

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

**ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ СЛУЖБА:
СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ**

Сборник материалов Республиканской
научно-практической конференции с международным участием,
посвященной 50-летию детской психиатрической службы
Гродненской области

19-20 октября 2017 года

Гродно
ГрГМУ
2017

УДК 616.89-053.2: 005.745 (06)
ББК 57.336.14. я 431
Д 23

Рекомендовано Редакционно-издательским советом ГрГМУ
(протокол № 12 от 12.10.2017).

Редакционная коллегия:

ректор УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
чл.-корр. НАН Беларуси, проф. В. А. Снежицкий;
проректор по научной работе, проф. С. Б. Вольф;
зав. каф. психиатрии и наркологии, доц. В. А. Карпюк (*отв. редактор*).

Рецензенты:

д-р мед. наук, проф. Е. Г. Королева;
зам. гл. врача УЗ «ГОКЦ «Психиатрия-наркология» С. И. Букин.

Детская психиатрическая служба: состояние и перспективы развития :
Д23 сб. материалов Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвящ.
50-летию детской психиатрической службы Гродненской области,
19-20 окт. 2017 г. [Электрон. ресурс] / отв. ред. доц. В. А. Карпюк. –
Электрон. текст. дан. и прогр. (объем 1,5 Мб). – Гродно : ГрГМУ, 2017. –
1 электрон. опт. диск (CD-ROM). – Систем. требования: IBM-совместимый
компьютер; Windows XP и выше; необходимая программа для работы Adobe
Reader; ОЗУ 512 Mb; CD-ROM 16-х и выше.
ISBN 978-985-558-910-6.

В сборнике статей представлены работы, посвященные актуальным проблемам детской психиатрии: диагностике, терапии и профилактике психических и поведенческих расстройств. Представленная информация будет полезна студентам, научным сотрудникам, детским врачам-психиатрам-наркологам, врачам-педиатрам.

Авторы, представившие информацию к опубликованию, несут ответственность за содержание, достоверность изложенной информации, указанных в статье статистических, персональных и иных данных.

УДК 616.89-053.2: 005.745 (06)
ББК 57.336.14. я 431

ISBN 978-985-558-910-6

© ГрГМУ, 2017

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ, ПОВЕРГШИХСЯ НАСИЛИЮ В СЕМЬЕ

Жизнь полна насилия. Насилие выступает синонимом разрушения, деструктивного поведения и связано с совершением действий, идущих вразрез с волей другого человека и животного (да и растения тоже). Совершить насилие – означает убить, уничтожить, отказать другому живому существу в праве на жизнь, на собственные взгляды, желания и интересы. Психологи сходятся во мнении, что насилие, хотя и отражает иррациональное состояние души, представляет собой не только проявление животных поведенческих стереотипов, сколько является специфически человеческим феноменом, поскольку очень часто выходит за пределы биологической целесообразности и включает осознанное целеполагание.

Насилие подразделяют на физическое, заключающееся в издевательстве над человеком, причинении ему телесной боли; психологическое (встречающееся столь же часто и не менее драматичное) – оно целенаправленно метит в психологически уязвимые места жертвы с учетом всех ее личных качеств; сексуальное.

Существует несколько факторов, влияющих на реакцию ребёнка на насилие и на то, как насилие сказывается на развитии ребенка:

Возраст ребенка в момент, когда он впервые подвергается насилию: чем младше ребенок, который впервые подвергается насилию, тем выше вероятность возникновения у него серьезных задержек в развитии.

Продолжительность периода времени, на протяжении которого ребенок подвергался насилию – чем дольше ребенок подвергается насилию, тем больше это сказывается на его развитии.

Периодичность случаев насилия – чем чаще ребенок подвергается насилию, тем более серьезными будут его последствия.

Характер отношений между ребенком и лицом, подвергающим его насилию, – чем теснее связь между ребенком и лицом, подвергающим его насилию, тем выше вероятность возникновения негативных последствий. Наиболее серьезные последствия возникают в случаях, когда ребенок подвергается насилию со стороны родителей.

Тип насилия – чем большую боль вызывает насилие, и чем более серьезные травмы получает ребенок, тем тяжелее психологические и физические последствия.

Возможности ребенка в плане получения помощи – присутствие других взрослых, которые не допускают насилия в отношении ребенка и могут обеспечивать уход за ним (независимо от того, где они находятся – дома или в непосредственной близости от дома), может отчасти сгладить негативные последствия насилия.

Конституциональные факторы – характер личности и темперамент ребенка могут повлиять на последствия насилия в его отношении. Одни дети обладают более высокой лабильностью и умеют хорошо справляться со своими бедами, другие дети более ранимы.

Согласно данным некоторых статистических исследований примерно 30% детей постоянно подвергаются жестокому физическому наказанию. 20-30% пациентов с пограничным расстройством личности пережили тяжёлое изнасилование в детском возрасте (Michael Stone /Psychotherapy of border line patients in light of long-term follow-up. «Bull Menninger Clin», 1987, 231-47; The Fate of Borderline Patients. NY, 1990). У пациентов с пограничными расстройствами личности изнасилование встречается гораздо чаще, чем при всех других личностных расстройствах: контактному сексуальному насилию в возрасте до 14 лет обычно подвергаются 20-30% девочек и 10% мальчиков (Joel Paris/Borderline Personality Disorder. Washington, 1993; Psychological risk factors for border-line personality disorder in female patients. «Compr. Psychiatry», 1994, 301-05). Мальчики чаще, чем девочки, подвергаются насилию в более раннем возрасте (по данным Англии, США и Германии). В 75% случаев агрессоры (насильники) знакомы детям. И только 25% агрессоров совершенно незнакомые люди. В 45% случаев насильником является родственник, в 30% случаев – более дальний знакомый, например, друг брата, любовник матери или бабушки.

Среди родственников наиболее частыми фигурами, осуществляющими насилие, выступают отец, отчим, опекун; реже это брат, дедушка, дядя. В Германии, по некоторым данным, каждая четвертая немецкая женщина была изнасилована в детском возрасте. Исследования в США в 80-е годы показали, что, как минимум, каждый второй наркоман был жертвой сексуального насилия. Более 70% гомосексуалистов-агрессоров сами пережили в детстве агрессию со стороны взрослого мужчины. Довольно значительная часть девочек и мальчиков после изнасилования становится гомосексуалистами.

Мы можем знать только о тех, кто захотел рассказать об этом. Но мы не знаем, сколько тех, кто предпочитает об этом молчать.

Вообще люди с большим трудом рассказывают о насилии, даже в случае большого доверия к психотерапевту. Это связано с тем, что они не могут сломать семейные запреты на рассказ о том, что с ними произошло, так как на всей этой сфере лежит гриф «секретности»; им кажется, что, рассказав об этом психологу, они совершают преступление против отца или матери.

Всегда в случае насилия ребенок расценивается как жертва, вне зависимости от реальных обстоятельств, так как ребенок не отвечает за последствия случившегося, в отличие от взрослого, который несёт всю полноту ответственности.

Почему детям трудно рассказывать о сексуальном насилии? Дети могут не иметь средств выразить происходящее (могут быть слишком малы, или вообще ещё не умеют говорить, или могут не иметь подходящего словарного запаса); им могут не разрешать это делать. Дети могут подвергаться давлению и угрозам ради сохранения тайны происходящего (в нашей культуре не поощряется вынесение сора из избы). Дети могут быть запуганы как угрозами физической расправы, так и моральной угрозой стать «крайним», чьи действия принесут семье несчастье (отца посадят, мать узнает, будет мучиться или уйдет). Еще один немаловажный вопрос – как тебя потом будут воспринимать товарищи и учителя. Если ребенок не доверяет близким взрослым, то он может не знать, куда еще обратиться. Дети могут попытаться рассказать об абьюзе, но их слова игнорируют или считают, что это неправда. Дети могут не уметь распознать сексуальные злоупотребления. Родитель может представить им сексуальные злоупотребления как часть самых близких отношений. Угроза потерять любимого родителя (его любовь) может соседствовать с достижением статуса любимого ребенка любой ценой.

Информация о сексуальных злоупотреблениях чаще проявляется в форме изменений в поведении и взаимоотношениях со взрослыми и сверстниками. Появляется подавленность и агрессивность, нежелание идти спать, ночные страхи, желание спать со светом, не раздеваясь, спать вместе другими детьми, раннее сексуальное поведение. Дети младше 6 лет часто проявляют свои страхи более конкретно, например, реагируя на взрослых людей с определенной фигурой или цветом волос. Более старшие дети реагируют менее специфично, например, общим недоверием к людям, нежеланием возвращаться домой после школы, побегами из дома, соматическими проблемами и попытками суицида.

Иногда дети используют аллегории или рассказы от третьего лица. Это способ проверки реакции взрослого. Если, например, тот рассердится, то легко можно сказать: «Вы не так меня поняли», «Это было с моим другом», «Я видел это по телевизору». Здесь уместны вопросы

типа: «А как ты думаешь, можно ли помочь твоему другу?», «Как ты думаешь, мог бы он рассказать обо всем происходящем с ним маме?» и т. п.

Дошкольники обычно передают чувства более непосредственно, рассказывая о приходящих по ночам чудовищам, животных, пытавшихся их сожрать. В этом возрасте наличие сексуальных злоупотреблений очень часто проявляется в рисунках, например: в хроническом отсутствии кого-то из родителей на рисунках, в подчеркнутой диспропорциональности фигур: например, огромной отца и маленькой своей; в излишней буквальной сексуализации рисунков. Рисование для детей – не только способ сообщать о происшедшем, но и способ отреагирования.

В некоторых случаях дети рассказывают о сексуальном насилии прямым текстом. Такой способ может свидетельствовать как об очень высоком доверии ко взрослому, так и о совершенном отчаянии, охватившем ребенка. В этом случае маленькие дети говорят обычно прямо, не задумываясь о последствиях. Старшие дети обычно рассказывают только часть происходящего.

Иногда маленький ребёнок (а зачастую и взрослый) может сомневаться, было ли это с ним на самом деле, или всего лишь показалось. И тогда он как бы «застывает» – не может полагаться на собственное восприятие, не может отличить верное от неверного, что хорошо и что плохо, что есть насилие и что – любовь. Эти болезненные воспоминания блокируются, от них отказываются, чтобы в обычной жизни жить нормально, то есть травматический опыт диссоциируется.

Ребенок или подросток начинает понимать, что чем-то отличается от других, стесняется говорить, боится раздеваться в присутствии других, так как ему/ей кажется, что другие как-то узнают о том, что произошло; не может быть откровенным с друзьями, у него/нее нет друзей, он/она фактически потеряла отца и мать; он может чувствовать себя одиноким, подавленным с чрезвычайно низкой самооценкой; грязным, опустившимся; может появиться делинквентность в поведении (уходы из дома, может присоединиться к опасной компании и т. п.).

Когда родители издеваются над своими детьми, они убивают их душу. Мотивы подобного родительского поведения могут быть следующие:

- бессознательная потребность перенести на другого унижение, которому подвергались когда-то сами;
- потребность найти выход для подавленных чувств;
- потребность обладать и иметь в своем собственном распоряжении живой объект для манипулирования;

– самозащита (потребность идеализировать собственное детство и собственных родителей) и, как следствие, догмы родительских педагогических принципов перекладываются на своего собственного ребенка;

– страх появления того, что было подавлено; того, на что наталкиваются в своих собственных детях; того, что должно быть уничтожено в самом зародыше;

– реванш за боль, которую родитель когда-то пережил сам.

Характерные особенности психологического насилия над детьми:

1. Отвержение – проявление враждебности по отношению к детям, их унижение и отвержение. Сюда относятся ситуации, когда ребенка принижают, высмеивают, стыдят, поносят, делают из него козла отпущения, прилюдно его оскорбляют, постоянно его критикуют и наказывают, заставляют его выполнять большую часть работы по дому, отказывают ему в поощрении.

2. Терроризирование – относятся ситуации, когда родитель угрожает нанести ребенку физический вред, убить или бросить его, заставляет ребенка становиться свидетелем жестокого обращения к другому родителю. Если родитель оставляет ребенка без присмотра в опасной ситуации; помещает ребенка в непредсказуемую или хаотичную среду; ставит перед ребенком нереальные задачи, угрожая ему утратой, нанесением вреда или возникновением опасности, если он не решит эти задачи; угрожает насилием или допускает насилие в отношении ребенка, близких ему людей, любимых им предметов.

3. Эксплуатация или растление – относятся ситуации, когда родитель поощряет или понуждает ребенка к девиантному поведению (антиобщественные, преступные или саморазрушающие деяния), злоупотреблению алкоголем или наркотиками, проституции, или если родитель занимается финансовой эксплуатацией ребенка.

4. Отказ в эмоциональной близости – игнорирование попыток ребенка наладить отношения и потребностей ребенка к общению, взаимодействие с ребенком только в случаях крайней необходимости, нежелание или неспособность выказывать любовь и проявлять ласку к ребенку.

5. Изоляция – постоянное введение необоснованных ограничений на общественные контакты ребенка и отказ в удовлетворении потребности ребенка в налаживании и поддержании отношений со сверстниками и взрослыми; ограничение свободы передвижения; применение наказаний в виде запираания ребенка в стенном шкафу или подвале, особенно на продолжительный срок; отказ в удовлетворении потребностей; использование отказа в убежище и сне в качестве наказания.

Основные методы и технологии психотерапевтической работы с жертвами семейного насилия

Необходимо выделить два направления психотерапевтической работы: экстренная психологическая помощь (ЭПП) и психолого-психотерапевтическая помощь детям, пережившим психотравмирующие события на отдаленных этапах работы с травмой.

Опыт показывает, что потерпевшие, получившие немедленную помощь и консультацию, поправляются более устойчиво и им реже необходим долгосрочный уход.

Основной вид экстренной психологической помощи (ЭПП) – психологическое сопровождение. Задача психологического сопровождения – интегрировать травматический опыт в единый опыт. Поэтому работа с детьми, перенесшими травматическое событие, в остром кризисном состоянии требует большой мягкости и корректности. Это не «вмешательство», а «сопровождение». Травма должна «прожиться». При этом нужно снять остроту симптомов: страхов, нарушений сна. Но травме «дается быть в сознании», иначе один симптом трансформируется в другой, уходит страх, но через некоторое время появляются психосоматические нарушения.

Основная цель ЭПП – вернуть человека в психологическое состояние, которое было до воздействия травматического события, восстановить его функциональный уровень.

Общие задачи кризисной психолого-психотерапевтической помощи детям и подросткам в первый месяц после травматической ситуации:

- 1) информационная и эмоциональная поддержка родителей;
- 2) отреагирование, «контейнирование» чувств и переживаний ребенка/подростка;
- 3) «нормализация» внешнего выражения эмоций (говорить о том, что страхи, агрессия, раздражительность – естественны в этой ситуации, это нормальная реакция на ненормальную ситуацию);
- 4) восстановление разрушенного представления о защищенности «Я», безопасности мира;
- 5) налаживание коммуникаций в межличностной сфере, оценка риска и профилактика развития суицидальных тенденций;
- 6) профилактика продолжительных тревожно-депрессивных реакций.

Методы кризисной психолого-психотерапевтической помощи: экстренная помощь по телефону доверия; очное индивидуальное консультирование, групповые методы реабилитации.

Суть кризисной интервенции заключается не в том, чтобы решить проблему, а в том, чтобы сделать возможной работу над проблемой. Для этого в процессе консультирования ставятся три задачи: адекватное

и ясное представление о происшедшем; управление своими чувствами и реакциями, преодоление аффекта; формирование поведенческих моделей, позволяющих преодолеть последствия травмы.

Можно выделить следующие методы и формы психотерапии, которые являются эффективными в психотерапевтической работе с травмой:

- 1) когнитивно-поведенческая психотерапия;
- 2) метод управляемой психофизиологической саморегуляции, релаксационные методы;
- 3) игровая психотерапия, включая аффективную модуляцию и использование метафор, историй, сказок;
- 4) психотерапия эмоциональных травм с помощью движения глаз (ДПДГ);
- 5) групповая посттравматическая интервенция;
- 6) гуманистически-экзистенциальная психотерапия;
- 7) арт-психотерапия;
- 8) телесно-ориентированная психотерапия;
- 9) психодинамическая психотерапия, в частности, кататимно-имажинативная психотерапия (символдрама) и др.

Перед началом лечения необходимо убедиться, что ребенок/подросток находится в безопасном окружении; стабилизировать кризисную ситуацию (активные мысли о суициде или убийстве, активный психоз, состояние острой паники, активное злоупотребление алкоголем или наркотиками); оценить необходимость госпитализации с целью стабилизации состояния; отложить лечение, пока ситуация не стабилизируется.

Причины, по которым следует прямо обсуждать травматические происшествия:

- обрести власть над воспоминаниями о травме;
- устранить симптомы избегания;
- скорректировать искаженные когниции;
- смоделировать процесс психофизиологической адаптации;
- установить пути и подготовить к напоминаниям о травме/потере, увязать травматический опыт с контекстом реальной жизни.

Создание рассказа о травме – один из эффективных методов работы. Необходимо дать разумное объяснение рассказу; объяснить ребенку, почему это важно: «Со многими людьми происходят плохие вещи, и это важно – рассказать». Можете предложить эту идею в процессе чтения книги о подростке, который рассказал о своей травме и его самочувствие улучшилось. Определите, как ребенку/подростку хотелось бы рассказать свою историю о полученной травме (книга, стихотворение, рассказ, песня, рисунок, видео, аудиозапись, набор на компьютере,

ток-шоу). Если ребенок/подросток не может решить, как это сделать, то можно воспользоваться специальной литературой, книгами, в которых рассказывается об аналогичных событиях, произошедших с ребенком/подростком (смерть близкого, развод родителей, сексуальное использование и др.). Ориентируемся на чувства ребенка/подростка. Если он не хочет, не приступаем к следующему шагу. Материалы никому не отдаем – ребенок сам решает, что с этим делать.

Не следует проводить совместные сеансы, если родители не способны оказать должную поддержку, ребенок/подросток решительно возражает (необходимо оценить, насколько обоснованы его возражения).

Совершенствование навыков безопасности – важная составляющая психологической работы. Обычно работа над этим ведется во время совместных сеансов родителями, но можно заниматься этим и индивидуально. Необходимо разработать план безопасности, который бы отражал специфику обстоятельств и возможностей конкретного ребенка/подростка и его семьи. Необходимо отрабатывать эти навыки не только во время лечебных сеансов, но и за их пределами. Необходимо включить образовательный материал о здоровой сексуальности. Для тех, кто подвергался насилию в семье, физическому насилию или жестокому обращению, необходимо включить образовательные материалы о буллинге (запугивании), разрешении конфликтов и т. д.

Кризисное состояние предполагает у пострадавших наличие анти-витальных переживаний, суицидальных намерений, поэтому выявление суицидального риска у переживающих кризисное состояние и коррекция суицидальных проявлений является чрезвычайно важной задачей кризисной психотерапии.

Индивидуальная психотерапевтическая работа с жертвами насилия может сочетаться с групповой работой, которая в настоящее время признана как наиболее эффективная форма реабилитации и профилактики насилия и виктимогенности пострадавших от домашнего насилия.

К эффективным методам групповой работы с жертвами насилия могут быть отнесены группы поэтической психотерапии, изготовление миниатюр-масок, разыгрывание драматических сценок. Так, частности, метод драматической психотерапии позволяет отреагировать и трансформировать негативный эмоциональный опыт. Одним из приемов работы является драматическое изображение каких-либо предметов, существ, явлений природы с параллельным рассказом о переживаемых чувствах, возникающих мыслях, ассоциациях. Важно, чтобы образ был предложен самим клиентом, в качестве метафоры своего состояния. Например, «Я раненый зверь», «У меня вместо сердца льдинка» и т. д. В отличие от других подходов, в которых также используются проигрывание метафоры

собственного состояния (психодрама, гештальт-терапия и др.), драматическая терапия предлагает театрализацию экспрессивного акта клиента. Разыгрываемая сценка в некотором смысле представляет драматическое искусство. Механизм психотерапевтического воздействия драматической терапии, таким образом, основан на достижении душевного катарсиса через творческое самовыражение.

Если травматический опыт не поддается словесному описанию, в этом случае возможна работа в процессе арт-психотерапии. Арт-подход ориентирован преимущественно на невербальное общение, что особенно ценно в работе с жертвами насилия. Изобразительное творчество облегчает доступ к подавленным в результате травмы чувствам, вызывает положительные эмоции и восстанавливает самоуважение, способствует преодолению апатии, подавленности, безынициативности. В творческой деятельности выплескиваются агрессивные тенденции, что прерывает новый цикл насилия.

Творческая деятельность является мощным средством сближения людей. Это особенно ценно в ситуациях нарушения семейной интеграции – взаимного отчуждения, затруднений в налаживании контактов.

В заключение хотелось бы отметить, что важен возросший интерес современного общества к проблемам насилия, как в нашей стране, так и за рубежом.

Система оказания психологической и психотерапевтической помощи в Беларуси продолжает формироваться. Помимо службы психического здоровья в рамках системы здравоохранения, в структуре органов социальной защиты в стране созданы и действуют 152 территориальных «кризисных центра» в системе социального обслуживания населения, которые оказывают психологическую, юридическую и социальную помощь гражданам, испытывающим домашнее насилие. Созданы и успешно функционируют телефоны доверия, в том числе и специализированный телефон оказания кризисной помощи детям и подросткам.

Литература:

1. Байкова И.А., Терещук Е.И., Навицкая Е. В. Медицинские и социальные аспекты гендерного и домашнего насилия: учеб.-метод. пособие / Минск.: БелМАПО, 2014. – 114 с.
2. Воспоминания Н. Мандельштам / Юность. – № 7. – 1989. – С. 48.
3. Миллер Алис. Воспитание, насилие и покаяние / Независимая фирма «Класс». – М., 2010. – 296 с.
4. Кернберг Отто Развитие личности и травма // Журнал Persönlichkeitsstörungen, 1999. – С. 5-15
5. Пападопулос Р. Терроризм и паника / Новая весна // Альманах постюнгианской психологии и культуры. – № 5, 2003. – СПб. – С. 11-22.

6. Пападопулос Р. Идентичность и конфликт / Новая весна // Альманах постюнгианской психологии и культуры. – № 4, 2002. – СПб. – С. 12-28.
7. Kroll J. PTSD/Borderlines in Therapy: Finding the Balance. NY, 1993.
8. Psychotherapy of borderline patients in light of long-term follow-up. «Bull Menninger Clin», 1987, 231-47; The Fate of Borderline Patients. NY, 1990
9. Borderline Personality Disorder. Washington, 1993; Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. «Compr. Psychiatry», 1994, 301-05.
10. Bion W.R. On arrogance. – 1957.

Бизюкевич С.В., Карпюк В.А., Букина Н.С., Шостко Н.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
УЗ «ГОКЦ «Психиатрия-наркология»,
г. Гродно, Беларусь

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

В статье проведён анализ акушерско-гинекологического анамнеза женщин, имеющих детей с расстройствами аутистического спектра.

Biziukevich S.V., Karpiuk V.A., Bukina N.S., Shostko N.N.
Grodno state medical university, «G RCC «Psychiatry-narcology»,
Grodno, Belarus

OBSTETRIC HISTORY OF MOTHERS OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

In the article the analysis of obstetric-gynecologic history of women with children with autism spectrum disorders.

Введение. Актуальность проблемы расстройств аутистического спектра обусловлена ростом аутистических расстройств во всем мире. Распространенность аутизма различна и колеблется в пределах 4-26 случаев на 10 000 детского населения [1]. В качестве этиологических факторов развития расстройств аутистического спектра (РАС) в настоящее время рассматриваются многие причины, однако этиология РАС до конца не изучена. Как свидетельствуют многочисленные литературные источники, отягощенный акушерский анамнез у матерей значительно повышает риск развития аутистических расстройств у детей [2].

В зарубежных научных публикациях последних лет к патогенетически значимым перинатальным факторам относятся различные негативные воздействия (токсины, вирусы, гипоксия и др.) вантенатальный, интранатальный и ранний неонатальный периоды, которые в свою очередь могут быть участниками иммунной теории развития РАС [3].

Цель исследования: проанализировать акушерско-гинекологический анамнез матерей детей с расстройствами аутистического спектра.

Материалы и методы исследования. Исследование выполнено с участием 60 родителей и 30 детей, проходивших стационарное обследование и лечение в детском отделении УЗ ГОКЦ «Психиатрия-наркология» за период с января по июнь 2017 г. Из них мальчики составили – 80% (24 человека), девочки – 20% (6 человек), возраст от 2 до 8 лет. В группу исследования вошли пациенты, у которых в соответствии с исследовательскими диагностическими критериями МКБ-10 был впервые выставлен диагноз расстройств аутистического спектра.

Анализировались анамнестические сведения из амбулаторных карт детей, а также данные, полученные в результате интервью с родителями. Учитывался возраст родителей на момент рождения детей, предшествующий акушерский анамнез (наличие выкидышей, медицинских абортов, число детей от предыдущих родов, замершей беременности, смерти детей). Подробно изучались особенности течения беременности и родов (угроза прерывания, выкидыша, фетоплацентарная недостаточность (ФПН), гестоз, перенесённые инфекции, применение родостимуляции, длительность безводного периода, наличие гипоксии плода, обвитие пуповиной). Учитывался способ родоразрешения (физиологические роды или кесарево сечение) и применения анестезии в родах (эпидуральная, общий наркоз). Оценивались показатели по шкале Апгар, проведение реанимационных мероприятий, наличие пороков развития у обследуемых детей.

Для количественной оценки степени выраженности РАС использовалась адаптированная (перевод и адаптация Морозова Т.Ю., Довбня С.В., 2011 г.) рейтинговая шкала для оценки детского аутизма (CARS).

Результаты и их обсуждение. У обследуемых детей был установлен диагноз детский аутизм в 37% (11 человек). Атипичный аутизм выявлен в 30% случаев (9 человек). У 16,6% детей (по 5 человек) обнаружено другое дезинтегративное расстройство детского возраста, а также гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями.

По шкале количественной оценки степени выраженности расстройств аутистического спектра, у подавляющего количества обследуемых детей – 26 человек (87%) обнаруживались умеренно

выраженные и тяжёлые признаки РАС. В 13% (4 человека) случаев признаки расстройств аутистического спектра достигали значения лёгкой степени.

Возраст матерей к моменту рождения ребенка составлял менее 20 лет в 1 наблюдении (1,6% от общего числа родителей), отцов – в 2 случаях (3,3%), от 20 до 30 лет – в 25 случаях (41,6%) у матерей, отцов – в 18 случаях (30%), от 31 до 40 лет – возраст матерей (6,6%) в 4 случаях, отцов – в 9 случаях (15%), старше 41 года – матерей (0%) и возраст отцов в 1 случае (1,6%).

Отягощенный акушерский анамнез у обследуемых матерей был отмечен в 26 случаях (86,6% от общего числа матерей). Предшествующие выкидыши, замершие беременности и медицинские аборт отмечались у 4 женщин (13,3%). Неблагоприятное течение беременности среди обследуемых матерей было представлено следующей патологией: угроза прерывания беременности у 14 человек (46,6%), гестоз – в 13 (43,3%) случаях, фетоплацентарная недостаточность наблюдалась у 11 женщин (36,6%). Беременность протекала на фоне уреплазмоза в (3,3%) случаях, микоплазмоза – (3,3%), токсоплазмоза – (3,3%), миопии, бронхиальной астмы, сахарного диабета, гипотиреоза, анемии по 2,1%.

Среди экстрагенитальной патологии преобладали: ОРВИ, перенесённые обследуемыми женщинами во втором триместре беременности – 14 случаев (46,6%), herpeslabialis- отмечался у 16 женщин (53,3%).

Течение родов у обследуемых женщин было осложненным в 24 случаях (80%). Отмечались роды с длительным безводным промежутком в 8 случаях (26,6%), с асфиксией ребенка, в связи с обвитием пуповиной в 16 случаях (53,3), роды путем экстренного кесарева сечения с применением общей анестезии – в 5 случаях (16,6%), плановое кесарево сечение с применением спинномозговой анестезии – в (23,3%) 7 случаях.

Среди обследуемых детей оценка по шкале Апгар 7/8 баллов при рождении составляла у 3 детей (10%), 8/8 баллов – у 14 детей (46,6%), 8/9 баллов – у 13 детей (43,3%).

Среди обследуемых матерей, не имевших патологии беременности и родов, число детей с умеренными и тяжелыми признаками РАС составило 6 (20%), с лёгкими признаками – 3 (10%). Дети матерей с наличием патологии беременности и родов в 67% случаях (20 детей) обнаруживали умеренные и тяжёлые признаки расстройств аутистического спектра, 1 ребёнок (3%) имел лёгкие признаки РАС.

Согласно полученным результатам установлено, что среди матерей, не имевших патологию беременности и родов, число детей с умеренными и тяжелыми формами РАС существенно ниже, чем у матерей с отягощенным акушерским анамнезом.

Выводы. Таким образом, у большинства обследуемых матерей детей с РАС наблюдалась разнообразная патология во время беременности и родов.

Среди факторов, осложняющих беременность в антенатальном периоде, наиболее частыми были угроза прерывания беременности, гестоз, фетоплацентарная недостаточность.

Установлено большое количество женщин с перенесённой вирусной инфекцией во время беременности – ОРВИ, herpes labialis.

У большинства обследуемых женщин течение родов было осложнено асфиксией плода с обвитием пуповиной, реже – длительным безводным промежутком, слабостью родовой деятельности с применением экстренного кесарева сечения, что может указывать на перенесённые гипоксические состояния головного мозга ребёнка.

Среди обследованных матерей без патологии периода беременности и родов, рождённые дети, с установленным диагнозом расстройств аутистического спектра, по шкале (CARS) имели признаки аутистических расстройств лёгкой степени.

Таким образом, воздействие различных негативных факторов во время беременности и родов у матери чаще ассоциируется с более тяжёлыми проявлениям РАС у их детей.

Литература:

1. Симашкова, Н. В. Расстройства аутистического спектра у детей: научно-практическое руководство. / Н. В. Симашкова. – М.: Авторская академия, 2013. – 264 с.
2. Филиппова, Н.В. Роль наследственной отягощенности по нервно-психическим заболеваниям и антенатальной и перинатальной патологии в развитии раннего детского аутизма / Н.В. Филиппова, Н.В. Алешина [и др.] // Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2015. – № 2 (5). – С. 132-133.
3. Натарева, К.А. Расстройства аутистического спектра (клинико-динамический, региональный и семейный аспекты) / К.А. Натарева, А.В. Семке, Е.В. Гуткевич. – Томск: Изд-во «Иван Фёдоров», 2012. – 192 с.

РЕИНТЕГРАЦИОННАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

В статье представлена программа превентивной реинтеграционной психотерапевтической коррекции для подростков, употребляющих алкоголь.

В своем психическом развитии индивид проходит определенные этапы. С началом пубертатного периода интенсивно развивается эмоциональная жизнь, чувственная сфера расширяется, происходит углубление и нюансировка эмоций. Эмоциональное развитие ребенка на этом этапе делает его высокочувствительным, более подверженным психотравмирующим влияниям со стороны референтного окружения [1].

Подростковый возраст также является ключевым периодом в развитии для начала употребления алкоголя. Уровень потребления алкоголя резко возрастает в подростковом возрасте, а алкоголь является наиболее широко используемым интоксикантом среди подростков, опережая никотин и марихуану [2]. Большинство подростков приобщается к потреблению алкоголя в возрасте 13-16 лет, что при условии регулярного употребления приводит к формированию алкогольной зависимости в 80% случаев [3].

По данным на основе выборки из 800-3000 респондентов, на возрастную группу в каждой стране во всех странах-членах ЕС в 2000-2001 гг. почти все (более 90%) 15-16-летние студенты сообщали о том, что уже употребляли алкоголь в какой-то момент своей жизни [4]. Что еще более важно, подростки не ограничиваются небольшими дозами и пьют в среднем вдвое больше за эпизод употребления алкоголя по сравнению с взрослыми [5].

Эти показатели вызывают некоторые опасения: злоупотребление алкоголем подростками часто является показателем деликвентного поведения и других проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ: снижения успеваемости, самоубийств, депрессий и незащищенного полового акта [5]. Последнее подвергает их риску незапланированной беременности и заболеваний, передающихся половым путем. Более того, подростковый возраст является периодом, связанным с наибольшим риском развития расстройств, связанных с употреблением алкоголя.

Синдром зависимости от алкоголя является хроническим заболеванием, возникающим в результате злоупотребления алкоголем, и

характеризующимся комплексом физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление алкоголя занимает более важное место в системе ценностей человека, чем другие формы поведения, которые ранее были более важными для него [6].

Злоупотребление алкоголем или употребление с вредными последствиями – неумеренное употребление алкоголя, вызывающее вред для физического или психического здоровья, когда не выполняются критерии алкогольной зависимости.

Продажа алкогольных напитков во многих странах осуществляется с 21-летнего возраста, в Беларуси – с 18 лет. В связи с этим в Республике Беларусь проблема ранней алкоголизации подростков приобретает все более выраженную тенденцию к обострению. Так, в 2011 г. в связи с потреблением алкоголя взято на профилактический учет 11 764 несовершеннолетних, а на начало 2012 г. состояло на профилактическом учете 16 442 несовершеннолетних, употребляющих алкоголь. Отчет ВОЗ за 2011 г. подтверждает, что Республика Беларусь, наряду со странами постсоветского пространства (Молдова, Российская Федерация, Украина, Эстония) и Чехией, относится к странам с чрезвычайно высоким (более 12 л) потреблением алкоголя на душу населения в год.

Более 80% подростков при первых употреблениях алкоголя испытывают отвращение или безразличие, однако со временем субъективная картина значительно меняется и более 90% подростков с опытом употребления алкоголя рассказывают о приятных ощущениях в состоянии опьянения. Такое изменение в восприятии связано в первую очередь с влиянием группы и всего ритуала употребления алкогольных напитков. Характерным является культивирование эйфории опьянения в группе подростков путем эмоционального заражения, предвосхищения, а также последующей проекцией этой психологической predisпозиции на состояние опьянения в целом. Все это способствует формированию глубоко группового характера потребления алкоголя.

С началом злоупотребления алкоголем у подростков чаще возникают конфликты в учебном заведении, в семье. Однако противодействие микросреды (родители, администрация школы) ограничивается либо мерами репрессивного характера (порицания, предупреждения и административные взыскания), либо информированием о последствиях алкоголизма и пагубными перспективами пребывания в «плохой компании» [7]. Подобные меры, будучи негативными, не могут оградить подростка от алкоголизации, поскольку не сочетаются с психологически обоснованными позитивными решениями, с предложениями альтернативного социально-приемлемого стиля жизни и форм деятельности, в которых могли бы быть удовлетворены эмоциональные запросы и ожидания подростка,

его потребность в интимно-личностном общении, ощущении собственной значимости и т. п.

Многочисленные медицинские и социальные последствия делают проблему потребления алкоголя подростками главной проблемой общественного здравоохранения, и создание программ профилактики, направленных на ограничение злоупотребления алкоголем в течение этого периода жизни, имеет решающее значение.

Системный подход к решению задач профилактики употребления алкоголя подростками предполагает разработку, совершенствование и внедрение в практику методологической концепции профилактики, включающей в себя медицинский, психологический и социальный аспекты. Одной из важных задач является применение в наркологических лечебно-профилактических учреждениях профилактических программ с использованием психотерапевтических методов.

Эффективность психотерапевтических технологий во многом зависит как от создания особой социально-психологической (психотерапевтической) среды функционирования субъектов профилактики, так и от отбора лиц, участвующих в профилактических психотерапевтических программах.

В связи с актуальностью проблемы алкоголизации среди подростков специалистами УЗ «Гродненского областного клинического центра «Психиатрия-наркология» была разработана программа превентивной реинтеграционной психотерапевтической коррекции для подростков, употребляющих алкоголь.

Программа превентивной реинтеграционной психотерапевтической коррекции для подростков, употребляющих алкоголь – это комплекс психодиагностических, профилактических и психотерапевтических мероприятий, направленных на выявление причин девиантного поведения подростков, коррекцию их мотивационно-потребностной и эмоционально-волевой сферы, общеобразовательную работу с семьей, а так же коррекцию детско-родительских отношений с целью предотвращения дальнейшего развития девиантного поведения подростка. Основным предметом психотерапевтической коррекции в данном случае выступает мотивационно-потребностная и эмоционально-волевая сфера подростков, употребляющих алкоголь.

Работа с подростками, употребляющими алкоголь, в рамках программы осуществляется с применением методов психодиагностики личности и группы, психологического консультирования, индивидуальной и групповой психотерапии, в том числе семейной психотерапии.

Программа реализуется на базе УЗ «ГОКЦ «Психиатрия-наркология» и включает в себя несколько этапов. На первом этапе

осуществляется формирование выборки участников для работы в группе. Решение о принятии в программу принимается по результатам первичной консультации подростка и его семьи с согласия законного представителя.

Вторым этапом является психодиагностика личности каждого из участников группы, целью которой является определение их индивидуально-психологических особенностей, что помогает в дальнейшем более точно определить направления (мишени) индивидуальных и групповых психокоррекционных мероприятий. Также психодиагностическая процедура осуществляется по завершению подростком участия в программе, с целью замера коррекционного эффекта.

Третий этап предполагает формирование у подростков в течение последующих двух консультаций мотивации на участие в программе и подготовку к работе в группе.

Следующий этап программы заключается непосредственно в проведении индивидуальной и групповой психотерапии, которая представлена ежедневными групповыми занятиями в течение трех недель, а также сеансами индивидуальной и семейной психотерапии по запросу. Занятия проводятся психологом и психотерапевтом в группах закрытого типа отдельно с подростками и с членами их семей по строго предусмотренному программой тематическому плану. Одно занятие длится 3 часа.

После завершения программы подросткам, прошедшим полный курс (15 занятий), выдается сертификат, а законным представителям с согласия подростка, – заключение с результатами обследования и соответствующими этому заключению рекомендациями по дальнейшему психолого-педагогическому сопровождению несовершеннолетнего. Также все специалисты мультидисциплинарной бригады получают характеристики на каждого из участников программы для коррекции и выстраивания более оптимальной тактики работы с подростками.

Кандидатов для участия в программе могут направлять врачи специалисты (психиатр-нарколог, психотерапевт), сотрудники отдела образования и правоохранительных органов, социальные службы, а также законные представители несовершеннолетних, в том числе и на анонимных условиях.

Организация интерактивного межведомственного взаимодействия здравоохранительной, образовательной и правоохранительной систем в рамках программы позволяет повысить уровень выявления несовершеннолетних, склонных к употреблению алкоголя и предупредить развитие последствий в виде административных правонарушений, проблем в учреждении образования, конфликтов с педагогами и членами семьи.

Повышение образовательного уровня участников группы и лиц, ответственных за их воспитание, в вопросах злоупотребления алкоголем и его последствиях мотивирует тех и других на ведение более здорового образа жизни. Консультирование и просвещение членов семей подростков по вопросам детско-родительских отношений, а также семейная психотерапия дает возможность родителям выстраивать продуктивные отношения со своими детьми, не прибегая при этом к директивным формам воспитания.

Таким образом, можно говорить о том, что применение программы превентивной реинтеграционной психотерапевтической коррекции в работе с подростками, употребляющими алкоголь, достаточно эффективна в профилактике аддиктивного поведения подростков и коррекции детско-родительских отношений.

Литература:

1. Братусь, Б.С. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма / Б.С. Братусь, П.И. Сидоров. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – 144 с.
2. Monitoring the Future National Results on Adolescent Drug Use: Overview of Key Findings, 2007 / L.D. Johnston [et. al.]. – National Institute on Drug Abuse, 2008.
3. Копытов, А.В. Социальные аспекты риска алкогольной аддикции среди подростков и молодежи Республики Беларусь / А.В. Копытов, О.А. Скугаревский // Социология. – 2013. – № 4. – С. 84-95.
4. Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2001/ 2002 Survey / C. Currie [et. al.]. – Copenhagen: WHO, 2004.
5. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Results from the 2007 national survey on drug use and health: national findings. – Rockville; MD, 2008.
6. Гоголева, А.В. Аддиктивное поведение и его профилактика / А.В. Гоголева; под ред. Д.И. Фельдштейн. – 2-е изд. – М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2003. – 240 с.
7. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании / С.В. Березин [и др.]; под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого. – Самара: Изд-во «Самарский университет», 2002. – 206 с.

ЛЕКАРСТВЕННО ИНДУЦИРОВАННЫЕ ЭКСТРАПИРАМИДНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ В КОНТЕКСТЕ ДИМЕНСИОНАЛЬНОЙ МОДЕЛИ

В статье рассматривается вопрос о взаимосвязи клинических симптомов шизофрении с острыми лекарственно индуцированными экстрапирамидными расстройствами.

Gorgun O. V.

Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

DRUG-INDUCED EXTRAPYRAMIDAL DISORDERS IN SCHIZOPHRENIA IN THE CONTEXT OF THE DIMENSIONAL MODEL

The article discusses the relationship between the clinical symptoms of schizophrenia and acute drug-induced extrapyramidal disorders.

Основной проблемой, осложняющей медикаментозное лечение шизофрении, является возникновение нежелательных лекарственных реакций, патогенетически связанных с экстрапирамидной системой головного мозга [1]. Долгое время основное внимание специалистов было приковано к хроническим и поздним ЭПР. Но оказалось, что ранние ЭПР также важны для клинической практики. Данные о сравнительной клинической феноменологии, причинности и профилактике острых лекарственно индуцированных ЭПР при шизофрении ЭПР имеют противоречивый характер, еще больше усугубившийся при широком применении атипичных АП. По мнению некоторых авторов, последствия острых паркинсонизма и акатизии различны, однако данный вопрос остается изученным в недостаточной степени, что предопределяет актуальность настоящего исследования [2].

Материалы и методы. Объектом исследования явились 180 пациентов с параноидной шизофренией, проходивших стационарное лечение в РНПЦ психического здоровья. Все пациенты на момент исследования принимали лекарственную терапию АП в соответствии с Протоколом диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств.

Все исследуемые пациенты были разделены на 3 группы сравнения в зависимости от отсутствия или наличия у них на момент исследования ЭПР по шкале EPRS-A (Extrapyramidal Symptom Rating Scale; 2 балла и более). 1-я группа сравнения (n=59) включала пациентов с шизофренией, у которых на момент исследования имела место лекарственная акатизия, 2-я группа сравнения (n=68) состояла из пациентов с острым лекарственно индуцированным паркинсонизмом, 3-я группа контрольная (n=53) состояла из пациентов с шизофренией без ЭПР. Группы сравнения были сформированы на основании общих критериев диагноза (F20.09, F20.01, F20.00, F20.02, F20.03 по МКБ-10), без острых психотических симптомов (по шкале PANSS сумма позитивных симптомов <30 баллов), без выраженных проявлений дефекта личности (по шкале PANSS сумма негативных симптомов <35 баллов), принадлежности к белорусской популяции. Группы сравнения были конгруэнтными по полу (F=2,215; p=0,112), возрасту (F=2,635; p=0,083), социальному (F=2,725; p=0,072) и семейному статусу (F=1,869; p=0,157), а также по уровню образования (F=0,480; p=0,620). Критериями исключения явилось наличие в клинической картине острых ЭПР с принципиально иной клинической картиной: острые дистонии, злокачественный нейролептический синдром, а также хронические и поздние дискинезии, акатизии и дистонии.

Диагностика клинических симптомов шизофрении проводилась с применением шкалы PANSS (The Positive and Negative Syndrome Scale) [3]. Для анализа клинической картины пользовались 5-факторной моделью шизофрении, которую предложил J. P. Lindenmayer в 1995 году, в которой выделяются не только негативные и позитивные симптомы, но также кластеры тревоги-депрессии, возбуждения-враждебности и дезорганизации мышления [4].

Для статистической обработки данных использовалась компьютерная программа SPSS 20.

Результаты и обсуждение. В результате однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) было установлено, что лекарственно индуцированные акатизия и паркинсонизм достоверно чаще (F=8,295; p=0,001) возникают у пациентов более старшего возраста, при начале заболевания после 20-ти лет (F=3,410; p=0,035). Отличий в группах сравнения по длительности болезни (F=3,038; p=0,51) и наследственной отягощенности (F=0,953; p=0,388) не обнаружено.

В результате однофакторного анализа (ANOVA) было установлено, что в группах сравнения нет отличий по выраженности позитивной симптоматики (F=1,091; p=0,338).

Выявлено, что лекарственно индуцированный паркинсонизм имеет достоверную связь с показателем общей негативной симптоматики ($F=105,085$; $p=0,001$). Результаты корреляционного анализа показали существование корреляционной связи лекарственно индуцированного паркинсонизма со всеми негативными симптомами. Наиболее сильная корреляционная связь была обнаружена между выраженностью симптомов лекарственного паркинсонизма и притупленным аффектом (R Спирмана= $0,582$; $p<0,05$), эмоциональной отгороженностью (R Спирмана= $0,556$; $p<0,05$), трудностью в общении (R Спирмана= $0,446$; $p<0,05$), пассивно-апатической социальной отгороженностью (R Спирмана= $0,321$; $p<0,05$) и нарушением спонтанности и плавности общения (R Спирмана= $0,320$; $p<0,05$). С нарушением абстрактного мышления (R Спирмана= $0,278$; $p<0,05$) и стереотипиями (R Спирмана= $0,209$; $p=0,05$) лекарственный паркинсонизм связан в меньшей степени. Лекарственно индуцированная акатизия обнаружила только небольшую связь с пассивно-апатической социальной отгороженностью (R Спирмана= $0,186$; $p<0,05$) и трудностью в общении (R Спирмана= $0,178$; $p<0,05$). Связь лекарственной акатизии с другими негативными симптомами отсутствовала.

При сравнении выраженности лекарственно индуцированных паркинсонизма и акатизии с общей психопатологической симптоматикой при шизофрении в результате однофакторного анализа (ANOVA) было установлено, что суммарный показатель общей психопатологической симптоматики преимущественно связан с лекарственно индуцированной акатизией ($F=54,852$; $p=0,001$). Наиболее сильная корреляционная связь была обнаружена между выраженностью симптомов лекарственной акатизии и соматической озабоченностью (R Спирмана= $0,405$; $p<0,05$), тревогой (R Спирмана= $0,493$; $p<0,05$), напряженностью (R Спирмана= $0,388$; $p<0,05$), депрессией (R Спирмана= $0,309$; $p<0,05$) и отказом от сотрудничества (R Спирмана= $0,364$; $p<0,05$). Несколько меньшая связь лекарственно индуцированной акатизии обнаружилась с нарушением внимания (R Спирмана= $0,246$; $p<0,05$), нарушением воли (R Спирмана= $0,148$; $p<0,05$), загруженностью психическими переживаниями (R Спирмана= $0,246$; $p<0,05$), активной социальной устранимостью (R Спирмана= $0,205$; $p<0,05$) а также с ослаблением контроля импульсивности (R Спирмана= $0,224$; $p<0,05$). Лекарственно индуцированный паркинсонизм обнаружил связь с моторной заторможенностью (R Спирмана= $0,396$; $p<0,05$), нарушением воли (R Спирмана= $0,168$; $p<0,05$), загруженностью психическими переживаниями (R Спирмана= $0,165$; $p<0,05$) и социальной устранимостью (R Спирмана= $0,147$; $p<0,05$).

Связь лекарственного паркинсонизма с другими общими психопатологическими симптомами отсутствовала.

При сравнении выраженности лекарственно индуцированных паркинсонизма и акатизии с дополнительными признаками для оценки профиля агрессии при шизофрении в результате однофакторного анализа (ANOVA) было установлено, что суммарный показатель дополнительных симптомов преимущественно связан с лекарственно индуцированной акатизией ($F=30,315$; $p=0,001$). Корреляционная связь была обнаружена между выраженностью симптомов лекарственной акатизии и гневливостью (R Спирмана= $0,335$; $p<0,05$), трудностью в задержке gratification (отсроченности вознаграждения) (R Спирмана= $0,425$; $p<0,05$) и аффективной лабильностью (R Спирмана= $0,328$; $p<0,05$). Связь лекарственного паркинсонизма с дополнительными симптомами для оценки риска агрессии отсутствовала.

Выводы. Комплексы симптомов шизофрении с лекарственно индуцированными ЭПР имеют различные профили.

Лекарственно индуцированный паркинсонизм чаще сочетается с выраженной негативной симптоматикой, моторной заторможенностью и волевыми нарушениями.

Лекарственно индуцированная акатизия имеет статистически достоверную связь с тревогой, депрессией, аффективной лабильностью, трудностью задержки gratification, ослаблением контроля импульсивности, отказом от сотрудничества, активной социальной устранимостью и агрессивным поведением.

Литература:

1. Steck H. (2006) Extrapyramidal and diencephalic syndrome in the course of largactil and serpasil treatments. *Ann Med Psychol (Paris)*. Vol. 12. – PP. 737-744.
2. Nair C.J., Josiassen R. C., Abraham G. et al. Does akathisia influence psychopathology in psychotic patients treated with clozapine? *Biol Psychiatry*. 1999; 45(10):1376–1383.
3. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 13 (2): 261–76. PMID 3616518. doi:10.1093/schbul/13.2.261
4. Lindenmayer, J.P. Five factor model of schizophrenia: Replication across samples / J.P. Lindenmayer, S. Grochowski, R.B. Hyman // *Schizophr. Res.* – 1995. – Vol. 14. – P. 229-234.

Гречаный С. В.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет»
Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

СИМПТОМЫ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Grechanyi S. V.

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University,
Saint-Petersburg, Russia

SYMPTOMS OF HYPERKINETIC AND CONDUCT DISTURBANCES IN CHILDREN WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDERS

Описание и анализ двигательной активности ребенка относятся к наиболее актуальному разделу психиатрического обследования в раннем возрасте. Оценка двигательной активности подвержена наибольшему искажению со стороны родителей, определяется либо гипер-, либо гипонозогнозической установкой в отношении симптомов психических расстройств у ребенка.

В последнее время в литературе неоднократно сообщалось о коморбидности аутизма и симптомов расстройства дефицита внимания с гиперактивностью (РДВГ) – шифр 6A06 по МКБ-11. Приводятся данные о том, что 29,0% пациентов с расстройствами аутистического спектра (РАС) имеют симптомы РДВГ, т. е. примерно в 3 раза чаще, чем в общей детской популяции, что осложняет имеющиеся проблемы с обучением и социализацией этих детей. В МКБ-11 в разных разделах имеются диагностические рубрики, допускающие возможность сочетания РАС и РДВГ. Ранее в МКБ-10 в рубрику «Первазивные расстройства» был включен диагноз «Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями» (F84.4), однако сообщалось о его относительной редкости. В «Диагностической классификации нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве» (Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood, 2016; DC:0-5) обосновывается постановка диагноза РДВГ начиная с трех лет, т. е. в период манифестации основных аутистических симптомов.

Целью исследования было выявление особенностей двигательных (гиперкинетических) и поведенческих симптомов при разных вариантах

расстройств аутистического спектра у детей. Сравнивалась группа пациентов с детским аутизмом, F 84 (83 чел., средний возраст $3,41 \pm 0,090$ лет) и аутистическим синдромом при темповой задержке психического развития, F 83 (107 чел., средний возраст – $3,12 \pm 0,155$ лет, $p=0,044$). Использовалась методика «Низонжеровский опросник оценки поведения детей» [Aman, M. G., Tasse M. J., Rojahn J., Hammer D., 1993]. Результаты исследования выявили качественные различия структуры поведенческих и гиперкинетических нарушений в изучаемых группах. У пациентов с детским аутизмом наблюдались достоверно меньшие средние баллы шкал «Гиперактивность» ($p=0,011$ по критерию U Манна-Уитни) и «Проблемное поведение» ($p=0,040$) и более высокие средние баллы по шкалам «Тревожность» ($p=0,024$), «Самоповреждения/стереотипии» ($p=0,009$), «Изоляция/ ритуалы» ($p=0,001$), «Повышенная чувствительность» ($p=0,002$).

Результаты исследования подтверждают эмпирическое предположение о синдромальной и патогенетической неоднородности гиперкинетических и поведенческих нарушений при РАС, что важно учитывать при назначении медикаментозных средств, проведении психообразовательной работы с родителями, использовании методов когнитивно-поведенческой психотерапии семьи.

Гречаный С. В., Кожадей Е. В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

ОСОБЕННОСТИ ПОСТНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ГЕРОИНОВЫМ АБСТИНЕНТНЫМ СИНДРОМОМ

Grechanyi S. V., Kozhadey E. V.

St. Petersburg State Pediatric Medical University,
St. Petersburg, Russian Federation

FEATURES OF POSTNATAL PERIOD IN NEWBORNS WITH HEROIN WITHDRAWAL SYNDROME

Целью исследования было выявление особенностей постнатального периода у новорожденных с героиновым неонатальным абстинентным синдромом. Исследовано 30 таких новорожденных (основная группа). Группу сравнения составили 30 новорожденных с тяжелой

перинатальной патологией. Результаты исследования показали, что часто наркозависимые женщины рожают быстро, и им реже проводится кесарево сечение. Средний срок гестации новорожденных основной группы был выше, чем в группе сравнения, однако между обеими группами не было различий в весе и длине тела младенца, окружностях головы и груди при рождении. У доношенных младенцев в основной группе по сравнению с недоношенными отмечалось более длительное течение исследуемого синдрома и был выше суммарный балл симптомов раздражения нервной системы по шкале Финнеган. У новорожденных – носителей вирусного гепатита В по сравнению с новорожденными без гепатита были обнаружены большие средние значения длительности неонатального абстинентного синдрома и общего балла по шкале Финнеган. Не получено достоверных различий между такими характеристиками, как возраст матери, длительность употребления матерью героина, общий балл по шкале Финнеган, день купирования синдрома среди пациентов, матери которых употребляли героин в день родов и ранее. Среди симптомов неонатального абстинентного синдрома более чем у половины пациентов наблюдались чрезмерно громкий крик, повышенный мышечный тонус, сон менее 1 часа после кормления, небольшой тремор в покое, заложенность носа, чрезмерное сосание.

The aim of the study was to determine the characteristics of postnatal period in newborns with heroin neonatal abstinence syndrome (NAS). We studied 30 infants with clinical manifestations of heroin NAS (study group). The control group included 30 neonates with severe perinatal pathology. The results showed that the drug-addicted women often give birth quickly, and they rarely underwent a caesarean section. The average gestational age of newborns within the test population was higher than in the control group. However, between the two groups no difference in body weight, body length, head circumference and chest circumference at birth was observed. In full-term patients of the main group compared to preterm NAS expressed a longer and had a higher total score of symptoms of irritation of the central nervous system on the L. Finnegan scale. Neonate carriers of hepatitis B virus (HBV), compared with infants without HBV also expressed a large average duration and NAS total L. Finnegan score. No significant differences between characteristics such as maternal age, duration of heroin use of the mother, the total score on the scale L. Finnegan, the day NAS relief between patients whose mothers had used heroin on the day of birth and before were observed in the data. Among more than half of NAS patients the following symptoms were observed: excessive high-pitched cry, increased muscle tone, sleep less than 1 hour after feeding, mild tremors when undisturbed, nasal stuffiness, excessive sucking.

Введение. Неонатальный абстинентный синдром (НАС) представляет собой комплекс симптомов, связанных с прекращением поступления после родов трансплацентарно передаваемых от матери психоактивных веществ [1-3].

Актуальность проблемы связана с существенным ростом во всем мире новорожденных, подвергшихся во внутриутробном периоде воздействию наркотических веществ. Так, в США период с 2000 до 2009 г. число беременных, употреблявших опиоиды в период беременности, увеличилось с 1,19 до 5,63 на 1000 женщин в год [4].

Методы и материалы исследования. Использовались клинический, клинико-anamnestический и шкально-рейтинговый методы исследования. Для подсчета тяжести НАС в баллах применялась шкала Финнеган [1], оценивающая выраженность наиболее часто встречающихся симптомов по 31 пункту. В основную группу вошли 30 новорожденных (17 мальчиков, 13 девочек) с клиническими проявлениями героинового НАС. Критерием включения был суммарный балл по шкале Финнеган 8 и более. Группу сравнения составили 30 новорожденных (14 мальчиков, 16 девочек) с тяжелой перинатальной патологией, нуждавшихся в помощи специализированного перинатального центра Санкт-петербургского государственного педиатрического медицинского университета. Группа сравнения представляла собой сборную группу, куда вошли пациенты, рожденные от женщин с тяжелым гестозом беременных, угрозой прерывания беременности различной этиологии, соматическими (в том числе эндокринными) заболеваниями матери и др.

Заключение. В ходе проведенного исследования получены важные результаты, касающиеся гестационного возраста, антропометрических показателей, внутриутробной инфицированности, распространенности пороков развития, функции дыхания и сосательного рефлекса у новорожденных, подвергшихся героиновой перинатальной наркозависимости. Большинство из этих показателей имеет прямое отношение к жизнеспособности пациентов в раннем и позднем неонатальных периодах, определяет уровень физиологической и психической адаптации новорожденных. Представленный материал выявляет специфику постнатального периода у детей, переживших внутриутробное воздействие героина. Ряд выявленных характеристик, такие как угнетение дыхательной функции, отсутствие сосательного рефлекса, по-видимому, непосредственно связан с пренатальным действием наркотика на опиоидные рецепторы организма плода. Другие, например, пороки развития, указывают на избирательную уязвимость формирующихся органов и тканей в отношении экспозиции наркотической субстанции (токсическое и тератогенное влияние). Третьи, к числу которых относится высокая инфицированность

разными вирусными и бактериальными агентами, являются следствием высокорискованного поведения матерей и, таким образом, оказываются косвенно связанными с материнской субстантной зависимостью.

По результатам работы не получено убедительных данных относительно влияния количественных характеристик употребления опиоидов матерью, а также клинических проявлений наркотической зависимости на тяжесть героинового абстинентного синдрома новорожденных. Для установления указанных закономерностей необходимо, по-видимому, расширить изучаемую выборку пациентов и ввести более объективные и формализованные критерии описания изучаемых явлений, что будет учтено в последующей работе.

В целом можно сказать, что перинатальная опиоидная наркозависимость новорожденных влияет на ряд витальных функций, определяющих соматическое и психическое здоровье детей в первые годы жизни, ход физического и когнитивного развития.

Перспективы этой темы, имеющей важное практическое значение, видятся в изучении отдельных симптомов и тяжести синдрома отмены в разных клинических группах новорожденных и при различных количественных проявлениях наркотической болезни у матерей.

Литература:

1. Finnegan L. P., Kaltenbach K. Neonatal abstinence syndrome // Primary pediatric care. 2nded. St. Louis: MosbyYearbook, Inc. 1992. – P. 1367-1378.
2. Kocherlakota P. Neonatal abstinence syndrome // Pediatrics. 2014. Vol. 134. P. 547-561.
3. Костромина Е. Г. Прогнозирование абстинентного синдрома у новорожденных, перенесших внутриутробное воздействие опиоидов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2005. – 30 с.
4. Patrick S. W., Schumacher R. E., Benneyworth B. D., Krans E. E., McAllister J. M., Davis M. M. Neonatal abstinence syndrome and associated health care expenditures: United States, 2000–2009 // JAMA. 2012. Vol. 307, N 18. – P. 1934-1940.

Добряков И.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева»
Минздрава Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ СЕМЬИ КАК КРИЗИСНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Статья посвящена вопросам психотерапевтической помощи семье, находящейся в кризисной ситуации в связи с возникновением беременности, ранней профилактики осложнений беременности, родов, нарушений развития у детей и возникновения у них нервно-психических расстройств. Описывается авторская модель краткосрочной психотерапии семьи, ожидающей рождения ребёнка.

Dobriakov I. V.

FSBI «National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology
named after V.M. Bechterev» of the Health Ministry of the Russian Federation,
St. Petersburg, Russia

PRENATAL PSYCHOTHERAPY OF THE FAMILY AS A CRISIS INTERVENTION

The article is devoted to the questions of psychotherapeutic help to a family in a crisis situation in connection with the occurrence of pregnancy, early preventive measures of pregnancy complications, childbirth, developmental disorders in children and the occurrence of neuropsychic disorders in them. The article describes the author's model of short-term psychotherapy of a family waiting for the birth of a child.

Признаками критического события считаются возможность датировать его, локализовать во времени и в пространстве, наличие связанных с ним сильных и стойких эмоциональных реакций. Кроме того, кризис требует больше времени и сил на адаптацию к новой ситуации, чем это необходимо при воздействии повседневных перегрузок (Baumann U., 1995) [6]. Ситуации беременности, рождения ребенка обладают этими признаками и имеют все основания считаться критическими событиями. В связи с этим J. Büchler предложила ввести понятие «кризис беременности» (*schwangerschafts debakel*) [7]. Кризис беременности – кризис II типа, то есть требующий кардинальных изменений жизни, не дающий шанса жить как прежде. В критической ситуации оказывается вся семья, так как в ней возникает новая диссипативная структура, что влечёт за собой сложную реорганизацию супружеского холона и нередко ставит под

угрозу существованию всей системы семьи (Minuchin S., Fishman H.Ch., 1981) [4]. Следствием кризиса являются часто встречающиеся у беременных женщин невротические реакции (Kempinski A., 1974) [3], «депрессивный синдром беременных» (Смулевич А.Б., 2001) [5]. У 40% женщин в период беременности встречаются нервно-психические расстройства (Kelly R.H., 2001) [8], причем в большинстве своем они остаются нераспознанными (Spitzer R.L., 2000) [9]. В связи с этим семьи, ожидающие рождения ребёнка, как правило, нуждаются в психологическом консультировании, а часто и в психокоррекционных, психотерапевтических вмешательствах. Нами была разработана и применяется модель краткосрочной психотерапии семьи, ожидающей рождения ребёнка. При её создании учитывалось, что взаимоотношения, складывающиеся в семье беременной женщины, во многом определяются тем, на какой стадии развития супружеского холона произошло зачатие ребёнка, конструктивны ли были мотивы зачатия (мотивы оставления случайной беременности). Предлагаемая модель в основном показана семьям, в которых зачатие ребёнка произошло на стадии добрых отношений, стадии конфронтации, стадии экзистенциального кризиса (Добряков И.В., 2015) [2]. Цель психотерапии – редукция психопатологической симптоматики у беременных женщин, гармонизация отношений супругов и стимуляция скорейшего наступления следующей стадии жизненного цикла супружеского холона, благоприятной для формирования оптимального типа психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД), течения беременности, родов, развития ребёнка. Теоретическую основу модели составили основные принципы системной (Minuchin S., Selvini-Palazzoli M.), стратегической (Haley J., Manades C.) семейной психотерапии, позитивной краткосрочной психотерапии (De Shazer S., Ahola T.), психоаналитической перинатальной психотерапии (Lebovici S.). Это позволило изучить структуру семейных ролей, семейные подсистемы и семейные правила, внутреннюю картину семьи, а также выявить нарушенные семейные отношения. Особенностью пренатальной психотерапии является то, что супруги самостоятельно крайне редко обращаются к психотерапевту со своими проблемами, приходится создавать у них мотивацию на работу. Выделение пар, нуждающихся в психотерапии, как правило, происходит во втором-третьем триместре беременности при обследовании с помощью авторской методики (патент на изобретение № 2572164) «Тест отношений беременных» (ТОБ), позволяющей выявлять личностные проблемы женщины, дисгармоничные отношения женщины с мужем, с родственниками (Добряков И.В., 2003) [1].

Нами проведено исследование краткосрочной психотерапии семьи, ожидающей ребенка. Для изучения эффективности разработанной нами психотерапевтической модели была сформирована группа из 30 беременных женщин с невротическими расстройствами. Возраст испытуемых составил от 22 до 40 лет ($M=29,8\pm 0,8$). Срок беременности, на котором начиналась психотерапевтическая работа с беременной и её семьей, варьировал от 17 до 32 недель ($M=26,4\pm 0,8$). Сеансы проводилось индивидуально с беременной и совместно с супругом в условиях доверительного эмоционального контакта в течение 1 часа 2 раза в неделю. На сеансах психотерапевт опирался только на позитивные моменты в развитии супружеского холона, использовал исключительно позитивные подкрепления. Судить об эффективности психотерапии позволили отмечаемые во время клинических бесед купирование невротической симптоматики, гармонизации супружеских отношений. Изменения личностной системы отношений женщины в процессе терапии, отражавшей перемены ПКГД определялись с помощью ТОБ. Сравнивались результаты, полученные при обследованиях до и после психотерапии. Были получены значимые различия по оптимальному ($p<0,01$), тревожному ($p<0,01$) и депрессивному ($p<0,01$) вариантам ПКГД: количество ответов на вопросы оптимального варианта ПКГД выросло практически в два раза, в то время как количество ответов на вопросы тревожного и депрессивного варианта значительно снизилось. Таким образом, выявлена динамика от неоптимальных вариантов (тревожных, депрессивных) к оптимальному. По гипогестознозическому ($p>0,24$) и эйфорическому ($p>0,56$) вариантам различия были статистически не значимы. Катамнестические данные показали, что все пациентки родили в срок, роды прошли без осложнений, новорожденные по оценке Апгар имели 7-10 баллов, все дети находились на грудном вскармливании. На протяжении наблюдения в течение 6 месяцев после родов у женщин отсутствовала психопатологическая симптоматика, сохранялся стабильный эмоциональный фон, супружеские отношения были гармоничными. Таким образом, значимые результаты статистической обработки данных и катамнестическое исследование подтверждают эффективность предлагаемой модели психотерапии беременных женщин с невротическими расстройствами, что может позволить снизить использование медикаментозной терапии, неблагоприятно сказывающейся на развитии плода.

Результаты исследования подтверждают мнение академика РАМН Т. Б. Дмитриевой, которая еще в 2008 году в своем докладе на Всероссийской конференции «Психическое здоровье и общественная безопасность» говорила о том, что в охране психического здоровья детей

необходимо использовать новый резерв ранней первичной психопрофилактики нервно-психических расстройств – внедрение перинатальной психотерапии.

Литература:

1. Добряков И.В. Перинатальная семейная психотерапия // Медицинский научно-практический журнал «Российский семейный врач». – Т. 7, № 1, изд-во СПб МАПО, 2003. – С. 4-9.
2. Добряков И.В. Перинатальная психология, 2 изд. – СПб.: Питер, 2015. – 352 с.
3. Кемпински А. (Kempinski A.) Психопатология неврозов. – Варшава: Польское медицинское издательство, 1975. – 400 с.
4. Минухин С., Фишман Ч. (Minuchin S., Fishman H. Ch., 1981) Техники семейной психотерапии. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 304 с.
5. Смулевич, А.Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2001. – 256 с.
6. Baumann U., Laireiter A.-R. Individualdiagnostik interpersonalen Beziehungen. // In K. Pavlik & M. Amelang (Hrsg.) Enzyklopadie der Psychologie: Grundlagen und Methoden der Differentiellen Psychologie. – Göttingen: Hogrefe, 1995. – Band. 1. – S. 609-643.
7. Büchler J. The Value of Hypnotherapy in the Avoidance and Coming to Terms with Conflicts during Pregnancy // Abstracts of Papers (post Congress) ISPPM Heidelberg Conference «Love, Pregnancy, Conflict and Solution» Nov 2006. – P. 3-4.
8. Kelly R. H., Zatzick D. F., Anders T. F. The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics. – Am. J. Psychiat. – 2001. – Vol. 158. – № 2. – P. 213-219.
9. Spitzer R.L. Validity and utility of the PRIME-MD patient health questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: the PRIME-MD Patient Health Questionnaire Obstetrics-Gynecology Study / R.L. Spitzer, J.B. Williams, K. Kroenke et al. // Am J Obstet Gynecol. – 2000. – Vol. 183. – № 3. – P. 759-769.

ZESPÓŁ NADPOBUDLIWOŚCI PSYCHORUCHOWEJ (ADHD)– POSTĘPOWANIE DIAGNOSTYCZNE I TERAPEUTYCZNE W ODDZIALE DZIENNYM PSYCHIATRYCZNYM

Celem terapii pacjentów z zespołem ADHD jest zmniejszenie nasilenia objawów oraz zapobieganie dalszej psychopatologii. Istotna jest wczesna diagnoza oraz współpraca z rodzicami i szkołą.

Kądziela-Olech H.

ATTENTION DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD) – DIAGNOSIS AND TREATMENT IN DAY CARE PSYCHIATRIC UNIT

The aim of treatment for ADHD is to decrease in severity of symptoms and to prevent other psychopathology. Important problem is the need for early diagnosis and cooperation with parents and school.

Zgodnie z nową klasyfikacją Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-V (2013) zespół ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) został zaliczony do grupy zaburzeń neurorozwojowych, które charakteryzuje wczesny początek, behawioralna dezorganizacja, dysfunkcje poznawcze oraz deficyty w zakresie funkcjonowania społecznego. Nieprawidłowe wzorce zachowań ujawniają się zwykle w pierwszych latach życia dziecka i mają charakter przewlekły[1]. Według ICD-10 symptomatologia kliniczna obejmująca objawy deficytu uwagi, nadmiernej aktywności ruchowej oraz impulsywności odpowiada diagnozie zaburzenia hiperkinetycznego (HKD) [2]. Częstość występowania ADHD ocenia się na ok. 5% w populacji wieku rozwojowego i 2,5% u dorosłych [1].

Mimo, że objawy behawioralnej dezorganizacji pojawiają się wcześniej w okresie rozwojowym, w praktyce klinicznej najbardziej widoczne są w momencie stawiania określonych wymagań edukacyjnych i społecznych. Diagnoza zgodnie z obowiązującymi kryteriami ustalana jest najczęściej w okresie wczesnoszkolnym, kiedy deficyty uwagi stają się wyraźne a nadmierna aktywność czy impulsywność w sposób znaczący zakłóca procesy adaptacyjne dziecka prowadząc w następstwie do trudności wychowawczych i edukacyjnych niepowodzeń w szkole. Często dopiero nauczyciele, pedagodzy

skłaniają rodziców do szukania pomocy. Nieprawidłowe, nierzadko konfliktowe zachowania mogą być powodem odrzucenia dziecka przez najbliższych, nauczycieli i rówieśników prowadząc do patogenicznych interakcji i w dalszej perspektywie rozwojowej wystąpienia zaburzeń zachowania oraz zachowań antyspołecznych.

Obserwacje kliniczne oraz wyniki wielu badań wskazują, że czynniki środowiskowe, psychospołeczne mogą odgrywać istotną rolę w nasileniu dysfunkcyjnych objawów [3].

W Oddziale Dziennym Psychiatrycznym UDSK każde dziecko z objawami nadpobudliwości psychoruchowej jest objęte kompleksowym indywidualnym procesem diagnostyczno-terapeutycznym, który prowadzony jest przez zespół składający się z lekarza psychiatry, psychologa klinicznego, psychoterapeuty, terapeuty zajęciowego, pielęgniarki, nauczyciela. Obok diagnozy psychiatrycznej zgodnie z obowiązującymi klasyfikacjami prowadzony jest wywiad rozwojowy, analiza sytuacji rodzinnej, postaw rodzicielskich, obszarów deprivacyjnych, ocena nasilenia objawów zespołu ADHD (skale dla rodziców i nauczycieli), współwystępowanie innych zaburzeń. Diagnoza psychologiczna obejmuje ocenę funkcjonowania poznawczego, emocjonalnego i społecznego. Do pełnej diagnozy zgodnie z przyjętymi kryteriami wymagana jest nie tylko obecność objawów, ale również ich powtarzalny wzór obejmujący kategorię nieuwagi i / lub nadaktywności-impulsywności, przejawiający się przynajmniej w dwóch obszarach aktywności dziecka (np. środowisko domowe, szkolne, grupa rówieśnicza). Plan terapii obejmuje zmiany dotyczące redukcji nasilenia objawów, poprawę w zakresie samooceny oraz umiejętności społecznych. Podstawowymi elementami prowadzonej terapii są psychoedukacja oraz system wzmocnień pozytywnych. Zrozumienie przez rodziców trudności dziecka, znaczenia konkretnych objawów, współistniejących deficytów, aktualnych potrzeb rozwojowych pacjenta oraz celów terapii wpływa na ich większe zaangażowanie w proces terapeutyczny, poprawę relacji z dzieckiem. Interwencje terapeutyczne w okresie przedszkolnym i wczesnoszkolnym dotyczą przede wszystkim wspierania umiejętności opiekunów i strategii postępowania z dzieckiem. Wraz z wiekiem istnieje potrzeba modyfikacji technik w kierunku osobistego angażowania się pacjenta w proces samokontroli (m.in. terapia poznawczo-behawioralna, trening umiejętności społecznych, terapia oparta o model rozwiązywania problemów przez współdziałanie, terapia w grupie). Leczenie farmakologiczne jest uzależnione od stopnia nasilenia objawów i współpracy z rodzicami. Dotychczasowe badania pokazują, że efekty leczenia farmakologicznego w dzieciństwie nie są utrzymane w dalszych latach życia [4, 5]. Niekorzystnym zejściem są

utrwalone powtarzające się wzorce zachowania, agresywnego buntowniczego spełniające kryteria zaburzeń zachowania w okresie adolescencji, oraz kryteria osobowości dyssocjalnej w wieku dorosłym [1]. Realizacja programu terapeutycznego wymaga systematycznego monitorowania przez wiele lat w warunkach ambulatoryjnych, co istotnie wpływa na lepsze wyniki w nauce oraz zwiększa szanse na prawidłowy rozwój psychospołeczny. Istotnym czynnikiem prognostycznym jest wczesna diagnoza i współpraca ze środowiskiem rodzinnym oraz szkołą.

Piśmiennictwo:

1. Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM – V. Washington, DC, London. England American Psychiatric Association; 2013.
2. The ICD – 10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
3. Miranda A, Colomer C, Fernandez MI, Presentacion MJ, Rosello B. Analysis of Personal and Family Factors in the Persistence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: results of a Prospective Follow-Up Study in Childhood. Plos One 2015; May 29.
4. Rajeh A, Amanullah S, Shivakumar K, Cole J. Interventions in ADHD: A comparative review of stimulant medications and behavioral therapies. Asian J Psychiatr 2017;25:131-135
5. Schweren L, Hoekstra P, Franke B, Heslenfeld D, Oosterlaan J, Buitelaar J, Hartman C. No long-term effects of stimulant treatment on six outcome domains in attention-deficit/hyperactivity disorder. European Child and Adolescent Psychiatry 2015, Vol. 24, 1.

Лелевич В. В., Виницкая А. Г.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

НАРКОПОТРЕБЛЕНИЕ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

В статье проанализированы социально-эпидемиологические характеристики несовершеннолетних потребителей психоактивных веществ, состоявших на наркологическом учете МЗ РБ в 2014 г. Распространение отдельных видов наркотиков в этой группе наркопотребителей имело выраженную возрастную зависимость.

Lelevich V. V., Vinitzskaya A. G.

Grodno State Medical University,
Grodno, Belarus

PREVALENCE OF DRUG ABUSE AMONG UNDERAGE PEOPLE IN THE REPUBLIC OF BELARUS

The paper analyzed social and epidemiological characteristics of the minor drug abusers listed in the Narcological Register of the Ministry of Health of Belarus in 2014. The spread of particular drugs was shown to be depended upon the age of the registered drug abusers.

Согласно наблюдениям экспертов, подростковый (11-15 лет) и юношеский (16-18 лет) периоды считаются наиболее опасными для возникновения различных заболеваний, в том числе формирования зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) [1]. Эпидемиологический мониторинг наркологической ситуации в Беларуси свидетельствует о ежегодном «омоложении» контингента учтенных наркопотребителей, в том числе за счет несовершеннолетних учащихся различных учебных заведений [2].

Целью настоящего исследования явилась оценка распространенности наркопотребления среди несовершеннолетней молодежи Беларуси на основе анализа медицинской документации потребителей ПАВ, состоявших на учете в наркологических учреждениях республики в 2014 г.

Объектом исследования явились потребители наркотических и ненаркотических ПАВ, зарегистрированные на наркологическом учете МЗ РБ по состоянию на 1.01.2015 г. Анализ информации проводился по социально-эпидемиологическим и медицинским параметрам, которые рассчитывались из регистрационных карт наркопотребителей, поставленных и снятых с наркологического учета. Данные из регистрационных карт вводились в компьютер и подвергались статистической обработке.

Были проанализированы сведения о 832 потребителях ПАВ в возрасте от 7 до 17 лет, состоявших на учете в наркологических учреждениях республики на 1 января 2005 г. Это составило примерно 4,9% от общего числа учтенных потребителей наркотических и ненаркотических ПАВ (16975 человек). Среди наркопотребителей этой возрастной категории преобладали лица мужского пола – 705 мальчиков против 127 девочек. Подавляющее большинство несовершеннолетних (96%) были зарегистрированы на профилактическом учете с диагнозом «пагубное употребление ПАВ». Еще 33 подростков в возрасте 13-17 лет состояли на диспансерном учете с диагнозом синдрома зависимости от разных ПАВ.

Подробная характеристика несовершеннолетних наркопотребителей в зависимости от возраста и типа употребляемого ПАВ показана в таблице. В указанной группе молодежи наиболее распространенными ПАВ явились синтетические каннабиноиды в составе курительных смесей (42,8%), ингалянты (41,5%), и в меньшей степени каннабиноиды растительного происхождения (марихуана), психостимуляторы группы амфетамина («экстази»), инъекционные наркотики. Предпочтения разных видов ПАВ зависели от возраста исследуемых детей и подростков (таблица).

Таблица – Распределение несовершеннолетних наркопотребителей, состоявших на наркологическом учете МЗ РБ на 1.01.2015 г., по возрасту и виду употребляемого психоактивного вещества (ПАВ)

Основные категории ПАВ	Возраст наркопотребителей, лет				
	7-10	11-13	14-15	16-17	Всего
<i>Потребители всех видов ПАВ, в т. ч.</i>	3	50	213	566	832
Опиатов	0	0	0	12	12
Каннабиноидов*	1	7	95	179	282
Ингалянтов	2	37	100	206	345
Психостимуляторов группы амфетамина	0	0	1	9	10
Галлюциногенов, седативных препаратов, транквилизаторов, других ПАВ	0	6	16	37	69
Курительных смесей типа «Спайс»**	1	7	89	259	356

Примечание – * – включая случаи употребления синтетических и растительных каннабиноидов; ** – включая случаи сочетанного употребления курительных смесей с другими ПАВ

Самым младшим из них исполнилось 7, 8 и 9 лет на момент постановки на наркологический учет. В указанных 3-х случаях основанием обращения в наркологическое учреждение явились информация родственников и инспекций по делам несовершеннолетних районных отделов внутренних дел. В 2-х случаях имело место злоупотребление ингалянтами, в 1-м – употребление курительных смесей.

Среди 11-13-летних подростков преобладали лица с диагнозом «пагубное употребление летучих растворителей» (МКБ-10: F17.1). В двух случаях основанием постановки на учет явилась зависимость от ингалянтов (МКБ-10: F17.2). Другие наркопотребители этой возрастной группы злоупотребляли курительными смесями типа «Спайс», а также растениями, содержащими галлюциногенные вещества (дурман) (таблица).

Начиная с 2012 г. на наркотическом рынке Беларуси стали распространяться курительные смеси (миксы), обработанные структурными аналогами известных наркотиков. В составе этих миксов определялись химические соединения серий JWH и CP, превосходящие по силе природные алкалоиды конопли. Если в 2010–2012 гг. количество выявленных потребителей курительных смесей составляло 4-7 человек, то на конец 2014 г. на наркологическом учете в Беларуси состояло уже 1369 потребителей этих дизайнерских наркотиков [3].

Анализ информации наркологической службы МЗ РБ согласуется с данными социологических исследований [1], согласно которым 14-16-летние подростки подвержены «экспериментированию» с употреблением различных психоактивных веществ. Так, в группе 14-15-летних подростков, состоявших на учете в 2014 г., основными употребляемыми ПАВ являлись ингалянты (46,9%) и каннабиноиды (44,6%). Обращает внимание высокий удельный вес 14-15-летних потребителей курительных смесей – 41,7%, в сравнении с наркопотребителями младших возрастов.

Самой многочисленной группой несовершеннолетних на наркологическом учете явились 16-17-летние молодые люди. Здесь преобладали потребители ингалянтов (36,4%) и курительных смесей (45,8%). Обращает внимание появление среди них потребителей инъекционных наркотиков – опиатов и нового синтетического наркотика МДПВ (3,4-метилендиоксипировалерон).

Таким образом, анализ информации свидетельствует о существенных различиях в уровне распространенности отдельных ПАВ в детей и подростков.

1. Группа детей и подростков моложе 14 лет характеризуется преобладанием потребления ингалянтов и каннабиноидов, и в меньшей степени других психоактивных веществ.

2. Для подростков 14-17 лет характерно экспериментирование с разными видами ПАВ и разными способами приема наркотиков, включая ингалянты, курительные смеси и инъекционные наркотики.

3. Представленные данные могут быть полезными при разработке лечебно-профилактических мероприятий, а также при формировании государственной политики в области зависимости от наркотиков.

Литература:

1. Профилактика употребления наркотических средств и психоактивных веществ учащимися общеобразовательных школ и ПТУ: учебное пособие для педагогических работников общеобразовательных школ и ПТУ / Ю.А. Быкадоров [и др.]. – Москва: ЮНИТИ-ДАНА, 2002. – С. 187.

2. Гендерные и возрастные аспекты распространенности наркоманий в Республике Беларусь / В.В. Лелевич, [и др.]. // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2015. – Т. 14, № 2. – С. 7-13.

3. Веницкая, А.Г. Эпидемиология «дизайнерских» наркотиков в Республике Беларусь / А.Г. Веницкая, В.В. Лелевич, Ю.В. Сарана // Медицинские новости. – 2016. – № 11. – С. 52-55.

Любов Е.Б.

Московский научно-исследовательский институт психиатрии –
филиал Национального медицинского исследовательского центра
психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского
Министерства здравоохранения Российской Федерации

КАЧЕСТВО СООБЩЕНИЙ ЭЛЕКТРОННЫХ СМИ О СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ ПОДРОСТКОВ

Актуальность. СМИ оказывают двоякий эффект на суицидальное поведение (СП): непрофессиональные – способствуют подражательному СП уязвимых подростков, ответственные – служат антисуицидальным фактором как обучающий и информационный ресурс. Проблемы повышения качества сообщений СМИ привлекают все большее внимание и в нашей стране [Е.Б. Любов, 2013, 2014].

Цель и задачи работы. Анализ качества сообщений электронных СМИ о СП подростков.

Материалы и методы. Проведен невыборочный анализ качества (по критериям ВОЗ) более 2000 сообщений электронных СМИ о СП населения во всех субъектах РФ в 2016 г.

Результаты и обсуждение. Как правило, интерес СМИ вызывают лишь суициды подростков: более 1/3 (36%) сообщений во всех Федеральных Округах (ФО), тогда как, по официальным данным, в массиве суицидов на лиц до 20 лет приходится менее 5% (меньше, чем представленность возрастной группы в населении). Возраст жертв 13-18 лет (в официальной статистике суициды отмечены с 5 лет). В «благополучных» регионах и мегаполисах (Москва, Санкт-Петербург) внимание к СП подростков повышено. Статьи озаглавлены кричащими названиями как «эпидемия самоубийств детей захлестнула город», «подросток повесился из-за двойки». Сообщения сопровождают фотографии суицидентов при жизни; мест трагедии (окна, крыши); силуэты совершающих суициды; часть фотографий иллюстрирует методы суицидов (пистолет, петля, таблетки) (более 60%). В единичных сообщениях фото трупа, обычные нейтральные фотографии: машины полиции, скорой помощи. Менее чем в 5% статей – иллюстрации места происшествия, «по горячим следам» приведены интервью с близкими суицидента. В каждой пятой статье точный адрес трагедии, названа школа жертв, их имена и фамилии, возраст. Новости в тот же день в том же ключе обсуждают сверстники в социальных сетях. Сообщения о наиболее ярких случаях «с вирусной скоростью» распространены по интернету, сайты копируют статьи друг у друга меняя только названия. «Резонансные» суициды (подростков, известных людей, представителей правоохранительных органов и отставников) тиражируются (до 22 сообщений по одному случаю). Каждое десятое сообщение касается экстраординарных случаев: совершены публично (на Красной площади), необычным способом («Дом в Астрахани обрушился из-за самоубийцы»). Привлечено внимание к статистически редким (около 2% суицидов) парным суицидам («Родители четырех детей покончили с собой в Волгоградской области») и самоубийствам-убийствам («Житель Ленобласти убил гостя, расстроился и застрелился сам»). Скоропалительно (в первых строках сообщения или сразу же в заголовке статьи) определена фасадная причинно-следственная связь трагедии «школьник покончил с собой из-за выключенного матерью компьютера»; «Подросток из Ханты-Мансийска покончил с жизнью из-за не купленного мобильного». Привлечены «по свежим следам» (3% сообщений) приятели, родственники несчастного. В статьях указан способ самоубийства (85%): средства самоповешения (качели, прыгалки, собачий поводок, резинки от штанов). В сообщениях обойдены ужас смерти, медицинские последствия суицидальной попытки, страдания близких, посторонних, обнаруживших тело. СМИ подчеркивает необычные способы, они занимают одну десятую всех сообщений (задохнулся в пакете, надетом

на голову, проглотил металлическую проволоку, бросился под работающие винты судна, и даже харакири). Причины суицида редко (14%) объяснены психическими расстройствами. Лишь в 2% сообщений упомянуто «депрессия», злоупотребление ПАВ жертвой суицида упомянуто в менее 10% сообщений. Только в 2% сообщений привлечено мнение специалистов, обычно охотно рассуждающих об «эпидемии» молодых суицидов и указывающих устарелые данные об уровне суицидов в РФ. Редкие сообщения касаются предотвращения суицида, но лишь полицией. В 1% привлечено внимание к «тревожащим сигналам» СП (у подростка), в 3% есть советы обратиться к психиатру или психологу в стигматизирующем ключе: «Психушки ждут самоубийц», но менее чем в 2% статей указан адрес, телефон антикризисной службы даже при их наличии в регионе; 3% статей рассказывают о программах профилактики, 1% касается альтернативных ресурсов помощи (религия). Хотя в ряде сообщений отмечено, что у жертвы ранее были попытки самоубийства или суицидальные мысли, лишь в одной – подвергнут сомнению расхожий миф: «Если кто-либо говорит о суициде, он его не совершит». Сайты следственных комитетов и управлений по региону обычно публикуют сдержанную информацию, без указания деталей. Особенно яркие истории публикуются в электронных версиях газетных изданий, в которых объем статей больше, соответственно и информации тоже. Существуют электронные ресурсы, которые приводят целые подборки с сообщениями о суицидах по региону. Связи сообщений СМИ с статистически значимыми пиками суицидов в регионах не отмечено, но некоторое временное «сгущение» подражательного СП, особо подростков, возможно.

Выводы. СМИ, выполняя более развлекательную, чем информирующую и просветительную роль, искажает типовой «портрет суицидента», что дезориентирует общественность в выделении и внимании к возрастным и социальным группам наибольшего риска СП, при малом внимании к вопросам профилактики и своевременного лечения СП. Мониторинг качества сообщений СМИ составляет интегральную часть типовой антикризисной программы. Назрела необходимость разработки рекомендаций по ответственному освещению СМИ столь сложной и актуальной междисциплинарной и межведомственной проблемы.

Московский научно-исследовательский институт психиатрии –
филиал Национального медицинского исследовательского центра
психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ОСВЕЩЕНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ В РОССИЙСКИХ СМИ

Актуальность. Новости в СМИ могут иметь двоякий эффект на суицидальное поведение: с одной стороны, некоторые особенности освещения суицида могут повлиять на людей с суицидальными наклонностями, так же неправильное освещение может вызывать подражательные суициды (эффект Вертера) [3]. С другой, СМИ может быть антисуицидальным фактором, играя важную роль в информировании населения. Все зависит от способа освещения суицида в средствах массовой информации, поэтому важно оценить качество статей, освещающих суицид. Интернет становится частью социальной жизни людей и помимо статей на веб-сайтах, на суицид могут влиять и социальные сети. В социальной сети можно заметить и помочь самоубийце, человек может анонимно поделиться с другими пользователями в сети своим переживанием, что может помочь его вовремя остановить. Так, социальная сеть «фейсбук» предоставляет информацию горячим линиям о страницах, в которых есть упоминания о суициде. В исследовании Т.Д. Рудер и Г.М. Хеч было показано, что пользователи фейсбука пытались отговорить людей от самоубийства. Эти же авторы предположили, что записки, оставленные в сети, могут иметь влияние сходное со СМИ [2].

Цель работы: анализ качества сообщений электронных СМИ по Центральному Федеральному Округу.

Материалы и методы. Было проведен контент-анализ 314 статей, освещающих случаи суицида в 18 регионах Центрального федеративного округа за 2013 год.

Результаты. Освещение суицида в СМИ не совпадает с реальной статистикой суицидов. Если по данным статистики за 2013 год 2% людей, совершивших суицид, составляют лица до 20 лет, то в СМИ 34% случаев посвящено суициду подростков и молодых людей (таблица). В то же время, мало освещены суициды пожилых людей (старше 65 лет), они составляют 7%, а по реальной статистике это 22% процента всех случаев.

В Центральном федеральном округе, по статистике, большее число суицидов совершают мужчины (мужчины 80%, женщины 20%),

статистика СМИ приблизительно отражает это соотношение (мужчина 69%, женщины 31%).

Таблица – Распределение по возрастам

	Лица до 20 лет	20-65 лет	Пожилые (старше 65)
Статистика суицидов	2%	76%	22%
Данные СМИ	34%	58%	7%

Важно отметить, что количество сообщений не прямо пропорционально количеству суицидов в субъекте РФ. Так, наибольшее количество сообщений в СМИ (63 сообщения – 18%) посвящено Москве, по статистике же в столице происходит 11% всех суицидов, что почти в 2 раза меньше. В Московской области обратная ситуация – по статистике в ней совершено наибольшее количество суицидов по центральному федеральному округу, а в СМИ количество сообщений примерно такое же, как и в остальных регионах. Возможно, это объясняется тем, что города Московской области довольно большие по численности и известные, поэтому в названии и самих статьях фигурирует только название самого города, без указания принадлежности к Московской области, и поиск не находит эти статьи.

Новости о суициде очень быстро попадают в социальные сети, часто прямо в день происшествия.

Заголовки статей пишутся крупным шрифтом, в 115 (37%) из них в заголовках используется слово «самоубийство», в 36 (11%) «покончил с собой». Часто в статье непосредственно фигурирует способ самоубийства – чаще всего 48 «повесилась», вторыми по частоте встречаемости «застрелился» – 11 (3%) и «выбросился из ..» – 11 (3%). Слово «суицид» используется в 52 (17%) заголовках. В 281 (89%) статье уточнен способ самоубийства.

Статьи часто сопровождают фотографии (в 202 статьях 64% присутствует фотография). В 26 случаях (12%) это фото при жизни. В 65 статьях (32%) это фотографии, относящиеся к способу самоубийства (фото петли, ножа, пистолета и т. д.). Фотография места происшествия в 33 (16%) – дом, мост с которого прыгнул человек и т. д. Фотографии людей, совершающих суицид (силуэт повесившегося человека, человек на краю окна или крыши и т. д.), – 26 случаев (13%), чаще всего это постановочные фотографии, романтизирующие суицид. В 20 (10%) статьях приводятся более нейтральные фотографии машин скорой помощи, следственного комитета и т. д. В 3-х статьях приводятся фото трупа, при этом в одной из них он снят крупно, среди крови можно разобрать

черты лица. Таким образом, статьи оформлены ярко для привлечения внимания.

В некоторых статьях излишне акцентируются детали, например, в одном из репортажей берут интервью у друзей суицидента, которые носят на руке кусочки веревки, на которой повесился их друг. В 10 случаях указывают имя суицидента и в 25 адрес места происшествия. В статьях есть указание на наличие предсмертной записки, но ее редко освещают, содержание приводится только в 3-х случаях, в 2-х описывается последнее sms.

В погоне за интересным репортажем журналисты иногда даже берут интервью у близких, коллег, знакомых суицидента или свидетелей происшествия (9 статей). В 1 статье информация поступила от читателя газеты. Заметно, что при освещении одного и того же суицида статьи ссылаются друг на друга, переписывая информацию, иногда дословно, меняя только заголовки и фотографии, сопровождающие статьи. Часто информация поступает из нейтральных источников – пресс-служб УМВД и СУ СКР по областям, или официальных представителей этих служб. В половине случаев источник не указан – 165 статей (52%).

Некоторые случаи освещены многократно различными сайтами (56 случаев были освещены в нескольких статьях: от 2-х сообщений до 12). Половина случаев (20 случаев), это суициды подростков, еще 6 – молодые люди до 25 лет. Также все случаи освещения суицида или суицидальной попытки звезд описаны в нескольких статьях (5 случаев). Повторное освещение получали статьи о сотрудниках правоохранительных органов (6 случаев) и работников образовательной сферы (4 случая). Еще 5 случаев можно отнести к экстраординарным случаям – известные места (суицид на Красной площади) или необычность самих история (мужчина, искавший себе в сети «хорошенькую киллершу», которая могла бы убить сначала его, а потом и себя). Три случая отнесены к предотвращению суицида сотрудниками полиции.

Важно отметить, что звезды шоу-бизнеса после суицидальной попытки не признают ее, объясняя репортерам свою госпитализацию переутомлением, что может быть связано с тем, что СМИ увеличивают масштаб проблемы, описывая суицидальную попытку, которой не было. Другое объяснение, это то, что звезды стараются сохранить свою репутацию.

Почти в половине случаев СМИ пытается объяснить причины суицида – 137 статей (44%). Чаще всего, в качестве объяснения выдвигается несчастная любовь, конфликты в отношениях с близкими людьми, в некоторых статьях привлекается внимание к доведению до суицида.

Причины суицида редко связываются с психическими заболеваниями. В 4-х статьях упоминается депрессия, в 1-м случае шизофрения, в 5-ти без уточнения – психическое заболевание. В 15-ти случаях отмечено, что суицидент был в наркотическом или алкогольном опьянении. В 4-х указано на особенности психики или обострение психического состояния, в 1-й статье приводится следующее описание: на вопрос репортера об адекватности состояния мужчины, пытавшегося совершить суицид – «вообще в ноль».

Только в 23 (7%) статьях есть упоминание о службах помощи, при этом в 8 из них только ставится проблема создания или усовершенствования служб психологической помощи. В 9 указана психологическая работа, которая была проведена с людьми после суицидальной попытки (чаще всего, направление в психиатрическую больницу). В 2-х статьях описаны тревожные признаки, на которые родителям стоит обратить внимание для своевременной профилактики суицида. И, наконец, лишь в 4-х указаны либо конкретное учреждение, куда может обратиться человек, либо телефон доверия. В одной из статей, отмечается возможность негативного влияния СМИ на суицид (подражание известным личностям, совершившим суицид).

Заключение. При соотнесении характера сообщений СМИ критериям качества ВОЗ [1], важно отметить следующие моменты: СМИ привлекает внимание к необычным случаям, излишне афиширует суициды несовершеннолетних, при этом не уделяя внимание группам риска. Средства массовой информации использует для привлечения внимания яркие фотографии и кричащие заголовки. Экспертная оценка специалиста не привлекается, лишь в четырех статьях ссылаются на мнение психолога, и в еще одной упоминается «источник информагентства в медицинских кругах». Портрет суицидента в СМИ не полностью отражают реальную статистику суицидов. Открытого восхищения суицидом в статьях не присутствует, тем не менее некоторые фотографии романтизируют суицид. В некоторых случаях СМИ производит опрос знакомых суицидента. Возможность использовать СМИ в целях профилактики суицидов почти не используется. Таким образом, качество освещения суицида в СМИ низкое.

Литературы:

1. Любов Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть II. Предупреждение самоубийств: ресурсы профессионалов СМИ // Суицидология. – 2012, № 4. – С. 10-22.
2. Вихристук О.В., Банников Г.С., Летова А.В., Средства массовой коммуникации в системе предикторов суицидального поведения в подростковом возрасте // Психологическая наука и образование. – 2013, № 1. – С. 1-18.

Московский научно-исследовательский институт психиатрии –
филиал Национального медицинского исследовательского центра
психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ВЛИЯНИЕ СООБЩЕНИЙ СМИ НА ПОДРАЖАТЕЛЬНОЕ СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Влияние сообщений СМИ суицидальной тематики на подражательное суицидальное поведение уязвимых лиц является темой многочисленных дискуссий [21]. Электронные и печатные СМИ могут как усиливать влияние суицидогенных факторов, так и играть антисуицидальную роль в превенции суицидов.

Цель исследования: оценка сообщений электронных СМИ Тульской области о суицидальном поведении за 2012-2013 гг. в соответствии с критериями оценки качества СМИ, рекомендованными ВОЗ и Международной Ассоциацией предупреждения суицидов [2].

Результаты. Всего проанализировано 38 сообщений электронных СМИ о суицидальном поведении. 23 сообщения (60,5%) опубликовано ИА «Тульская пресса» [19; 20], 6 сообщений (15,8%) – ИА «Тульская служба новостей» [11; 12; 13; 14; 15; 16], 3 сообщения (7,9%) – электронной версией газеты «Слобода» [3; 4; 5], не более двух – прочие источники [6; 7; 8; 9; 10].

О суициде мужчин в возрасте 22-50 лет [3; 4; 5; 7; 13; 19; 20] повествуют 19 сообщений (50%), 13 сообщений посвящено суицидам ученика 11 класса, 13-летней школьницы и попытке суицида 12-летнего учащегося, произошедших в течение одной недели [6; 8; 9; 11; 12; 14; 15; 18; 20], 2 – о суициде женщин 24, 37 и 66 лет [16; 20], 2 сообщения освещают суицид военнослужащего [5; 20], по одному сообщению об убийстве-самоубийстве – (мужчина 75 лет после убийства дочери покончил собой) и о попытке самоубийства офицера СОБРа после совершенного им убийства [20], есть сообщение о зафиксированных в один день семи суицидальных попытках [9], 1 сообщение посвящено проблеме профилактики суицидального поведения [17], 2 – о действиях прокуратуры, направленных на прекращении доступа пользователей к 5 интернет-сайтам, незаконно размещающим информацию о суицидах, запрещенную к распространению.

Большинство статей имеют броские заголовки («Тульский «Феномен Вертера»: общественность шокирована суицидальной эпидемией» [15], «Офицера подозревают в доведении солдата из Тулы до самоубийства» [5] и т.д.), набранные крупным шрифтом, часто в названии

обозначен способ суицида, пол, возраст жертвы, род деятельности. 24 сообщения сопровождаются фотографиями, изображениями суицидальной тематики, из них на 6 – многоэтажные здания [4; 18; 20], 6 – изображения, фото веревочной петли, ремня в виде петли [5; 8; 20], также приведены фотографии жертвы при жизни, изображения и фото места происшествия, похорон, цветов, лежащих на месте падения, трупа, накрытого простыней, зала суда. В 32 сообщениях (84,2%) указаны способы суицида. У мужчин чаще всего упоминается смерть в результате самоповешения – 11 сообщений [5; 7; 20], в 10 сообщениях – в результате падения с высоты, 1 – в результате самопорезов, у женщин – в 8 сообщениях речь идет о падении с высоты, в 1 – о медикаментозном отравлении, самым распространенным способом совершения суицидальной попытки является медикаментозное отравление у женщин (4 упоминания), у мужчин – в нескольких статьях описан случай попытки самоповешения, в одной – самопорезов.

Во многих сообщениях авторы приводят собственные версии причин суицида: неразделенная любовь, «двойка», смерть близкого, боязнь позора или отбывания наказания в местах лишения свободы, «травля» окружающими, семейные конфликты. Косвенно обвиняются в доведении до самоубийства отдельные лица, педагоги, жилищно-коммунальные службы, не закрывшие выход на крышу. В некоторых статьях журналист берет на себя функции следственных органов, рассуждая на темы: «Повесился или повесили?», «Сам или помогли?». Приводятся тексты двух предсмертных записок: «Я отправляюсь к ангелам» и «В моей смерти прошу никого не винить».

В шести статьях приведены интервью с близкими жертв, включая несовершеннолетних друзей, педагогами школ в которых учились погибшие дети. Более одного случая суицида за короткий период времени названы «волной», «всплеском», «эпидемией» суицидов, приводится устрашающая статистика. Ни в одной из статей не приводятся ссылок на официальные источники информации. Три статьи о суицидальном поведении несовершеннолетних сопровождаются комментариями уполномоченного по делам несовершеннолетних, психиатра, психолога. Один из комментариев психолога озаглавлен безапелляционно: «Если дети обещают покончить собой, они это сделают».

В двух сообщениях повествуется о скором открытии кризисного центра, в одном – указан телефон «горячей линии» общенациональной службы доверия, одно сообщение, посвященное Дню против суицида 10 сентября, повествует о связи суицида с психическими проблемами, приемах общения с человеком с риском суицида, необходимости обращения к специалистам.

Выводы. При оценке электронного ресурса тульских СМИ следует отметить сенсационный характер подачи материала, упрощение и романтизацию причин суицида, поиск «виноватых». Сообщения содержат информацию о поле, возрасте, роде деятельности погибшего, подробно описываются способы суицида, что может повлечь за собой подражательное суицидальное поведение. Чрезмерно тиражирована тема подростковых суицидов. Проводится идея безвыходности жизненной ситуации, неизбежности суицида. При освещении темы суицидального поведения отсутствуют сообщения о примерах преодоления психосоциального кризиса, развенчании мифов суицидального поведения, единичны сообщения о ресурсах кризисной помощи, связи суицида с психическими проблемами, выделении настораживающих симптомов, альтернативах суицида. Крайне редко к экспертной оценке конкретных ситуаций привлекаются специалисты. Журналисты опираются на недостоверные факты из неофициальных источников. Таким образом, в погоне за сенсацией СМИ в недостаточной степени используют потенциальную возможность усиления антисуицидальных факторов и способствуют дезадаптивному способу решения проблем уязвимой личностью. Необходимо привлечение внимания к опасно низкому качеству сообщений СМИ и распространение рекомендаций для профессионалов СМИ.

Литература:

1. Любов Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть 1 // Суицидология. – 2012. – Т. 3. – № 3. – С. 20-29.
2. Любов Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть II. Предупреждение самоубийств: ресурсы профессионалов СМИ // Суицидология. – 2012. – Т. 3. – № 4. – С. 10-22.
3. Интернет ресурс URL: <http://myslo.ru/news/criminal/dtp-na-ulitse-boldinabilo-samoubiystvom> (дата обращения: 18.02.2014)
4. Интернет ресурс URL: <http://myslo.ru/news/criminal/s-mnogoetazhki-na-ul-galkina-v-tule-vibrosilsya-muzhchina> (дата обращения: 23.02.2014)
5. Интернет ресурс URL: <http://myslo.ru/news/criminal/ofitsera-podozrevaut-v-dovedenii-soldata-iz-tuli-do-samoubiystva> (дата обращения: 23.02.2014)
6. Интернет ресурс URL: http://newstula.ru/fullnews_53735.html (дата обращения: 17.02.2014)
7. Интернет ресурс URL: <http://panorama-inform.dp.ua/novosti/novosti-novomoskovska/ten-novomoskovskix-lesnyx-manyakov.php> (дата обращения: 22.02.2014)
8. Интернет ресурс URL: <http://tula.bezformata.ru/listnews/tule-volnadsitckih-suitcidov/3372876/> (дата обращения: 17.02.2014)
9. Интернет ресурс URL: <http://tula.bezformata.ru/listnews/tulskoj-oblasti-vsplesk-suitcida/8823885/> (дата обращения: 17.02.2014)

10. Интернет ресурс URL: <http://www.efremov-town.ru/tag/суицид/> (дата обращения: 17.02.2014)
11. Интернет ресурс URL: <http://www.tsn-tv.ru/detskie-samoubijstva-vskolyxnuli-tulu.html> (дата обращения: 18.02.2014)
12. Интернет ресурс URL: http://www.tsn-tv.ru/mod_fullnews_14letnyaya_zhitelnica_tulskoy_oblasti_pytalas_pokonchit_s_soboy.html (дата обращения: 18.02.2014)
13. Интернет ресурс URL: <http://www.tsn-tv.ru/podrobnosti-samoubijstva-muzhchiny-v-tule.html> (дата обращения: 22.02.2014)
14. Интернет ресурс URL: <http://www.tsn-tv.ru/shok-v-tulskoj-oblasti-zanedelyu-3-ij-rebyonok-pokonchil-s-soboj-2.html> (дата обращения: 18.02.2014)
15. Интернет ресурс URL: <http://www.tsn-tv.ru/tulskij-fenomen-vertera-obshhestvennost-shokirovana-suicidalnoj-epidemiej.html> (дата обращения: 23.02.2014)
16. Интернет ресурс URL: <http://www.tsn-tv.ru/v-tule-pensionerka-vuprygnula-iz-okna.html> (дата обращения: 23.02.2014)
17. Интернет ресурс URL: <http://www.tula.aif.ru/society/details/163010> (дата обращения: 22.02.2014)
18. Интернет ресурс URL: <http://www.tula.kp.ru/daily/25855.4/2823679/> (дата обращения: 23.02.2014)
19. Интернет ресурс URL: <http://www.tulapressa.ru/2013/04/zhitel-efremova-pogib-posle-padeniya-s-balkona-4-etazha/> (дата обращения: 22.02.2014)
20. Интернет ресурс URL: <http://www.tulapressa.ru/tag/suicid/> (дата обращения: 15.02.2014)
21. Stack S. Suicide: A 15-year review of the sociological literature. Part II: Modernization and social integration perspectives. // Suicide Life-Threat. Behav. 2000. Vol. 30. P. 163-176.

Максимчук В.П.

ГУ «РНПЦ психического здоровья»,
г. Минск, Республика Беларусь

ПРАВОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НЕСОВЕШЕННОЛЕТНИМ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

В статье рассматриваются правовые и организационные аспекты оказания наркологической помощи несовершеннолетним, имеющих проблемы с алкоголем и наркотическими средствами. Выявлены основные проблемы и трудности при оказании данной помощи, а также даны предложения по улучшению нормативной правовой базы оказания наркологической помощи несовершеннолетним.

Maksimchuk V. P.

State Institution «Republican research and practice center for mental health»,
Republic of Belarus, Minsk

LEGAL AND ORGANIZATIONAL ASPECTS OF RENDERING OF THE NARCOLOGICAL HELP NESOVERSHENNOLETNIE IN THE REPUBLIC OF BELARUS

The article considers legal and organizational aspects of rendering of the narcological assistance to minors who have problems with alcohol and drugs. The main problems and difficulties in the provision of this assistance, as well as proposals for improving normative legal framework for the provision of drug abuse treatment of minors.

Актуальность. Пьянство, алкоголизм, наркомания остаётся одной из самых социально значимых и актуальных проблем для нашего государства. В последние годы алкоголь и наркотические средства все чаще и чаще стали употреблять несовершеннолетние. Испытываемое от небольших доз алкоголя или наркотического средства состояние иллюзорного удовольствия, подъема сил, бодрости и т. п. способствует закреплению предрассудка о благотворном его влиянии. Каждый третий несовершеннолетний, употребляющий алкогольные напитки, не считает, что алкоголь наносит вред его здоровью. Только около 40% молодых людей выражают желание полностью отказаться от употребления алкогольных напитков и наркотических средств.

Цель. Изучить правовые и организационные аспекты оказания наркологической помощи несовершеннолетним, имеющих проблемы с алкоголем и наркотическими средствами, выявить проблемы и основные

недостатки при оказании данной помощи, а также разработать предложения по улучшению нормативной правовой базы оказания наркологической помощи несовершеннолетним.

Материал и методы. Изучена распространенность общего числа несовершеннолетних с синдромом зависимости от алкоголя и наркотических средств в Республике Беларусь за последние годы, проведен анализ эффективности действующих нормативных правовых документов, регламентирующих оказание наркологической помощи несовершеннолетним.

Результаты и обсуждение. Под наблюдением наркологической службы Министерства здравоохранения Республики Беларусь на 1.07.2017 находилось 14774 несовершеннолетних (797,6 на 100 тыс. детского населения), из которых 30 чел. наблюдалось на диспансерном учете и 14744 чел. наблюдались в группе профилактического наблюдения как употребляющие психоактивные вещества (далее – ПАВ) с вредными последствиями. Из числа наблюдаемых несовершеннолетних, состоящих на диспансерном учете 16 чел. с синдромом зависимости от наркотических средств, 8 чел. с синдромом зависимости от ненаркотических веществ и 6 чел. с синдромом зависимости от алкоголя. В группе профилактического учета находилось 14354 чел. (774,6 на 100 тыс. детского населения) употребляющих алкоголь с вредными последствиями, 264 чел. (14,3 на 100 тыс. детского населения) употребляющих ненаркотические средства с вредными последствиями и 126 чел. (6,8 на 100 тыс. детского населения) употребляющих наркотические средства с вредными последствиями.

Лечение несовершеннолетних, имеющих проблемы с потреблением алкоголя, наркотических средств или других психоактивных веществ (далее – ПАВ) проводится в организациях здравоохранения, оказывающих наркологическую помощь населению.

В настоящее время в Республике Беларусь функционирует три специализированных подростковых наркологических отделения (в г. Витебске, г. Полоцке и в г. Минске).

В 2016 году прошли курс лечения в стационарах круглосуточного пребывания 186 несовершеннолетних (1,2% от общего числа наблюдаемых), в отделениях дневного пребывания – 733 чел. (4,5%), в 2015 году 57 чел. (0,3%) пролечено в стационарах круглосуточного пребывания и 734 чел. (4,2%) в отделениях дневного пребывания, в 2014 году пролечено 352 чел. (2,2%) в стационарах круглосуточного пребывания и 713 чел. (4,5%) в отделениях дневного пребывания.

Основными нормативными правовыми документами, при оказании наркологической помощи несовершеннолетним, являются:

Закон Республики Беларусь от 31 мая 2003 г. № 200-З «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»;

постановление Совета Министров Республики Беларусь от 27 июня 2017 г. № 487 «Об утверждении Положения о порядке комплексной реабилитации несовершеннолетних, потребление которыми наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ, употребление алкогольных, слабоалкогольных напитков или пива установлены в соответствии с законодательством»;

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 августа 2003 г. № 38 «Об утверждении Инструкции о порядке выявления, учета, обследования и лечения несовершеннолетних, употребляющих спиртные напитки, наркотические средства, психотропные либо иные одурманивающие вещества и Положение о подростковом наркологическом кабинете» (далее – постановление № 38).

В организации лечебно-профилактической работы с несовершеннолетними, злоупотребляющих алкоголем или употребляющих другие ПАВ, наметились определенные проблемы.

1. Медицинское освидетельствование, госпитализация и лечение несовершеннолетних возможна только с согласия их родителей. На практике нередки случаи, когда родители сами не соблюдают режим трезвости, не занимаются воспитанием детей и препятствуют принятию своевременных мер по профилактике пьянства и алкоголизма у своих детей. Растет число беспризорных детей, лишенных родителей судами.

Действующими нормативно правовыми актами не предусмотрено применение принудительных мер к несовершеннолетним, хотя имеется большая практическая потребность к их применению.

2. В последние годы наметилась тенденция, что часть несовершеннолетних не заканчивают школу, бродяжничают, не работают, злоупотребляют алкогольными напитками, от добровольного обследования и при необходимости лечения, как правило, отказываются. По действующим правовым нормам несовершеннолетние до 14 лет уголовной ответственности не несут. При систематическом употреблении алкоголя и другими одурманивающими веществами, при употреблении наркотиков, а также за совершение тех действий, за которые наказывают совершеннолетних, подростки младшего возраста по решению комиссии по делам несовершеннолетних горрайисполкомов могут быть направлены в специальные лечебно-воспитательные или учебно-воспитательные учреждения, что означает нахождение несовершеннолетнего в изоляции не менее года.

3. Законом Республики Беларусь от 4 января 2014 г. № 122-З «Об основах деятельности по профилактике правонарушений» в целях профилактики правонарушений предписано проводить профилактические беседы с несовершеннолетними.

Согласно статьи 67 Кодекса Республики Беларусь от 09. 1999 № 278-З «О браке и семье» родители, опекуны, попечители несут ответственность за ненадлежащее воспитание и содержание детей в соответствии с законодательством Республики Беларусь. Воспитание и содержание ребенка признаются ненадлежащими, если не обеспечиваются права и законные интересы ребенка, в том числе, если ребенок находится в социально опасном положении (далее – СОП).

4. Согласно статьи 18 Закона Республики Беларусь от 4 января 2014 г. № 122-З «Об основах деятельности по профилактике правонарушений», Государственные организации здравоохранения при осуществлении деятельности по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в пределах своей компетенции: оказывают медицинскую помощь несовершеннолетним; обеспечивают в установленном порядке круглосуточный прием и содержание несовершеннолетних в возрасте до трех лет, оставшихся без попечения родителей, нуждающихся в государственной защите; оказывают консультационную помощь работникам органов, учреждений и иных организаций, осуществляющих профилактику безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, а также родителям, опекунам и попечителям несовершеннолетних.

Но в рамках данного Закона у Минздрава нет полномочий для определения порядка выявления и учета несовершеннолетних, употребляющих алкогольные напитки, наркотические средства, психотропные либо иные одурманивающие вещества.

Предложения. В целях качественного улучшения лечебно-профилактической работы с несовершеннолетними целесообразно внести соответствующие изменения и дополнения в действующие нормативные правовые документы по вопросам оказания наркологической помощи несовершеннолетним.

В частности:

1. Необходимо разработать и принять постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь утверждающее Инструкцию о порядке проведения индивидуальной профилактической работы с несовершеннолетними, потребление которыми наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических либо иных одурманивающих веществ, употребление алкогольных, слабоалкогольных напитков или пива установлено в соответствии с законодательством.

2. Целесообразно рассмотреть вопрос о разработке механизма принудительного лечения несовершеннолетних пациентов с синдромом зависимости к ПАВ.

3. Внести изменения и дополнения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 августа 2003 г. № 38 «Об утверждении Инструкции о порядке выявления, учета, обследования и лечения несовершеннолетних, употребляющих спиртные напитки, наркотические средства, психотропные либо иные одурманивающие вещества и Положение о подростковом наркологическом кабинете».

Объедков И. В., Скугаревский О.А., Скугаревская М.М.

Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Беларусь

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ХАРАКТЕРИСТИК ПРОИЗВОЛЬНЫХ САККАД ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

В статье рассматривается вопрос о возможной связи тонкой моторики глаз с симптомами шизофрении.

I. V. Obedkov, O.A. Skugarevsky, M.M. Skugarevskaya
Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

CLINICAL SIGNIFICANCE OF CHARACTERISTICS OF ARBITRARY SACCADDES IN SCHIZOPHRENIA

The article deals with the possible connection of fine eye motility with symptoms of schizophrenia.

Диагностика шизофрении целиком опирается на клинико-психопатологический метод. Ни один из лабораторных и аппаратных методов не доказал специфичности в отношении этого заболевания. В настоящем исследовании были поставлена задача выявить взаимосвязь отдельных симптомов шизофрении с параметрами горизонтальных рефлексивных саккад и найти им теоретическое обоснование. Для этого анализировали достоверность различий временных показателей саккад пациентов с шизофренией и здоровых лиц и исследовали корреляционную связь отдельных симптомов шизофрении с показателями саккад.

Материалы и методы. Основная группа состояла из 198 пациентов (93 мужчины и 105 женщин) с параноидной шизофренией в соответствии

с критериями Классификации психических и поведенческих расстройств 10 пересмотра. Контрольная группа состояла из 61 психически здоровых лиц (30 мужчин и 31 женщина). Клиническая диагностика проводилась с применением шкал SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms) и SAPS (Scale for the Assessment of Positive Symptoms). Для исследований окуломоторных реакций проводили тест саккад. Для исследований окуломоторных реакций проводили тест саккад. Использовался видеонистагмограф с комплексом для регистрации и графопостроения, производитель Otometrics (Дания). Регистрирующая система VNG, Otometrics оборудована скоростными видеокамерами. Тест саккад позволяет оценить латентность, то есть время реакции, измеренное между изменением позиции цели и превышением порога в миллисекундах, скорость в градусах в секунду ($^{\circ}/с$) и точность саккадических движений глаз в %. **Латентность** определяется по времени между моментом изменения позиции цели и начала саккады. **Скорость** понимается буквально как скорость движения глаза во время саккады. **Точность** показывает, насколько правильно выполняется саккада. Точность вычисляется автоматически в соответствии с алгоритмом:

$$P = (X_2 - X_0) / (X_3 - X_0) * 100\%,$$

где значение около 100% указывает на оптимальную фиксацию на цели, значение меньше 100% говорит о слишком малой амплитуде саккады (недобор), значение больше 100% говорит о слишком большой амплитуде саккады (перебор).

Регистрация параметров саккад проводилась в течение 100 циклов (около 10 минут) после начала зрительной стимуляции при использовании сигнала с постоянной скоростью 15° , затем при использовании сигнала с постоянно изменяющейся скоростью (рандомный сигнал $10^{\circ}, 15^{\circ}, 30^{\circ}/с$). Полученные результаты представляли собой интегративный показатель горизонтальных просаккад (то есть вызванных специальным видеосигналом) обоих глаз [1].

Результаты и обсуждение. Средняя скорость саккад (μ) для групп при движении стимула влево составила $449,5^{\circ}/с$ и вправо $451,5^{\circ}/с$, что соответствует нормальным физиологическим значениям (для постоянной скорости сигнала $F 0,75$; $p > 0,05$ вправо и $F 1,37$ влево; $p > 0,05$; и для рандомного сигнала $F 0,11$; $p > 0,05$ вправо и $F 1,37$ влево; $p > 0,05$). Среднее значение **латентности саккад** при движении глаз влево составило при постоянной и рандомной скорости стимула 284 ± 5 мс влево и 286 ± 5 мс вправо. При постоянном сигнале имелась связь средней силы между апатией-абулией и ангедонией – асоциальностью с **точностью саккад**.

Латентность саккад не зависела от характера сигнала и имела относительно высокую корреляционную связь с апатией-абулией и ангедонией – асоциальностью по шкале SANS. Факт независимости от сигнала указывает на один из механизмов саккад, одновременно имеющий отношение к симптомам апатии-абулии и ангедонии – асоциальности. Локализация нарушений мозга, описанных при шизофрении, пересекается с четвертым уровнем контроля саккадических движений глаз. Он включает в себя корковые структуры, в частности, центр произвольных движений глаз (восьмое поле Бродмана). Полученные нами результаты свидетельствуют также об общих механизмах апатии-абулии и ангедонии-асоциальности в клинической структуре шизофрении с одной стороны, с точностью саккад вне зависимости от сложности зрительного восприятия с другой. Известно существование механизмов упорядочения движения глаз, изначально генерируемого из ствола головного мозга генератором саккад [2, 3]. Этот первичный поток нейронных импульсов, в итоге приводящий к движениям глазных яблок, нуждается в тонких настройках для обеспечения точности слежения за объектом. Речь идет о сложно организованной иерархической системе глазодвигательного контроля, в которой лобные отделы мозга играют одну из ключевых ролей. При этом важно иметь ввиду, что генерация саккад происходит не только в связи с необходимостью слежения за целью, но и в соответствии с внутренними представлениями («презентациями» в терминах когнитивной психологии), которые при шизофрении грубо нарушены. Поиск теоретических основ обнаруженного нами усиления корреляционной связи симптомов шизофрении с точностью саккадических движений глаз привел к следующим размышлениям. Точность саккад контролируется системой головного мозга, называемой **мозговым детектором ошибок**. Эта система использует 2 разных контрольных механизма выявления и коррекции ошибок произвольных движений глаз. Первый «он-лайн-вый» механизм контроля по каналу обратной связи используется для уменьшения величины ошибки в ходе выполнения саккадных движений. Второй механизм предполагает создание в глазодвигательных структурах мозга моторной программы предстоящего движения глаз ее **эфферентной копии**, отсылаемой для хранения в структуры стволового генератора саккад [4,5].

Сопоставив полученные результаты с литературными данными пришли к выводам:

1. Апатия-абулия и ангедония-асоциальность в клинической структуре шизофрении имеют сопряженную связь с латентностью саккадических движений глаз вне зависимости от сложности зрительного восприятия, что свидетельствует об общих структурно-функциональных

механизмах возникновения этих феноменов, наиболее вероятно связанных с базовой гипофронтальностью головного мозга пациентов. Возможно, причинность этого явления находится в плоскости анатомо-функциональной дисфункции фронтостриарной системы при шизофрении, ответственной за когнитивный контроль окулomotorики.

2. Апапия-абулия и ангедония-асоциальность в клинической структуре шизофрении имеют сопряженную связь с точностью саккадических движений глаз вне зависимости от сложности зрительного восприятия, что свидетельствует об общих структурно-функциональных механизмах возникновения этих феноменов, наиболее вероятно связанных с гипофронтальностью головного мозга и нарушением активности дофаминовой системы пациентов.

3. Усиления статистической связи точности саккад с симптомами шизофрении при усложнении сигнала отражает функционально слабое состояние мозгового детектора ошибок при этом расстройстве, являющегося универсальным механизмом обеспечения целостности психической деятельности.

Литература:

1. McCaslin DL, Jacobson GP. Current Role of The Videonystagmography Examination in the Context of the Multidimensional Balance Function Test Battery. *Seminars in Hearing* 2009; 30: 242-253
2. Picard HJ, Amado I, Bourdel MC, Landgraf S, Olié JP, Krebs MO. Correlates between neurological soft signs and saccadic parameters in schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2009;33(4):676–681.
3. Кубарко А.И. Обнаружение и коррекция ошибочных движений глаз мозговым детектором ошибок при слежении за перемещающимся объектом // *Физиология человека*, 2012, том 38, № 2. – С. 23-30
4. Feinberg I. Efference copy and corollary discharge: implications for thinking and its disorders. *Schizophr Bull.*-1978;4:636-40.
5. Ford JM, Roach BJ, Mathalon DH. How to assess the corollary discharge in humans using non-invasive neurophysiological methods. *Nature Protocols* 2010;5:1160-8.
6. Ford JM, Mathalon DH, Heinks T et al. Neurophysiological evidence of corollary discharge dysfunction in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2001;158:2069-71.

ДУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

В статье поднимается вопрос актуальности терапии расстройств пищевого поведения: анорексии, булимии, орторексии, лишнего веса и др. А также рассматривается инновационный психотерапевтический подход – дуальная терапия.

Patonich V.

Center for the Treatment of Eating Disorders «REVOCANDA»,
Kiev, Ukraine

DUAL THERAPY IN THE TREATMENT OF EATING DISORDERS

The article raises the question of the relevance of the therapy of eating disorders: anorexia, bulimia, orthorexia, excess weight, etc. And also an innovative psychotherapeutic approach is considered – dual therapy.

Расстройства пищевого поведения – это комплекс заболеваний, связанных с нарушением пищевого поведения, приводящих как к психологическому, так и к физиологическому и социальному дискомфорту. В последние пять лет анорексия, булимия, орторексия и другие заболевания являются быстро прогрессирующими и молодеющими. Если в 2010 году средний возраст начала анорексии и булимии был 16-18 лет, то уже к 2017 году средний возраст начала заболевания составил 11-12 лет, и оно продолжает молодеть. Практически каждая 10 девушка страдает каким-либо расстройством пищевого поведения. Заболевания имеют гендерную предрасположенность: чаще болеет женский пол, однако из-за тенденции к унисексуальности, инфантильности родительской позиции, в последнее время отмечается рост в процентном соотношении заболеваемости среди мужчин.

Центр лечения расстройств пищевого поведения «REVOCANDA» – это специализированное отделение психотерапевтического профиля, занимающееся лечением и разработкой новых подходов в лечении расстройств пищевого поведения. Результаты настоящего исследования основываются на двухлетнем опыте работы с 500 клиентами с расстройствами пищевого поведения.

В процессе исследования, мы установили, что расстройства пищевого поведения – это не просто болезнь, а творческое приспособление к жизни, позволяющее выживать клиенту в тех условиях социума, в которых он находится. При анкетировании включенных в исследование клиентов, 85% из них считают, что альтернативой имеющихся у них пищевых расстройств поведения является суицид, 15% – зависимость. На наш взгляд, творческое приспособление психики, позволяет не эффективно, но адаптироваться в социальном окружении и способствует созданию безопасного пространства.

Изучая историю развития расстройств пищевого поведения, наряду с динамикой формирования психопатологических симптомов (ограничение в питании, конфликт, очистительные механизмы, навязчивые мысли, набор веса, переедание), необходимо проводить тщательный анализ детско-родительских взаимоотношений с учетом психологического фона, в котором рос и развивался ребенок. Это позволяет определять предикаты, влияющие на формирование болезненного радикала личности и тот психологический фон, который способствует его формированию.

На основе полученных данных, нами предпринята попытка разработки классификации видов психологического фона. По энергии: витальный, мортальный. По развитию: генеалогический, родительский (неонатальный, до года, до 3 лет, предпубертатный, постпубертатный), предпубертатный, постпубертатный, микросоциальный, макросоциальный, виртуальный. Следует отметить, что появление дезадаптивного творческого приспособления, как опыта проживания и решения фоновых психологических проблем влияет на когнитивные функции клиента и его поведение. Такой способ взаимодействия со значимыми другими переводит поведение клиента в неконтролируемый бессознательный опыт, формирует болезненный радикал личности и способствует появлению психопатологической симптоматики.

Исходя из вышесказанного, психотерапия расстройств пищевого поведения должна быть направлена на изменение психологического фона клиента. Данный подход реализуется через дуальную терапию. Дуальная терапия – вид психотерапевтической интервенции, направленный на расщепление клиента, страдающего расстройством пищевого поведения, на болезненный радикал и собственно личность. Психотерапия выстраивает и легализирует отношения между ними и направлена на экстровертирование переживаний клиента. Поскольку расстройства пищевого поведения являются дезадаптивным творческим приспособлением клиента к психологическому фону его жизни, задача терапии помочь осознать истоки болезненного радикала и выработать собственные механизмы эффективной адаптации для решения фоновых проблемных ситуаций.

Скугаревская М.М., Обьедков И.В., Скугаревский О.А.

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»,
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь

РАННИЕ ЭТАПЫ ШИЗОФРЕНИИ: САККАДИЧЕСКИЕ ДВИЖЕНИЯ ГЛАЗ

В статье приведены результаты исследования глазной моторики у лиц с клинически высоким риском развития психоза и пациентов с шизофренией в соответствии с дименсиональной моделью.

Skuhareuskaya M. M., Obyedkov I. V., Skugarevsky O. A.

Mental Health Center, Belarusian State Medical University,
Minsk, Belarus

EARLY STAGES OF SCHIZOPHRENIA: SACCADIC EYE MOVEMENTS

The article presents the results of the study of eye movements in individuals at clinically high risk state for psychosis and patients with schizophrenia in accordance with the dimensional model.

Шизофрения обычно начинается в позднем подростковом – раннем зрелом возрасте и в типичном случае представляет собой хроническое заболевание, часто приводящее к инвалидизации. К ранним этапам шизофрении относят преморбид, продром и первый психотический эпизод. Этап продрома соответствует состояниям, именуемым как клинически высокий риск развития психоза, когда присутствуют подпороговые клинические симптомы [1]. Преморбид соответствует этапу от рождения до появления первых признаков психического неблагополучия. Четких маркеров этого этапа нет, как пока и нет и четких биологических маркеров шизофрении. Одним из перспективных направлений исследований шизофрении в обозначенном контексте является изучение тонкой моторики глаз. Глазодвигательные нарушения при шизофрении описаны с начала 20 века и внедрение новых технологий, таких как видеонистагмография, позволяет улучшить понимание патофизиологических механизмов, лежащих в основе шизофрении.

Глазные саккады представляют собой быстрые, скачкообразные согласованные движения глаз в одном направлении. Саккады могут быть рефлекторными (при слежении за внезапно появляющейся целью) и эндогенно вызываемыми (как, например, в тесте антисаккад, когда испытуемому предлагают осознанно направлять взгляд в противоположном

направлении от появляющейся цели). Антисаккады являются более сложными, так как требуют подавления рефлекторно возникающих саккад и дополнительно задействуют такие мозговые регионы, как префронтальные отделы коры головного мозга [2]. Повышение уровня ошибок в тесте антисаккад является одной из наиболее частых находок при шизофрении [3]. Нарушение других типов саккад не столь отчетливо встречается при шизофрении. Значимость глазодвигательных нарушений на продромальном и преморбидном этапах пока не ясна. Не было проведено исследований тонкой моторики глаз наdimensionальной модели шизофрении, в рамках которой изучалась бы связь показателей моторики глаз с блоком негативных, позитивных синдромов и синдрома дезорганизации.

Материалы и методы. Группу лиц с клинически высоким риском развития психоза (РП) составили 42 человека (средний возраст 21.8 ± 6.3 лет; все мужчины). Все они проходили обследование перед призывом на срочную военную службу на базе Республиканского научно-практического центра психического здоровья. Критериями наличия клинически высокого риска развития психоза было присутствие одной из следующих групп симптомов: (1) ослабленных позитивных симптомов или коротких самопроходящих психотических симптомов «крайне высокого риска» (оценка проводилась с использованием шкалы «Всесторонняя оценка состояний риска развития психических расстройств» (CAARMS)); (2) базисных симптомов (оценка проводилась с использованием «Инструмента по оценке предрасположенности к шизофрении» (SPI-A)); (3) проявлений шизофренического патопсихологического симптомокомплекса в сочетании с негативными симптомами. Оценка проводилась методами патопсихологической диагностики. Группа пациентов с параноидной шизофренией (в соответствии с критериями Международной классификации болезней 10 пересмотра) составила 156 человек (средний возраст 34.4 ± 11.8 лет, 85 женщин, 71 мужчина). Контрольная группа состояла из психически здоровых лиц ($n=61$, средний возраст 36.4 ± 11.4 лет, 30 мужчин и 31 женщина). Клиническая оценка производилась с применением шкалы оценки негативных симптомов (SANS) и шкалы оценки позитивных симптомов (SAPS). На основании выраженности клинических симптомов пациенты были разбиты на три подгруппы (таблица 1): **НС** – с преимущественно негативной симптоматикой (глобальная суммарная оценка SANS ≥ 15); **ПС** – с преимущественно позитивной симптоматикой (показатель «галлюцинации» SAPS ≥ 6 или показатель «бред» SAPS ≥ 6); **ДС** – с симптомом дезорганизации (глобальный показатель SAPS «позитивные расстройства мышления» ≥ 3). Все пациенты принимали стабильное лечение антипсихотиками на протяжении минимум 2 недель и находились вне обострения заболевания.

Таблица 1. – Демографические и клинические характеристики исследованных пациентов с шизофренией

Под- группы	n	Мужчины (%)	Возраст (лет) M±SD	Продолжительность болезни (лет), M±SD
НС	62	30 (48.3)	33.3±11.2	8.7±3.4
ПС	54	23 (42,6)	36.89±11.6	11.3±6.9
ДС	40	21 (52.5)	32.3±12.2	10.53±4.8

Оценка саккадических движений глаз проводилась с помощью в идеонистагмографа с комплексом для регистрации и графопостроения, производитель Otometrics (Дания). Регистрирующая система оборудована скоростными инфракрасными видеокамерами. Мы использовали три варианта теста для оценки саккад: 1) тест предиктивных саккад, в котором цель (светящаяся красная точка) появляется предсказуемо +15° и -15° от средней линии; 2) тест рефлексивных саккад с случайным появлением цели (от 5 до 30°), 3) тест антисаккад. Для первых двух тестов оценивались пиковая скорость, латентность и точность саккад, для теста антисаккад – процент ошибок. Статистический анализ проводился с использованием SPSS, версия 12.0.1.

Результаты. При сопоставлении пациентов с шизофренией и контрольной групп не показано различий по скорости и латентности предиктивных и рефлексивных саккад. В то же время точность рефлексивных саккад была лучше в контрольной группе по сравнению с основной группой (95,11±3,17 и 76.46±15.03 соответственно; $p<0.0001$), так же как и предиктивных саккад (93,98±3.23 и 86.73±6.10 соответственно; $p<0.0001$). В тесте антисаккад пациенты с шизофренией совершали значительно больше ошибок, чем лица контрольной группы (46,63±12.41 по сравнению с 16,06±9.27, $t=17.420$, $p<0.0001$). Данные по параметрам саккад в соответствии с размерной моделью шизофрении представлены в таблице 2.

Не было различий по скорости предиктивных и рефлексивных саккад между клиническими группами и контролем. Средняя пиковая скорость во всех случаях соответствовала средним физиологическим значениям. Проведенный post hoc LSD тест показал, что латентности предиктивных и рефлексивных саккад были больше в группе с доминирующей негативной симптоматикой, чем в контрольной группе. Латентность ПС, ДС и РП значительно не отличалась от контроля. Post-hoc LSD тест показал, что в тесте предиктивных саккад меньшая точность наблюдалась только в подгруппе НС, тогда как в остальных подгруппах не отличалась от контрольной. Такая тесная связь саккадических нарушений и негативной

симптоматики при шизофрении может быть связана с ролью префронтальных отделов головного мозга как в возникновении негативной симптоматики, так и в контроле глазных саккад. При усложнении теста – появлении случайного сигнала, нарушения точности наблюдались во всех группах по сравнению с контрольной, но в большей степени (до уровня 60%) в подгруппе ДС.

Таблица 2. Параметры предиктивных и рефлексивных саккад

	Предиктивные саккады			Рефлексивные саккады		
	латентность (мс)	скорость (°/с)	точность (%)	латентность (мс)	скорость (°/с)	точность (%)
РП	247.7±35.5	461.3±46.2	94.2±6.0	231.8±58.3	462.1±40.8	80.8±11.3
ПС	250.7±34.3	459.9±34.5	94.6±3.6	233.0±19.0	462.4±35.9	75.8±9.5*
НС	285.5±73.1*	451.6±52.8	82.9±18.6*	283.2±78.9*	447.3±39.7	81.4±15.1*
ДС	251.5±31.6	447.9±33.4	94.2±3.7	243.3±35.7	457.4±46.0	58.8±11.7*
Контроль	251.6±32.7	455.9±36.3	94.3±3.6	242.3±23.8	452.3±34.0	95.1±3.1
ANO VA	F=11.31, p<0.0001	F=0.61, p=0.65	F=14.54, p<0.0001	F=6.68, p<0.0001	F=0.11; p=0.977	F=48.53, p<0.0001

Примечание: * p<0,001

В тесте антисаккад все подгруппы справлялись значительно хуже контрольной группы (F=96.79, p<0.001). В группе РП количество ошибок было близко таковому в группах ПС и НС.

Выводы. Результаты нашего исследования свидетельствуют о нарушении саккадических движений глаз еще на продромальном этапе шизофрении, при этом выраженность этих нарушений по тесту антисаккад сопоставима с выраженностью нарушений при шизофрении. При различных доминирующих симптомах шизофрении присутствуют различные паттерны глазодвигательных нарушений. Тесты предиктивных и рефлексивных саккад более чувствительны к доминирующей негативной симптоматике в структуре шизофрении.

Литература:

1. Скугаревская, М.М. Синдром ослабленного психоза – новый диагноз в психиатрии? / М.М. Скугаревская // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. – 2014. – № 2. – С. 40-43.
2. McDowell JE, Dyckman KA, Austin BP, Clementz BA. Neurophysiology and neuroanatomy of reflexive and volitional saccades: evidence from studies of humans. Brain Cogn 2008; 68 (3): 255-70.
3. Gooding DC, Basso MA. The tell-tale tasks: a review of saccadic research in psychiatric patient populations. Brain Cogn 2008; 68(3): 371-390.

Скугаревский О.А., Скугаревская Т.О.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь

КОГНИТИВНЫЙ ЭНДОФЕНОТИП НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: КЛИНИЧЕСКАЯ ЭКСТРАПОЛЯЦИЯ

В статье рассматривается клиническая феноменология нарушений пищевого поведения сквозь призму механизмов когнитивного функционирования.

Skugarevsky O.A., Skugarevskaya T.O.
Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

THE COGNITIVE ENDOPHENOTYPE OF EATING DISORDERS: CLINICAL EXTRAPOLATION

In this article we discuss clinical phenomenology of eating disorders via mechanisms of cognitive functioning.

Нарушения пищевого поведения (НПП), включающие жесткие (DSM-5) диагностические категории нервной анорексии (НА), нервной булимии (НБ), компульсивного переедания (КП) (а также избегающее/ограничительное расстройство приема пищи) имеют тесную связь с когнитивным функционированием субъекта. Понимание нейropsychологических механизмов мозга выстраивает своеобразный «мост» для понимания «странных» с клинической точки зрения феноменов, предрасполагающих к развитию и поддерживающих хронический характер течения НПП. Необычный, «странный» характер многих поведенческих и когнитивных проявлений НПП предоставляет иногда повод для дискуссии вокруг изолированной категоризации таких феноменов (например, «воимитомания»), либо попытки оценивать их в рамках расстройств иных рубрик (проявления социальной отстраненности, «черно-белый» стиль мышления, ритуализированное поведение и пр.). С другой стороны, наши динамические клинические наблюдения за такими пациентами, подкрепленные пато- и нейropsychологическими исследованиями, позволяют констатировать, что: (а) когнитивная и поведенческая мозаика проявлений НПП индивидуальна для каждого пациента; (б) она, как правило, имеет тесную связь с его анамнезом (включая перинатальный период); (в) изменчива с учетом клинических характеристик расстройства (диагноз, возраст начала, наличие экстремальных методов контроля массы тела, характер и степень выраженности соматической дисфункции, вторичной по отношению к расстройству и др.); (г) имеет возможность

(как минимум частичной) обратной динамики на фоне восстановления статуса питания (при определенных условиях). Более того, заинтересованность механизмов эпигенетического наследования при НПП дает возможность прояснить, почему констатированные ранее психологические особенности семейного функционирования потенциальных пациентов создают необходимые условия для их появления и сегрегации.

Гетерогенность клиники НПП с флюктуирующим ее характером требуют поиска дополнительных диагностических возможностей/маркеров. Одним из вариантов являются так называемые эндофенотипические признаки, которые, наряду с известными фенотипическими особенностями пациентов с НПП (характерологические и нейрокогнитивные), имеют тесную связь с генотипом, т. е. могут наследоваться и отмечаться у здоровых родственников пробанда. Нейрокогнитивный профиль пациентов с НПП включает, прежде всего, нарушения исполнительского и зрительно-пространственного функционирования. Напротив, внимание, вербальное функционирование, обучение, общий интеллект, по-видимому, не выделяют пациентов с НПП по сравнению со здоровыми. Два элемента исполнительского функционирования демонстрируют все шансы быть признанными компонентами эндофенотипа НА и НБ. К ним относят устойчивые проявления *слабости процессов гибкости когнитивного переключения* (set-shifting) и *центральной когеренции* (central coherence). Гибкость когнитивного переключения связана со способностью к своевременной коррекции когниций и поведения с учетом изменяющихся требований ситуации. Снижение этой гибкости может проявляться ритуализированным и повторяющимся поведением. Вероятно, подобный дефицит представляет одну из характеристик предрасположенности к расстройству, поскольку он сохраняется и после выздоровления, хотя и в ослабленной форме [1], а также наблюдается у здоровых сестер пациенток, страдающих НПП, что свидетельствует в пользу наследственной природы подобной несостоятельности.

Ослабленная центральная когеренция представляет собой стиль восприятия, при котором субъекту трудно интегрировать специфические элементы в глобальный контекст («трудно увидеть всю картину целиком», «за деревьями не видит леса»). Клиническая экстраполяция этого феномена проявляется чрезмерной внимательностью к деталям, постоянными сомнениями, перфекционизмом, озабоченностью стройностью. Оба компонента ослабленной центральной когеренции (проблема глобальной интеграции и избыточный очаговый процессинг) – ассоциированы со всеми формами НПП (теснее связь с НА), сохраняются после выздоровления (хотя и ослабленные), отмечаются у здоровых сестер паци-

енток [2]. В совокупности с приведенными данными близнецовые исследования свидетельствуют о том, что ослабление центральной когеренции и снижение гибкости когнитивного переключения – компоненты эндофенотипа НПП со средней-большой величиной эффекта [3]. Тем самым эти компоненты нейрокогнитивного профиля потенциально претендуют на место в понимании этиологии НПП.

Нарушения когнитивного функционирования на фоне компульсивного переедания (КП) становятся явными в ситуации конфронтации со стимулами, связанными с пищевым поведением. В то же время обыденные стимулы не выявляют различий когнитивного функционирования по сравнению с лицами, изолированно страдающими ожирением либо имеющими нормальную массу тела. Это свидетельствует о заинтересованности при КП когнитивных механизмов высокого уровня, а не просто общих затруднений когнитивного функционирования. Примечательно, что на фоне ожирения, повреждения также касаются преимущественно домена исполнительного функционирования (когнитивная гибкость и система принятия решений) [4].

Нарушение социального функционирования – надежный спутник НПП, как правило, предшествующий тяжелым проявлениям расстройства. Дефицит социальных когнитивных функций, включая Теорию разума (Theory of Mind, ToM), по-видимому, имеет прямое отношение к клиническим проявлениям нарушений социального функционирования при НА и других НПП. Социальные когнитивные способности отражают способности людей воспринимать и интерпретировать информацию о самих себе, окружающих и социальных ситуациях. Теория разума отражает способность человека воспринимать как свои собственные переживания (убеждения, намерения, знание и пр.), так и переживания других людей для объяснения и прогнозирования их поведения. Важнейший аспект Теории разума состоит в осознании того факта, что собственное психическое состояние не тождественно психическому состоянию другого человека и критически определяет способность индивида к социальной адаптации и коммуникации. Принципиальными гранями Теории разума являются способность к оценке когнитивной перспективы (мысли, убеждения, эмоции окружающих) и адекватная обработка аффективных стимулов (например, понимание «по глазам», что хочет человек сказать).

Дисфункциональная теория разума при НПП определяет «неадекватное считывание» намерений окружающих, трактовку их как враждебных, неадекватную внутреннюю картину болезни и плохой инсайт, напряженные отношения с окружающими. Пациенты с НПП демонстрируют значительные затруднения в понимании и принятии окружающими их проблем с образом собственного тела, параметров физического

здоровья, необходимости лечения и поведенческих последствий их состояния. Дисфункциональная Теория разума имеет место и при НА и при НБ (по сравнению со здоровыми), наиболее отчетлива на фоне развернутых проявлений НА (большая величина эффекта для когнитивного компонента и средняя для аффективного; интенсивность связи ослабевает при выздоровлении). При этом выраженность кахексии и депрессии являются опосредующими факторами. Любопытно, что при НБ, по-видимому, больше страдает обработка эмоционально значимой информации, чем когнитивный процессинг. Сопряженность дисфункциональной Теории разума с (а) выраженностью кахексии при НА, (б) длительностью заболевания, (в) сохранение ее проявлений на фоне ремиссии при НПП (хоть и в ослабленном варианте) может быть свидетельством влияния голодания на мозговые сети, определяющие социальные когниции и фактор уязвимости в плане обострения состояния. В целом, нарушения социального когнитивного функционирования являются предпосылкой и поддерживающим фактором при НА, а не просто отражают последствия голодания, что подтвердилось в исследованиях близнецов и у детей с высоким риском развития НПП (дети матерей, больных НПП) [5].

Таким образом, терапевтическое вмешательство при НПП должно предусматривать возможность коррекции проявлений когнитивного эндофенотипа, отражающегося в специфике клинических проявлений этих расстройств.

Литература:

1. Poor cognitive flexibility in eating disorders: Examining the evidence using the Wisconsin card sorting task / K. Tchanturia et al. // PLoSONE. – 2012. – Vol. 7(1).
2. Set-Shifting abilities, central coherence, and handedness in anorexia nervosa patients, their unaffected siblings and healthy controls: exploring putative endophenotypes / E. Tenconi, et al. // World J Biol. Psychiatry. – 2010. – Vol. 11. – P. 813-823.
3. Set shifting and central coherence as neurocognitive endophenotypes in eating disorders: A Preliminary Investigation In Twins / N. Kankam, C. Raoult, D. Collier, J. Tressure // The World Journal of Biological Psychiatry. – 2013. – Vol. 14. – P. 464-475.
4. Kittel, R., Brauhardt, A., Hilbert, A. Cognitive and emotional functioning of binge-eating disorder: a systematic review / R. Kittel, A. Brauhardt, A. Hilbert / International Journal of Eating Disorders. – 2015. – Vol. 48. – P. 535-554.
5. Social cognition in anorexia nervosa: specific difficulties in decoding emotional not none emotional mental states / T. Brockmeyer, J. Pellegrino, H. Munch et al. // International Journal of Eating Disorders. – 2016. – DOI: 10.1002/eat.22574.

Хрущ И. А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь

ПРОБЛЕМАТИКА И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПСИХОКОРРЕКЦИИ ДЕТСКОГО АУТИЗМА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

В статье рассматриваются актуальность проблемы аутизма и перспективы развития психокоррекции детей с РАС в РБ.

Khrushch I. A.

Belarussian State Medical University,
Minsk, Belarus

PROBLEMS AND PROSPECTS OF PSYCHO CORRECTION DEVELOPMENT OF CHILD AUTISM IN THE REPUBLIC OF BELARUS

The article is devoted to the relevance of the problem of autism and development prospects of psycho correction of child autism in the Republic of Belarus.

Актуальность проблемы аутизма:

- высокая частота встречаемости и рост показателей заболеваемости в последние 15-20 лет;
- увеличение количества тяжелых и осложненных форм;
- низкий уровень эффективности реабилитационной помощи и фармакологического лечения;
- недооценка социальной значимости проблемы государством и обществом.

Целью работы является определение путей преодоления проблемных моментов, связанных с детским аутизмом в Республике Беларусь, а именно:

- низкий уровень системы диагностики и мониторинга пациентов с РАС;
- низкий уровень осведомленности и информированности специалистов и родителей о ранних проявлениях аутизм;
- позднее обращение за помощью к специалистам службы охраны психического здоровья детей и подростков и т. д.

Выделяют несколько обобщенных концепций этиологии детского аутизма, а именно:

- психогенную;

- кумулятивного риска;
- инфорационного шока;
- биологическую.

При этом наследование не является моногенным фактором, так как существенную роль играют экзогенные факторы.

Таблица – Расстройства аутистического спектра у детей и подростков до 18 лет в г. Минске (Учет Городского клинического детского психиатрического диспансера г. Минска)

МКБ-10	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 (6 мес.)
84.0	68	89	118	157	205	318	355
84.01	4	4	4	5	4	3	3
84.1	16	18	17	23	29	35	37
84.11	33	35	34	37	36	32	30
84.2	1	1	1	2	3	5	5
84.3	4	2	3	2	3	1	1
84.5	11	15	15	20	16	20	23
84.8	2	1	5	8	8	3	3
84.9	23	37	48	90	130	124	132
<i>ИТОГО</i>	<i>162</i>	<i>202</i>	<i>245</i>	<i>344</i>	<i>434</i>	<i>541</i>	<i>589</i>

Следующие расстройства при аутизме требуют вмешательства:

- состояния страха, беспокойства и возбуждения;
- тяжелые нарушения сна;
- агрессивное поведение;
- тяжелые навязчивые состояния;
- самоповреждения;
- эпилептические припадки;
- «психотические состояния» (соматически обусловленные психозы).

Основу систематики современных подходов к коррекции можно представить следующим образом:

I. Традиционные (основные) подходы:

- медицинские;
- психолого-педагогические.

Традиционные подходы к коррекции аутистических расстройств используют до **90-95%** семей, в которых есть дети с аутистическими расстройствами.

Основные психолого-педагогические подходы (АВА, ТЕАССН, DIR и некоторые другие) используются в **89%** случаев.

Традиционная психихофармакотерапия – в **50%** случаев.

II. Альтернативные (вспомогательные) подходы:

- альтернативные варианты медико-биологических воздействий;
- альтернативные варианты психолого-педагогических воздействий.

Такой альтернативный вариант, как анималотерапия предполагает наличие определенной систематичности, длительности и четко разработанной индивидуальной реабилитационной программы (с учетом состояния пациента и наличия противопоказаний для данного вида терапии).

Существует набор критериев для оценки новых методов терапии, разработанный Американским сообществом поддержки людей с расстройствами аутистического спектра.

- Каждый новый метод терапии следует воспринимать с оптимистическим скептицизмом.
- Особенно критически следует относиться к тем методам, которые претендуют на универсальную эффективность при всех формах аутизма или при лечении всех пациентов.
- Нужно осторожно применять методы, игнорирующие индивидуальность пациента и способные навредить ему.
- Всегда необходимо помнить о том, что любой метод представляет собой лишь одну из множества возможностей.
- Любой вид лечения можно применять лишь после обследования пациента и подтверждения адекватности метода.
- Часто о новых методах терапии ведутся очень поверхностные дискуссии; будьте бдительны, если споры переходят в этическую плоскость.
- Эффективность новых методов терапии должна быть научно доказана.

Перспективы развития психокоррекции детей с РАС в Республике Беларусь:

Расширение зоны информационного обеспечения:

- а) специалистов, с целью повышения качества и более ранних сроков выявления признаков аутизма;
- б) родителей, в целях обеспечения помощи в ранней диагностике аутизма и участия в коррекционном сопровождении детей.

Проведение обучающих программ и тренингов специалистов, работающих с детьми, имеющими диагноз «аутизм». Обеспечение подготовки новых кадров, специализирующихся на работе с детьми данной категории.

Создание системы специализированной помощи детям с РАС на государственном уровне.

Активное распространение в СМИ научно обоснованной информации об аутизме с целью представления реальной значимости этой проблемы для общества и государства и формирования толерантного и доброжелательного отношения к людям с расстройствами аутистического спектра.

Создание Центра помощи аутичным детям с акцентом на психокоррекционную работу и социально-педагогической реабилитации.

Репозиторий ГРГМУ

СОДЕРЖАНИЕ

Байкова И.А., Терещук Е.И., Навицкая Е.В., Кирилук В.С. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ, ПОВЕРГШИХСЯ НАСИЛИЮ В СЕМЬЕ.....	3
Бизюкевич С.В., Карпюк В.А., Букина Н.С., Шостко Н.Н. АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....	12
Волкова-Лагун О.В., Логвиненко Ю.А. РЕИНТЕГРАЦИОННАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ	16
Горгун О.В. ЛЕКАРСТВЕННО ИНДУЦИРОВАННЫЕ ЭКСТРАПИРАМИДНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ В КОНТЕКСТЕ ДИМЕНСИОНАЛЬНОЙ МОДЕЛИ.....	21
Гречаный С.В. СИМПТОМЫ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....	25
Гречаный С.В., Кожадей Е.В. ОСОБЕННОСТИ ПОСТНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ГЕРОИНОВЫМ АБСТИНЕНТНЫМ СИНДРОМОМ	26
Добряков И.В. ПРЕНАТАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ СЕМЬИ КАК КРИЗИСНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО	30
Kądziela-Olech H. ZESPÓŁ NADPROBUDLIWOŚCI PSYCHORUCHOWEJ (ADHD)– POSTĘPOWANIE DIAGNOSTYCZNE I TERAPEUTYCZNE W ODDZIALE DZIENNYM PSYCHIATRYCZNYM	34
Лелевич В.В., Виницкая А.Г. НАРКОПОТРЕБЛЕНИЕ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	37
Любов Е.Б. КАЧЕСТВО СООБЩЕНИЙ ЭЛЕКТРОННЫХ СМИ О СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ ПОДРОСТКОВ.....	40

Любов Е.Б.	
ОСВЕЩЕНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ В РОССИЙСКИХ СМИ.....	43
Любов Е.Б.	
ВЛИЯНИЕ СООБЩЕНИЙ СМИ НА ПОДРАЖАТЕЛЬНОЕ СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ	47
Максимчук В.П.	
ПРАВОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НЕСОВЕШЕННОЛЕТНИМ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ.....	51
Объедков И.В., Скугаревский О.А., Скугаревская М.М.	
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ХАРАКТЕРИСТИК ПРОИЗВОЛЬНЫХ САККАД ПРИ ШИЗОФРЕНИИ.....	55
Патонич В.А.	
ДУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ	59
Скугаревская М.М., Объедков И.В., Скугаревский О.А.	
РАННИЕ ЭТАПЫ ШИЗОФРЕНИИ: САККАДИЧЕСКИЕ ДВИЖЕНИЯ ГЛАЗ.....	61
Скугаревский О.А., Скугаревская Т.О.	
КОГНИТИВНЫЙ ЭНДОФЕНОТИП НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: КЛИНИЧЕСКАЯ ЭКСТРАПОЛЯЦИЯ	65
Хрущ И.А.	
ПРОБЛЕМАТИКА И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПСИХОКОРРЕКЦИИ ДЕТСКОГО АУТИЗМА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ.....	69

Научное издание

ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ СЛУЖБА:
СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Сборник материалов Республиканской
научно-практической конференции с международным участием,
посвященной 50-летию детской психиатрической службы
Гродненской области

19-20 октября 2017 года

Ответственный за выпуск С. Б. Вольф

Компьютерная верстка М. Я. Милевской, А. А. Хартанович

Подписано в печать 17.10.2017.

Тираж 40 экз. Заказ 179.

Издатель и полиграфическое исполнение
учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет».
ЛП № 02330/445 от 18.12.2013.
Ул. Горького, 80, 230009, Гродно.