровождаться надоедливой и докучливой манерой. В небольших количествах некоторые из этих проявлений могут даже показаться очаровательными – после нескольких минут знакомства вы можете

полагать, что ребенок восхитительно искренний, открытый или эксцентричный. Однако это очарование, как правило, надоедает при более длительном знакомстве, а история болезни обычно проясняет, что такая манера быстро становится утомительной для детей и взрослых, которые регулярно общаются с ребенком. У некоторых детей имеются трудности в отношениях почти со всеми социальными партнерами: и с детьми, и со взрослыми, и с незнакомыми, и с друзьями. У других детей проблемы ограничены специфическим типом социальных отношений, например привязанностью или дружескими отношениями. Проблемы могут даже ограничиваться одним важным социальным партнером. Так, большинство детей особенно привязаны к относительно небольшому числу главных для них людей, и качество привязанности ребенка (надежная, сопротивляющаяся, отчужденная или дезорганизованная) может различаться в зависимости от того, с кем из этих ключевых людей ребенок устанавливает отношения. Похожая специфика может наблюдаться и во взаимоотношениях братьев и сестер. Очень полезным может оказаться наблюдение взаимодействий между членами семьи в приемной или кабинете врача. Родители обычно могут много рассказать вам об отношениях их ребенка с другими людьми, начиная с раннего возраста. Стоит получить сведения об отношениях ребенка со сверстниками от учителя, но и, учителя не всегда в курсе проблем со сверстниками, даже если они довольно существенные, – возможно потому, что обычно они не следят за игровой площадкой.

Шизофрения может возникнуть в очень раннем возрасте, а может проявиться позже: в дошкольном или школьном возрасте. Аутизм – полный или частичный отказ от общения с окружающими рассматривается разными авторами либо как самостоятельное психическое заболевание, либо как синдром при шизофрении или другом психическом заболевании. Синдром раннего детского аутизма может быть диагностирован у ребенка даже до года, так как для него свойственно нарушение всех видов контактов с матерью (телесного, глазами), а это не может не беспокоить родителей.

Маленький аутичный ребенок отчужден, с плохим зрительным контактом, показывает отсутствие интереса к людям как к людям (хотя они могут быть интересны как машины для щекотания, автоматы для раздачи печенья и т. п.) и не может искать утешения, если ему больно. Если социальные интересы впоследствии развиваются, что бывает немногим более чем у 50% аутичных детей, проблемы с социальной отзывчивостью, взаимностью и способностью к сочувствию по-прежнему остаются. Такому ребенку трудно приспособить свое поведение к социальному контексту, ему/ей плохо удается распознавать чувства других людей и соответственно на них реагировать. Привязанность к родителям не редкость, и ребенок может быть ласковым (и даже слишком), однако более вероятно, что он (или она) будет сам (или сама) инициатором

объятий, а не принимать объятия от родителей. Социальные взаимодействия осуществляются по правилам ребенка – взрослые и дети значительно младше обычно приспосабливаются к этому гораздо лучше, чем дети того же возраста. Взаимодействия со сверстниками, как правило, очень ограничены. И даже у старших аутичных индивидуумов, функционирующих на высоком уровне, ограниченная способность приобретать близких друзей (в том числе разделять общие интересы, занятия и чувства), вероятно, является наиболее чувствительным показателем остаточных социальных нарушений. К взрослой жизни, примерно 10% индивидуумов, имевших полный синдром аутизма, работают и способны заботиться о себе сами. Еще меньше имеют хороших друзей, вступают в брак или становятся родителями.

ОПЫТ РАБОТЫ АМБУЛАТОРНОЙ ОТКРЫТОЙ ДИНАМИЧЕСКОЙ ГРУППЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНИК РЕЛАКСАЦИИ

О. В. ТАЛЬЧУК

Тюмень, ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница»

Актуальность. Среди пациентов в возрастной категории от 40 и старше лет, обратившихся за помощью к врачу-психотерапевту, на первый план выходят расстройства депрессивного спектра, причем более половины из них не настроены на медикаментозную терапию антидепрессантами или хотели бы отказаться от нее. Важно отметить, что многие больные с депрессивными расстройствами уже получают медикаментозную терапию по поводу имеющихся у них хронических соматических болезней, это может приводить к неблагоприятным лекарственным взаимодействиям. Возможность участия больных с депрессивными нарушениями в психотерапевтических группах может способствовать улучшению их психического состояния и социальной адаптации.

Цель исследования. оценка эффективности работы амбулаторной открытой динамической группы с использованием техник релаксации у пациентов с расстройствами депрессивного спектра.

Материалы и методы исследования. Обследовано 19 пациентов в возрасте от 40 до 70 лет, посещавших открытую динамическую группу с использованием техник релаксации в амбулаторных условиях ГБУЗ ТО «Областной клинической психиатрической больницы», психотерапевтического отделения в течение года, из них женщин было 84,3%, мужчин – 15,7%. Пациентам были выставлены следующие диагнозы: F-06,3 (31,6% больных); F-43,1 (26,3%); F-41. 2 (21,0%); F-32,0 (15,8%) и F-45,3 (5,3%). Состав группы за время ее работы варьировал от 8 до 15 человек, из них 53% участников регулярно посещали группу. Частота встреч группы была 2 раза в неделю продолжительность 1 час. Участникам предлагалось обязательно посетить минимум 10 встреч. Перед посещением

групповой психотерапии всем пациентам проводились 1-2 индивидуальные встречи, направленные на подготовку нового участника к вхождению в динамическую группу. При необходимости (возникновение высокого уровня напряжения) параллельно с групповой формой работы проводилась индивидуальная психотерапия. 21% участников группы до участия в группе проходили лечение в условиях дневного психиатрического стационара. Медикаментозную терапию антидепрессантами в начале лечения получало 26,3% участников группы.

Результаты и их обсуждение. Ведущими жалобами пациентов перед началом групповой психотерапии были: сниженное настроение, тревога, тоска, одиночество, чувство вины, обиды, конфликты с родственниками. У всех обследованных определялось снижение социальной адаптации. Основными терапевтическими факторами в групповой работе было межличностное общение и межличностное научение, прямое обращение членов группы друг к другу, откровенное высказывание внутренних переживаний в атмосфере доверия друг к другу, поддержка. С целью снятия/снижения напряжения и как способ для более быстрого установления контакта между участниками в каждую групповую встречу включались релаксирующие упражнения, способствующие актуализации подавленных чувств, эмоций, вытесненных/неприятных воспоминаний, которые в дальнейшем становились темой для обсуждения и проработки. Фазы групповой динамики проходит группа в целом и каждый участник в отдельности. В открытой группе вновь прибывшие участники включались в работу в разные фазы групповой динамики – ориентировки/зависимости, агрессии, сплоченности/рабочая фаза. Фаза умирания группы не развивалась, так как участники достигшие своей цели, покидали группу, на их место приходили новые. Использование методик релаксации за счет снятия напряжения, позволило участникам ускорить и облегчить взаимодействие между собой, являясь своеобразной провокацией для обращения к друг другу, и, тем самым, сделало более быстрым прохождение фазы ориентировки и фазы агрессии. Те из участников, кто присоединялся в рабочую фазу группы более структурировано за счет истинной сплоченности проходили личную фазу агрессии и намного быстрее достигали рабочего состояния. Отсутствие срока окончания группы позволяло участникам с замедленным темпом динамики достичь значимых результатов лечения. На фоне лечения повторных госпитализаций в стационар ГБУЗ ТО «ОКПБ» у членов группы не было. Медикаментозную терапию антидепрессантами завершили 60% пациента из тех, кто ее принимал. Стали занимать более активную социальную позицию (посещать курсы рисования, компьютерные курсы, путешествовать по миру, встречи с друзьями, родственниками) 26,3% больных. Выровнялся фон настроения, пропало чувство одиночества, снизилось чувство вины, обиды, тоски у 89,5% участников группы, что свидетельствует о высокой ее эффективности, а включение релаксационных методик в занятия группы позволило ускорить прохождение больными отдельных этапов групповой работы.

НАРУШЕНИЕ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

В. Ю. ТЕМЕРЕВА

Тюмень, ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница»

Актуальность. Проблема нормального и патологического психосексуального развития детей является предметом пристального интереса специалистов в сфере психического здоровья (психиатров, клинических психологов, дефектологов, психоаналитиков, социальных работников и др.). Она также крайне актуальна в педагогическом и воспитательном плане, прежде всего для родителей, имеющих ребенка с психосексуальными расстройствами, воспитателей специализированных детских садов, работников детских домов, школ-интернатов и учреждений для детей сирот и оставшихся без попечения родителей, где, как правило, имеется достаточно высокая концентрация воспитанников, имеющих резидуально-органическую симптоматику и пограничную нервно-психическую патологию.

Цель исследования. Изучение теоретических основ и клинических проявлений нарушений психосексуального развития у детей дошкольного и младшего школьного возраста с психическими расстройствами.

Материал и методы исследования. На базе детского психиатрического отделения Тюменской областной клинической психиатрической больницы проведено клинико-психопатологическое обследование 35 мальчиков с нарушениями психосексуального развития в возрасте 5-12 лет. Клинический метод дополнялся данными психологического тестирования (тест Векслера, детский вариант; рисуночный тест ДДЧ), а также катamnестическим наблюдением пациентов в течение 3-х лет.

Результаты и их обсуждение. Проведенный теоретический анализ научной литературы показал, что одним из первых, кто обратил внимание на специфику детского психосексуального развития, был З. Фрейд, выделивший стадии развития личности на основе фиксации либидо: оральную (0-18 мес.), анальную (1,5-3 года), фаллическую (3-6 лет), латентную (6-12 лет), генитальную, начинающуюся с периода полового созревания. Пробуждению собственно сексуальности соответствует фаллическая стадия: у детей проявляется любопытство и интерес к собственным гениталиям, различиям в анатомическом строении половых органов у субъектов противоположного пола, вопросам деторождения, конкуренция за любовь родителя противоположного пола (комплексы Эдипа и Электры) с последующей полоролевой идентификацией мальчика с отцом, а девочки с матерью. З. Фрейд полагал, что психические травмы этого периода, к числу которых, как показали последующие эмпирические наблю-

дения, следует отнести, прежде всего, инцест и другие формы сексуального насилия и растления детей (педофилия, детская проституция и порнография и др.), материнскую психологическую депривацию, могут стать источником неврозов, расстройств личности, импотенции и фригидности в будущем [9].

Следует отметить, что в отечественной психиатрии советского периода вопросам отклонения детского психосексуального развития, если и уделялось внимание, то достаточно узко, рассматривая их чаще всего как проявления психопатоподобных расстройств. Д. Н. Исаев и В. Е. Каган были одними из первых, кто системно и многосторонне подошли к данной проблеме [2-4]. Авторы показали, что как у здоровых, так и больных детей имеется достаточно широкий спектр проявлений сексуальности, которые не всегда требуют медицинского вмешательства, но больше тонких и грамотных педагогических воздействий [5].

В постперестроечный период, когда была снята табуированность вопросов секса и одновременно зафиксирован резкий всплеск сексуального насилия по отношению к детям в России, проблема сексуальных девиаций у детей стала чаще всего рассматриваться в контексте последствий сексуальной травматизации, виктимизации детей. Жертвами преступных деяний, опять же чаще всего становились дети из социально неблагополучных семей, страдающие личностными расстройствами, задержкой психического развития, умственной отсталостью [1; 6; 7]. Последующая сексуальная агрессия ребенка младшего школьного возраста обусловлена искаженным пониманием целей жизненного благополучия и целей его достижения, нередко ведет к формированию девиантного и делинквентного поведения.

А. А. Подноскова, на основе анализа зарубежной и отечественной литературы, указывает на различия в нормальном и отклоняющемся сексуальном поведении детей в возрасте до 12 лет. Нормальное поведение ребенка в этом возрасте включает здоровые сексуальные игры и характеризуется физикальным взаимоисследованием детьми того же возраста и размера друг друга, наличием друзей разного пола (не братьев и сестер), добровольностью (т. е. «я покажу тебе свой, если ты покажешь мне свой ...»), беззаботностью, спонтанностью, глупостью, путаницей и чувством вины при совершении этих действий, но не позором, страхом или беспокойством. Сексуальное поведение при этом сбалансировано с детским интересом (любопытством) о других аспектах жизни. Возможно, такой ребенок нуждается в ограничениях и сдерживании со стороны родителей, но такое поведение не может считаться патологическим.

Поведение, на которое следует обратить внимание и требующим вмешательства, характеризуется озабоченностью сексуальными темами (особенно сексуально агрессивными), попытками рассматривать гениталии других, беседами со сверстниками на откровенные сексуальные темы, сексуальными рисунками, намеками, дразнилками, адресованными другим, знаниями

о сексе или использованием специальной терминологии. Сюда включаются и попытки: подглядывание, выставление на показ половых органов, непристойности, интерес к порнографии, прикосание гениталиями к другим лицам или каким-то объектам, мастурбация (взаимная, групповая), имитация прелюдий с куклами или ровесниками (в одежде, ласки, французские поцелуи).

Поведение, которое требует присмотра взрослых и терапевтического вмешательства: сексуально откровенные разговоры с людьми значительно старше ребенка по возрасту, прикосновение к гениталиям других, неприличные рассказы о себе или других, принудительное обнажение половых органов других лиц (снятие брнок, обнажение груди), угрозы и применение силы, сексуально откровенные предложения гетеро- и гомосексуальной направленности. Повторяющиеся или постоянные в отношении детей младших по возрасту подглядывание, выставление на показ, ругательства, порнографический интерес, трение гениталиями о других лиц или объекты; женская мастурбация, включающая вагинальное проникновение, имитация полового акта (с куклами, детьми, животными), принудительное прикосновение к гениталиям, оральный секс между маленькими детьми [8].

Результаты обследования детей, находящихся на стационарном лечении в психиатрическом стационаре выявила много примеров грубой сексуальной расторможенности детей, трудно поддающихся не только педагогической, но и медикаментозной коррекции. Наиболее распространенными симптомами являлись: визионизм, раздевание других, мастурбация, эрзгибционизм, имитация коитуса, сексуальные игры с игрушками, оральный секс, на вербальном уровне – непристойные разговоры, приставания, обзывания с использованием инвективной лексики. Из них с диагнозами: органическое поражение ЦНС было 42,8%, умственная отсталость легкой степени – 34,3%, расстройства поведения – 8,6%, шизофрения – 5,7%, другие – 8,6%. Сексуальные расстройства у детей не являлись изолированными, они обычно сочетались с двигательной расторможенностью, синдромом дефицита внимания, других инстинктов – пищевого поведения, дромоманией и др.

Приводим в качестве иллюстрации историю болезни Димы Ш., 8 лет 2 месяца, учащегося 1 класса общеобразовательной школы, который находился на лечении в детском психиатрическом отделении ТОКПБ с февраля по май 2013 г.

Из анамнеза: мать лишена родительских прав, до 3-х лет проживал с отцом, затем, после его смерти, был определен в детский дом, в возрасте 7 лет был передан в приемную семью, в которой уже имелось три приемных дочери (14, 8 и 7 лет). Известно, что родился от 2-ой доношенной беременности, протекавшей на фоне никотиновой зависимости матери, роды вторые, в срок, в головном предлежании, вес при рождении 3300, рост – 52 см. С рождения находился на искусственном вскармливании, в раннем возрасте много болел, перенес

грипп в тяжелой степени, пиодермию. Страдает ангиопатией сетчатки, кардиопатией, тубинфицированием и нарушением осанки. Отставал в развитии, в детском доме установлен диагноз ЗПР, дизартрия тяжелой степени, синдром гиперактивности с дефицитом внимания, является инвалид детства по речевым нарушениям. Поступил в 1-й класс общеобразовательной школы, с программой справлялся слабо, освоил счет, запомнил буквы, но затруднялся сливать их в слоги. Аффективно неустойчив, если что-то не получалось на уроках, мог встать и уйти без разрешения, при попытке удержать, вырывался, убегал из класса. Аналогичное поведение проявлялось и дома при выполнении домашних заданий. Закатывал «истерики», кричал во весь голос, приходилось «откачивать, отпаивать, успокаивать». Было рекомендовано обучение по программе среднего коррекционного образовательного учреждения 7 вида.

В ОКПБ госпитализирован впервые, по направления психиатра с жалобами приемных родителей на сексуальную и двигательную расторможенность, отставание в психофизическом и речевом развитии, трудности обучения в школе, повышенный аппетит.

Сексуальная расторможенность проявлялась тем, что постоянно трогал свой половой орган через одежду, при этом легко возникали эрекции. Проявлял интерес к девочкам-приемным сестрам, старался подсматривать за ними в бане. Если они возвращались из бани, катался у них на пути, кувыркался, чтобы заглянуть под халат, чтобы увидеть их половые органы. Делал это намеренно, не стеснясь, демонстративно, запреты игнорировал. Любил, чтобы в бане его вытирали полотенцем, при прикосновении также возникали эрекции. Внучке опекуна 4-х лет предлагал свой половой орган в рот, в беседе пояснил «у нас в детском доме так все делали». Дома снимал трусы, ходил по квартире голым, были случаи, когда на девочку-приемную сестру ложился сверху, имитируя половой акт. Оправдывал свое поведение тем, что якобы она сама ему намекала на «секс». Часто щекотал девочек «под шейку», при этом возбуждался и веселиться. С детьми на прогулках, в других местах предлагал играть «в чужие письки», трогал детей за половые органы. Любые действия детей во время шумных игр, когда они нечаянно падали друг на друга или боролись, воспринимал как действия сексуального характера («они хотят трахаться»). Заманивал девочек под кровать, под стол играть «в мужа и жену», предварительно затемняя пространство (занавешивал тканью), дразнил других детей, с легкостью употребляя жаргонные и нецензурные выражения. По телевизору искал передачи сексуального содержания, однажды смотрел с интересом передачу о размерах и формах женской груди, затем с увлечением пересказывал то, что видел. Все куклы в доме были с отломленными ногами, т. к. во время игр пытался раздвигать куклам ноги. Укладываясь спать, долго принимал определенное положение, трогал половой член, засовывал между ног одеяло, мастурбируя или имитируя коитус.

Одновременно с сексуальной расторможенностью отмечалась повышенная прожорливость, «ел все без ограничений, пока не кончится еда», жадность, агрессивность (ломал игрушки, свои и сестер, рвал одежду и т. д.). В семье стремился занимать лидирующее положение, девочек бил, требовал подчинения: «вы все должны слушаться меня!», чаще обижал младшую сестру и приставал к ней с сексуальными домогательствами.

Психический статус: двигательно расторможен, отвлекаем, манерен, гримасничает, часто меняет положение тела. Фон настроения повышен. Речь дефектна. На лице неадекватная улыбка. Словарный запас удовлетворительный. Ответы на вопросы дает по существу. Темп мышления обычный, пытается читать предложенный текст по слогам, в пересказе затрудняется. Сюжетные картины описывает с посторонней помощью. Считает в пределах 10-ти, знает основные цвета, называет геометрические фигуры (треугольник, квадрат). Оценка поведения формальная, суждения незрелые. Причину госпитализации объясняет тем, что «болела голова», «бил девочек», «не слушался маму». Избегает ответов на вопросы о своем сексуальном поведении, предпочитает не отвечать, как бы не слышит вопросов, при этом улыбается. Нет внешних проявлений стыдливости. В отделении проявляет расторможенность, допускает высказывания непристойного содержания, чем шокирует других детей и взрослых, неоднократно замечено, что трогает половые органы детей, мастурбирует, подглядывает за девочками в душе. Всегда в повышенном настроении. Критики к своим поступкам нет.

По данным патопсихологического обследования выявлено: по шкале Векслера общий IQ-62 балла; нарушение операциональной стороны мышления с тенденцией снижению уровня обобщений и отвлечений; недостаточность понятийного и абстрактного мышления (конкретный тип мышления) волевой компонент мыслительной деятельности снижен; снижение концентрации активного внимания; нарушение критических возможностей; тенденция к формированию психопатического поведения по неустойчивому типу; в эмоционально-волевой сфере – умеренное снижение эмпатических возможностей; слабый контроль активности и влечений; высокая зависимость от средовых воздействий; агрессивные тенденции; озабоченность сексуальными проблемами.

Катанез: госпитализирован повторно в мае-августе 2013 г. и июле-сентябре 2014 г. с подобной симптоматикой. Получал неулептил, финлепсин, тиаприд, хлорпротиксен, глицин курсами. Наблюдается детским психиатром амбулаторно. В настоящее время мальчику 10 лет и 2 мес. Продолжает проживать в приемной семье. Учится в 3 классе, переведен на обучение по программе образовательного учреждения 8 вида. В поведении нарастают психопатоподобные расстройства. Изворотлив, лжив, стал более скрытен, осторожен в откровенных сексуальных проявлениях при взрослых. Преследовал новенькую привлекательную одноклассницу, вербально угрожал ей изнасилованием.

Проявляет сексуальный интерес к младшей приемной сестре. Вовлекает в сомнительные игры детей на улице в «маму и папу» с обнажением, по ночам мастурбирует, ежедневно из комнаты слышны скрип кровати, стоны. В семье создает неблагоприятную атмосферу для воспитания других малолетних детей. Готовится к очередной госпитализации.

Результаты и обсуждение случая. Как видно из анамнеза данного пациента, развитию психопатологической симптоматики способствовал неблагоприятный органический фон: по-видимому, внутриутробное поражение ЦНС, задержка психического и речевого развития, материнская депривация, наличие патогенной внешней среды в детском доме (возможно, использование ребенка в сексуальных целях старшими детьми, растление, отсутствие должного внимания и воспитания со стороны значимых взрослых и др.). Оценивая прогноз данного случая, можно предположить, что указанная психопатологическая симптоматика будет нарастать к пубертатному периоду и принимать более brutальные формы, наступит грубая фиксация перверзных нарушений, в связи с чем у пациента возникнут серьезные проблемы социальной адаптации и социально-опасные действия.

Выводы. В свете вышесказанного также становится актуальной разработкой научно обоснованных медико-психолого-педагогических рекомендаций для родителей, законных представителей и воспитателей по работе с детьми с расторможенностью сексуального поведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадмаева, В. Д. Психические расстройства у детей и подростков, возникающие в результате преступлений сексуального характера (клинические и клинико-психологические аспекты) / В. Д. Бадмаева, Е. Г. Дозорцева, И. А. Чибисова, Е. В. Нуцкова // Рос. психиатр. журн. – 2014. – № 3. – С. 33-40.
2. Исаев, Д. Н. Половое воспитание и психогигиена пола у детей. / Д. Н. Исаев, В. Е. Каган – Л.: Медицина, 1980. – 184 с.
3. Исаев, Д. Н. Половое воспитание и психогигиена пола у детей: медико-психологические аспекты. / Д. Н. Исаев, В. Е. Каган. – 2-е изд. Л.: Медицина, 1988. – 160 с.
4. Исаев, Д. Н. Психогигиена пола у детей: Руководство для врачей. / Д. Н. Исаев, В. Е. Каган. – Л., 1986. – 336 с.
5. Каган, В. Е. Воспитателю о сексологии. / В. Е., Каган – М.: Педагогика, 1991. – 256 с.
6. Карпов, А. М. Вызовы эпохи охране психического здоровья / А. М. Карпов // Практическая медицина. – 2010. – № 41. – С. 6-10.
7. Леонова, И. В. Девиантное поведение виктимных детей, его причины и особенности / И. В. Леонова // Знание. – 2008. – № 4. – С. 189-192.
8. Подноскова, А. А. Социально-психологическая обусловленность сексуально-агрессивного поведения несовершеннолетних младшего школьного возраста / А. А. Подноскова // Современные подходы в оказании экстренной психологической помощи: матер. научно-практич. конфер. / под ред. А. Ю. Коджаспирова. – М.: Экон-информ, 2014. – С. 36-41.
9. Фрейд, З. Психоанализ и теория сексуальности. / З. Фрейд. – Мн.: Харвест; М.: АСТ, 2006. – 443 с.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВОЛЕВОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ

М. Г. ФОМУШКИНА, Т. В. РАЕВА

Тюмень, ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница»

ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет»

Минздрава России

Актуальность. Проблема воли, произвольной и волевой регуляции поведения и деятельности человека давно занимает умы ученых, вызывает острые споры и дискуссии. Одни отрицают наличие воли как самостоятельного психологического явления, ставят под сомнение ценность самого понятия «воли», другие видят только одну ее сторону – способность преодолевать затруднения и препятствия [1;7]. Все это вызывает значительные трудности при изложении проблемы воли, а также при поиске адекватных методов диагностики степени ее развития и коррекции.

Согласно современным представлениям воля или произвольное управление (самоуправление) – это интегральный психофизиологический процесс, который включает в себя самодетерминацию (мотивация), самоинициацию, самоторможение действий, самоконтроль (как за своими действиями, так и за своим состоянием, эмоциями), самомобилизацию (внимание) и самостимуляцию [2;4]. Она зависит от интеллектуальной активности человека, его когнитивных способностей, нравственной сферы личности и осуществляется при непосредственном участии эмоций. Воля базируется на физиологических процессах и особенностях их протекания (свойствах нервной системы), а также ее развитие зависит от наличия либо отсутствия у человека различных психических расстройств. Высшим типом регуляции является волевая регуляция, она подключается, когда начинает работать рефлексивное самоуправление – возникают более сложные и трудные моменты, во время которых человек осознает, что необходимо отладить работу собственной психики. Управление в этой ситуации направлено внутрь и проявляется как самоуправление, а регуляция осуществляется как волевая. Волевая регуляция деятельности определяется силой воли, называемой волевыми качествами.

Волевые качества – это особенности волевой регуляции, ставшие свойствами личности и проявляющиеся в конкретных специфических ситуациях, обусловленных характером преодолеваемых трудностей и определяющихся нравственными ценностями человека, его когнитивными способностями, эмоциональным компонентом, врожденными и приобретенными особенностями проявления свойств нервной системы [3].

Воспитание волевых качеств представляет собою единый педагогический процесс, в котором формирование волевой и моральной составляющих лич-

ности взаимосвязаны и не могут существовать отдельно. В связи с этим, при неблагоприятной микросоциальной среде (неполная семья, асоциальное поведение родителей, патологические формы воспитания в семье и др.) у ребенка могут развиваться расстройства поведения, сопровождающиеся нарушениями волевой регуляции. При описании нарушений волевой регуляции исследователи используют разнообразные термины, такие как дефицит, слабость, незрелость, дефект или девиация. Отсутствие современных систематизированных данных, касающихся диагностики, психофармакологической и психотерапевтической коррекции нарушений волевой регуляции при пограничных нервно-психических расстройствах у детей и подростков, в частности при расстройствах поведения, послужило основанием для проведения данного исследования.

Цель исследования. Анализ психопатологических и психологических аспектов нарушений волевой регуляции у подростков с расстройствами поведения.

Материал и методы. Нами было обследовано 110 пациентов в возрасте от 14-16 лет (из них мальчиков – 76,4%, девочек – 23,6%, средний возраст составил 15,2±0,45 лет), проходивших лечение в ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница» с расстройствами поведения: социализированные расстройства поведения (F. 91. 2) составили 72,7%, несоциализированные (F. 91. 1) – 27,3%. Большинство подростков (61,8%) проживали в учреждениях интернатного типа, 38,2% – в неполных, малообеспеченных семьях, где вместо отца был отчим, родители имели асоциальную направленность в поведении. Клинико-психопатологическое исследование включало в себя оценку поведения подростка в семье, учебной среде, среди сверстников и особенности морально-этической сферы. Исследование дополнилось следующими психологическими методиками: опросник «Уровень развития субъектности личности (УРСЛ)» [6] и опросник «Диагностики волевых качеств личности (ВКЛ)» [5]. Контрольную группу составили 41 подросток в возрасте 14-16 лет (мальчики-подростки – 51,2%, девочки-подростки – 48,8%), обучающиеся по общеобразовательной программе в 8, 9 и 10 классах, не страдающих психическими расстройствами и хроническими соматическими заболеваниями.

Результаты и обсуждение. Анализ полученных данных показал, что расстройства поведения у подростков были представлены следующими симптомами и синдромами: нарушения школьной адаптации (пропуски уроков, отсутствие желания посещать школу) наблюдались у 85,5% пациентов; синдром уходов и бродяжничества (уходы из дома или интернатного учреждения) – у 71,8%; делинквентные формы нарушений поведения – у 61,8% (мелкие правонарушения и поступки, не достигшие криминала, составили 25,4%, криминальная делинквентность наблюдалась у 36,4% пациентов); а также аффективно-возбудимый синдром – у 26,4% подростков. Расстройства поведения у подростков нередко сопровождались аддитивными нарушениями,

так курение отмечалось у 84,5% пациентов, эпизоды употребления алкоголя – у 60,0%, вдыхание летучих соединений – у 38,2%, употребление наркотических веществ – у 10,0% обследованных.

Опросник УРСЛ предназначен для диагностики уровня развития и структуры внеситуативной субъектности личности, как способности постоянно инициировать, организовывать и контролировать свою социальную активность. Результаты обследования пациентов и подростков контрольной группы с помощью данного опросника были квалифицированы в соответствии со среднестатистическим нормативом по отношению к тесту, с учетом возраста и пола обследованных. При анализе общих показателей УРСЛ, набранных по тесту больными, в сопоставлении с нормативными данными, выявилось: нормативный результат имели 68,6% пациентов, средний с тенденцией к высокому – 29,4%, средний с тенденцией к низкому – 1,9%, низкий и высокий результаты не набрал никто из обследованных. У 31,3% подростков отмечались резкие перепады их уровней в профиле, что говорило о противоречивости, внутриличностной конфликтности обследованных. Подростки с несоциализированными расстройствами поведения и преобладающими возбудимыми чертами характера имели средний уровень субъектности личности, но их активность была агрессивной, с асоциальной направленностью. Они набрали ниже нормативных показатели по шкалам «опосредствованность – непосредственность», что характеризовало их как импульсивных, у которых между потребностью и ее удовлетворением не выстроены никакие промежуточные звенья; они не были склонны обдумывать причины своих побед и поражений, не могли спрогнозировать развитие ситуации при принятии ими того или иного решения, плохо понимали, почему от них требуют определенных правил поведения, не усматривали в них полезности, необходимости и поэтому были несклонны им следовать. Пациенты с несоциализированными расстройствами поведения имели также низкие показатели по шкале «целостность-неинтегративность». Это свидетельствовало о том, что данная группа подростков рассматривала других людей как пассивных, подневольных объектов, они были уверены, что те настолько никчемны, что не могли обладать никакими правилами, поэтому общались так, как это выгодно им. У подростков с социализированными расстройствами поведения и неустойчивыми чертами характера отмечался средний уровень субъектности личности с тенденцией к низкому. Они больше проявляли себя как объекты, с низкими показателями по шкалам методики УРСЛ «активность-реактивность»: им было необходимо интенсивное подталкивание, чтобы начать действовать, психологическая система интересов, взглядов и ценностей этих людей была неустойчива. Эта группа пациентов получила низкие баллы по шкале «автономность-зависимость»: считали себя полностью слитыми с социальной средой, перекладывали свои полномочия

по управлению своей жизнью и своими отношениями с окружающими на них, подчиняясь их указаниям. Такое же количество баллов подростки набрали по шкале «самоценность-малоценность»: они не ценили своего мнения, поэтому не стремились его иметь и готовы были от него отказаться, если оно противоречило мнению окружающих; не верили, что из них «выйдет толк» и «что-нибудь получится»).

Опросник ВКЛ направлен на общую оценку степени развитости волевой регуляции, обеспечивающей сознательное, намеренное, осуществляемое на основе собственного решения поведение, и выраженности волевых качеств личности. При анализе общих результатов по всем шкалам ВКЛ средний уровень развития волевой регуляции имели 62,0% пациентов. 13,7% больных набрали баллы выше среднего значения. Эти подростки были более ответственными, инициативными, уверенными в себе, самостоятельными, целеустремленными, быстро и независимо принимали решения, обладали лидерскими способностями. Низкий уровень развития волевой регуляции имели 24,3% пациентов. Они характеризовались неуверенностью, безынициативностью, несамостоятельностью, могли пренебречь своими обязанностями в ситуациях, когда за ними ослабевал внешний контроль, недостаточно осознавали жизненные цели, при условии равных способностей с другими достигали меньших результатов в деятельности, были внутренне напряжены и фрустрированы. При сравнении количества баллов по отдельным шкалам опросника ВКЛ, достоверные различия получены по шкале «самостоятельность»: школьники из контрольной группы были более самостоятельными (5,6), чем пациенты подросткового возраста (4,5) ($p < 0,001$), не нуждались в постоянной психологической поддержке, стремились самостоятельно принимать решения, в большей степени обладали способностью противостоять мнению группы, если оно отличалось от их собственного. При исследовании волевых качеств пациентов с расстройствами поведения у девочек и мальчиков достоверные различия получены по шкале «выдержка»: мальчики подростки были более выдержанными, чем девочки (5,4 и 4,3 соответственно, $p = 0,009$), они лучше управляли собой, были более способны контролировать свои эмоции, терпеливо переносить нагрузки, справляться с монотонной деятельностью.

Таким образом, анализ клинической картины расстройств поведения у подростков и результатов их психологического обследования, с акцентом на изучение нарушений волевой регуляции, будет способствовать оптимизации методов психофармакологической и психотерапевтической коррекции поведенческих расстройств, а также профилактики дезадаптации подростков, проживающих в неблагоприятной микросоциальной среде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванников, В. А. Психологические механизмы волевой регуляции / В. А. Иванников. – М: Изд-во Московского университета, 1991. – 142 с.
2. Ильин, Е. П. Психология воли / Е. П. Ильин. – СПб: Питер, 2011. – 364 с.
3. Крылов, А. А. Психология / А. А. Крылов. – М., 2008. – С. 480-482.
4. Сидоров, П. И. Клиническая психология / П. И. Сидоров, А. М. Парняков. – М., 2008. – С. 252 – 260.
5. Чумаков, М. В. Опросник диагностики волевых качеств личности (ВКЛ) / М. В. Чумаков // Руководство. – Челябинск, 2006. – 18с.
6. Щукина, М. А. Опросник «Уровень развития субъектности личности (УРСЛ)» / М. А. Щукина // Методическое пособие. – Тюмень, 2005. – 44с.
7. Gardner, T. W. Adolescent self-regulation as resilience: resistance to antisocial behavior within the deviant peer context / T. W. Gardner, T. J. Dishion, A. M. Connell // J. Abnorm Child Psychol. – 2008. – V. 36. – № 2. – P. 273-284.

ПСИХОПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

А. Ю. ЧЕБАН^{1,2}, Л. С. РЫЧКОВА^{1,3}, Т. А. СМИРНОВА³, О. Б. КОНЕВА¹

Челябинск, ФГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный университет» (НИУ)¹,

ФГБУН «Уральский научно-практический центр радиационной медицины» ФМБА России²,

ГБУЗ «Областная клиническая психоневрологическая больница № 1»³

По данным детского фонда ООН за последние годы значительно увеличилось число суицидальных попыток и завершенных самоубийств среди молодежи и даже детей. Уровень самоубийств среди российских подростков в настоящее время является одним из самых высоких в мире. Самоубийство подростков занимает третье место среди ведущих причин смертельных случаев и четвертое – среди основных причин потенциальной потери жизни. Анализ материалов уголовных дел показывает, что 62% всех самоубийств у несовершеннолетних происходит из-за конфликтов и неблагополучия в их окружении: боязни насилия со стороны взрослых, бестактного поведения учителей, одноклассников, друзей, черствости и безразличия окружающих. В целом ряде случаев подростки решались на самоубийство из-за равнодушного отношения родителей и педагогов к их проблемам, протестуя, таким образом, против безразличия и жестокости взрослых [5].

Решаются на такой шаг, как правило, замкнутые, ранимые, страдающие от одиночества и чувства собственной ненужности подростки, потерявшие смысл жизни. Причиной суицида могут быть также алкоголизм и наркомания, как родителей, так и самих подростков, индивидуальные психологические

особенности человека, внутриличностные и микросоциальные конфликты. Проблема детских суицидов присуща как неблагополучным семьям, так и семьям с внешними признаками социального и финансового благополучия. Суицидальные действия у детей часто бывают импульсивными, ситуативными и не планируются заранее. Попытки суицида являются следствием непродуктивной (защитной) адаптации к жизни – фиксированного, негибкого построения человеком или семьей отношений с собой, своими близкими и внешним миром на основе действия механизма отчуждения. Своевременная психологическая помощь, участливое отношение к подросткам, попавших в трудную жизненную ситуацию, помогли бы избежать трагедий [3].

Проблема суицидального поведения исследовалась представителями разных наук (медицины, социологии, философии, психологии) [1, 2, 11], такими как Э. С. Шнейдман, Д. Э. Дюркгейм, В. Е. Франкл, А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко и др. Опираясь на достижения в области суицидологии, остановимся на основных понятиях, необходимых нам в контексте данной статьи.

В трудах А. Г. Амбрумовой и ее коллег говорится о том, что суицидальное поведение является следствием социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта [1]. Поэтому, повышая уровень адаптации, помогая разрешать конфликты, школьный психолог, специалист психологических служб предпринимает меры по предупреждению развития суицидального поведения.

Под суицидальным поведением А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко понимают (в широком значении) любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни. Имеет смысл рассмотреть их более подробно [1].

Внутренние формы суицидального поведения включают в себя суицидальные мысли, представления, переживания, а также суицидальные тенденции, которые подразделяются на замыслы и намерения. Перечисленный ряд понятий, с одной стороны, отражает различия в структуре, в субъективном оформлении суицидальных феноменов, а с другой – представляет собой шкалу их глубины или готовности к переходу во внешние формы суицидального поведения.

Внешние формы суицидального поведения включают в себя суицидальные попытки и завершённые суициды. Суицидальная попытка – это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью (в отличие от завершённого суицида).

Следует учитывать возрастные особенности суицидального поведения. Для детей характерны импульсивные суицидальные действия, их наиболее частой причиной являются ссоры в семье, агрессивное, негативное отношение родителей к ребенку [6].

В подростковом возрасте причиной импульсивных суицидальных действий обычно являются конфликтные отношения с родителями, реже с учителями. Подростки нередко тщательно планируют суицидальные действия, их основой является экзистенциальный кризис, обусловленный психологической депривацией. В молодом возрасте наиболее часто встречаются суицидальные попытки (100:1 по отношению к самоубийствам), значительно чаще их совершают девушки (10:1 по отношению к юношам). В подавляющем большинстве случаев суицидальные действия носят импульсивный характер и обусловлены разрывом отношений или ссорой с партнером [3, 4].

Большое значение для профилактики имеют факторы и ситуации суицидального риска. Суицидальное поведение у детей и подростков зачастую вызвано сложной мотивацией, и может включать:

Депрессивное состояние, эмоциональные, поведенческие и социальные проблемы, злоупотребление психоактивными веществами. Расстройство настроения и тревожное состояние, побеги из дома, чувство безнадежности также увеличивают риск совершения попыток самоубийства.

Крушение романтических отношений, неспособность справиться с трудностями учебной программы и иные жизненные стресс-факторы и проблемы, связанные со слабо развитыми умениями решать поставленную задачу, заниженная самооценка и попытка разобраться с собственной сексуальной идентификацией.

Конфликты в семье и распад семьи: такие изменения, как развод, могут вызвать чувство беспомощности и отсутствия контроля над ситуацией.

У подростков такие факторы, как психические заболевания в семье наряду с нездоровыми семейными отношениями, пренебрежение и жестокое обращение, отсутствие любви и заботы в детстве могут потенциально увеличить риск суицида.

В совершенных самоубийствах молодежи можно отметить более высокий процент психиатрических заболеваний в семье, недостаток поддержки семьи, суицидальные идеи или суицидальное поведение в прошлом, проблемы с соблюдением дисциплины или с правоохранительными органами.

Суицидальные идеи и попытки самоубийства появляются чаще у тех детей и подростков, которые были жертвой жестокого обращения со стороны сверстников или взрослых.

Дополнительным фактором риска для подростков становится самоубийство известных людей или лиц, которых подросток знал лично. В частности, среди молодежи тоже существует феномен самоубийства из подражания (за компанию). Хорошо разрекламированные попытки самоубийства или совершенное самоубийство могут привести к членовредительству в группе сверстников или иной схожей группе, которая, как зеркало, отражает стиль жизни или качества личности суицидального индивидуума.

Среди подростков в возрасте 16 лет и старше злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами увеличивают риск самоубийства в период сложных жизненных обстоятельств.

С диагнозом расстройство личности совершается в 10 раз больше самоубийств, чем без такого диагноза, и порядка 80% совершивших самоубийство подросткам можно было бы поставить диагноз посттравматического стресса, или проявления симптомов насилия и агрессии. Особенно важно обращать внимание на такие характерологические особенности как импульсивность-агрессивность, негативная аффективность, депрессивность со склонностью к навязчивостям.

Предшествующие попытки самоубийства увеличивают риск повторного суицида. Кроме того, среди ведущих факторов риска можно назвать постоянные мысли о нанесении себе вреда и продуманные планы совершения самоубийства.

Оказание первичной психологической помощи суициденту следует осуществлять с учетом вышеперечисленных факторов и ситуаций суицидального риска [9].

Исключительно ответственным этапом профилактики самоубийств выступает помощь суициденту со стороны должностных лиц. Существует три основных метода оказания психологической помощи несовершеннолетнему, думающему о суициде:

1. Своевременная диагностика и соответствующее лечение суицидента.
2. Активная эмоциональная поддержка ребенка, находящегося в состоянии депрессии.
3. Поощрение его положительных устремлений, чтобы облегчить ситуацию. При оказании ребенку первичной психологической помощи важно соблюдать следующие правила:

- будьте уверены, что вы в состоянии помочь;
- набирайтесь опыта у тех, кто уже был в такой ситуации;
- будьте терпеливы;
- не анализируйте его поведенческие мотивы, говоря: «Вы так чувствуете себя, потому что...»;
- не спорьте и не старайтесь образумить человека, говоря: «Вы не можете убить себя, потому, что ...»;
- делайте все от вас зависящее, но не берите на себя персональную ответственность за чужую жизнь.

Главным в преодолении кризисного состояния человека является и индивидуальная профилактическая беседа с суицидентом. Следует принять во внимание следующее.

В беседе с любым человеком, особенно с тем, кто готов пойти на самоубийство, важно уделить достаточно внимания активному выслушиванию. Активный

слушатель – это человек, который слушает собеседника со всем вниманием, не осуждая его, что дает возможность его партнеру выговориться без боязни быть прерванным. Активный слушатель в полной мере понимает чувства, которые пытается выразить его собеседник, и помогает ему сохранить веру в себя. Активный слушатель поможет тому, чтобы высказывания его собеседника о желании умереть наверняка были услышаны [10].

При проведении профилактической беседы с суицидентом нужно руководствоваться следующими принципами:

Ни в коем случае нельзя приглашать на беседу через третьих лиц (лучше сначала встретиться как бы незначай, обратиться с какой-либо несложной просьбой или поручением, чтобы был повод для встречи).

При выборе места беседы главное, чтобы не было посторонних лиц (никто не должен прерывать разговора, сколько бы он ни продолжался).

Желательно спланировать встречу не в рабочее время, когда каждый занят своими делами.

В процессе беседы целесообразно не вести никаких записей, не посматривать на часы и тем более не выполнять какие-либо «попутные» дела. Надо всем своим видом показать суициденту, что важнее этой беседы для вас сейчас ничего нет.

Если в ходе беседы обучающийся активно высказывал суицидальные мысли, то его необходимо немедленно и с сопровождающим направить к врачу-психиатру в ближайшее лечебное учреждение. Если такой возможности нет, суицидента целесообразно во что бы то ни стало убедить в следующем: тяжелое эмоциональное состояние – явление временное; его жизнь нужна родным, близким, друзьям и уход его из жизни станет для них тяжелым ударом; он, безусловно, имеет право распоряжаться своей жизнью, но решение вопроса об уходе из нее, в силу его крайней важности, лучше отложить на некоторое время, спокойно все обдумать [8].

Успех работы по профилактике суицидов среди детей и подростков в первую очередь зависит от своевременного выявления подростков с психологическими проблемами, с нарушениями социальной адаптации и отклоняющимся поведением, так как именно эта категория составляет наиболее высокую группу риска по суицидальному поведению.

Суицидальный кризис может длиться несколько недель и даже месяцев. Самоубийству, как правило, предшествует необычное для данного человека поведение. Педагогические, медицинские работники и психологи должны знать «знаки беды», т. е. те действия и высказывания, которые служат своеобразным сигналом о готовности к суициду. Вот почему очень важно, чтобы каждый специалист имел представление об этом и знал, что можно сделать, если кто-то стоит на грани самоубийства. Надо помнить: редко встречается, чтобы

человек совершил самоубийство, не раскрыв своих чувств, не изменив своего поведения. Поэтому работники учреждений здравоохранения и образования должны уметь вести повседневную профилактическую работу с пациентами и обучающимися по профилактике суицидов, уметь распознать «знаки беды» и оказать первичную помощь суициденту в кризисной жизненной ситуации, тем самым спасти жизнь ребенку или подростку [7].

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова, А. Г. Диагностика суицидального поведения. / А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко. – М.: НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1980. – 55 с.
2. Дюркгейм, Э. Самоубийство: социальный этюд. / Э. Дюркгейм. – М.: 1994. – 345 с.
3. Захаров, А. И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. / А. И. Захаров – АПРЕЛЬ ПРЕСС ЭКСПО-ПРЕСС: Москва, 2000. – 218 с.
4. Крайг, Г. Психология развития. / Г. Крайг. – Санкт-Петербург, Москва-Харьков-Минск, 2002. – 234 с.
5. О мерах по профилактике суицида среди детей и подростков // Нормативно-правовые документы для педагогов-психологов образования, под ред. И. М. Каманова, Выпуск 1, М.: 2002. – 114 с.
6. Реан, А. А. Психология подростка. Полное руководство. / А. А. Реан – СПб.: Прайм – Евроннак, 2003. – 412 с.
7. Рычкова, Л. С. Психология отклоняющегося поведения: учебное пособие. / Л. С. Рычкова. – Челябинск: Издательский центр ЮУрГУ, 2013. – 134 с.
8. Семейная диагностика в суицидологической практике. Методические рекомендации. / Сост.: А. Г. Амбрумова, Л. И. Постовалова. – М., 1983 – 98 с.
9. Снягин, Ю. В. Детский суицид: психологический взгляд. / Ю. В. Снягин, Н. Ю. Снягина – СПб.:КАРО, 2006. – 176 с.
10. Суицид. Хрестоматия по суицидологии. – Изд-во А. Л. Д.: Киев, 1999. – 319 с.
11. Шнейдман, Э. Душа самоубийцы // Э. Шнейдман. – М.: Смысл, 2001. – 158 с.

ОКАЗАНИЕ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С НАРУШЕННЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Т. Н. ЧИЖОВА¹, Е. В. МАЛИНИНА², Т. А. СМИРНОВА¹

Челябинск, ОКСПБ № 1¹, ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский Университет» Минздрава России²

Актуальность. Отношение общества и представителей немедицинских специальностей к вопросу о лечении и реабилитации детей с нарушенными формами поведения остается неоднозначным. В первую очередь необходимо отметить, что врачи-психиатры занимаются лечением и реабилитацией детей с патологическими формами нарушенного поведения. К патологическим формам относятся нарушения поведения болезненно мотивированные и возникающие при измененной эмоциональности, истинных нарушениях влечений, выра-

женных личностных расстройств. В отличие от непатологических, которые обусловлены социальными факторами и формируются по психологическим и психосоциальным механизмам (Ковалев В. В., 1979; Восторкнутов Н. В. с соавт., 2004; Пережогин Л. О., 2010). Кроме того для патологических форм нарушенного поведения характерно: стереотипность, стойкость (Ковалев В. В., 1979); и повторяемость не менее шести месяцев (Восторкнутов Н. В. с соавт., 2004), а также сочетание с неспецифическими невротическими симптомами астенического, аффективного, сомато-вегетативного характера (Пережогин Л. О., 2010).

За год в среднем в условиях детских психиатрических отделений ГБУЗ «ОКСПНБ№ 1» проходят лечение около 400 пациентов с нарушениями поведения в рамках тех или иных нозологий. Причинами поступления являются: агрессивное и аутоагрессивное поведение, уходы и бродяжничество, отказ от учебы. В условиях детского психиатрического отделения проводится диагностика, установление клинического диагноза, лечение и реабилитация пациентов.

Лечебно-реабилитационные мероприятия разделяются на: медикаментозные и немедикаментозные: психотерапия (групповая, индивидуальная), педагогическая коррекция (обучение по школьным программам: общеобразовательной, коррекционным VII и VIII видов, игровые и трудовые мероприятия).

Цель исследования. Изучение особенностей клиники и лечения поведенческих нарушений в условиях стационара.

Материалы и методы исследования. С целью исследования были изучены 93 ребенка с нарушенными формами поведения в возрасте от 9 до 15 лет, проходившие лечение в условиях стационара.

Результаты исследования. Все пациенты с нарушенными формами поведения по клинической картине (психопатологический синдром, тип реагирования, патохарактерологические особенности) и эффективности терапевтического воздействия были разделены на несколько групп.

1 группа аффективно-возбудимых поведенческих нарушений – 31,2% (n=29). Дети данной группы поступают с аффективной возбудимостью, ауто- и гетеро-агрессивными реакциями, разрушительными действиями. Их отличают бурные аффективные реакции по малейшему поводу. При этом проявляют агрессию к окружающим, ломают мебель, кидают в других людей тяжелые предметы, не задумываясь о последствиях. Наносят самоповреждения, не имея суицидальных мыслей и намерений. Для них характерна реакция активного протеста, и возбудимый тип реагирования. В отделении остаются неохотно, дают отказные реакции, угрожают расправой, аутоагрессивными действиями, проявляют физическую агрессию к окружающим. Педагогические занятия посещают неохотно. Дают агрессивные реакции на критику, плохие оценки со стороны педагогов и насмешки сверстников. Этой группе соответствуют диагностические критерии F 70. 1, реже F06. 7. + F92. 8. Для коррекции поведения

применяются нейролептики: Хлорпромазин, Левомепромазин, Галоперидол внутримышечно и per os. Психотерапевтическая и психологическая коррекция малоэффективна вследствие когнитивных нарушений и отсутствия критических возможностей. Занятия по трудовой терапии посещают охотно. Длительность коррекции 4-6 недель.

2 группа оппозиционных поведенческих нарушений – 24,7% (n=23). Дети данной группы поступают в отделение с жалобами педагогов и родителей на агрессивное поведение. Их агрессивные реакции обычно направлены на родителей, педагогов и детей, имеющих лидерские наклонности. Отстаивают свои права. В коллективе стремятся к лидерству. Если не могут отстоять свои позиции, то угрожают суицидом, не имея каких либо суицидальных мыслей, с целью оказать давление на окружающих. Отказываются от посещения школьных занятий и уходят из дома или государственного учреждения только при возникновении конфликтных ситуаций и, как правило, на непродолжительное время. Ведущими характерологическими реакциями являются: реакция эмансипации, реакция активного протеста и реакция группирования. Тип реагирования – возбудимый. В отделении остаются неохотно. Ставят свои условия. Угрожают побегом, суицидом. Пытаются устанавливать свои правила в отделении. Все нормативы стараются подстраивать под свои жизненные установки. В первые дни пребывания в отделении держаться обособленно, наблюдая за детьми и сотрудниками отделения. Ждут, когда другие дети подойдут к ним для общения. Преобладает сниженный фон настроения (угрюмые, раздражительные, дисфоричные). Довольно быстро приобретает авторитет среди детей, настраивают их против сотрудников отделения. Часто являются организаторами групповых антидисциплинарных поступков в отделении, а иногда даже побегов. Педагогические занятия посещают без возражений. В зависимости от наличия признаков органического поражения ЦНС и наличия и отсутствия когнитивных нарушений этому типу соответствуют диагностические критерии F92. 8, F06. 7. + F92. 8. Медикаментозная терапия чаще бывает комбинированная. Необходимы нейролептики (Хлорпромазин, Перипромазин, Хлорпромазин) в комбинации с нормотимиками (Карбамазепин). Прием антидепрессантов усиливает агрессию. Из немедикаментозной терапии наиболее эффективна индивидуальная психотерапевтическая и психологическая коррекция. Положительная реакция на работу психолога или психотерапевта получается тогда, когда взрослый общается с ребенком данной группы на равных. Внимательно относятся к «хорошим» и «плохим» последствиям своего поведения на их жизнь. При установлении доверительных отношений стараются не только сами соблюдать дисциплинарные требования, но и призывают к этому других детей. Малая эффективность групповой психотерапии обусловлена конкуренцией с психотерапевтом или психологом, с последующей дезорганизацией работы

группы. Трудотерапия более эффективна в группе, занимают руководящие позиции. Длительность лечения до нормализации настроения и поведения составляет 3-6 недель.

3 группа преимущественно аутоагрессивных поведенческих нарушений – 15,1% (n=14). Дети этой группы поступают в отделение связи с агрессивным и аутоагрессивным поведением. Как правило – это поступление по неотложным показаниям в связи с суицидальной попыткой. При расспросе подтверждают наличие суицидальных мыслей, которые возникают в различных неприятных для них ситуациях, но реализовывать свои мысли не собирались. Суицидальное поведение бывает с целью наказания кого-нибудь из сверстников, педагогов или родителей. Большая часть таких детей воспитывается в неполных семьях или в условиях государственных учреждений. И у большей части наследственностьотягощена суицидальным поведением или законченными суицидами у родственников. Преимущественными реакциями являются реакция активного протеста. Тип реагирования – возбудимый. В отделении остаются без возражений. Преобладает сниженный фон настроения. Затруднены коммуникативные функции. Способны принимать от других детей какие-нибудь игрушки, знаки внимания, но не способны отвечать такими же поступками. Провоцируют конфликты с физически более сильными детьми. Не успокаиваются, пока не вызовут в свой адрес агрессию. Не боятся физической боли. Наносят повреждения себе. Жалуются на других детей. Склонны к сексуальным девиациям. Вся деятельность построена на принципе «чем хуже, тем лучше». Педагогические занятия посещают без возражений, но на уроке пассивны, практически ничего не делают. В системе образования не усваивают программу, соответствующую их интеллектуальному развитию. Требуют в отделении строго надзора в связи с нанесением самоповреждений, возможными суицидальными попытками, сексуальными девиациями, оговорами. В зависимости от наличия признаков органического поражения ЦНС и наличия и отсутствия когнитивных нарушений этому типу соответствуют диагностические критерии F06. 7. + F92. 8. реже F 70. 1. Медикаментозная коррекция сложная, чаще требуется комбинация нейролептиков (Перициазин, Хлорпротиксен) + нормотимики (Карбамазепин) в малых дозах. Антидепрессанты оказывают положительный эффект крайне редко. Такие больные нуждаются в длительной индивидуальной и групповой психотерапии, направленной на улучшение коммуникативных функций и устранение суицидальных установок). Трудовые мероприятия воспринимают, как повинность. Длительность лечения до нормализации настроения и поведения 6-9 недель. В течение года повторные поступления до 2-3 раз.

4 группа асоциальных поведенческих нарушений – 12,9% (n=12). Причинами поступления в стационар детей этой группы являются уходы и бродяжничество, отказы от учебы и от выполнения дисциплинарных требований,

совершение противоправных деяний. Характерными характерологическими реакциями у них являются реакции группирования, имитации, пассивного протеста. Преобладающий тип реагирования неустойчивый. В отделении быстро осваиваются, группируется с асоциальными детьми. Поддерживает любые антидисциплинарные нарушения режима отделения. Педагогические занятия посещает неохотно. Периодически конфликтуют с детьми по мелочам. Обижает более слабых. Наблюдаются перепады настроения, которые имеют, как правило, ситуационный характер. Отмечается склонность ко лжи. Иногда высказывают суицидальные угрозы для того, чтобы взрослые от них отстали с воспитательными мерами. В зависимости от уровня интеллектуального развития этому типу соответствуют диагностические критерии F92.8, F06.7. + F92.8, F70.1. Медикаментозное лечение, как правило, заключается в приеме нейролептиков (Тиоридазин, Хлорпротиксен). Нормотимики (Карбамазепин, Вальпроевая кислота) и антидепрессанты, как правило, усиливают колебания настроения. Эффективна групповая психотерапия, направленная на формирование школьной мотивации, соблюдение дисциплинарных и правовых норм, т. к. данная категория детей в большей степени доверяет сверстникам и их высказываниям, чем взрослым. По этой же причине менее действенна индивидуальная психотерапевтическая и психологическая коррекция, т. к. дети представленной группы говорят то, что от них хотят услышать значимые в данный момент, взрослые, но притворяют их советы в жизнь не собираются. Требуют строгого контроля за посещением педагогических занятий, направленных не только на изучение образовательной программы, но и устранение пробелов в школьных знаниях. От посещения занятий стараются уклониться под любым предлогом. Однако со временем начинают нормально относиться к учебному процессу, особенно, если видят, что и другие дети ходят на занятия. К занятиям по трудотерапии, заключающейся в изготовлении разных поделок, относятся положительно и выбирают для себя наиболее легкие формы. Как правило, поведение в отделении нормализуется в течение 3-4 недель.

5 группа гипертимная – 11,8% (n=11). Пациенты поступают в отделение с жалобами на конфликтное поведение, оговоры, фантазии, уходы, которые приводят к школьной и социальной дезадаптации. Склонны настраивать членов семьи, родственников и педагогов против друг друга. Оговоры имеют определенную выгоду для ребенка в той или иной ситуации. Для детей этой группы характерна реакция группирования, тип реагирования – возбудимый. В отделении остаются неохотно. Дают бурные отказные реакции. Оговаривают сотрудников отделения и детей. После адаптации преобладает приподнятый фон настроения. В поведении гиперактивны, импульсивны. Во время игр импульсивно бьют детей. С сотрудниками держаться без дистанции. В коллективе являются организаторами антидисциплинарных

поступков (бегают, шумят, бросают в друг друга различные вещи, обувь). Нередко игры переходят в драки. К их действиям присоединяется большая часть детей, находящихся рядом. Свое поведение объясняют игрой. При беседе всегда уверены, что их поведение хорошее. Искренне не понимают, что вызывает отрицательную реакцию у сотрудников отделения и у некоторых детей. Педагогические занятия посещают охотно, но нарушают дисциплину, срывают уроки. В результате своего поведения имеют поверхностные знания и часто обучаются по программе, не соответствующей интеллектуальным способностям. Этому типу соответствуют диагностические критерии F 92. 8, реже F06. 7. + F92. 8. Психотерапевтические воздействия, как групповые, так и индивидуальные практически не дают никаких результатов. Пациенты данного типа не критичны к своему поведению. Эффективны корректоры поведения: Галоперидол, Хлорпромазин, из нормотимиков – Вальпроевая кислота. Трудовые мероприятия посещают охотно, но начатую работу не доводят до конца. Длительность лечения 6-9 недель. Поведение становится упорядоченным только при нормализации фона настроения.

6 группа дезадаптивных поведенческих нарушений – 4,3% (n=4). Дети поступают с жалобами на конфликтное поведение, отказы от обучения, суицидальные высказывания и попытки, уходы из дома. При сборе анамнеза выявляются различные семейные ситуации (развод родителей, появление отчима или мачехи, рождение второго ребенка в семье, негативно сказывающиеся на поведении ребенка). У детей этой группы преобладают реакции активного и пассивного протеста. Преобладающий тип реагирования истерический. В отделении на первый план выходят перепады настроения, тревога, навязчивости, плаксивость, нарушения сна. В коллективе дети данного типа неуживчивы. К общению не стремятся. Детям грубят. Любые вопросы об их жизни воспринимают, как враждебные. Часто кидаются в драку. При вмешательстве взрослых начинают плакать. Какие либо суицидальные попытки и угрозы возникают после ссор с детьми. Детскому коллективу предпочитают общение с персоналом, преимущественно пожилого возраста. Педагогические занятия и трудовые мероприятия посещают охотно. Задания выполняют старательно. Этому типу соответствуют диагностические критерии F 92. 8, F43. 2, реже F06. 7. + F92. 8. На прием антидепрессантов (Амитриптилин, Флувоксамин) реакция положительная в течение 5-7 дней, при продолжении терапии бурные гетероагрессивные реакции. С целью коррекции тревожности: Гидрохисин, Алимемазин. В комбинации с нейролептиком Тиоридазином или Хлорпромазином. Через 3-4 недели можно оставить на одном нейролептике. Пациенты данного типа нуждаются в семейной, индивидуальной и групповой терапии с целью коррекции отношений с членами семьи и сверстниками. Длительность лечения 5-6 недель.

Выводы. На эффективность оказания стационарной помощи детям с патологическими формами нарушенного поведения оказывает влияние не только правильная квалификация клинических синдромов, но и оценка типов реагирования и типов патохарактерологического формирования личности.

ЗНАЧЕНИЕ «РОДИТЕЛЬСКОГО МОДУЛЯ» В МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОМ ПОДХОДЕ К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ГРУППЫ РИСКА

Л. А. ШАПОВАЛОВА, А. Ф. ХРЕБТОВА

Челябинск, МБОУ «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» Металлургического района

Современное состояние образовательной системы определяет необходимость активизации родительской позиции в воспитании, поддержке детей в процессе обучения. Семья является главным институтом воспитания детей, именно ее влияние является основополагающим в процессе формирования личности и способностей ребенка. Первая неформальная группа, в которую входит человек, и где проходит развитие, воспитание и жизнь личности – это семья. Каждая семья призвана исполнять те функции, которые не в состоянии исполнить все другие социальные институты [9,10].

В отечественной педагогике проблемой воспитания и обучения детей занимались К. Д. Ушинский, И. П. Подласый, В. С. Сухомлинский, Л. С. Выготский, А. С. Макаренко, Л. В. Занков, М. А. Данилов, Ш. А. Амонашвили [6]. Эти авторы говорят о большой ценности воспитания детей в семье. В зарубежной педагогике такую проблему изучали Б. Спок, Д. Дьюи, М. Монтессори, Ж. -Ж. Руссо.

Активное взаимодействие с семьей по созданию оптимальных условий для развития ребенка одно из основных направлений работы Муниципального бюджетного образовательного учреждения, для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, Центра психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи.

Данное направление работы осуществляется центром и в рамках реализации темы стажировочной площадки «Родительский сегмент в многокомпонентной матричной модели развития детей группы риска». Работа с семьей в Муниципальном центре – комплексная и многофункциональная система психолого-педагогического сопровождения.

Психолого-педагогическое сопровождение семей – это деятельность специалистов (педагогов-психологов, учителей-дефектологов), направленная на актуализацию коррекционных ресурсов семьи, обеспечивающих эффективность их функционирования, связанных с воспитанием и развитием ребенка группы риска.

Опираясь на достижения и разработки ведущих педагогов и психологов России И. Ю. Левченко [2], В. В. Ткачевой [2], Р. В. Овчаровой [4], И. В. Дубровиной [7,10], М. Р. Битяновой [1], нами была взята за основу комплексная система работы «Родительского модуля» с семьей, имеющей детей группы риска:

- психолого-педагогическая диагностика (определение актуального развития ребенка, его психологических и психофизиологических ресурсов);
- консультации родителей по вопросам коррекции проблемных зон ребенка;
- индивидуальные консультации родителей по выявлению проблем семейного воспитания;
- тренинги для родителей с целью обучения эффективным способам взаимодействия с детьми и оптимизации детско-родительских отношений;
- психологическая коррекция эмоционально-волевой сферы детей группы риска;
- психологическая коррекция психических состояний матерей и отцов (раздражительность, тревожность и др.);
- психолого-педагогическая профилактика: различные методы просвещения (лектории, групповые консультации, круглый стол по проблеме, семинары-практикумы и др.), проводимые педагогами-психологами и учителями-дефектологами по вопросам сопровождения в семье детей группы риска.

В группу риска мы относим детей от 1,5 лет до 6 лет с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), с педагогической запущенностью, посещающих детский сад; детей, по ряду причин, не посещающих детский сад (категория потенциального риска).

В рамках психолого-педагогического сопровождения как системы работы с семьей можно выделить направление «Родительский модуль».

Цель этого направления работы педагогов-психологов центра – способствовать созданию оптимальных условий воспитания и развития ребенка в семье.

Родительский модуль включает в себя 4 блока:

- 1) организационный;
- 2) информационный;
- 3) просветительский;
- 4) коррекционный;
- 5) рефлексивный.

Психолого-педагогическое сопровождение родителей в «Родительском модуле» осуществляют 3 педагога-психолога и 1 дефектолог. Такой подбор специалистов позволяет всесторонне отработать проблемные темы развития и воспитания детей группы риска.

Ниже представлена технология работы «Родительского модуля» по каждому из блоков. Организационный блок предполагает сбор информации о ребенке и его семье: диагностика актуального состояния в развитии ребенка, заполнение родителями анкет для выявления особенностей родительского воспитания, позиции, и отношения.

Информационный блок «Родительского модуля» включает первичное информирование родителей об особенностях развития детей в тот или иной возрастной период, о поведенческих особенностях ребенка в разные периоды жизни. Предоставление родителям буклетов, памяток, дисков с информацией позволяет создать первичное представление о психологических особенностях своего ребенка. Именно на этом этапе работы педагогов-психологов с родителями формируется у последних запрос на индивидуальную работу с проблемами семейного воспитания детей в рамках консультирования.

Просветительский блок является основным в комплексе «Родительского модуля». Целью этого этапа является не только донести до родителей актуальную и необходимую информацию, но и создать мотивацию у них на обсуждение полученной информации, на формулирование собственной родительской позиции по конкретному педагогическому или воспитательному подходу.

Работа на этом этапе предполагает различные формы работы, позволяющие специалистам комплексно осветить особенности развития детей на каждом возрастном этапе, познакомить родителей с новообразованиями в развитии ребенка, определить круг проблем детей группы риска. Занятия проводятся в виде семинаров-практикумов, круглых столов, дискуссий, обсуждений, презентаций по различным психолого-педагогическим темам.

В рамках коррекционного блока педагогами-психологами используются мероприятия, направленные на апробацию и отработку навыков самоактивизации, саморегуляции организма взрослых и детей, эффективного взаимодействия детей и родителей, снижение конфликтного поведения в семье, тревожности и страхов у родителей и детей, психоэмоционального напряжения, проявлений гнева.

Данный блок включает в себя использование:

- дыхательной гимнастики А. Н. Стрельниковой [15], для повышения общего тонуса организма, снятия усталости, активизации мозговой активности, повышения эмоционального фона. Данный комплекс чрезвычайно важен как для детей группы риска, так и для родителей, так как позволяет научить их элементам саморегуляции, позволяющих оптимизировать свое психоэмоциональное состояние.
- релаксационных видеороликов («Природа», «Цветы», «Океан» и т. д.), Релаксационные видеоролики с отлично подобранной музыкой и великолепным слайд шоу или видеосюжетом помогают расслабиться после

напряженного дня или после напряженной ситуации, которые так часто возникают в семейной жизни.

- наборов психологических открыток Д. Куш, В. Кирдий, Е. К. Климова, Н. Огненко. Эти наборы открыток позволяют в безопасной форме с использованием сказок и притч определить актуальную скрытую проблему и проработать пути их решения.
- семинаров, с использованием элементов тренинга эффективного взаимодействия родителей с детьми [3]. Тренинг позволяет в игровой форме родителям отрабатывать те или иные поведенческие «родительские» формулы, позиции, подходы в воспитании своих детей; увидеть опыт решения проблемных ситуаций других родителей; выбрать для себя стили поведения и воспитания детей.

Рефлексивный блок является крайне важным элементом всей технологии «Родительского модуля». Организационно этот блок представляет собой комплекс «обратной связи»: анкеты, отзывы о проведенных мероприятиях, личное мнение, открыто высказанное родителями в дискуссиях, круглых столах, на практических занятиях

Технология работы «Родительского модуля» еще только разрабатывается и проходит практическую апробацию. Но уже сейчас можно говорить об эффективности комплексного подхода в отработке родительского сегмента в многокомпонентной модели развития детей группы риска.

По опросам родителей, посещающих в течение этого года занятия в модуле, 78% высказались о важности и актуальности информации, полученной на занятиях; 65% отметили, что технологии эффективного взаимодействия с ребенком помогли оптимизации детско-родительских отношений в семье; 30% родителей отметили необходимость посещения таких занятий всей семьей.

В ближайшие годы система работы «Родительского модуля» будет совершенствоваться, и развиваться с учетом пожеланий и замечаний родителей. Вся работа комплексного психолого-педагогического сопровождения семей направлена прежде всего на реализацию интересов ребенка для успешной реабилитации, социализации и интеграции в социум детей с проблемами психофизического развития.

ЛИТЕРАТУРА

1. Битянова, М. Р. Организация психологической работы в школе / М. Р. Битянова. – М.: Совершенство, 1998. – 298 с.
2. Левченко, И. Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии / И. Ю. Левченко, В. В. Качева. – М.: Просвещение, 2008 – 239 с.
3. Марковская, И. М. Тренинг взаимодействия родителей с детьми: цели, задачи, основные принципы / И. М. Марковская. – СПб.: Речь, 2000. – 150 с.
4. Овчарова, Р. В. Психология родительства: учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений

- / Р. В. Овчарова. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 368 с.
5. Овчарова, Р. В. Родительство как психологический феномен: Учебное пособие / Р. В. Овчарова. – М.: МПСИ, 2006. – 496 с.
 6. Подласый, И. П. Педагогика / И. П. Подласый. – М.: Владос, 1999. – 574 с.
 7. Практическая психология образования / Под редакцией И. В. Дубровиной. – Спб.: Питер, 2006. – 592 с.
 8. Токарь, О. В. Детская практическая психология в кратком изложении / О. В. Токарь. – М.: Флинта, 2008. – 224 с.
 9. Глухих, Л. С. Характеристика детско-родительских отношений в семьях, имеющих детей с нарушением речи: дипломная работа / Л. С. Глухих. – Челябинск: ЮУрГУ, 2011. -82с.
 10. Иванов, А. Политико-правовое учение Ж. Ж. Руссо (1712-1778гг.): курсовая работа / А. Иванов. – <http://www.bibliofond.ru>
 11. Ольхина, Е. А. Особенности детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с нарушениями зрения / Е. А. Ольхина // Специальное образование. – 2006. – № 7. – С. 34–39.
 12. Психолого-педагогическое сопровождение семей, имеющих детей с ОВЗ. – <http://5psy.ru/obrazovanie>.
 13. Ткачева, В. В. Психологические особенности матерей, воспитывающих детей с тяжелыми двигательными нарушениями / В. В. Ткачева // Коррекционная педагогика. – 2004. – № 1 (3). – С. 74–79.
 14. Ткачева, В. В. Работа психолога с матерями, воспитывающими детей с тяжелыми двигательными нарушениями / В. В. Ткачева // Дефектология. – 2005. – № 1. – С. 25–35.
 15. М. Н. Щетинин Дыхательная гимнастика А. Н. Стрельниковой. Русская национальная гимнастика – // <http://www.strelnikova.ru/>

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ И ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

С. С. ШАШКОВА^{1,2}, Л. С. РЫЧКОВА^{1,2}, Е. С. ПЕРВУХИНА^{1,2}, Т. А. ГРИБОВА¹

*Челябинск, ФГБОУ «Южно-Уральский государственный университет» (НИУ)¹
МБОУ «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи»
Металлургического района²*

Необходимость междисциплинарного подхода к проблеме реабилитации и социализации детей с нарушениями аутистического спектра не вызывает сомнений, однако зачастую в практическом аспекте остается недостаточно реализованной. Мультидисциплинарный характер реабилитации таких детей определяется многообразием выявленных клинических и психологических особенностей. Отсутствие эффекта психолого-педагогической коррекции часто объясняется тем, что проблемы воспитания, поведения, трудностей усвоения навыков социального взаимодействия, а также неуспеваемости при обучении часто являются внешним фасадом имеющихся у ребенка проблем, вызванных нарушением психического здоровья [1,2,5,8]. Синдром раннего детского ау-

тизма отличается от всех аномалий развития наибольшей сложностью и дисгармоничностью как клинической картины, так и психологической структуры нарушений.

Известно, что клинико-психологическая структура раннего аутизма как особая форма недоразвития характеризуется следующими признаками [2,5,8,9]: аутизм как предельное («экстремальное») одиночество ребенка, формирующее нарушение его социального развития вне связи с уровнем интеллектуального развития; стремление к постоянству, проявляемым как стереотипные занятия, сверхпристрастие к различным объектам, сопротивление изменениям в окружающем; особой характерной задержкой и нарушением развития речи также вне связи с уровнем интеллектуального развития ребенка; ранним проявлением (до 2,5 года) патологии психического развития (причем эта патология в большей степени связывается с особым нарушением психического развития, чем с его регрессом).

Искаженность развития у аутичных детей может проявляться в парадоксальном сочетании опережающего возрастным нормам развития мыслительных операций и на их основе односторонних способностей (математических, конструктивных и т. д.) и интересов и в то же время несостоятельности в практической жизни, в усвоении бытовых навыков, способов действий, особых трудностей в установлении взаимоотношений с окружающими.

Недостаточная социальная направленность, порождаемая аутизмом, у этих детей проявляется в отсутствии интереса не только к ролевым играм, но и к просмотру кинофильмов и телепередач, отражающих межличностные отношения.

Детская активность, особенно в младшем школьном возрасте, пробуждает и поддерживает следование примеру и стремление к одобрению. Недостаточность развития этих сторон у детей-аутистов еще более усиливает и подчеркивает односторонний характер их интеллектуальных способностей. Раннее развитие формально-логического мышления усиливает способность к абстракции и способствует безграничным возможностями для умственных упражнений, не ограниченных рамками социально значимых оценок.

Специфику аутизма отражают проявления речевых нарушений, которые разнообразны по характеру, динамике и в большинстве случаев проявляются в несформированности коммуникативного поведения. Независимо от срока появления речи и уровня ее развития, ребенок с аутизмом не использует речь как средство общения. В то же время, у него может развиваться экспрессивная речь, в которой наблюдаются эхолалии, искаженное интонирование, нарушения голоса, инверсия местоимений. Речевые проблемы проявляются в диапазоне от мутизма до нарушений коммуникативной функции формально сохранной речи с большим словарным запасом и развернутыми высказываниями.

При поступлении в школу у детей этой категории значительно затруднено формирование соответствующих мотивов учебной деятельности вследствие недостаточной направленности на общение и усвоение социальных норм. Вопрос о возможности и формах обучения сложен, но нужно отметить что индивидуальное обучение может быть рекомендовано только в исключительных случаях.

Ребенка с подозрением на расстройства аутистического спектра, как правило, проходит комплексное обследование, в котором участвуют детский психиатр, психолог, специальный педагог и логопед. Часто логопед оказывается первым в этой цепи, и он осуществляет первый шаг первичной диагностики – наблюдение за ребенком. Этот метод дает возможность составить первичные представления про объект наблюдения или проверять исходные положения, связанные с ним [5,8,9].

Психологическая диагностика таких детей ни в коей мере не должна сводиться к оценке умственных способностей. Данные об интеллектуальном развитии должны быть рассмотрены только в контексте особенностей его общего развития. В центре внимания должны находиться интересы ребенка, уровень сформированности произвольной регуляции поведения. И в первую очередь регуляции, связанной с ориентировкой на других людей и социальные мотивы [5,6,9].

Разработанные реабилитационные программы учитывают выявленные клинические, социально-психологические особенности и характеристики; базируются на принципах психосоциальной реабилитации – осуществляются в тесном взаимодействии разных специалистов (психотерапевт, психиатр, педиатр, социальный педагог, дефектологи, логопеды, педагоги) в привычных и комфортных для ребенка условиях образовательного учреждения. Все коррекционные программы базируются на использовании ресурсов сохраненных психофизических функций ребенка и ресурсов социального (семейного, педагогического) окружения. В качестве примера можно отметить следующие этапы комплексной клинико-психолого-педагогической коррекции раннего детского аутизма [4,7]:

Психологическая коррекция:

- а) установление контакта со взрослыми;
- б) смягчение общего фона сенсорного и эмоционального дискомфорта, тревоги и страхов;
- в) стимуляция психической активности, направленной на взаимодействие со взрослыми и сверстниками;
- г) формирование целенаправленного поведения;
- д) преодоление отрицательных форм поведения: агрессии, негативизма, расторможенности влечений.

Педагогическая коррекция раннего детского аутизма:

- а) формирование активного взаимодействия с педагогом;
- б) пропедевтика обучения (коррекция специфического недоразвития восприятия, моторики, внимания, речи, формирование навыков избирательной деятельности).

Особое место при раннем детском аутизме следует уделять логопедической работе по развитию понимания речи. Логопедическая коррекция имеет свою специфику и отличается от тех приемов, которые используются в работе с детьми с сенсорной алалией или умственной отсталостью. У аутичного ребенка восприятие речи, соотнесение звука, слова с объектом, понимание смысла сказанного и происходящего вокруг может быть не нарушено. Это подтверждается возможностью редкого, но адекватного смыслового комментария ситуации; воспоминаниями людей с аутизмом о событиях многолетней давности; частой адекватной реакцией ребенка на эмоциональный комментарий его действий. Непроизвольные реакции ребенка свидетельствуют, что он способен понимать речь и происходящее вокруг в том случае, если это попало в зону его произвольного внимания. Предположительно, основная трудность аутичного ребенка лежит не в области понимания речи, в сфере произвольности: произвольной организации своего внимания и поведения в соответствии с тем, что он слышит, произвольной организации собственной речевой реакции[3,7].

Логопед, участвующий в психолого-педагогическом сопровождении ребенка с аутизмом, должен научиться осуществлять эмоционально-смысловой комментарий как необходимый элемент занятий. Это единственный адекватный путь, чтобы добиться включенности ребенка в реальность, осознания происходящего вокруг, понимания им речи. Эмоционально-смысловой комментарий должен быть привязан к опыту ребенка, вносить смысл даже во внешне бессмысленную активность ребенка, в его аутостимуляцию; фиксироваться на приятных для ребенка ощущениях и сглаживать неприятные; прояснять причинно-следственные связи, давать ребенку представление об устройстве предметов и сути явлений. Такой комментарий помогает передавать смысл ежедневных событий, их зависимость друг от друга и от человеческих отношений, от социальных правил; дает аутичному ребенку представление о человеческих эмоциях, чувствах, отношениях, которые он обычно не может понять, воспринять непосредственно.

Работа с семьей:

- а) психотерапия членов семьи;
- б) ознакомление родителей с рядом психических особенностей ребенка;
- в) составление индивидуальной программы воспитания и обучения аутичного ребенка в домашних условиях;

Медикаментозная коррекция раннего детского аутизма; поддерживающая психофармакологическая и общеукрепляющая терапия. Систематическое на-

блюдение ребенка врачом психиатром-психотерапевтом и работа с семьей (консультирование, информирование о имеющихся проблемах и нарушениях здоровья, способах и методах терапии, психотерапия ребенка и его семьи) существенно расширяет возможности реабилитации детей с расстройствами аутистического спектра [2,8].

Таким образом, оценка состояния ребенка-аутиста, уровня его развития, запаса знаний, поведенческих навыков должна проводиться комплексно всеми специалистами и служит основой разработки индивидуального плана коррекционных мероприятий. Направленная деятельность ребенка с РДА планируется с учетом диссоциации психического развития. Междисциплинарные подходы к реабилитации детей с расстройствами аутистического спектра способствуют реализации у ребенка фундаментального свойства человека – стремлению к общению с окружающим миром и себе подобными, к коммуникации и социализации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астапов, В. М. Коррекционная педагогика с основами нейро- и патопсихологии / В. М. Астапов – М., 2010.
2. Детский аутизм: Хрестоматия/Сост. Шипицына Л. М. – СПб.: Издательство «Дидактика Плюс», 2001. – 368 с.
3. Каруаш, И. С. Психическое здоровье детей с сенсорными нарушениями и возможностями реабилитации / И. С. Каруаш // Детская психиатрия. –2014. -С. -97-98.
4. Кузнецова, Л. В. Кузнецова Л. В., Переслени Л. И., Солнцева Л. И. Основы специальной психологии. / Л. В. Кузнецова, Л. И. Переслени, Л. И. Солнцева. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 480 с.
5. Никольская, О. С. Аутичный ребенок: пути помощи. / О. С. Никольская. – М.: Издательство «Теревинф», 2000. – 332 с.
6. Оклендер, В. Окна в мир ребенка. / В. Оклендер. – М.: Независимая фирма «Класс», 2001. – 334 с.
7. Питерс, Т. Аутизм: от теоретического понимания к педагогическому воздействию. / Т. Питерс. – СПб.: Институт специальной педагогики и психологии, 1999. – 192с.
8. Рычкова, Л. С. Специальная психология: учебное пособие / Л. С. Рычкова. – 2-е изд., перераб. и доп. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2008. – 157 с.
9. Фрумкина, Р. М. Детский аутизм, или странность разума. / Р. М. Фрумкина, Т. Е. Браудо //Человек. – 2002. – № 1. – С. 127 – 132.

СОДЕРЖАНИЕ

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В СТРУКТУРЕ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОДРОСТКОВ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ.....	3
<i>А. Н. Волчкова, А. В. Кожин</i>	
РОДИТЕЛЬСКИЙ КОНФЛИКТ И ЕГО СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ	6
<i>В. В. Гринь, Н. Н. Спадерова</i>	
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К УХОДАМ ИЗ ДОМА И БРОДЯЖНИЧЕСТВУ	10
<i>А. В. Дворников, В. Ю. Темерева</i>	
АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ	12
<i>Н. Н. Ермилова, Л. В. Ховрина, И. Г. Соболева, Н. И. Плотникова</i>	
РОЛЬ ПРЕМОРБИДА В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПРОЦЕССУАЛЬНОГО АУТИЗМА	14
<i>И. В. Забозлаева, Е. В. Малинина</i>	
ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА	16
<i>М. Е. Коргонен, Т. В. Раева</i>	
ОТДАЛЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ ПАДЕНИЯ МЕТЕОРИТА В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	18
<i>О. В. Котлованова, Е. В. Малинина</i>	
СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	22
<i>Н. И. Куценко, А. В. Курзин</i>	
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ, ПЕРЕНЕСШИХ НЕОНАТАЛЬНУЮ РЕАНИМАЦИЮ	24
<i>Н. А. Луговых</i>	
КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ПАТОЛОГИИ МОЗОЛИСТОГО ТЕЛА.....	26
<i>Г. В. Мануйлов, Е. В. Малинина</i>	
АНАЛИЗ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ В ФОРМАХ ОБЩЕСТВЕННО-ОПАСНЫХ ДЕЯНИЙ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ЛИЦ	29
<i>А. Г. Меньшиков¹, И. И. Чайковская², Е. В. Чередова²</i>	
АГРЕССИВНОСТЬ В СТРУКТУРЕ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ.....	31
<i>Е. И. Мишкина</i>	
КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПЕРЕКРЕСТНОГО ПАТОМОРФОЗА ШИЗОФРЕНИИ И СУДОРОЖНЫХ ПАРОКСИЗМОВ	36
<i>Е. М. Наркелюнас, А. Г. Меньшиков</i>	
АКТУАЛЬНОСТЬ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА: СРЕДСТВА И МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ.....	40
<i>Т. М. Новикова</i>	

К ВОПРОСУ О ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ	43
<i>О. И. Пилявская, Е. В. Малинина</i>	
ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НАРУШЕННОГО ПОВЕДЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	45
<i>А. В. Пирогова, Е. В. Малинина</i>	
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ	49
<i>Т. С. Раев, Т. В. Раева, Н. А. Смольникова</i>	
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ.....	52
<i>Т. В. Раева, С. Е. Богомаз</i>	
ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ	58
<i>Е. В. Родяшин, А. В. Пельымский</i>	
ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	60
<i>Л. С. Рычкова, Г. С. Трофимова, О. Б. Конева, А. Ю. Чебан</i>	
КОРРЕКЦИЯ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	65
<i>Н. Д. Семенова</i>	
ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПОСМЕРТНЫХ КОМПЛЕКСНЫХ СУДЕБНЫХ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ЗАВЕРШЕННЫМ СУИЦИДАМ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	67
<i>Н. Н. Спадерова, В. В. Гринь, О. В. Горохова, В. Г. Кулеватов, С. Е. Герасина</i>	
ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ	73
<i>З. Г. Тажиева</i>	
ОПЫТ РАБОТЫ АМБУЛАТОРНОЙ ОТКРЫТОЙ ДИНАМИЧЕСКОЙ ГРУППЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНИК РЕЛАКСАЦИИ.....	76
<i>О. В. Тальчук</i>	
НАРУШЕНИЕ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	78
<i>В. Ю. Темерева</i>	
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВОЛЕВОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ	84
<i>М. Г. Фомушкина, Т. В. Раева</i>	
ПСИХОПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ	88
<i>А. Ю. Чебан, Л. С. Рычкова, Т. А. Смирнова, О. Б. Конева</i>	
ОКАЗАНИЕ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С НАРУШЕННЫМ ПОВЕДЕНИЕМ..	93
<i>Т. Н. Чижова, Е. В. Малинина, Т. А. Смирнова</i>	
ЗНАЧЕНИЕ «РОДИТЕЛЬСКОГО МОДУЛЯ» В МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОМ ПОДХОДЕ К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ГРУППЫ РИСКА	99
<i>Л. А. Шаповалова, А. Ф. Хребтова</i>	
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ И ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	103
<i>С. С. Шашкова, Л. С. Рычкова, Е. С. Первухина, Т. А. Грибова</i>	

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПОДХОДЫ
К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ
И ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

*Областная научно-практическая
конференция специалистов
психиатрической службы*

*Сборник статей
Тюмень, 10 апреля 2015 г.*

Сдано в набор 25.03.2015. Подписано в печать 31.03.2015.

Формат 60×84^{1/16}. Calibri.

Печ. л. 6,8. Заказ № 6347. Тираж 100 экз.

Отпечатано в ООО «Печатник»
625026, г. Тюмень, ул. Республики, 148 1/2, тел. (3452) 32-13-86