

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ПРАВИТЕЛЬСТВА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
СПБ ГКУЗ «ЦЕНТР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ
«ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ» ИМЕНИ С.С. МНУХИНА»
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

XIII МНУХИНСКИЕ ЧТЕНИЯ
Расстройства личности,
адаптации и поведения
в детском и подростковом возрасте

Санкт-Петербург
2015

ББК 52.8

М 96

ХIII Мнухинские чтения. Международная научная конференция
«Расстройства личности, адаптации и поведения в детском и
подростковом
возрасте», 26 марта 2015 года. Сборник статей / Под общ. ред. Ю.А.
Фесенко,
Д.Ю. Шигашова. – СПб: Альта Астра, 2015. – 254 с.

ISBN 978-5-905498-29-9

© ЦВЛ Детская психиатрия, 2015

© Коллектив авторов, 2015

© Альта Астра, оформление, 2015

СОДЕРЖАНИЕ

Мнухин С.С.

Роль ленинградских психиатров в развитии детской психиатрии 5

Исаев Д.Н.

Психопрофилактика нарушений поведения и психосоматических
расстройств 10

Агеева И.А., Чымырбаева А.М., Булатаева И.Х.,

Мамбетова Р.Т., Новоселова И.П., Кадыралиев Н.М.

Взаимосвязь стратегий родительского воспитания с
эмоциональными

состояниями и успеваемостью школьников 16

Агранович З.Е., Алексеева А.М.

К проблеме диагностики и реабилитации детей со сложной
структурой

дефекта с выраженными нарушениями поведения и адаптации 22

Бардышевская М.К.

Отказы от развития у детей (в уровневой модели развития
аффективно-

поведенческих комплексов) 28

Бастун Н.А., Завгородняя Е.В.

Особенности поддержки психологического здоровья детей
с дисгармоническим инфантилизмом 34

Бычковский Д.А., Фесенко Ю.А.

Особенности общения и представлений о себе и о других
у лиц с акцентуациями характера 39

Васильева А.В.

Возможности психологической адаптации подростков с расстройствами

личности средствами современного искусства 45

Воронков Б.В.

О границах использования нравственных оценок при диагностике психопатий 49

Голубкова Н.В., Шишкин И.В.

Возможности профилактики и коррекции эмоциональных и поведенческих расстройств (в том числе агрессивного поведения) детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста с помощью методов групповой арт-терапии и поведенческой психотерапии 57

Городнова М.Ю., Коломиец И.Л.

Феноменология и психотерапия в работе с подростками с пограничной организацией опыта 61

Горьковская И.А., Щепкина Е.В.

Субъектность и профилактика девиантного поведения у детей старшего дошкольного возраста 65

Гречаный С.В.

Возрастные аспекты формирования расстройств поведения у детей и подростков 67

Грищенко Н.А.

Причины возникновения и коррекция трудностей в обучении младших

школьников 71

Громова В.А.

Стеничный и астеничный вариант аутодеструктивной копинг-стратегии

как эквивалентная форма саморазрушающего поведения у подростков 15-18 лет 73

Громыко В.Д., Майский А.А., Ерышова Н.В.

Особенности комплаенса в условиях стационара у подростков с расстройствами личности и с органическим поражением головного мозга 74

Грошева Е.В.

Самоповреждающее поведение как элемент подростковой субкультуры 75

Данилова Л.Ю.

Суицидальные тенденции у подростков с аддиктивными расстройствами 77

Демьянов Ю.Г.

Возрастной аспект анализа психопатологических синдромов 79

Демьянов Ю.Г.

Жестокость в жизни детей и подростков 81

Джамалдинов Д.С.-А.

Особенности психического состояния и социально-психологической

адаптации подростков Чеченской республики 86

Добряков И.В., Трушкина С.В.

Клинические проявления стрессовых расстройств у детей раннего возраста 88

Емелина Д.А., Макаров И.В.

Особенности поведения и адаптации детей с ЗПР, осложненной коморбидным церебральным синдромом 89

Ермоленко И.А., Северин А.В.

Информационно-компьютерные технологии и психологическое здоровье подростков 91

Железникова Т.П., Кузнецова Е.А., Пиотровский Д.Ю.

Роль логопедического дефекта

в формировании патологической личности подростка 95

Жуйкова Е.Б., Печникова Л.С., Усачева Е.Л.

Психотерапевтическая работа с принимающими семьями в детском психиатрическом стационаре 99

Изотова М.Х., Земляных М.В.

Особенности агрессии делинквентных подростков 105

Коваленко В.В.

Нарушение адаптации у детей в ситуации развода родителей 110

Ковшова О.С., Хрячкова Н.В.

Формирование личности и психическая адаптация подростков с детским церебральным параличом 113

Козловская Л.И.

Гештальт в коррекции нарушений поведения и адаптации подростков 119

Кокоренко В.Л.

Психопрофилактика деструктивных состояний и поведенческих рисков у подростков 124

Колесников И.А.

Диссоциативное расстройство идентичности 130

Коцюбинский А.П.

Психический диатез как состояние предболезни 132

Мамайчук И.И.

Психологическая помощь детям и подросткам
с расстройствами поведения: проблемы и перспективы 137

Матыко М.В., Распопова А.С.

Особенности интеллекта у пациентов с расстройствами личности
142

Никольская И.М.

Роль межпоколенных отношений в семье при диагностике и
коррекции

состояния детей и подростков с расстройствами адаптации и
поведения 144

Новикова Е.В., Серова Е.А.

Психологические характеристики мобильно-зависимых подростков
148

Пашковский В.Э., Романов А.А.

Расстройства личности, адаптации и поведения у детей с аутизмом
154

Полынская А.И., Подосокорская Л.Л., Сивак А.С., Капланская И.Л.

Расстройства адаптации у детей, обусловленные семейным
окружением 156

Прокушева А.С., Кузнецова Е.А.

Особенности структуры интеллекта у акцентуированных
подростков

с нарушениями поведения 158

Пушина В.В.

Дифференциация личностных особенностей подростков,
употребляющих алкоголь и курительные смеси 161

Романов А.М.

Проблема пранк-звонков в практике работы

Детского телефона доверия (ДТД) 166

Северный А.А., Иовчук Н.М.

О некоторых проявлениях патологического пубертатного криза 168

Скобло Г.В.

Адаптационно-поведенческие расстройства в раннем детстве
в терминологии DC:0-3R 173

Смирнова М.И., Мамайчук И.И.

Родительские отношения к детям и подросткам с расстройствами
поведения 178

Суетина О.А., Кравченко Н.Е., Титова Ю.А., Сачук О.В.

Девиации поведения в структуре психогенных расстройств

у подростков 183

Султанова А.С.

Нейропсихологические факторы нарушения поведения
и социальной адаптации в детском возрасте 184

*Фаддеев Д.В., Ерышова Н.В., Громова В.А., Громыко В.Д.,
Гречаный С.В.*

Профилактика суицидов среди несовершеннолетних
с расстройством личности 187

Фаддеев Д.В., Фролов Б.С., Рубина Л.П., Овечкина И.В.

Профилактика суицидов среди несовершеннолетних
(проблема и некоторые перспективы ее решения) 190

Фесенко Ю.А., Гарбузов В.И., Лохов М.И.

Группы риска (из книги «Мир детства:
взгляд детских психотерапевтов») 195

Худик В.А., Фесенко Ю.А.

Роль возрастных этапов детского развития
в формировании феноменологии поведения и становления
когнитивно-личностной сферы человека 204

Черных Л.А.

Особенности личностных и поведенческих расстройств
у детей с аутизмом 209

Шарыбин Е.А., Попов Ю.В.

Проблема социализации детей-сирот, страдающих
расстройствами личности 214

Шац И.К.

Нарушения поведения при аффективных расстройствах в детском
и подростковом возрасте 215

Шевченко Ю.С.

Клептомания: клинико-этологические параллели 221

Шигашов Д.Ю.

Влияние особенностей характера на нарушения психической
адаптации

у пострадавших от сексуального насилия 227

Шмакова О.П.

Детская психиатрия и школьное образование –
проблемы взаимодействия 230

Эйдемиллер Э.Г.

Краткосрочная аналитическая психодрама и психологическое
сопровождение семей детей с пограничными нервно-психическими
расстройствами 232

Ярлыков В.Н.

Два аспекта адаптации личности к социальной среде 238

Аверин В.А.

Памяти профессора Исаева Дмитрия Николаевича 240

Черных Л.А.

Особенности личностных и поведенческих расс тройств у детей с аутизмом

ГУ «Луганский университет имени Тараса Шевченко»,
г. Луганск, ЛНР

Детский аутизм выражается в отсутствии или исчезновении у детей каких-либо контактов со средой, в отсутствии у них заметного интереса к окружающему, адекватных эмоциональных реакций, а нередко и вообще каких-либо реакций на раздражители и, наконец, в отсутствии каких-либо форм целенаправленной активности и деятельности. Дети с аутизмом выглядят «отрешенными», «отсутствующими», «аутистически» погруженными в мир каких-то собственных переживаний [1].

МКБ-10 характеризует детский аутизм как общее расстройство развития, определяющееся наличием аномального и/или нарушенного развития, которое проявляется в возрасте до трех лет, и аномальным функционированием во всех сферах социального взаимодействия, общения и ограниченного, повторяющегося поведения.

Клинически он проявляется в виде нарушения, отклонения или задержке в развитии внимания, восприятия, оценки реальности и в развитии социального, языкового и двигательного поведения.

Аутизм характеризуется тремя группами личностных и поведенческих расстройств:

- 1) нарушения в социальном взаимодействии;
- 2) нарушения коммуникабельности и воображения;
- 3) значительное сужение интересов и активности [2].

В 1809 г. Дж. Хаслем впервые описал ребенка, соответствующего нашим представлениям об аутизме. Г. Модели (1867) обратил внимание на детей с тяжелыми психическими расстройствами и нарушением развития. В 20-30-е годы подобные наблюдения были сделаны Т.П. Симпсон и Г.Е. Сухаревой. В 1943 г. Лео Каннером описаны дети с инфантильным аутизмом, характеризовавшиеся одиночеством, неспособностью настраиваться на адекватное поведение, с задержкой или отклонением в развитии языка, эхолоалией и неправильным употреблением местоимений, монотонным повторением шумов или слов, отличной механической памятью. Они отличались ограниченным диапазоном спонтанной активности, стереотипиями, стремлением все поддерживать в неизменном виде, патологическими отношениями с другими людьми, а также предпочтением общения с неодушевленными предметами [3]. Если Л. Каннер рассматривал аутизм как особое болезненное состояние, относящееся к психической патологии, то Г. Аспергер (1994) – как патологическую конституцию, близкую к психопатической. В настоящее время большинством исследователей детский аутизм оценивается как патология шизофренного круга: как начальный период детской шизофрении или реже – как тяжелую форму *шизоидной психопатии*. Необходимо дифференциро-

вать собственно РДА и аутистический синдром. (последний выступает как проявление изоляции при многих типах отклонений в развитии) [1]. Возможно развитие аутизма и органического происхождения в связи с внутриутробным поражением ЦНС и особенно стволовых структур.. В рамках психоаналитического направления большое значение отводится хронической психотравмирующей ситуации, в частности, вызванной нарушением эмоциональной связи ребенка с матерью (аффективная депривация), холодностью последней, или наоборот – агрессивным поведением со стороны родителей, блокирующим эмоциональную сферу и психическую активность ребенка. Психогенные факторы в виде подавления спонтанной, эмоциональной активности у ребенка доминантными родителями вызывает «уход в себя» по типу защитной реакции [4].

По мнению других психологов, основу данных нарушений составляет патологическая фиксация симбиотической связи – «мать-ребенок», изолирующей последнего от окружающего мира и мешающую формированию адекватного представления о нем. Основным дефектом при аутизме рассматривают как недостаточность «Я-концепции», нарушение формирования сознания и снижение общей психической активности. Кроме того, важное значение отводится врожденной инстинктивной недостаточности, врожденной тревожности, недостаточности интуиции, неспособности понимать переживания других людей, снижению потребности в общении [1; 5; 6].

Поведенческие расстройства при аутизме проявляются в отсутствии или значительном снижении контактов с окружающими, в ограничении коммуникации (уход в себя, в свой внутренний мир). Слабость контактов наблюдается по отношению как к близким, так и к сверстникам. Аутичный ребенок в семье или в детском коллективе ведет себя так, как будто находится один: он смотрит мимо людей, не отзывается на свое имя, не обращает внимания на действия других. Он играет один, нередко разговаривает сам с собой, а чаще молчит. Но игра отличается бедным набором стереотипных движений и ограниченностью мимики.

Личностные и поведенческие расстройства у ребенка-аутиста наблюдаются в тщательном сокрытии своего внутреннего мира от окружающих, предпочтении неодушевленных объектов. У него отмечается отсутствие эмоционального резонанса на окружающую ситуацию, холодность и безразличие по отношению даже к близким, сочетающееся с повышенной сензитивностью.

Наблюдается болезненная гиперестезия к обычным сенсорным раздражителям. Обычные стимулы являются чрезмерными, неприятными, действуют травмирующим образом. Поэтому нормальная окружающая среда для аутичного ребенка является источником постоянных отрицательных эмоций, внутреннего дискомфорта. Человеческое лицо особенно часто становится сверхсильным раздражителем, поэтому они избегают прямого зрительного контакта, что способствует формированию дезадаптивного поведения [7]. Защищаясь от этих чрезмерных раздражителей, ребенок замыкается в своем внутреннем мире, избегает общения. Расстройство эмоциональной и коммуникативной сферы личности проявляется и в появлении аффективных

нарушений. Вследствие таких нарушений чувство неприятного сопровождается все виды восприятия, придавая им болезненный оттенок и вызывая негативные эмоции. На фоне постоянного ощущения сенсорного дискомфорта дети стремятся к получению активирующих впечатлений (аффективная аутистимуляция): раскачивание туловища, прыжки, стереотипные движения. Эти действия направлены не только на повышение психического тонуса в целом, но и на избирательную стимуляцию положительных эмоций. Дети пытаются также регулировать состояние сенсорного дискомфорта, затыкая уши, закрывая глаза и т.д. Воспринимая мир как источник отрицательных эмоций, они испытывают чувство тревоги и страха.

Сами дети не жалуются на страхи, но при установлении психологического контакта выясняется, что многие обычные предметы и явления (игрушки, бытовые предметы, шум воды, ветра) усиливают у них постоянное это чувство. Страхи, переживаемые в прошлом, сохраняются длительно и часто являются причиной поведения, которое воспринимается окружающими как неадекватное [8].

Отмечаются и более сложные страхи: страх смерти, боязнь всего окружающего и т.д. Чувство страха постепенно вызывают все новые предметы и явления. Поэтому формируется стремление к сохранению привычного стереотипа неизменности окружающей обстановки. Их перемена воспринимается как нечто угрожающее, вызывает выраженную реакцию тревоги. С состоянием страха связаны также различные защитные действия и движения, носящие характер ритуалов. В целом страхи усиливают отрицательное эмоциональное отношение к окружающему и способствуют появлению психопатий, неврозов и неврозоподобных состояний.

Интеллектуальная недостаточность не является обязательным признаком для аутизма. Обычно она носит вторичный характер. Еще Л. Каннер (1955) отмечал, что эти дети нередко могут иметь хорошие интеллектуальные данные и даже могут быть парциально одаренными: обладать абсолютным му-

зыкальным слухом, хорошо рисовать и т.д. Однако, для их интеллектуальной деятельности типичны нарушения произвольной деятельности, целенаправленности, затруднения в концентрации внимания, быстрая утомляемость.

Имеется также определенная необычность мышления, склонность к символизму [7]. Интеллектуальная деятельность имеет аутистическую направленность. Игры, интересы ребенка далеки от реальной ситуации, их содержание монотонно, а поведение однообразно. Игры длительно сохраняют манипулятивный характер. Причем дети предпочитают манипуляции с не игровыми предметами: палочками, бумажками и т.д.

Аутистические фантазии имеют сказочную форму, часто встречается сюжет перевоплощения в животных. В отличие от игры здорового ребенка наблюдает-

ся полный отрыв от реальности, охваченность всего поведения фантастическим

сюжетом. Их содержание связано с попыткой компенсировать имеющиеся стра-

хи, повышенную тревожность, чувство собственной неполноценности [5]. Личностные расстройства усугубляются тем, что часто при потенциально большом словарном запасе и способности к сложным речевым оборотам дети не пользуются речью для общения. Это может быть частичный или полный мутизм, аутичная речь, обращенная в пространство, к самому себе, эхолалия при ответах на вопросы. Характерно неупотребление личных местоимений, речь о себе во втором или третьем лице. Тембр и модуляции голоса неестественны, часто певучи. При недоразвитии коммуникативной функции речи нередко наблюдается повышенное стремление к словотворчеству, бесцельному манипулированию звуками, слогами, отдельными фразами из стихов и песен.

Могут наблюдаться дисфазии, нарушения понимания значений слов, неспособность к усвоению грамматических правил. Речевые нарушения также расцениваются как одно из проявлений недостаточности мышления, а именно невозможности использования знаков и символов.

Наблюдается нарушение координации произвольных движений, трудности в освоении навыков самообслуживания. Отмечается мышечная гипотония, слабость мышц, особенно рук. Нарушения в поведенческой сфере проявляются в формировании манерности и вычурности движений, склонности к гримасам, неожиданным жестам, сходным с навязчивыми ритуалами. Расстройства функции вестибулярного аппарата обуславливают страх при имеющемся нарушении равновесия, отмечается тенденция к вращательным стереотипным движениям.

Рассмотренные выше нарушения связаны с недостаточностью определенных психологических систем (гностических, речевых, двигательных). Вторая группа расстройств обусловлена недостаточностью активирующей, аффективной системы. Если первая локализуется на уровне коры головного мозга, то вторая – на уровне подкорковых структур.

Эти системы обеспечивают тоническую основу нервно-психических функций. От их состояния зависит уровень бодрствования, психической и моторной активности, побуждение к деятельности, ее цель и мотивация [4], которые сильно страдают при аутизме.

С позиции теории психического стресса Г. Селье аутичный ребенок в процессе любой деятельности не удерживается на стадии приспособительной мобилизации психического тонуса, а находится на стадиях патологического напряжения и истощения. В картине аутизма они последовательно сменяют друг друга. Поэтому выявляется нарушение концентрации внимания, его неустойчивость, быстрая истощаемость. К резким колебаниям внимания, когда ребенок практически выключается из ситуации, относятся и кратковременные утери мысли (шперрунги). Низкий психический тонус способствует более

низкому уровню протекания всех психологических процессов, что не может не сказаться на формировании личностных и поведенческих характеристик. Учитывая всю вышеперечисленную симптоматику, коррекционную работу с аутичным ребенком необходимо начинать с установления контакта и доверия, что обычно вызывает немалые трудности у педагогов, психологов

и дефектологов.

Во время знакомства с ребенком специалист поначалу лишь наблюдает за его стереотипной игрой. Цель такого наблюдения – постараться вникнуть в структуру стереотипной игры: выделить цикл повторяющихся действий, конкретные звукосочетания, слова и словосочетания в бормотании ребенка во время игры.

Все, что происходит на занятии, должно сопровождаться эмоциональным комментарием, в ходе которого взрослый проговаривает все действия и ситуации. Чтобы наладить с аутичным ребенком контакт, без которого невозможно проведение коррекционных мероприятий, можно проводить с ним сенсорные игры, основная цель которых – дать ребенку новые чувственные ощущения (зрительные, слуховые, тактильные и двигательные, обонятельные и вкусовые). Целесообразность проведения с аутичным ребенком таких игр основывается на положении о том, что сенсорный компонент мира приобретает для такого ребенка особую значимость. Поэтому проведение сенсорных игр является своеобразным «соблазнением» ребенка. Если удастся связать приятное переживание, которое возникает у аутичного ребенка при получении нового сенсорного ощущения, с образом конкретного человека, ребенок проникается доверием к взрослому, который играет с ним, начинает видеть в нем союзника. В этом случае можно говорить об установлении эмоционального контакта.

Игры с движениями и тактильными ощущениями возможны только на этапе полного доверия ребенка к коррекционному психологу и педагогу, т.к. для многих аутичных детей прикосновения могут оказаться болезненными.

Особое внимание следует уделить работе с родителями таких детей, поскольку у матерей развиваются сложные и нередко тяжелые реакции на наличие в семье аутичного ребенка. Эти реакции проявляются в подавленности, растерянности перед лицом неконтактности ребенка, своеобразном комплексе родительской неполноценности, недоверия к себе как воспитателю, отказе от себя во имя ребенка, попытках постоянных занятий с ним, тревожных опасениях в связи с предполагаемой ролью «плохой наследственности» и т.д. К этому присоединяется невозможность общения с другими семьями на уровне общения детей, постоянное и невыгодное сравнение своего ребенка с другими – «нормальными» детьми. Поэтому родителей необходимо научить целостному восприятию поведения ребенка, обозначить пути реализации коррекционной работы и ее перспективы.

Только в случае совместной работы психологов, педагогов, врачей, дефектологов и родителей возможно адаптировать аутичного ребенка к детскому коллективу, развить у него коммуникативные умения и навыки, нормализовать эмоционально-волевую сферу, минимизировать или свести на нет личностные и поведенческие расстройства.

Литература

1. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста.

– М., 1955. – Т. 1; 1959. – Т. 2; 1963. – Т. 3.

2. Лебединский В.В. Нарушение психического развития в детском возрасте. – М.: Академия, 2003.

3. Каган В.Е. Аутизм у детей. – Л., 1981.

4. Соколова Е.В., Шеметова Ю.В. Специфика развития и пути помощи аутичным детям // Актуальные проблемы специальной психологии в образовании: сборник докладов Межрегиональной научно-практической конференции. – Часть 2. - Новосибирск, 2002. – С. 134-150.

5. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. – М., 1990.

6. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма. – М.: Просвещение, 1991. - С. 21-25.

7. Психология аномального развития: Учебное пособие. – Ставрополь: Издательство СГУ, 2006. – 353 с.

8. Асанов А.Ю. Основы генетики и наследственные нарушения развития у детей: учеб пособие для студ. высш. пед. учеб.заведений / А.Ю. Асанов, Н.С. Демикова, С.А. Морозов ; под ред. А.Ю. Асанова. – М.: Академия, 2003. – 224 с.