

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89 - 008.454 - 053.2 - 081.23

Е.А. Михайлова, Т.Ю. Проскурина, Н.Г. Михановская,

Д.А. Мителев, Т.Н. Матковская

ПРИОРИТЕТНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины», г. Харьков

Ключевые слова: дети, подростки, психическое здоровье

Концепция охраны здоровья детей и подростков в Украине проходит этап правительственного и межведомственного согласования. Разработка и внедрение современных медицинских и организационных технологий, включая стандарты и протоколы ведения больных с психическими расстройствами в детском возрасте, находится на инициальном этапе.

Последнее десятилетие развитие психиатрии характеризуется существенным расширением и углублением проблемы психического здоровья. Установлен высокий рост пограничной психической патологии у детей и подростков, которая представлена преимущественно невротическими и поведенческими расстройствами [1;2;3;4]. Сложность и сходство психопатологической структуры невротических расстройств (НР) у детей и подростков, их резистентность к терапии определяют актуальность дальнейшего поиска методологических подходов к диагностике и оценке этих состояний [5;6;7]. Когнитивная дисфункция, сопровождающая и зачастую маскирующая собственно аффективную составляющую синдрома, вносит дополнительные трудности в вопросы диагностики и лечения НР [8;10]. Практически не изучена роль отдельных нейромедиаторных систем и биогенных аминов в развитии НР у подростков, что затрудняет выбор оптимальной патогенетической психофармакотерапии.

Недостаточная эффективность существующих методов терапии НР обусловлена ограниченным использованием социальной и психотерапевтической составляющих лечения, полипрагмазией, наличием у многих психофармакологических средств существ-

венных побочных эффектов, что затрудняет их применение в детской и подростковой практике.

Одной из актуальнейших нерешенных проблем детской психиатрии является синдром дефицита внимания с гиперактивностью, который, часто маскирует депрессивные расстройства у детей и является экономическим бременем для родителей при проведении длительной медикаментозной специфической терапии. Кардинально увеличивается количество детей и подростков, нуждающихся в медико-психологической, психотерапевтической и психиатрической помощи по вопросам аддикций. Изменились удельный вес и структура девиантного поведения [11]. К специалистам все чаще стали обращаться дети с зависимостями от психоактивных веществ, игровыми аддикциями, интернет-зависимостью, с различными коммуникативными зависимостями. Обострившаяся в последние годы проблема школьного образования отрицательно влияет на формирование психического здоровья детского населения. Трудности в усвоении базисных предметов испытывают 86% учащихся лицеев, 100% учащихся гимназий и 73% учащихся массовых школ. Не может остаться без внимания тот факт, что в документах ВОЗ и специальной литературе заняли прочное место такие, связанные со школой термины, как «школьный стресс», «дидактогения» «школофобия» и др. Этими терминами обозначаются проявления невротических расстройств, которые приводят к категорическим отказам от посещения занятий. Все это требует внимания детских психиатров и психологов к школе и оценки ее воздействия на психическое здо-

ровье детей. Обеспечение психического и психологического здоровья детей дошкольного и школьного возраста является основной целью социальной детской психиатрии, которая существует во многих странах. До настоящего времени имеется большой пробел и в соотнесении отечественного понимания патогенеза, клиники и лечения ранней детской психопатологии с существующей международной теорией и практикой.

Целью настоящего исследования было изучение клинических особенностей невротических расстройств у подростков, структуры девиантного поведения в различных когортах подростковой популяции (учащиеся общеобразовательных школ, беспризорники и подростки с пограничными психическими расстройствами), структуры психопатологии у детей раннего возраста для оптимизации лечебно-диагностических мероприятий.

Было обследовано 387 подростков с НР (194 больных с неврастенией, 111 с невротической депрессией и 82 с тревожно-фобическим расстройством). Возраст больных с НР варьировал от 12 до 18 лет (200 мальчиков и 187 девочек). В зависимости от возраста больные были разделены на две группы: младший подростковый возраст (12-14 лет) – 156 больных и старший подростковый возраст (15-18 лет) – 231 пациент. Использовались клиничко-психопатологический и патодиагностический методы исследования компьютерная электроэнцефалография. Было изучено состояние симпатико-адреналовой системы, особенности обмена серотонина, мелатонина, состояние опиоидной системы, определена роль гормонов и биогенных аминов в формировании отдельных форм НР.

Установлено, что у подростков младшей возрастной группы неврастения характеризуется астеническим (26,9 %), тревожным (47,3 %) и смешанным (25,8 %) синдромами, а у подростков старшей возрастной группы – астено-депрессивным (40,6 %), девиантным (38,6 %), соматоформным (20,8 %) синдромами.

Невротическая депрессия у подростков представлена преимущественно аффективными нарушениями средней степени выра-

женности. Аффективный регистр у старших подростков включает симптомы гипотимии, когнитивных и поведенческих нарушений (анорексия, суицидальное поведение), у младших подростков – астенически-адинамический симптомокомплекс. Кластерный анализ синдромокомплексов в возрастном аспекте показал, что для подростков младшей возрастной группы характерны: астенический (53,5 %), тревожный (34,9 %), смешанный (11,6 %) типы, а для подростков старшего возраста – девиантный (42,7 %), апатический (23,5 %), астенический (20,6 %), ипохондрический (13,2 %).

Тревожно-фобическое расстройство (ТФР) у младших подростков включают изолированные фобии (преимущественно природные) и тревожность, у старших подростков – панические и генерализованные тревожные расстройства в сочетании с социальными фобиями.

Установлено, что особенностью конфликтов у подростков с неврастенией является их адресованность в прошлое (76,2 %), для подростков с невротической депрессией – в настоящее (53,2 %), для подростков с ТФР – адресованность в будущее (58,2 %). Психогении в интерперсональной зоне конфликта, хронический тип течения конфликта, чаще обуславливали развитие неврастения у подростков. Психотравмы в сексуальной сфере и нарушения в сфере социальной активности коррелировали с депрессией и формировали неблагоприятный тип ее течения. Выявлены общие конституциональные личностные детерминанты невротогенеза у подростков: акцентуация характера, тревожность, ригидность, высокий риск социальной дезадаптации.

Дифференцированный подход к оценке конфликтной ситуации обеспечивает выявление зон-мишеней, необходимых при формировании стратегии терапевтического вмешательства.

В нейрофизиологическом механизме НР ведущими являются особенности нейротогенеза, включающие дезорганизацию и полиморфизм; неустойчивость по частоте основного ритма, часто с отсутствием региональных отличий; повышение спектральной мощности в θ -диапазоне в центрально-теменных и префронтальных областях

полушарий мозга; слабость реакции активации; преобладание низкочастотного β -ритма, что свидетельствует о нарушении интегративной деятельности головного мозга, дисфункции лимбико-ретикулярного комплекса.

Установлено снижение уровня β -эндорфинов и разнонаправленный характер изменений уровней лей- и метэнкефалинов, что свидетельствует о нейрорегуляторных изменениях – истощении опиоидной системы у подростков с НР. У большинства исследуемых подростков определяется повышенный уровень серотонина при повышенном показателе 5-ОИУК и низкий уровень мелатонина независимо от возраста, пола и клинической формы НР, что должно учитываться в формировании схем патогенетической терапии.

Исследованиями установлено, что формирующееся стабильное психологическое ядро, неадекватные механизмы психологической защиты, низкие показатели теста качества жизни выступают диагностичес-

кими маркерами пролонгированного невротического расстройства у подростков. Хронический тип течения невротической болезни у подростков преобразует личность, блокирует личностное развитие и приводит к личностной деформации и девиантному поведению, что способствует развитию нонкомплаенса. Отсутствие терапевтического сотрудничества или его недостаточность не позволяет осуществить мероприятия, необходимые для оптимального психического и социального функционирования больных подростков с невротической болезнью.

Исследования структуры девиантного поведения в различных популяционных когортах подростков (276 подростков с невротическими расстройствами, 78 беспризорных подростков и 533 ученика общеобразовательных школ) показало, что удельный вес девиантного поведения достаточно высок, причем у одного и того же подростка может отмечаться сразу несколько вариантов девиантного поведения (табл. 1)

Таблица 1

Частота вариантов девиантного поведения у подростков разных популяционных групп

Варианты девиантного поведения	Подростки с невротическими расстройствами, N=276		Подростки – беспризорники, N=78		Подростки школьного возраста, N=533	
	n	%	n	%	n	%
Агрессия	200	72,5	78	100	370	69,4
Аутоагрессия	15	5,4	20	25,6	17	3,2
Злоупотребление веществами, которые вызывают состояния измененной психической деятельности:						
- алкоголем	20	7,2	30	38,5	70	13,1
- наркотическими веществами	18	6,5	29	37,1	5	0,9
- табакокурение	196	71,0	49	62,8	100	18,7
Нарушение пищевого поведения	26	9,3	16	20,5	20	3,7
Аномалии сексуального поведения	43	27,5	29	37,0	50	9,3
Сверхценные психологические увлечения	58	21,0	6	7,7	106	19,9
Сверхценные психопатологические увлечения	96	34,8	218	78,4	172	32,2
Характерологические и патохарактерологические реакции	253	91,6	78	100	320	60,0
Коммуникативные девиации	276	100,0	78	100,0	84	15,7
Безнравственное и аморальное поведение	174	63,0	78	100,0	67	12,6
Неэстетичное поведение	94	34,1	9	11,5	53	9,9

Определены преимущественные|преобладающие| варианты девиантного поведения у подростков с невротическими расстройствами: коммуникативные девиации, патохарактерологические реакции; агрессия; злоупотребление психоактивными

веществами, которые вызывают состояния измененной психической деятельности (табакокурение); безнравственное и аморальное поведение; сверхценные психопатологические увлечения неэстетичное поведение; сверхценные психологические увлече-

ния (игромания, компьютерная зависимость, гэмблинг); аномалии сексуального поведения.

Превалирующие|преважають| варианты девиантного поведения у подростков-беспризорников: агрессия; патохарактерологические реакции; коммуникативные девиации; безнравственное и аморальное поведение; сверхценные психопатологические увлечения (бродяжничество, кверулянтство); злоупотребление психоактивными веществами (алкоголь, наркотические вещества, табакокурение); аномалии сексуального поведения; суицидальное поведение.

Превалирующие|преважають| варианты девиантного поведения у подростков школьного возраста: агрессия; характерологические и патохарактерологические реакции; злоупотребление психоактивными веществами (табакокурение); сверхценные психологические увлечения; коммуникативные девиации; безнравственное и аморальное поведение; незстетичное поведение.

Определены факторы, которые детерминируют риск развития девиантного поведения у подростков, учащихся общеобразовательных школ: воспитание в условиях гипоопеки и неполной семьи, низкий уровень материального обеспечения, конфликтность в семьях, наличие церебрально-органической недостаточности, невропатия в раннем детстве, трудности адаптации в школе, коммуникативные девиации, перенасыщенность школьной учебной программы.

Определены факторы, которые детерминируют риск развития девиантного поведения у подростков-беспризорников: уровень микросоциальной среды подростка (деструктивная семья, низкий уровень обеспечения семьи, многодетность семьи, алкоголизм родителей), интеллектуальная дефицитарность, высокий уровень тревоги, высокий уровень поисковой активности в сфере девиантных интересов, отрицательные эмоциональные переживания, наличие органической недостаточности, отсутствие работы у родителей, отсутствие досуга и мотивации к обучению в сочетании с этическим ателиозом (моральная идиотия).

Исследование уровня развития 475 детей раннего возраста с перинатальным поражением ЦНС, с использованием психодиагностических шкал KID, RCDI и диагностической классификации нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве, общепринятой в мировой практике, концептуальной в Международной классификации болезней DSM-IV, позволило идентифицировать этиопатогенетические факторы психопатологии у данной когорты больных и выделить специфические расстройства: эмоционально-лабильный, тревожно-апатический, эмоционально-недифференцированный клинические варианты психопатологии. Причем эмоционально-лабильный вариант доминирует у детей раннего возраста с минимальным неврологическим дефицитом (75,6% против 24,4% у детей с тяжелыми неврологическими нарушениями). Обращает внимание факт наличия регистра более сложной психопатологии у детей с тяжелыми неврологическими нарушениями в виде тревожно-апатического и эмоционально-недифференцированного вариантов. Расстройства аутистического спектра установлены в 11,6% случаев.

Исследованиями установлено, что дизонтогенез в виде нарушений темпа и качества формирования первых организаторов психики и мотивационных систем развития регистрируются практически у всех детей раннего возраста с перинатальным поражением ЦНС. Дизонтогенетическая симптоматика проявлялась преимущественно на фоне дизрегуляторных расстройств обеспечения физиологических функций – сна/бодрствования и пищевого поведения. Полученные данные позволили определить векторы медикосоциальной и психологической помощи детям с перинатальным поражением нервной системы. Разработанная программа помощи – интерактивная диагностически-психотерапевтическая модель – обеспечивает эффективную психосоциальную абилитацию детей раннего возраста, что значимо в психопрофилактике грубых нарушений поведения и социальной дезадаптации.

Получен прогрессивный опыт психиатрической помощи детям и подросткам с не-

вротическими расстройствами и девиантным поведением, разработана концептуальная и методологическая модель диагностики и коррекции психических расстройств у детей раннего возраста.

Необходимыми мероприятиями в области охраны психического здоровья детей и подростков являются: системная профильная подготовка детских психиатров в ведущих учреждениях страны и на кафедрах детской психиатрии; взаимодействие с научно-исследовательскими институтами и центрами по организационно-методическим вопросам оказания психиатрической помощи детско-подростковому населению (включая помощь в кризисных ситуациях); выполнение научно-практических, диссертационных исследований по вопросам организации, лечебно-психопрофилактической помощи, диагностики и терапии психических заболеваний в детском и подростковом возрасте; внедрение современных диагностических, психологических, психотерапевтических, реабилитационных методов работы с детьми и подростками, имеющими психические и поведенческие расстройства; использование интерактивной диагностически-психотерапевтической модели в коррекции психопатологических расстройств в раннем возрасте (в виде нестационарной помощи сериями сессий); разработка психообразовательных программ для родителей; международное сотрудничество в области охраны психического здоровья детей; развитие микропсихиатрии как необходимой формы практического формирования и укрепления детской психиатрической службы. Вышеизложенное позволяет констатировать, что устранение существующих негативных тенденций, дальнейшее развитие необходимых медикосоциальных аспектов работы, применение новых медицинских и организационных технологий, обновление инструментально-диагностической базы, внедрение инновационных технологий терапевтического вмешательства обеспечит поэтапную модернизацию детской психиатрической службы и существенным образом повысит качество услуг в оказании психиатрической помощи детскому населению страны.

Профилактика психических расстройств возможна при расширении задач детской психиатрии. На наш взгляд, на первый план выступает социальная психиатрия, направленная на охрану психического здоровья детей и подростков. Возможности психопрофилактики могут быть расширены путем поиска новых концепций, где сложные системные взаимоотношения экологических влияний, процессов онто- и социогенеза в конечном итоге определяют поступательность развития детского организма и гармоничность формирующихся личностных характеристик.

Литература

1. Ковалев В.В. К клинической дифференциации психогенно обусловленной патологии поведения у детей и подростков в связи со школьной дезадаптацией / В.В. Ковалев // Вопросы психического здоровья детей и подростков – 2008. – №2. – С. 123-125.
2. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д.Н. Исаев. – С.Пб.: Речь, 2005. – 400 с.
3. Александровский Ю.А. Современные подходы к пониманию пограничных психических расстройств / Ю.А. Александровский // Международный журн. – 2000. – Т. 6, № 1. – С. 30-33.
4. Агрессия у детей и подростков / под ред. Н.М. Платоновой. – СПб.: Речь, 2004. – 336 с.
5. Бабюк И.А. Алкогольная и наркотическая зависимость у подростков / И.А. Бабюк и др. – Донецк; Харьков: Донеччина, 2004. – 192 с.
6. Сухотина Н.К. Социально стрессогенные факторы и невротические расстройства у детей // Социальная и клинич. психиатрия. – 2000. – Т. 10, вып. 1. – С. 5-11.
7. Марута Н.О. Концепція формування невротичних депресій у сучасному соціумі / Н.О. Марута, І.О. Явдак, Г.Ю. Каленська // Арх. психіатрії. – 2003. – Т. 9, № 1 (32). – С. 17-20.
8. Михайлова Е.А. К проблеме медикосоциальной реабилитации подростков с невротическими расстройствами / Э.А. Михайлова, Т.Ю. Проскурнина // Журн. психіатрії та мед. психології. – 2009. – № 2 (22). – С. 128-130.
9. Пшук Н.Г. Концептуальна модель формування поведінкових реакцій при невротичних розладах / Н.Г. Пшук, А.М. Загульський, Т.Г. Кривоніс // Мед. дослідження. – 2001. – Т. 1, вып. 1. – С. 126-127.

10. Ульєв А.В. Проблемы роста депрессивных расстройств в условиях социально-экономической нестабильности и пути их минимизации / А.В. Ульєв // Упр. обществ. и экономич. системами. – М., 2009. – № 1. – С. 1-20.

11. Менделевич В.Д. Неврология и психосоматическая медицина / В.Д. Менделевич, С.Л. Соловьева. – М.: Медицина, 2002. – 608 с.

ПРІОРИТЕТНІ ПРОБЛЕМИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Е.А. Михайлова, Т.Ю. Проскуріна, Н.Г. Міхановська,
Д.А. Мітельов, Т.М. Матковська

У статті проаналізовано основні проблеми порушень психічного здоров'я у дітей та підлітків. Описано основні форми невротичних розладів у дітей та підлітків, структура девіантної поведінки у різних когорт підліткової популяції, особливості психопатології дітей раннього віку та спрямованість заходів психопрофілактики.

Ключові слова: діти, підлітки, психічне здоров'я

URGENT PROBLEMS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS MENTAL HEALTH CARE

Е.А. Mikhaylova, T.Yu. Proskurina, N.G. Mikhanovskaya,
D.A. Mitelyov, T.N. Matkovskaya

The article presents an analysis of the major problems of mental health in children and adolescents. The basic forms of neurotic disorders in children and adolescents, the structure of deviant behavior in different cohorts of teenage population, some peculiarities of psychopathology in young children and orientation regarding measures psychoprophylactic are considered.

Keywords: children, adolescents, mental health.

УДК 616.895:159.96+159.9(075)

Т. Г. Ветрила

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ РЕБЕНКА С НАРУШЕНИЕМ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОСТИ СЕМЬИ

Евпаторийская городская больница № 2

Харьковская медицинская академия последипломного образования
МОЗ України

Ключевые слова: клиничко-соціальний аналіз, семья, уровень дисфункциональности, ребенок с нарушением психического развития

В последние годы в разных областях специальной педагогики и психологии появились работы, свидетельствующие о необходимости активного изучения всего спектра проблем семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. Интерес специалистов не ограничивается теперь лишь методическими вопросами формиро-

вания у детей тех или иных знаний и навыков. Акцент коррекционного воздействия переносится на семью больного ребенка [1 – 6].

В то же время, серьезная работа с родителями, воспитывающими ребенка с ограниченными возможностями, направленная на решение их психологических