

**Геннадий
Старшенбаум**

**ПСИХОЛОГИЯ.
ВЫСШИЙ КУРС**

ДЕТСКАЯ ПСИХОСОМАТИКА



**Подробное руководство
по диагностике и терапии**

Геннадий Владимирович Старшенбаум
Детская психосоматика.
Подробное руководство
по диагностике и терапии
Серия «Психология. Высший курс»

Текст предоставлен издательством

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=67983161

*Детская психосоматика. Подробное руководство по диагностике и терапии: АСТ; Москва; 2022
ISBN 978-5-17-148739-3*

Аннотация

Данное издание – максимально доступное, компактное и в то же время исчерпывающее руководство по диагностике и лечению детей с психосоматическими расстройствами. Книга написана известным практикующим врачом-психотерапевтом Г. В. Старшенбаумом, автором целого ряда бестселлеров, посвященных проблемам психосоматики. В книге представлена исчерпывающая информация о психосоматических расстройствах у детей, основанная на полувековой клинической практике автора, а также обобщенных литературных данных за последние 30 лет.

Руководство будет полезно медикам и психологам, работающим с детьми, которые страдают психосоматическими расстройствами; воспитателям, педагогам, социальным работникам, а также родителям таких детей.

Диагностические критерии описываемых расстройств соответствуют действующей в РФ с 2022 года Международной классификации болезней МКБ-11 и дополнены сведениям из Диагностического справочника Американской психиатрической ассоциации DSM-5.

В формате PDF А4 сохранен издательский макет книги.

Содержание

Общие положения	9
Принципы психосоматической терапии	37
Эндокринные расстройства 5А	60
Тиреотоксикоз 5А02	60
Лечение детей с тиреотоксикозом	62
Сахарный диабет 5А1	65
Клиника и течение диабета 1-го типа	66
Лечение детей с диабетом 1-го типа	68
Лечебная гимнастика	68
Диетотерапия	71
Фитотерапия	72
Инсулинотерапия	81
Психотерапия	82
Нарушения нейроразвития 6А0	86
Детская невропатия	87
Нарушения развития речи или языка 6А01	91
Диагностические критерии DSM-5	93
Упражнения	97
Расстройства аутистического спектра 6А02	99
Диагностические критерии DSM-5	100
Дифференциальная диагностика	103
Клиника и течение	106
Клиническая диагностика	108

Шкала повседневного социального функционирования PSP	121
Терапия детей с РАС	129
Цели и задачи обучения	133
Примеры социальных историй	142
Работа со страхами	150
Обеспечение безопасности ребенка	152
Расстройство развития координации движений 6A04	156
Диагностические критерии DSM-5	157
Дифференциальная диагностика	158
Клиника и течение	159
Диагностика психомоторного развития дошкольника	161
Задания для детей 4 лет	162
Задания для детей 5 лет	164
Задания для детей 6 лет	165
Задания для детей 7 лет	165
Упражнения. Тренинг пространственных представлений и крупной моторики	166
Упражнения для развития тактильной чувствительности рук и мелкой моторики	177
Тренинг орального праксиса	183
Глазодвигательные упражнения	185
«Развязка» синкинезий	188

Тренинг межполушарных взаимодействий	190
Тренинг согласованных действий	200
Синдром дефицита внимания с гиперактивностью 6A05	217
Диагностические критерии DSM-5 А	218
Дифференциальная диагностика	221
Психотерапия детей с СДВГ	238
«Скорая помощь» при работе с гиперактивным ребенком	243
Профилактическая работа с гиперактивным ребенком	244
Школьная программа коррекции	245
Рекомендации учителям гиперактивного ребенка	248
Лечебная гимнастика	252
Способы выхода из конфликтной ситуации и стрессового состояния при работе с гиперактивными детьми	254
Антистрессовые упражнения для учителей, родителей и детей	256
Упражнения	257
Тренинг внимания	257
Тренинг торможения	265
Тренинг навыков самоконтроля	271
Стереотипное двигательное расстройство	276

6A06	
Критерии диагностики DSM-5	276
Дифференциальная диагностика	277
Клиника и течение	281
Кататония 6A4	286
Диагностические критерии DSM-5	286
Клинические особенности	288
Лечение детей с СДР и кататонией	303
Депрессивные расстройства 6A7	307
Депрессивный эпизод 6A70	308
Диагностические критерии DSM-5	308
Дифференциальная диагностика	310
Клиника и течение	315
Дистимия 6A72	319
Диагностические критерии DSM-5	320
Дифференциальный диагноз	321
Клиника и течение	322
Соматизированная депрессия	332
Возрастной аспект	341
Лечение депрессивных детей и подростков	359
Фитотерапия	360
Конец ознакомительного фрагмента.	363

Геннадий Старшенбаум
Детская психосоматика.
Подробное руководство
по диагностике и терапии

© Старшенбаум Г. В., 2022

© ООО «Издательство АСТ», 2022

Общие положения

К психосоматическим расстройствам (ПСР) в широком смысле слова относят многие нарушения питания и пищеварения, дыхания и кровообращения, кожные и мочеполовые заболевания, нарушения чувствительности и движений, тиреотоксикоз и сахарный диабет, а также психосексуальные расстройства.

Некоторые психические расстройства (например, тревожные и депрессивные) могут первоначально проявляться в первую очередь соматическими симптомами. Исследования детей и подростков соматического стационара показали, что в половине случаев соматические нарушения обусловлены психическими расстройствами (Великанова Л. П., Шевченко Ю. С., 2005). Соматический компонент добавляет тяжести и сложности указанным расстройствам, приводит к усилению функциональных нарушений и ослабляет эффективность традиционных методов лечения.

Отличительной чертой ПСР является не само по себе наличие соматических симптомов, а то, как пациент себе их представляет и интерпретирует. Важно, что, за исключением имитируемого расстройства, психосоматические симптомы не поддаются волевому контролю, и пациенты не осознают возможную выгоду от симптомов.

Диагностические критерии ПСР и сходных расстройств,

описываемых в книге, соответствуют Международной классификации болезней МКБ-11¹, введенной в России в 2022 г., и дополнены сведениями из Диагностического справочника Американской психиатрической ассоциации DSM-5².

В настоящее время ПСР диагностируются на основании наличных признаков (соматические симптомы дистресса плюс аномальные мысли, чувства и поведение в ответ на эти симптомы) вместо устаревшего критерия отсутствия медицинского объяснения соматических симптомов. Тем не менее, необъяснимость симптомов с медицинской точки зрения остается ключевым элементом при диагностике синдрома диссоциативных неврологических симптомов, поскольку в этом случае можно убедительно доказать, что симптомы не согласуются с медицинской патофизиологией.

Развитию ПСР может способствовать биологическая предрасположенность (например, повышенная чувствительность к боли), алекситимия (неспособность осознавать свои эмоции и говорить о них), ранний травматический опыт (например, насилие и лишения), научение (например, отсутствие подкрепления несоматических выражений дистресса и получение внимания благодаря болезни). Имеют значение также культурные и социальные нормы, когда психологиче-

¹ ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS) (Version: 05/2021). URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.

² American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. – Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.

ские переживания обесцениваются в сравнении с физическими страданиями и считаются признаком неполноценности или опасности.

При медицинском обслуживании детей в нашей стране применяется следующая периодизация: дети – лица в возрасте 0–9 лет, младшие подростки – лица в возрасте 10–14 лет, старшие подростки – лица в возрасте 15–17 лет (Приказ Минздрава Российской Федерации от 05.05.1999 № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста»). Всемирная организация здравоохранения рекомендует странам-участницам включать в группу старших подростков лиц 15–19 лет (WHO, 1989). При этом выделяют два периода: 1) от 10 до 15 лет – собственно пубертатный период, когда идут интенсивные процессы полового созревания, и 2) от 16 до 20 лет – период социального созревания.

У детей ПСР проявляются главным образом разнообразными психосоматическими реакциями. Они обычно непродолжительны и исчезают при ликвидации психотравмирующей ситуации. В старшем подростковом возрасте ПСР практически не отличаются от соответствующих расстройств у взрослых.

У детей еще не развита способность к рефлексии, они чаще обращают внимание на соматические признаки депрессии и тревоги. Их родители традиционно больше доверяют медицинскому подходу, чем психологическому, к тому же

опасаются психиатрического диагноза. Современный биопсихосоциальный подход при постановке диагноза ПСР и проведении терапии требует учитывать взаимодействие соматических, психологических и социальных функций пациента.

Франц Александер, 2017, выделил семь классических психосоматических болезней: эссенциальная (первичная) гипертония, язвенная болезнь желудка, ревматоидный артрит, гипертиреоз, бронхиальная астма, колит и нейродермит. Для каждой болезни Ф. Александер описал соответствующий внутриспсихический конфликт.

Так, больные нейродермитом сдерживают желание физической близости. Ребенок, страдающий бронхиальной астмой, выражает страстный, но безответный порыв докричаться до матери. Гипертонией болеют люди с высоким уровнем агрессии в сочетании с чрезмерным самоконтролем, подавленный гнев приводит к изменениям в сердечно-сосудистой системе.

Больные язвой желудка переживают конфликт между потребностью быть любимым и стремлением к независимости. Под влиянием механизма оральной зависимости в желудке происходит выделение соков и возникает моторная активность, как перед приемом пищи. Функции желудочно-кишечного тракта нарушаются с помощью симпатической иннервации из-за неудовлетворенной потребности быть зависимым или получать помощь (в последнем случае активизи-

руется парасимпатическая система). При этом больной с желудочно-кишечной симптоматикой готовит себя «к питанию вместо борьбы».

Ф. Александер описал вегетоневроз, симптомы которого являются физиологическим сопровождением определенных эмоциональных состояний. При отсутствии направленного вовне действия, сбрасывающего напряжение, функциональные расстройства переходят в необратимые изменения органов. Причиной блокады действий являются ситуации, в которых актуализируются специфические конфликты раннего детства.

Каждой эмоциональной ситуации соответствует определенный соматический синдром. Неотреагированная агрессия приводит к длительному возбуждению симпатoadrenalовой системы с последующим развитием гипертонии, мигрени, артритов, гипертиреоза, диабета. Неудовлетворенное пассивное ожидание помощи, признания, сексуального удовлетворения перенапрягает парасимпатическую систему, в результате чего формируются язва желудка, язвенный колит, бронхиальная астма.

Ф. Александер выдвинул векторную теорию, основанную на общих направлениях конфликтных импульсов, заложенных в самом заболевании. Он описал три вектора:

- 1) желание объединить, получить, принять (соответствует орально-сосущей стадии, удовлетворяющей либидинозную потребность);

2) желание исключить, удалить, напасть, причинить вред, разрядиться (соответствует орально-садистической стадии);

3) желание сохранить, накопить (соответствует анальной стадии).

Соматические функции нарушаются в результате конфликта между указанными векторами. Так, при спастическом колите у ребенка противостоят любовь и агрессия к младшему брату или сестре и одновременно желание сохранить безраздельную любовь родителей. При психосоматических болезнях конфликт вытесняется настолько глубоко, что не осознается, тогда как при неврозе он вытесняется не полностью, а при вегетативных расстройствах – минимально.

Ф. Александер представил развитие ПСР следующим образом:

1. Специфический конфликт предрасполагает человека к определенному заболеванию только тогда, когда к этому имеются генетическая, биохимическая или физиологическая предрасположенность.

2. Определенные жизненные ситуации, в отношении которых человек сенсibilизирован в силу своих ключевых конфликтов, оживляют и усиливают эти конфликты.

3. Сильные эмоции сопровождают этот активированный конфликт и на основе гормональных и нервно-мышечных механизмов действуют таким образом, что возникают изменения в телесных функциях и структурах организма.



Макс Шур³ и Александр Мичерлих⁴ связывают ПСР с соматизацией: когда невротические защиты оказываются недостаточно эффективными, происходит возврат к инфантильному физиологическому способу аффективного реагирования. Эта идея объясняет, почему невротические симптомы отступают при формировании психосоматической симптоматики и возвращаются при «выздоровлении». Понятно становится также, почему анализ внутриличностного конфликта часто приводит к обострению психосоматической симптоматики.

Поль Сифнеос⁵ ввел в широкую психотерапевтическую

³ Schur M. Zur Metapsychologie der Somatisierung // Brede K. (hrsg.) Einführung in die psychosomatische Medizin. – Frankfurt am Main: Fischer Athenäum, 1974.

⁴ Mitscherlich A. Krankheit als Konflikt. – Frankfurt: Edition Suhrkamp, 1971.

⁵ Sifneos P. E. Alexithymia: past and present // Am. J. Psychiatry, 1996, 153:

практику понятие алекситимия (греч. а – приставка отрицания, lexis – слово, thymos – чувство, настроение). Алекситимия характеризуется следующими особенностями:

- трудности с идентификацией чувств и различием между чувствами и телесными ощущениями при эмоциональном возбуждении;
- трудности с описанием чувств другим людям;
- ограниченные процессы воображения, о чем свидетельствует скудность фантазий;
- ориентированный на внешние стимулы когнитивный стиль.

В сложных ситуациях алекситимики испытывают неопределенные и буквально неопишуемые страдания. При этом они игнорируют сигналы о соматическом неблагополучии, что внешне проявляется в стоицизме, иногда сопровождается застывшими позами и маскообразностью лица. Основным способом самовыражения являются жесты и действия, нередко импульсивные, при этом движения скованные и неуклюжие.

Алекситимия зарождается в семейной среде, в которой нет места словесному выражению чувств, переживаемых в данный момент. Мать чрезмерно опекает ребенка, постоянно успокаивает его, в связи с чем он может засыпать только при укачивании на ее руках.

Характерна гиперопека со сверхчувствительностью к стрессу членов семьи. В этих семьях существуют строгие правила взаимоотношений между родителями и детьми, запрещено эмоциональное общение (например, принято не давать ответа, не смотреть в глаза, отворачивать голову). Такая семья функционирует как жесткая система, неспособная к эффективному разрешению конфликтов, совместному поиску выхода из проблем и конструктивному совладанию с лишениями и утратами.

Болезнь ребенка становится спасательным кругом в шторме семейных проблем. Болезненные симптомы становятся условно выгодными и больному, и семье в целом, так как дают возможность сфокусироваться на недомоганиях ребенка и тем самым избежать внутрисемейных разборок. Тревожная мать воспринимает ребенка сквозь призму постоянной опасности его заболевания, как хрупкую вещь, которая может легко сломаться. Только боля, ребенок получает эмоциональный доступ к матери.

В результате сохраняется симбиотическая связь с матерью на языке тела и не развивается способность к выражению своего состояния с помощью слов. Эта позиция может затем подкрепиться в виде многолетнего наблюдения у врачей, также нередко зацикленных на состоянии здоровья и обнаруживающих проявления алекситимии.

Алекситимик строит свою личность как больной человек, жертвуя «здоровыми» эмоциональными функциями на

границе своего «Я». Взамен развиваются инструментальные функции (интеллект, память, деловые навыки), культивируемые психосоматической семьей и школой. Человек поворачивается от матери к миру вещей и дел, так как их позволено контролировать.

Среди психосоматических пациентов выделены определенные *типы поведения*.

Тип А (от греч. *arteria* – кровеносный сосуд) отличается скрытая враждебность, соперничество и нетерпеливость. Имеется склонность к сердечно-сосудистым расстройствам (Friedman M. & Rosenman R. H., 1959).

Лица типа В (от англ. *behavior* – поведение), напротив, почитительны, покорны и нерасторопны. Они подвержены желудочно-кишечным и онкологическим заболеваниям (Chesney M. A. et al., 1981; Heaven P., 1989).

Выделяют также тип С (от лат. *cancer* – рак), представители которого предрасположены к заболеванию раком. Люди этого типа услужливы, мирятся с угнетением, проявляют выученную беспомощность и подавляют негативные эмоции (Simonton O. C., Simonton S. S., 1975; Contrada R. J. et al., 1990).

Тип личности D (от англ. *distressed personality* – дистрессорная личность) сочетает в себе негативную аффективность, отгороженность и низкую самооценку. Для этого типа характерны сердечно-сосудистые заболевания, костно-мышечные боли и расстройства сна (Condén E. et al., 2013).

Пауль Федерн, 2012, и Джойс Мак-Дугалл, 2017, объясняют развитие ПСР слабостью «Я». Нечеткие границы «Я» вызывают спутанность и неопределенность в различении физической и психической сфер жизнедеятельности, поэтому психологическая угроза одновременно воспринимается психосоматиком и как физическая. Непереработанные переживания остаются за пределами границы «Я» в виде простого ощущения боли и постепенно накапливаются, приводя к психосоматическим и аффективным расстройствам, а также химической зависимости.

Определенные реакции организма могут быть соматическим выражением попытки защититься от архаических желаний, которые переживаются как угрожающие жизни, подобно тому как маленький ребенок мог переживать угрозу смерти. Чтобы достичь этой цели, психика в момент опасности посылает телу, как в младенчестве, примитивные сигналы тревоги, не использующие язык и не воспринимаемые человеком как эмоции. Подобные сигналы выглядят как психосоматические симптомы, имеют тенденцию к повторению, навязчивости.

Защитная функция болезни состоит в фиксации внимания на ощущениях, определяющих границы тела, что уменьшает архаический страх быть поглощенным симбиотической или быть брошенной неэмпатичной матерью. Кроме того, наличие физического заболевания защищает от экзистенциального страха смерти: «болею – значит существую».

Ян Бастиаанс, 2019, в ходе исследования психосоматических больных выделил точки фиксации в развитии агрессии, на которых может останавливаться или к которым может регрессировать личность. Бегство от собственных побуждений и агрессивности наблюдается у маленьких детей, еще не имеющих адекватных способов разрешения первых проявлений агрессивности. Ребенок проявляет чисто деструктивное поведение, когда еще не может регулировать или сублимировать свои агрессивные импульсы.

Протестующее поведение может быть позитивным, когда оно сливается с либидинозными побуждениями, и негативным. Садомазохистское поведение отмечается, когда конкурируют две тенденции – к борьбе и к бегству. Предпочтение количественной продукции проявляется в сублимации агрессии, когда ребенок стремится превзойти соперников в результатах продуктивной деятельности.

Деструктивно-соперничающее поведение ведет к уничтожению соперников в борьбе за лидерство. Позитивно-соперничающее поведение состоит в том, что человек признает право соперника на жизнь, только если чувствует свое превосходство в какой-либо сфере. Креативное и конструктивное поведение возможно, когда творческая личность способна следовать своим потребностям, в том числе потребности отдавать себя людям, которых она перестает воспринимать как средства для усиления своей власти.

Гельмут Фрайбергер, 1999, описал ведущие психодина-

мические факторы психосоматических больных: депрессивность после потери объекта и нарциссической обиды, орально-агрессивные черты, агрессивная защита, ограничение способности к самонаблюдению. Он проанализировал «психосоматическую линию развития», которая под рубриками «симптом», «конфликт» и «личностные особенности» включает следующие психосоматические характеристики.

Симптом: эмоциональный обморок, депрессия истощения.

Конфликт: потеря объекта, нарциссическая травма, агрессивная защита.

Личностные особенности:

1) слабость «Я» с недостаточным самонаблюдением, нарушенным базисным доверием, плохой переносимостью фрустрации, повышенной потребностью в зависимости и минимальной способностью к научению новым эмоциональным установкам;

2) душевная пустота вследствие снижения чувственного переживания и автоматически-механических мыслительных процессов, наряду с плохой психической переработкой из-за недостаточного внутреннего соотнесения с неосознаваемыми фантазиями, что компенсируется описанием телесных ощущений и ипохондрических деталей;

3) орально-нарциссическое нарушение с подчеркнутой склонностью к непроработанным переживаниям потери объекта;

4) защитное поведение с «жалобно-обвиняющими» действиями, включающими интенсивные желания зависимости от «ключевых фигур» с целью вновь завладеть разочаровавшими объектами и компенсировать обиду.

Фиксация на оральных потребностях приводит к негибким способам их удовлетворения – псевдонезависимости и манифестирующей зависимости. При псевдонезависимости трудно осознать «позорное» желание заботы и зависимости, а также успеха. Такие люди, с одной стороны, берут на себя преувеличенную, хотя и обезличенную «профессиональную ответственность» за других, а с другой стороны, в своих межличностных связях проявляют интимофобию с раздражительностью и скрытой враждебностью. Необходимость лечиться они признают лишь при официальном назначении им постельного режима или госпитализации. Свои успехи они воспринимают как угрозу, поскольку радоваться для них означает зависеть от когда-то запретных и поэтому опасных желаний.

Манифестирующее зависимое поведение, напротив, обусловлено желанием быть окруженным заботой. При осуществлении этого желания пациенты могут быть как работлепны, так и требовательны. Сознательно они могут стараться заслужить заботу подчеркнутым вниманием к партнеру, а на самом деле неосознанно обнаруживают рентные установки и тенденцию к манипулированию.

Г. Фрайбергер ввел понятие «прегенитальное нарушение

созревания», которое выражается в двух базисных конфликтах. Конфликт зависимости – независимости проявляется в сильном развитии инфантильного желания зависимости, которое интерферирует с интенсивным желанием зависимости и тем самым вызывает у пациента трудности в общении. Конфликт близости – дистанцирования отражается в сочетании инфантильной зависимости с противоположным желанием межличностного дистанцирования, в результате значимый другой одновременно сильно притягивает и отталкивает. Вокруг этих базисных конфликтов развиваются следующие психодинамические факторы:

1. Эмоциональная сдержанность, скрывающая недостаточное принятие и самопринятие, а также неосознанный страх высвобождения ранее вытесненных психотравм. Типичны следующие психологические защиты: инфантильная регрессия орально-нарциссических желаний, отвращение, подавление агрессии, перенесение реакций на другой объект, проекция, формирование реакций, медицински ориентированное самообеспечение.

2. Нарциссические обиды, кроме эмоциональной сдержанности/недостаточности, включают переживание утраты и фрустрации со снижением самооценки. Объектами утраты могут быть как значимые другие, так и здоровье, удаленные в ходе хирургической операции органы, а также материальные возможности, престиж и т. п. Утраты могут быть реальными, угрожающими, воображаемыми.

3. Фрустрационная агрессия возможна в результате переживания нарциссической обиды по поводу утраты. Агрессия направлена на значимый объект, но вследствие страха окончательно его лишиться в результате уничтожения переносится на другие объекты, в том числе на собственное тело и медицинских работников. На эрзац-объекты переносятся и другие переживания фрустрации – страх и печаль. Хрупкая личность пациента, с ее сложными эмоциональными связями и проблемами, таким образом выводится из конфликта.

4. Депрессия. Результатом описанной динамики является: а) депрессивный страх отторжения, проявляющийся в чувстве одиночества, непонятости, ненужности; б) депрессивное чувство беспомощности, сопровождающееся переживанием собственной неполноценности, упадком духа; в) депрессивное чувство безнадежности – от апатически-угрюмой покорности до взрывов отчаяния с суицидальными попытками.

Микаэл Балинт, 2019, показал различие между невротами, возникающими в рамках эдипова конфликта, и психосоматомами, обусловленными недостатком эмпатической связи в ранних отношениях с материнской фигурой. Во втором случае формируется базовый дефект, заключающийся в недостаточно устойчивом восприятии своей личности и диффузных границах «Я». Из-за этого пациент не может установить комфортную дистанцию в межличностных отношениях.

Он испытывает постоянную потребность в эмоциональной поддержке, но опасается выразить свои чувства человеку, который ее обеспечивает. Негативные чувства пациента обращаются против него самого, вызывая психосоматические расстройства. В работе с психосоматическими больными Балинт предлагал прорабатывать излишнюю зависимость от значимых объектов и прежде всего от матери.

Джорж Энджел, 1997⁶, и Генри Кристал, 2016, подчеркивают значение идентификации психосоматика с материнской фигурой. Не получив доступа к неэмпатичной матери, младенец формирует идолопоклоннический перенос, при котором все доброе приписывается только идеализированной матери, поэтому ее любовь необходимо получить любой ценой. Однако пользоваться любовью – значит нарушить материнские границы, но это вызывает у малыша соматизированный страх смерти. Своей тревожной заботой мать лишает младенца права на самоконтроль и саморегуляцию, в результате его эмоциональная сфера отчуждается от когнитивной. Выходом становится поворот от матери к собственному телу и попытки контролировать его.

Признавая генетическую предрасположенность заболевания, Дж. Энджел в то же время видит символическое обусловливание места возникновения нарушения. Возникновение болей автор расценивает как самонаказание в связи с по-

⁶ Engel G. L. From Biomedical to Biopsychosocial: Being Scientific in the Human Domain // Psychosomatics, 1997. V. 38, N 6: 521-528.

терей объекта. Именно реальная или символическая потеря объекта либо угроза такой потери приводит к отказу от веры в будущее, что, в свою очередь, ведет к снижению иммунитета. Особенно велика роль аутоиммунных механизмов при астме, спастическом и язвенном колите, а также раке.

Гюнтер Аммон, 2000, проанализировал отношения психосоматика с симбиотической матерью, которая воспринимает ребенка сквозь призму постоянной опасности его заболевания, как хрупкую вещь, которая может легко сломаться. Только боля, ребенок получает эмоциональный доступ к матери и строит свою Эго-идентичность как больной человек, жертвуя «здоровыми» эмоциональными функциями на границе своего Эго. Так образуются «дыры» в Эго, которые компенсируются развитием инструментальных функций (интеллект, память, деловые навыки), культивируемых психосоматической семьей и школой. «Психосоматический симптом восстанавливает интеграцию личности и конституирует идентичность психосоматического пациента».

Г. Аммон указывает на защитный характер психосоматического процесса, который помогает пациентам либо избежать сознания тяжелейших жизненных проблем, либо отгородиться от разрушительного поведения объектных фигур при помощи болезни. Вместо вопроса «Кто я?», связанного с экзистенциальной тревогой, такой человек постоянно ищет ответ на вопрос «Что со мной?». Таким образом, вопрос о собственной идентичности подменяется вопросом о симпто-

ме.

Г. Аммон (2000) выделяет две группы психосоматической симптоматики:

Первичные психосоматические заболевания	Вторичные психосоматические заболевания
Затронуты первичные функции «Я»: пищевое поведение, зрение, слух, речь, походка	Степень формирования символов достигает уровня архаического языка органов
Симптоматика генерализована, фиксирована и малоподвижна, выражается в целостном соматическом процессе	Симптоматика сильнее привязана к ситуации, чаще наблюдается смена симптомов

Психосоматическое расстройство у ребенка выполняет, по Г. Аммону, двойную функцию:

1. Матери дает возможность избежать внутреннего конфликта амбивалентного отношения к ребенку и предоставляет ту форму взаимодействия с ребенком, которая созвучна ее бессознательным требованиям и страхам. В роли матери больного ребенка она получает поддельную идентичность, позволяющую отграничить себя от ребенка.

2. Ребенку такое приспособление к бессознательному конфликту амбивалентности матери дает свободу для развития функций своего «Я» в других зонах.

Уильям Глассер, 1991, развил представление о вторичной выгоде от ПСР. Некоторые виды поведения, в основе которых лежат страдание, дискомфорт, негативные эмоции,

болезненные состояния, являются действенными способами контроля поведения значимых окружающих взрослых, у которых можно вызвать жалость, тревогу, сочувствие и другие подобные чувства. Ребенок учится контролировать значимых окружающих с помощью плача, гнева, улыбки, обиды и других паттернов поведения.

Деструктивная роль подобных способов поведения, очевидная для окружающих, не осознается самим ребенком. Выбор болезни происходит за неимением лучшего, поскольку у него нет осознания собственных жизненных потребностей и отсутствуют представления о других более разумных и зрелых способах их удовлетворения.

Психосоматические семьи отличаются слабыми границами между поколениями, недостаточной автономностью отдельных членов семьи и вместе с тем родительской разобщенностью. Подобная семья функционирует как ригидная система, не способная к эффективному разрешению конфликтов, совместному поиску выхода из проблем и совладанию с фрустрирующими ситуациями. Болезненные симптомы становятся условно выгодны как больному, так и семье, позволяя сфокусироваться на недомоганиях идентифицированного пациента и тем самым избежать конфронтации с внутрисемейными межличностными конфликтами.

Сальвадор Минухин, 2012, описал типичные паттерны психосоматической семьи:

- Симбиотическая связь с культивированием зависимости

ребенка.

- Гиперпротекция со сверхчувствительностью к дистрессу членов семьи.
- Ригидность правил и норм с нарушением адаптации к новым ситуациям.
- Конфликтофобия с накоплением скрытых семейных конфликтов.
- «Триангуляционная» (лат. *triangulum* – треугольник) роль ребенка, при которой его болезнь становится буфером в супружеском или семейном конфликте.
- Соматическая болезнь подкрепляет описанные паттерны, становясь привычным способом «решения» скрытых семейных конфликтов.

Для психосоматической семьи нехарактерно поощрение свободного выражения переживаний, вследствие чего ребенок присваивает стереотипы подавления эмоций, что приводит к их соматизации. Подавление отрицательных эмоций может быть связано с тем, что в семье принят стереотип терпения, отношения к болезни как к состоянию, в котором человек сам виноват.

Выделяют пять характеристик психосоматических семей (Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С., 2002; Билецкая М. П., 2008):

- сверхвключенность родителей в жизненные проблемы ребенка, которая мешает развитию самостоятельности и,

следовательно, ослабляет защитные механизмы и способствует развитию внутреннего конфликта;

- сверхчувствительность каждого члена семьи к дистрессам другого;
- ригидность взаимоотношений в семье, низкая способность менять правила взаимодействия при изменяющихся обстоятельствах;
- тенденция избегать выражения несогласия и открытого обсуждения конфликтов, что усиливает риск возникновения внутренних конфликтов;
- ребенок часто играет роль стабилизатора в скрытом супружеском конфликте.

Значимым фактором, влияющим на протекание психосоматических заболеваний, является отношение родителей к заболеванию ребенка. Как правило, на него влияют страх перед последствиями обострений, убежденность родителей в своих знаниях о конкретном заболевании. Отношение к болезни ребенка сказывается и на отношении к его личности. Взаимоотношения в семье изменяются в связи с появлением у одного из членов хронического заболевания.

В справочнике по психосоматическим заболеваниям под редакцией Ю. Ю. Елисеева, 2003, приводится **восемь основных психологических источников психосоматических заболеваний**:

1. Внутренний конфликт сознательной и бессознательной части личности, единоборство между которыми приводит к

разрушительной «победе» одной из них.

2. Мотивация по типу условной выгоды симптома для пациента. Например, избавление от мигрени может «открыть глаза» на многие проблемы, которые «мешает видеть» головная боль, и тогда пациент оказывается перед необходимостью их решать.

3. Эффект внушения (другим лицом). Известно, что если ребенку в детстве часто повторять «остолоп, слабак, эгоист» и т. п., то очень часто он начинает демонстрировать поведение, соответствующее внушенному, которое автоматически переходит во взрослую жизнь.

4. Элементы «органической речи», которая физически воплощается буквально. Например, слова «у меня сердце за него болит», «я задыхаюсь в этой атмосфере», «это невозможно переварить» могут превратиться в реальные симптомы.

5. Идентификация, стремление быть похожим на кого-то. Постоянно имитируя другого человека, личность как бы отстраняется от своего собственного организма.

6. Самонаказание, когда человек, совершивший какой-нибудь неблагоприятный, на его взгляд, поступок, бессознательно наказывает себя. Результатом этого могут быть травмы и соматические нарушения.

7. Травматический опыт прошлого – как правило, раннего периода детства.

8. Алекситимия.

Джорж Энджел⁷ заложил основы биопсихосоциального подхода в психосоматике, в рамках которого требуется определить вероятность того, как пациент будет участвовать в процессе лечения, например, принимать лекарства, правильно питаться, поддерживать физическую активность. Учитываются также барьеры в социальной или культурной среде пациента, которые могут помочь или помешать лечению.

Для обеспечения лучшего ухода и удовлетворения потребностей пациента лечение должно проводиться с помощью терапевтических бригад, которые могут включать врачей общего профиля, узких специалистов, медсестер, психологов, социальных работников и других специалистов, с учетом всех трех аспектов биопсихосоциальной модели.

Уровни детерминации здоровья по Дж. Энджелу

⁷ Engel G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine // Science, 1977. Vol. 196, № 4286. P. 129–136.



Д. Н. Оудсхоорн, 1993, следуя биопсихосоциальному подходу, рассматривает ПСР у детей и подростков на шести уровнях.

1. Среда. Социальный стресс: напряженные отношения с соседями, безработица, ощущение опасности, трудности в школе.

2. Семья. Семейный стресс: недостаточная устойчивость к социальному стрессу, больной ребенок, семейная патология. Закрепление.

3. «Я». Недостаточная устойчивость к социальному стрессу, к семейному стрессу, к собственному заболеванию, недо-

статочное чувство уверенности в себе, негативный образ себя, низкая самооценка, телесный язык (симптоматическая коммуникация) при неудачной реализации вербальных, когнитивных и эмоциональных возможностей выражения.

4. Психодинамика. Внутрипсихический конфликт: защита нежелательных мыслей, чувств и порывов; выход из агрессии, подавленности, тревоги; наказание за агрессивные чувства по отношению к родителям.

5. Личность. Дефекты: неадекватная невыразительность эмоций, связь соматических ощущений и психических переживаний, наследственные и конституциональные факторы, нарушения темперамента и личностные расстройства.

6. Тело. Чрезмерное возбуждение ведет к расстройствам, заболеванию: через подкорку, гипоталамус, вегетативную систему, органы; через кору и скелетные мышцы; через гипоталамус, гипофиз, гормоны и органы. Аномальный отбор поступающей информации. Экзогенные вредные воздействия.

Биопсихосоциальная модель возникновения ПСР предполагает, что в их формировании у детей основное значение имеют патология беременности, травмы в родах, детская невропатия, последствия черепно-мозговой травмы и нейроинфекций. Следствием этого являются вегетососудистые расстройства, плохая переносимость жары, духоты, резких запахов, езды в транспорте, повышенная утомляемость, снижение памяти, отставание в учебе.

Ребенок, тревожно относящийся к неприятным ощущение-

ниям, может подумать, что с ним происходит что-то опасное. Такая мысль неизбежно порождает чувство тревоги, которое сопровождается выбросом адреналина. В результате появляются учащенное сердцебиение, одышка, дрожь и т. д. Эти симптомы тревоги суммируются с изначальными легкими физиологическими сдвигами и приводят к их усилению.

Так образуется порочный психосоматический круг: физиологические сдвиги на фоне обычных стрессоров – мысль о неблагополучии – тревога – усиление физиологических проявлений – тревожное прислушивание к неприятным ощущениям и, даже в их отсутствии, постоянные проверки состояния организма – провокация, усиление и фиксация телесных ощущений.

У таких детей легко происходит трансформация трудно-разрешимых психологических проблем в жалобы соматического характера (соматизация, бегство в болезнь). Причиной ПСР может быть чувство вины с потребностью в самонаказании. Имеет значение и условная выгода от симптома, позволяющая избежать наказания или получить какие-то поблажки.

Хронические симптомы воспринимаются как меньшее зло по сравнению с необходимостью справляться с трудной ситуацией. Ребенок готов быть похожим на кого-то, в том числе тревогой за здоровье, особенно если это сопровождается соответствующими внушениями. У родителей детей с ПСР часто выявляется алекситимия, то есть они плохо осо-

знают и выражают словами свои эмоции.

Высокому уровню тревожности способствуют некоторые ценности современной культуры. Культ успеха и благополучия при высокой конкуренции между людьми заставляет человека скрывать свои трудности, жить на пределе сил, мешает вовремя обратиться за помощью. Важную роль играют также интенсивные нагрузки, ускоренный темп жизни, частые перемены, недостаточная социальная и медицинская обеспеченность.

На ранних этапах болезни преобладают психогенные реакции, которые, как правило, бывают кратковременными и проходят самостоятельно. Все же для многих пациентов весьма полезна рациональная психотерапия с фиксацией на важности фактора эмоционального равновесия, уверенности в обратимости приступа. Для этого используются психодинамические бихевиоральные подходы (релаксация, функциональная разрядка, десенсибилизация и биообратная связь), гипноз, групповая психотерапия, семейная психотерапия, долгосрочная индивидуальная психотерапия. Однако эффект психотерапевтических вмешательств тем выше, чем раньше (до появления необратимых патофизиологических изменений) начато лечение.

Принципы психосоматической терапии

Групповая психологическая коррекция алекситимии по Н. Д. Семеновой, 1995, проходит в три этапа. На первом этапе работы используются приемы релаксации: аутогенная тренировка, музыкотерапия, психогимнастика. Развивается способность осознавать и проговаривать чувства по принципу «здесь и сейчас».

На втором этапе терапии разблокированию чувств способствует опора на невербальные способы общения.

На третьем, заключительном этапе терапии с помощью специальных приемов актуализируются, разворачиваются и вербализуются скрытые внутренние диалоги.

Программа преодоления алекситимии у детей включает следующие **приемы индивидуальной и групповой терапии**.

- Знакомство с эмоциями, их градация.
- Проигрывание всем телом или его частями различных эмоций поочередно одним из участников с последующим их угадыванием другими членами группы.
- Калибрование телесных ощущений с помощью цвета и температуры.
- Ассоциация отдельных эмоций с различными звуками, в том числе со звуками музыкальных инструментов.

- Невербальные диалоги различного содержания при помощи жестов, музыкальных инструментов, игрушек и других предметов.
- Передача различных предметов и «эмоций» по кругу с последующим проговариванием ощущений.
- Рисование актуальных телесных ощущений, настроения участников с последующим обсуждением возникающих ассоциаций и возможным дополнением рисунков новыми элементами другими участниками.
- Психоскульптурирование. Участник описывает неприятную ситуацию, фиксируя свои эмоции и ощущения. Выбирает исполнителей каждого состояния, дает им инструкции и проигрывает с ними травмирующую ситуацию. Обсуждение направлено на обмен впечатлениями, мыслями, чувствами, переживаниями.

Биоэнергетический анализ Лоуэна А., 2015, проводится на трех уровнях:

- слой Эго – традиционная аналитическая работа;
- слой мышечного напряжения – специфическая работа по снятию мышечных блоков;
- слой отрицательных эмоций – катартические техники.

Мышечные блоки являются эквивалентами эмоциональных фиксаций и проявляются различным образом: в напряжении мышц или их вялости, болезненности или ощущении щекотки при прощупывании.

Блок круговой мускулатуры глаз с подключением мышц глазного яблока подавляет слезы («сухой плач»), но вызывает головную боль. Напряжение мышц плеч, задней части шеи и верхней части спины блокирует удары рукой, агрессию, но ограничивает движения и вызывает болевой синдром. Блокируются мышцы груди и таза, перекрывая любовь. Хронические функциональные заболевания кишечника понимаются как «плач кишечника» при напряженном животе. Заблокированные колени, плохой контакт стоп с землей говорят о плохом заземлении, укоренении (нет почвы под ногами, отсутствует чувство безопасности и уверенности).

Аналитическая и телесная работа занимают примерно одинаковое время. Феномены неосознанной экспрессии вытесненных чувств страха, гнева (плач, рвота) анализируются, упражнения наполняются осмысленным содержанием, после проработки которого переходят к следующему упражнению.

Применяются следующие специфические приемы снятия мышечного и эмоционального напряжения: усиление укоренения, вибрация, выпускание живота, лук, глубокое дыхание с валиком под поясницей, выдох со стоном и рыданием, вращение бедрами, движения тазом, лягание, удары по мату. Имеются также специальные упражнения для мышц лица. Метод применяется индивидуально и в группе.

Темой для дискуссий выбираются актуальные для подростков проблемы – отношение к родным, выбор жизненного пути, отношения с товарищами, способы преодоления

трудностей и т. п. Наиболее приемлемым для подростков является метод «анонимного обсуждения». В таких случаях история жизни, поступки и решения отсутствующего и неизвестного членам группы подростка или анонимного участника, рассказанная психотерапевтом или одним из членов группы, становится предметом обсуждения, в ходе которого выявляются и взаимно корригируются неправильные отношения.

Групповая психотерапия эффективна, если подростки сплочены в неформальную группу и с настоящим, неформальным лидером группы у психотерапевта есть хороший контакт. Спонтанные неформальные группы подростков нередко активно противостоят психотерапевту, и их использование в лечебных целях крайне затруднено.

С другой стороны, даже в эффективно функционирующих группах отдельные подростки могут неожиданно подвергаться отрицательным психогенным воздействиям (почувствовать себя униженными, осмеянными, отвергнутыми, в невыгодном положении перед другими и т. п.), сгладить которые впоследствии очень нелегко.

Более щадящими являются невербальные групповые методы (психогимнастика и др.), а также «отвлекающие» дискуссии – обсуждение распространенных хобби, кумиров моды и т. п.

В гештальт-терапии телесный симптом рассматривается как форма контакта, который был обращен внутрь и от-

чужден путем проекции потребности на определенный орган тела. Контрсимптом позволяет избегать манифестации симптома и удерживать его в более или менее застывшем виде. Диалог симптоматических и контрсимптоматических ощущений может быть прямо соотнесен с той психологической ситуацией, с тем типом взаимодействия с окружающим миром, который является пусковым для данного симптома.

В начале терапии частичная проекция превращается в тотальную путем идентификации с больным органом. При этом происходит переживание проецируемых качеств, желаний, чувств. Дождавшись фразы «сценарного» характера или эмоционального всплеска, терапевт спрашивает: «Кому адресованы эти чувства?» Появившуюся фигуру из личного опыта «усаживают» на один стул, больной орган – на другой, и запускают диалог между ними.

Затем пациент принимает на себя ответственность за переживание того или иного желания или чувства, которое приписывалось органу или другому лицу. При этом восстанавливается исходное переживание, которое блокируется симптомом и одновременно искаженно, трансформированно выражается с помощью этого симптома. В заключение устойчивость обретенной ответственности проверяется во взаимодействиях с участниками гештальт-группы.

Групповая гештальттерапия соматических больных по О. В. Немиринскому, 2021, протекает в четыре этапа.

Первый этап – превращение частичной проекции в то-

тальную путем идентификации с больным органом. При этом происходит переживание проецируемых качеств, желаний, чувств.

Второй этап – частичное обращение ретрофлексии – посвящен реконструкции личного контекста взаимоотношений. Дождавшись фразы «сценарного» характера или эмоционального всплеска, терапевт спрашивает: «Кому обращены эти чувства?» С появившейся фигурой из личного опыта работают в технике двух стульев.

На третьем этапе – ассимиляции проекции – пациент принимает ответственность за переживание того или иного желания или чувства, которое приписывалось органу или другому лицу. На этой стадии восстанавливается исходное переживание, которое блокируется симптомом и одновременно искаженно, трансформировано выражается с помощью этого симптома.

Четвертый этап – полное обращение ретрофлексии – связан с тестированием устойчивости обретенной ответственности (например, в реальных взаимодействиях с участниками гештальт-группы).

Когнитивно-динамическая терапия больных с психосоматическими расстройствами по А. Б. Холмогоровой, 2011, преследует следующие цели:

- 1) тренировка способности распознавания, дифференциации и понимания эмоций и сопровождающих их когнитивных процессов;

2) психодинамическая проработка жизненного и семейного контекста проблем;

3) психодинамическая проработка межличностных затруднений.

Работа с эмоциями включает три этапа.

На первом этапе больных информируют о связи между эмоциями и физиологическими состояниями; об общих закономерностях эмоциональной жизни; о последствиях нарушения эмоциональной психогигиены для психического и физического здоровья. Представляют метод групповой психотерапии, создают атмосферу доверия и открытости, устанавливают рабочий альянс.

Второй этап посвящен тренингу осознания и выражения чувств. В это время решаются следующие задачи.

- Осознание трудностей понимания и выражения чувств как проблемы.
- Изменение негативной установки по отношению к эмоциям.
- Расширение эмоционального словаря.
- Развитие навыков маркировки эмоциональных состояний.
- Фокусировка внимания на модусе переживаний.
- Развитие навыков дифференциации отдельных эмоций в гамме чувств.

- Обучение обратной связи.
- Диагностика способов сопротивления, реакций переноса и групповых тем.

На третьем этапе проводится тренинг управления эмоциями. Больным представляют когнитивные модели соматизированных, депрессивных и тревожных реакций, когнитивную и психодинамическую модель совладания. Создают «копилки» проблемных ситуаций, отрабатывают навыки когнитивного совладания. Помогают сформулировать неадаптивные базисные убеждения. Осуществляется маркировка сопротивления, реакций переноса и групповых тем, поощряются выражение и отреагирование негативных эмоций.

Проработка жизненного контекста и межличностных отношений проводится в процессе следующих трех этапов.

На четвертом этапе происходит дальнейшее исследование базисных убеждений. Продолжается работа с сопротивлением и групповыми темами, отношениями, выборами, реакциями переноса. Активно используется обратная связь, сравнение собственной позиции с позициями других членов группы.

Пятый этап посвящен анализу и проработке семейного конфликта. Исследуются источники базисных убеждений. Анализируется семейный контекст (роли, правила, стрессогенные события и т. д.) в трех поколениях. Выявляются родительское программирование, требования и ожидания, се-

мейные мифы и ценности. Прорабатываются и обсуждаются реакции переноса, детский психотравмирующий опыт и отреагирование.

На шестом этапе проводится анализ последствий, вытекающих из базисных убеждений для жизни и отношений с людьми. Происходит переформулирование базисных убеждений. Составляют индивидуальные «копилки» проблем, переформулированных в терминах внутренней жизни, и списки ресурсов. Увязывают актуальные проблемы с более широким жизненным контекстом и прорабатывают личные проблемы. На этом, заключительном этапе соматические жалобы заменяются психологическими проблемами. Вместо «У меня дрожь и сердцебиение» – «Мне трудно доверять людям», взамен «Я чувствую физическое истощение» – «Меня губят чрезмерно высокие требования к себе, парализующие мою активность» и т. п.

Терапевтический процесс движется в следующем направлении:

- от смутных, неясных, диффузных чувствований к дифференцированным, осозанным эмоциям;
- от жизни «вовне» к дифференцированному и автономному внутреннему миру;
- от закрытой безэмоциональной коммуникации к открытому проявлению чувств и самораскрытию;
- от когнитивной простоты в видении себя, людей и мира к когнитивной сложности;

- от ориентировки на внешние социальные стандарты к внутренним ориентирам: собственным чувствам, потребностям и возможностям;
- от видения мира и взаимоотношений между людьми как устроенных иерархически (по принципу «над» – «под») к ощущению ценности и уникальности другого, независимо от его места в социальной или любой другой иерархии.

ОПРОСНИК СИМПТОМОВ SCL-90-R

(Тарабрина Н. В., 2001)

Опросник симптомов SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised) создан Леонардом Дерогатисом с соавторами (Derogatis L. R. et al., 1974) для оценки психопатологических симптомов у пациентов. Опросник адаптирован в лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии Института психологии Российской академии наук ИП РАН (Тарабрина Н. В. с соавт., 1997).

Инструкция

Ниже приведен перечень проблем и жалоб, иногда возникающих у людей. Пожалуйста, читайте каждый пункт внимательно. Обведи кружком номер того ответа, который наиболее

лее точно описывает степень твоего дискомфорта или встревоженности в связи с той или иной проблемой в течение последней недели, включая сегодняшний день. Обведи только один из номеров в каждом пункте (так, чтобы цифра внутри кружка была видна), не попуская ни одного пункта. Если захочешь изменить свой ответ, сотри ластиком свою первую пометку. Прежде чем начать, прочитай нижеприведенный пример, и если у тебя возникнут вопросы, задай их психологу.

Насколько сильно тебя тревожили		Совсем нет	Немного	Умеренно	Сильно	Очень сильно
Пример: Головные боли						
ТЕКСТ ОПРОСНИКА						
1	Головные боли					
2	Нервозность или внутренняя дрожь					
3	Повторяющиеся неприятные неотвязные мысли					
4	Слабость или головокружения					
5	Потеря сексуального влечения или удовольствия					
6	Чувство недовольства другими					
7	Ощущение, что кто-то другой может управлять твоими мыслями					
8	Ощущение, что почти во всех твоих неприятностях виноваты другие					
9	Проблемы с памятью					
10	Твоя небрежность или неряшливость					
11	Легко возникающая досада или раздражение					
12	Боли в сердце или в грудной клетке					
13	Чувство страха в открытых местах или на улице					
14	Упадок сил или заторможенность					
15	Мысли о том, чтобы покончить с собой					
16	То, что ты слышишь голоса, которых не слышат другие					
17	Дрожь					
18	Чувство, что большинству людей нельзя доверять					
19	Плохой аппетит					
20	Слезливость					
21	Застенчивость или скованность в общении с лицами другого пола					
22	Ощущение, что ты в западне или пойман					
23	Неожиданный и беспричинный страх					

Насколько сильно тебя тревожили		Совсем нет	Немного	Умеренно	Сильно	Очень сильно
24	Вспышки гнева, которые ты не мог сдержать					
25	Боязнь выйти из дома одному					
26	Чувство, что ты сам во многом виноват					
27	Боли в пояснице					
28	Ощущение, что что-то тебе мешает сделать что-либо					
29	Чувство одиночества					
30	Подавленное настроение, «хандра»					
31	Чрезмерное беспокойство по разным поводам					
32	Отсутствие интереса к чему бы то ни было					
33	Чувство страха					
34	То, что твои чувства легко задеть					
35	Ощущение, что другие проникают в твои мысли					
36	Ощущение, что другие не понимают тебя или не сочувствуют тебе					
37	Ощущение, что люди недружелюбны или ты им не нравишься					
38	Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки					
39	Сильное или учащенное сердцебиение					
40	Тошнота или расстройство желудка					
41	Ощущение, что ты хуже других					
42	Боли в мышцах					
43	Ощущение, что другие наблюдают за тобой или говорят о тебе					
44	То, что тебе трудно заснуть					
45	Потребность проверять и перепроверять то, что ты делаешь					
46	Трудности в принятии решения					
47	Боязнь езды в автобусах, метро или поездах					
48	Затрудненное дыхание					
49	Приступы жара или озноба					
50	Необходимость избегать некоторых мест или действий, так как они тебя пугают					
51	То, что ты легко теряешь мысль					
52	Онемение или покалывание в различных частях тела					
53	Комок в горле					
54	Ощущение, что будущее безнадежно					
55	То, что тебе трудно сосредоточиться					
56	Ощущение слабости в различных частях тела					
57	Ощущение напряженности или взвинченности					
58	Тяжесть в конечностях					
59	Мысли о смерти					
60	Переедание					
61	Ощущение неловкости, когда люди наблюдают за тобой или говорят о тебе					
62	То, что у тебя в голове чужие мысли					

Насколько сильно тебя тревожили		Совсем нет	Немного	Умеренно	Сильно	Очень сильно
68	Наличие у тебя идей или верований, которые не разделяют другие					
69	Чрезмерная застенчивость при общении с другими					
70	Чувство неловкости в людных местах (магазинах, кинотеатрах)					
71	Чувство, что все, что бы ты ни делал, требует больших усилий					
72	Приступы ужаса или паники					
73	Чувство неловкости, когда ты ешь и пьешь на людях					
74	То, что ты часто вступаешь в спор					
75	Нервозность, когда ты остался один					
76	То, что другие недооценивают твои достижения					
77	Чувство одиночества, даже когда ты с другими людьми					
78	Такое сильное беспокойство, что ты не мог усидеть на месте					
79	Ощущение собственной никчемности					
80	Ощущение, что с тобой произойдет что-то плохое					
81	То, что ты кричишь или швыряешься вещами					
82	Боязнь, что ты упадешь в обморок на людях					
83	Ощущение, что люди злоупотребляют твоим доверием, если ты им позволишь					
84	Нервировавшие тебя сексуальные мысли					
85	Мысли, что ты должен быть наказан за твои грехи					
86	Кошмарные мысли или видения					
87	Мысли о том, что с твоим телом что-то не в порядке					
88	То, что ты не чувствуешь близости ни к кому					
89	Чувство вины					
90	Мысли о том, что с твоим рассудком творится что-то неладное					

Обработка данных. Ответы на 90 пунктов подсчитываются по 9 основным шкалам симптоматических расстройств.

Таблица базовых шкал SCL-90-R с входящими в них пунктами

Шкала	Количество пунктов	Номера пунктов
Соматизация	12	1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58
Навязчивости	10	3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65
Сенситивность	9	6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73
Депрессия	13	5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79
Тревожность	10	2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86
Враждебность	6	11, 24, 63, 67, 74, 81
Фобия	7	13, 25, 47, 50, 70, 75, 82
Паранойяльность	6	8, 18, 43, 68, 76, 83
Психотизм	10	7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90
Дополнительные вопросы	7	19, 60, 44, 59, 64, 66, 89

Вначале суммируются баллы для каждой шкалы. Далее эта сумма делится до второго знака после запятой на число вопросов в шкале. Например, балл по шкале соматизации получается делением на 12, по шкале тревожности – на 10 и т. д.

Затем получают общую сумму баллов по всему тесту (GT). Деление этого числа на 90 позволяет получить общий индекс тяжести (GSI). GSI является комбинацией информации о количестве симптомов и интенсивности переживаемого дистресса. Индекс GSI является наиболее информативным показателем, отражающим уровень психического дистресса индивида.

Следующий этап – подсчет числа утвердительных ответов для того, чтобы получить общее количество симптомов, на которые дан утвердительный ответ, то есть получение зна-

чения *индекса PST*. Индекс PST отражает широту диапазона симптоматики индивида.

И последний этап обработки – это вычисление значения индекса наличного симптоматического дистресса PSDI, который получается делением общей суммы баллов на индекс PST. Индекс PSDI является мерой интенсивности дистресса, соответствующей количеству симптомов. Индекс PSDI, кроме того, может служить показателем того, проявляет ли испытуемый тенденцию к преувеличению или к укрытию своих симптомов.

В заключение полученные данные соотносятся с нормативными данными (психиатрические пациенты, группа нормы).

Интерпретация результатов

Соматизация отражает дистресс, возникающий из ощущения телесной дисфункции. Сюда относятся жалобы, фиксированные на сердечно-сосудистой, пищеварительной, дыхательной и других системах. Компонентами расстройства являются также головные боли, другие боли и дискомфорт общей мускулатуры и в дополнение – соматические эквиваленты тревожности. Все эти симптомы и признаки могут указывать на наличие расстройства, хотя они могут быть и проявлением реальных соматических заболеваний. **Обсессивно-компульсивные расстройства** включают симпто-

мы, которые в сильной степени тождественны стандартному клиническому синдрому с тем же названием. Эти вопросы касаются мыслей, импульсов и действий, которые переживаются индивидом как непрерывные, непреодолимые и чуждые «Я». В эту шкалу также включены вопросы, касающиеся поведения или переживаний более общей когнитивной окраски.

Межличностная сензитивность определяется чувствами личностной неадекватности и неполноценности, особенно когда человек сравнивает себя с другими. Самоосуждение, чувство беспокойства и заметный дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия характеризуют проявления этого синдрома. Кроме того, индивиды с высокими показателями по INT сообщают об обостренном чувстве осознания собственного Я и негативных ожиданиях относительно межличностного взаимодействия и любых коммуникаций с другими людьми.

Депрессия. Симптомы этого расстройства отражают широкую область проявлений клинической депрессии. Здесь представлены симптомы дисфории и аффекта, такие как признаки отсутствия интереса к жизни, недостатка мотивации и потери жизненной энергии. Кроме того, сюда относятся чувства безнадежности, мысли о суициде и другие когнитивные и соматические корреляты депрессии.

Тревожность состоит из ряда симптомов и признаков, которые клинически сопряжены с высоким уровнем манифестированной тревожности. В определение входят общие признаки, такие как нервозность, напряжение и дрожь, а также приступы паники и ощущение насилия. В качестве признаков тревожности сюда относятся когнитивные компоненты, включающие чувства опасности, опасения и страха и некоторые соматические корреляты тревожности.

Враждебность включает мысли, чувства или действия, которые являются проявлениями негативного аффективного состояния злости. В состав пунктов входят все три признака, отражающие такие качества, как агрессия, раздражительность, гнев и негодование.

Фобическая тревожность определяется как стойкая реакция страха на определенных людей, места, объекты или ситуации, которая характеризуется как иррациональная и неадекватная по отношению к стимулу, ведущая к избегающему поведению. Пункты, относящиеся к представленному расстройству, направлены на наиболее характерные и разрушительные проявления фобического поведения. Действительная структура расстройства находится в близком соответствии с дефиницией, называемой агорафобией или синдромом тревожно-фобической деперсонализации.

Паранойяльные симптомы. Данное определение представляет паранойяльное поведение как вид нарушений мышления. Кардинальные характеристики проективных мыслей, враждебности, подозрительности, напыщенности, страха потери независимости, иллюзии рассматриваются как основные признаки этого расстройства, и выбор вопросов ориентирован на представленность этих признаков.

Психотизм. В шкалу психотизма включены вопросы, указывающие на избегающий, изолированный, шизоидный стиль жизни, на симптомы шизофрении, такие как галлюцинации или слышание голосов. Шкала психотизма представляет собой градуированный континуум от мягкой межличностной изоляции до очевидных доказательств психотизма.

Дополнительные вопросы. Семь вопросов, которые входят в SCL, не попадают ни под одно определение симптоматических расстройств; эти симптомы действительно являются указателями некоторых расстройств, но не относятся ни к одному из них. Хотя в этом смысле присутствие дополнительных вопросов нарушает один из статистических критериев для включения в тест, но все же они вошли в него, так как являются клинически важными. Дополнительные вопросы не объединены между собой как отдельное расстройство, а участвуют в общей обработке теста.

Средние значения показателей

Шкала	Здоровые	Соматоформные больные
Соматизация	0,55 ± 0,46	1,60 ± 0,62
Навязчивости	0,78 ± 0,54	1,04 ± 0,63
Сенситивность	0,95 ± 0,65	1,13 ± 0,76
Депрессия	0,72 ± 0,55	1,29 ± 0,75
Тревожность	0,58 ± 0,53	1,50 ± 0,80
Враждебность	0,74 ± 0,65	1,10 ± 0,69
Фобия	0,32 ± 0,37	0,99 ± 0,71
Паранойяльность	0,73 ± 0,59	0,76 ± 0,56
Психотизм	0,44 ± 0,45	0,80 ± 0,57
Дополнительные вопросы	0,54 ± 0,49	1,17 ± 0,79
GT	57,29 ± 38,15	105,73 ± 47,19
GSI	0,64 ± 0,43	1,17 ± 0,52
PSDI	1,45 ± 0,39	1,87 ± 0,50
PST	36,64 ± 17,28	54,75 ± 13,97

ТОРОНТСКАЯ ШКАЛА АЛЕКСИТИМИИ TAS-20-R

(Старостина Е. Г., 2009)

Для количественной оценки алекситимии чаще всего используется 20-пунктовая Торонтская шкала алекситимии

(Toronto Alexithymia Scale, TAS-20), разработанная Майклом Бэгби с соавт. (Bagby M. et al., 1994) и адаптированная Старостиной Е. Г. с соавт., 2009.

Инструкция

Вырази свое согласие или несогласие с каждым из следующих утверждений этой шкалы, обведя соответствующую цифру. Против каждого утверждения обведи только один ответ:

обведи 1, если ты **СОВЕРШЕННО НЕ СОГЛАСЕН**;

обведи 2, если ты **ОТЧАСТИ НЕ СОГЛАСЕН**;

обведи 3, если ты не можешь решить, согласен ты или не согласен (**НИ ТО, НИ ДРУГОЕ**);

обведи 4, если ты **ОТЧАСТИ СОГЛАСЕН**;

обведи 5, если ты **СОВЕРШЕННО СОГЛАСЕН**.

Текст опросника

		Совершенно не согласен	Отчасти не согласен	Ни то, ни другое	Отчасти согласен	Совершенно согласен
1	Мне часто бывает трудно разобраться, какое чувство я испытываю					
2	Мне трудно подбирать верные слова для своих чувств					
3	У меня бывают такие ощущения в теле, в которых не могут разобраться даже врачи					
4	Я легко могу описать свои чувства					
5	Я предпочитаю анализировать проблемы, а не просто о них рассказывать					
6	Когда я расстроен, я не знаю — то ли мне грустно, то ли я испуган, то ли злюсь					
7	Ощущения в моем теле часто вызывают у меня недоумение					
8	Скорее, я предпочту, чтобы все шло своим чередом, чем буду разбираться, почему вышло именно так					
9	У меня бывают чувства, которые я не могу точно назвать					
10	Очень важно отдавать себе отчет в своих эмоциях					
11	Мне трудно описывать, какие чувства я испытываю к другим людям					
12	Люди советуют мне больше говорить о своих чувствах					
13	Я не знаю, что творится внутри меня					
14	Часто я не знаю, почему я злюсь					
15	Я предпочитаю разговаривать с людьми об их повседневных делах, а не об их чувствах					
16	Я предпочитаю смотреть легкие, развлекательные программы, а не психологические драмы					
17	Мне трудно раскрывать свои самые сокровенные чувства даже близким друзьям					
18	Я могу чувствовать близость к другому человеку, даже когда мы молчим					
19	При решении личных проблем я считаю полезным разобраться в своих чувствах					
20	Поиск скрытого смысла в фильмах или пьесах мешает получать удовольствие от них					

Обработка данных

Баллы по пунктам 4, 5, 10, 18 и 19 ставятся в обратном порядке (5 засчитывается как 1, 4 как 2, 2 как 4, 1 как 5). Баллы суммируются.

Интерпретация результатов

Диапазон показателей для психосоматических больных составляет 40-65 баллов.

Эндокринные расстройства 5А

Тиреотоксикоз 5А02

Тиреотоксикоз 5А02. Нарушение обмена, связанное с повышенным уровнем свободного тироксина и/или свободного трийодтиронина, что приводит к избыточному синтезу и секреции гормонов щитовидной железы. Функция щитовидной железы возрастает при переживании стресса. В свою очередь повышенная секреция тироксина повышает возбудимость психики, в результате нарастает психическое истощение.

Повышенное выделение тироксина приводит к тиреотоксикозу. Он имеет следующие проявления: усиленный обмен веществ, учащенное сердцебиение, гипертония, затрудненное жевание. Кожа становится гладкой, теплой и влажной, волосы истончаются. Отмечаются также потливость, обостренная чувствительность, непереносимость жары, повышенный аппетит, частый стул, похудание, нарушения менструального цикла.

Наблюдаются стремительность движений с выпадением предметов из рук, тремор век, губ, языка, головы, пальцев, вытянутых рук и поднятых стоп, всего тела.

Характерны глазные симптомы: пристальный испуганный

взгляд, глаза навывкате, увеличенный блеск глаз, редкое моргание, слезотечение, покраснение роговицы и ее пониженная чувствительность. При фиксации взгляда на медленно перемещающемся вниз предмете между верхним веком и радужной оболочкой остается белая полоска склеры.

У больных гипертиреозом наблюдаются эмоциональная лабильность, раздражительность, обидчивость, внешне немотивированная слезливость. Отмечаются невозможность сосредоточить внимание, рассеянность, неусидчивость, суетливость, тревожный сон, головная боль, повышенная утомляемость, постоянная слабость. Мышечная слабость особенно проявляется при подъеме в гору или по лестнице, вставании с колен или поднятии тяжестей. Типична неспособность оставаться в теплом закрытом помещении без свободы движений, с развитием клаустрофобии.

Больные часто видят сновидения о смерти, покойниках. Им свойственна гиперсоциальность с повышенной требовательностью к себе, выраженным чувством долга и ответственности. Они сами организуют ситуации перенапряжения сил, постоянно находятся в состоянии повышенной мобилизации и страха смерти, ведут отчаянную борьбу с угрозой своей безопасности, пытаясь обойтись собственными силами.

Болезнь развивается чаще у девушек, переживших ранние утраты близких в детстве, длительно находящихся в трудной жизненной ситуации при ее утяжелении. Обычно это стар-

шие дети в семье. Под маской зрелости и успешности большие скрывают неосознаваемый страх перед взрослой ответственной жизнью.

Такие дети испытывают необыкновенную привязанность к матери и зависимость от нее, поэтому не могут переносить разлуки с материнской фигурой и утрату заботы о себе. Часто они страдают от недостаточной заботы из-за экономического положения семьи, разводов, смерти кого-то из близких или наличия множества братьев и сестер. Упорная угроза благополучию приводит к преждевременным и безуспешным попыткам идентифицировать себя со взрослым объектом. Она также обуславливает ранний стресс, перегрузку эндокринной системы и дальнейшую фрустрацию детской жажды зависимости.

Девушка постоянно стремится к преждевременному самоутверждению и старается превзойти других в ущерб развитию внимания и чувств. С другой стороны, чтобы избежать изоляции и отвергания, она готова жертвовать собой ради других. Возникающие при этом враждебные чувства по отношению к «счастливчикам» вытесняются и чрезмерно компенсируются усиленной активностью. Если эти механизмы ломаются, может развиваться тиреотоксикоз.

Лечение детей с тиреотоксикозом

В развитии гипертиреоза важную роль играют аутоантите-

ла, которые стимулируют продукцию тиреоидных гормонов. С целью предотвращения перехода субклинического гипертиреоза в клинически выраженную форму применяются гипокситерапия (Абазова З. Х., 2013).

Комнатный воздух с помощью гипоксикатора конвертируется в смесь с пониженным содержанием кислорода. За кратковременным вдыханием гипоксической смеси в течение 5 минут следуют такие же интервалы дыхания обычным комнатным воздухом. Каждый сеанс включает 4–5 циклов «гипоксия – атмосферный воздух».

Длительность лечения составляет 15 дней. Падение уровня тиреостимулирующих антител (особенно иммуноглобулинов класса G) приводит к ослаблению аутоиммунных процессов и ослаблению степени выраженности гипертиреоза.

Препаратом выбора для лечения гипертиреоза является тиамазол, который блокирует образование тиреоидных гормонов и подавляет синтез аутоантител. В зависимости от тяжести тиреотоксикоза лечение начинают с максимальных доз, а именно 0,5–1 мг/кг/сут тиамазола в 1–3 приема (не более 40 мг/сут). Через 4–6 недель дозу тиамазола постепенно уменьшают на 2,5–5 мг каждые 1–2 недели до поддерживающей дозы 2,5–5 мг/сут. Лечение поддерживающими дозами продолжают 1,5–3 года.

У детей с выраженными симптомами тиреотоксикоза (тахикардия, мышечная слабость, повышенное артериальное давление, тремор, нейропсихологические изменения), осо-

бенно при частоте сердечных сокращений более 100 ударов в минуту, лечение антитиреоидными препаратами сочетают с назначением β -адреноблокаторов (0,5–2 мг/кг/сут пропранолола в 2–3 приема).

При возникновении лихорадки, зудящей сыпи, желтухи, светлоокрашенного стула или темной мочи, болей в суставах и в правом верхнем квадранте живота или его вздутии, тошноты, исчезновении аппетита, появлении язв на языке, фарингита или выраженного недомогания прием препарата необходимо прекратить и провести функциональные печеночные тесты. Если спустя 1–2 года после терапии тиамазолем не достигнута ремиссия заболевания, необходимо рассмотреть вопрос о лечении радиоактивным йодом I^{131} или проведении тиреоидэктомии.

Следует быть готовым к тому, что утрата повышенной активности после медикаментозной ликвидации гипертиреоза может вызвать дисфорию или депрессию с переживанием снижения своих функциональных возможностей и усилением тревоги. Психотерапия направлена на информирование о патогенезе болезни, осознание и коррекцию неадаптивных личностных установок, обучение навыкам саморегуляции.

Сахарный диабет 5A1

Сахарный диабет 1-го типа 5A10 представляет собой форму сахарного диабета, которая возникает в результате разрушения бета-клеток, продуцирующих инсулин, в основном за счет аутоиммунных механизмов. Последующая нехватка инсулина приводит к повышению уровня глюкозы в крови и моче. Сахарный диабет 1-го типа (инсулинозависимый) возникает чаще всего в молодом возрасте и у детей. Он развивается в основном в результате вирусного поражения (например, кори, краснухи и т. д.) бета-клеток островков Лангерганса поджелудочной железы, вырабатывающих инсулин.

Сахарный диабет 2-го типа 5A11 представляет собой нарушение обмена веществ, характеризующееся высоким уровнем глюкозы в крови в контексте резистентности к инсулину и относительной недостаточности инсулина. Сахарный диабет 2-го типа (инсулинонезависимый) чаще встречается у людей старшего и пожилого возраста. При этом большее значение имеют наследственность, инфекционные заболевания, стрессы, малоподвижный образ жизни, переизбыток и т. д.

Клиника и течение диабета 1-го типа

Сахарный диабет 1-го типа связан с недостатком инсулина, который связывает сахар крови. Во время стресса возбуждается симпатическая нервная система, выделяется адреналин, норадреналин и катехоламины, тормозящие выработку инсулина поджелудочной железой. В результате количество сахара в крови повышается, это обеспечивает дополнительную энергию для физической активности. При отсутствии двигательной разрядки может развиваться гипергликемия (концентрация сахара в крови свыше 120 мг%).

При этом появляются слабость, быстрая утомляемость, головокружение и головная боль, сухость во рту, тошнота, неутолимая жажда. На ранних стадиях заболевания у детей отмечается частое выделение мочи в большом количестве, может ошибочно диагностироваться ночное недержание мочи. В моче содержится сахар, после того как белье высыхает, оно становится жестким, словно подкрахмаленным.

Отмечается плохой сон ночью и сонливость днем, вялость, повышенная утомляемость, головные боли после нагрузок. Ухудшается память и способность к длительной концентрации внимания, снижается успеваемость в школе. Кожа становится сухой, развиваются заеды в углах рта, кожный зуд, гнойничковая сыпь и фурункулез. У девушек появляется генитальный зуд, воспаление половых губ и влагалища,

нарушается менструальный цикл.

Наблюдаются изменения настроения с преобладанием депрессии, молчаливость, апатия, мнительность, подозрительность, несдержанность, недостаточная мотивация поступков и конфликты с окружающими. У большинства детей имеют место фобии темноты, высоты, открытого пространства, школы, несчастных случаев, в том числе с родителями, осложнений основного заболевания, госпитализации, комы, смерти.

С течением заболевания у детей нарастают эмоциональная лабильность, мнительность, тревожность, беспричинное беспокойство, подавленность, чувство обиды и жалости к себе, эпизоды отчаяния. Дети становятся робкими, пассивными, менее общительными, чем их сверстники, более скрытными, замкнутыми и застенчивыми, менее уверенными в себе. Им свойственны внимательность к мелочам, требовательность к порядку.

В семье нередко складываются нестабильные отношения, полные сильных волнений и тревог. Родители не способны решать свои конфликты.

На первом месте находятся вкушение яств и лакомств. Отношения с братьями и сестрами также часто бывают сложными, поскольку здоровые братья и сестры завидуют особому положению больного ребенка.

Ребенок удовлетворяет потребность в безопасности, защищенности, внимании и терпении при помощи еды, осо-

бенно сладостей. Вследствие больших ограничений, которых требует сахарный диабет, часто возникают страх и чувство безысходности. Некоторые больные реагируют на потерю автономности отчаянием и равнодушием. Другие «вытесняют» или отрицают свое заболевание или протестуют чрезмерным потреблением пищи.

С годами больные становятся все более раздражительными, вспыльчивыми, конфликтными, стремятся к уединению. У них нарастает апатия, снижается критика к своему состоянию. У подростков нередко наблюдается саморазрушающее поведение: нарушения диеты, алкоголизация, несвоевременное введение инсулина и т. п. Основным защитным психологическим механизмом становится рационализация, то есть поиск удобного убедительного оправдания собственного поведения и перенос ответственности за свои проблемы на окружающих.

Лечение детей с диабетом 1-го типа

Лечебная гимнастика

Если нет осложнений или они незначительны, то рекомендуется вести полноценный здоровый образ жизни с посещением спортивных залов, походами в лес или горы, лыжными и велосипедными прогулками и т. п. Наиболее пред-

почтительны следующие виды спорта: бадминтон, аэробика, теннис, спортивные танцы и т. д. Рекомендуются катание на коньках, ходьба на лыжах, однако эти занятия должны проходить под контролем врача и родителей. Воспрещается участие в каких-либо спортивных соревнованиях.

При регулярном посещении спортивной секции 2–3 раза в неделю нужно в остальные свободные дни обеспечивать себе равноценную физическую нагрузку, чтобы организм не испытывал резких перепадов нагрузок. Для поддержания хорошего самочувствия рекомендуется перед началом занятия принять легкий завтрак или полдник.

Упражнение с палкой

1. Исходное положение (ИП): ноги на ширине плеч, палка в опущенных руках. Палку через голову отвести назад, туловище наклонить вперед, вниз.
2. ИП: ноги на ширине плеч, палка сзади на уровне лопаток. Наклоняться попеременно вправо, влево, одновременно сгибая противоположное колено.
3. ИП: ноги вместе, палка в вытянутых вперед руках. Присесть.
4. ИП: лежа на спине, палка в опущенных руках. Сесть, наклониться вперед, касаясь палкой пальцев ног.
5. ИП: лежа на животе, палка в прямых поднятых руках. Прогнуться, рывком отвести палку назад за голову.
6. ИП: ноги вместе, палка в опущенных руках. Перенести

над палкой согнутую в колени ногу. Вернуться в исходное положение. То же проделать с другой ногой.

Упражнения с гантелями (небольшими)

1. ИП: ноги вместе, руки опущены. Прямые руки поднимать вперед, вверх и в стороны.
2. ИП: ноги на ширине плеч, руки вытянуты вперед. Скрестить руки спереди, отвести в стороны и назад.
3. ИП: ноги на ширине плеч. Руки вытянуты в стороны, при наклоне туловища вперед и вниз коснуться рукой пальцев противоположной ноги.
4. ИП: лежа на спине, руки подняты вверх, сесть и наклониться вперед, касаясь руками пальцев ног.
5. ИП: лежа на животе, руки вытянуты в стороны. Прогнуться.

Упражнения с гимнастическим мячом

1. ИП: ноги вместе, мяч в согнутых руках на груди. Развести в стороны, поочередно прокатывая мяч по правой и левой руке.
2. ИП: ноги вместе, мяч за головой. Ноги слегка согнуты, наклониться вперед, руки с мячом вытянуть вперед.
3. ИП: лежа на спине, ноги согнуты, колени на уровне груди, мяч между стопами, руки на бедрах. Ноги попеременно выпрямлять, и сгибать.
4. ИП: лежа на спине, мяч между стопами. Сесть, накло-

ниться вперед, взять мяч и, переходя снова в положение лежа, отвести его вверх. Ноги согнуть и положить мяч между стопами.

5. ИП: стоя на коленях, мяч зажат в согнутых коленях, подтянутых к груди. Отвести в сторону выпрямленную ногу, поднять туловище в сторону выдвинутой ноги.

6. ИП: стоя, мяч между стопами. В прыжке подбросить мяч вперед и вверх.

Диетотерапия

Из рациона питания необходимо исключить кристаллический сахар, конфеты, варенье и кондитерские изделия, содержащие высокую концентрацию сахара. Вкусовыми заменителями сахара в данном случае могут быть ксилит, сорбит и аспартам. Потребность организма в сахаре можно покрыть за счет натуральных углеводов, содержащихся в молоке, овощах. Полезны такие фрукты и ягоды, как айва, вишня, черешня, груша, несладкие сорта яблок, слива, клубника, земляника, малина, смородина.

Количество хлеба в рационе следует ограничить. Предпочтение отдается хлебу с отрубями или ржаному хлебу. Преобладающее количество углеводов следует употреблять во время первого завтрака после введения инсулина. Перед ужином также вводится очередная доза инсулина. При этом необходимо оставить немного еды на ночь в целях предупре-

ждения гипогликемии.

Фитотерапия

Фитопрепараты из растений-адаптогенов помогают восстановить гормональное равновесие и организме и нормализовать обменные процессы. Применяются следующие растения: аралия маньчжурская (корни), женьшень (корни и листья), заманиха высокая (корневища с корнями), левзея сафлоровидная (корневища с корнями), лимонник китайский (плоды и семена), родиола розовая (корневища с корнями), элеутерококк колючий (корни и листья). Из этих растений готовят отвар в соотношении 1:50. Принимают по 60 мл 4 раза в день за 1 час до еды в течение 2 месяцев.

Контакт инсулина с рецепторами улучшают хромосодержащие фитопрепараты. К ним относятся настойки из цветков арники горной, корней женьшеня, корневищ с корнями левзеи. Настойку принимают по 5–10 капель 2 раза в день. Длительность курса лечения – 3 недели.

Некоторые растения защищают инсулин от разрушения: галега, или козлятник лекарственный (травя), горох посевной (створки плодов), фасоль обыкновенная (створки плодов), черника (листья и побеги). Из этих растений готовят отвар в соотношении 1:50. Из черники делают настой в том же соотношении. Принимают по 60 мл 4 раза в день за 1 час до еды. Длительность курса лечения – 2 месяца.

Инсулиносодержащие фитопрепараты отличаются тем, что при гидролизе инсулина образуется фруктоза. Используются корневища с корнями девясила высокого, из которых делают холодный настой в соотношении 1:50. Принимают по 60 мл 4 раза в день за 1 час до еды в течение неограниченного срока по мере необходимости. Из корней одуванчика лекарственного и цикория делают настой в соотношении 1:50. Принимают по 60 мл 4 раза в день за 1 час до еды в течение 2 месяцев. Корни топинамбура употребляют в сыром виде.

Цинкосодержащие фитопрепараты стимулируют синтез инсулина и повышают иммунитет. К таким лекарственным растениям относятся: береза повислая (почки, листья), горец птичий (трава), золотарник канадский (трава), кукурузные рыльца, шалфей лекарственный (трава). Из этих растений готовят настой в соотношении 1:50. Принимают по 60 мл 4 раза в день за 1 час до еды. Длительность курса лечения – 2 месяца.

Из имбиря лекарственного (корневища) и лавра благородного (листья) готовят настой в соотношении 1:50. Принимают по 60 мл 4 раза в день за 1 час до еды. Длительность курса лечения – 2 месяца. Из леспедецы копеечниковой (трава), ольхи серой (листья), пихты сибирской (концы веток), сабельника болотного (трава) и шалфея лекарственного (трава) делают настой в соотношении 1:50. Принимают по 60 мл 4 раза в день за 1 час до еды в течение 2 месяцев.

Существуют фитопрепараты, которые оказывают выра-

женное гипогликемическое или многокомпонентное действие. К ним относятся: василек синий (цветки), грецкий орех (листья), ежевика сизая (листья), золототысячник зонтичный (трава), люцерна хмелевидная (трава), малина обыкновенная (листья), сельдерей пахучий (трава и корни), шелковица белая и черная (листья), эвкалипт шариковый (листья). Из этих растений делают настой в соотношении 1:50. Принимают по 60 мл 4 раза в день за 1 час до еды в течение 2 месяцев.

В качестве фитопрепаратов, стимулирующих регенерацию бета-клеток островков Лангерганса, используются следующие растения.

- Грецкий орех (листья), черника (листья и молодые побеги), шелковица белая и черная (листья). Готовят настой в соотношении 1:50. Принимают по 60 мл 4 раза в день за 1 час до еды в течение 2 месяцев.

- Лен посевной (семена). Делают препарат слизистой консистенции. Принимают по 60 мл 4 раза в день за 1 час до еды в течение 2 месяцев.

- Лопух большой (корни). Готовят порошок. Принимают по 0,5 г 3–4 раза в день одновременно с едой. Можно также сделать отвар в соотношении 1:50. Принимают по 60 мл 4 раза в день за 1 час до еды в течение 2 месяцев.

- Солодка голая (корни). Настой в соотношении 1:100 принимают по 60 мл 4 раза в день за 1 час до еды в течение 2 месяцев.

В качестве фитопрепаратов, способствующих выведению из организма избытка глюкозы, используются растения, которые оказывают мочегонное действие. К ним относятся: береза (листья), брусника (листья и побеги), спорыш и хвощ. Из них готовят отвары и настои в том же соотношении, что и в вышеописанных рецептах. Режим приема, дозировка, длительность курса лечения – аналогичные.

Некоторые сборы помогают снизить уровень сахара в крови и уменьшить дозу инсулинсодержащих препаратов.

1. Листья черники 1 ст. л., трава галеги лекарственной 1 ст. л., листья крапивы двудомной 1 ст. л.

1 ст. л. сбора залить 300 мл кипятка. Прокипятить 15 минут, настоять 5 минут, процедить. Применять по 2–3 ст. л. настоя 3–4 раза в день перед едой за 20 минут.

2. Листья черники 1 ст. л., листья одуванчика 1 ст. л., трава галеги лекарственной 1 ст. л.

1 ст. л. сбора залить 300 мл кипятка, прокипятить 5 минут, процедить. Применять по 0,5 стакана 2–3 раза в день перед едой за 20 минут.

3. Листья черники 1 ст. л., листья брусники 1 ст. л., листья одуванчика лекарственного 1 ст. л., трава галеги лекарственной 2 ст. л., крапива двудомная 1 ст. л.

1 ст. л. сбора залить 300 мл кипятка, прокипятить 5 минут, процедить. Применять по 0,5 стакана 2–3 раза в день за 20 минут до еды.

4. Трава галеги лекарственной 1 ст. л., стручки фасоли 1 ст. л., листья черники 1 ст. л., корень одуванчика 1 ст. л., листья крапивы 1 ст. л.

1 ст. л. сбора залить стаканом кипятка, настоять 30 минут. Применять 3–4 раза в день по 1/3 стакана настоя перед едой.

6. Листья подорожника большого 1 ст. л., листья черники 1 ст. л., листья крапивы двудомной 1 ст. л., листья одуванчика лекарственного 1 ст. л.

1 ст. л. сбора залить стаканом кипятка, кипятить 2–3 минуты, настоять 10–15 минут, процедить. Применять по 0,5 стакана за 20 минут до еды 3–4 раза в день.

6. Трава хвоща полевого 1 ст. л., трава горца птичьего 1 ст. л., трава земляники 1 ст. л.

1 ст. л. сбора залить стаканом кипятка, кипятить 3–5 минут, настаивать 10–15 минут, процедить. Применять по 1 ст. л. за 20–30 минут до еды 3–4 раза в день.

7. Трава хвоща полевого 1 ст. л., трава хвоща птичьего 1 ст. л., крапива двудомная 1 ст. л., пастушья сумка обыкновенная 1 ст. л. Способ приготовления и применения по рецепту сбора 6.

8. Листья брусники 2 ст. л., листья черники 2 ст. л., трава галеги лекарственной 2 ст. л., кора крушины 1 ст. л., листья березы 1 ст. л. Кору крушины измельчить и кипятить 20 минут, а остальные части сбора залить 300 мл кипятка, кипятить 3 минуты, затем смешать. Применять по 1/3 стакана в день перед едой.

9. Листья ореха грецкого 1 ст. л., листья мяты перечной 1 ст. л., трава горца птичьего 1 ст. л., трава галеги лекарственной 1 ст. л.

1 ст. л. сбора залить стаканом кипятка, кипятить 2–3 минуты, процедить. Применять по 1/3 стакана 3 раза в день за 15–20 минут до еды.

10. Листья одуванчика лекарственного 1 ст. л., листья цикория обыкновенного 1 ст. л., крапива двудомная 1 ст. л., трава галеги лекарственной 1 ст. л., листья ореха грецкого 1 ст. л.

1 ст. л. сбора залить 2 стаканами воды (400 мл), кипятить 2–3 минуты, настоять 5–10 минут, процедить. Применять по 2–3 ст. л. 3 раза в день за 15–20 минут до еды.

11. Листья черники 5–6 ст. л., стручки фасоли 50 г, трава галеги 5–6 ст. л., листья мяты 5–6 ст. л. Приготовление: 2 ст. л. сбора залить 0,5 л крутого кипятка и настоять 30 минут, процедить. Применять по 1/3 стакана 3 раза в день до еды.

12. Листья земляники 1 дес. л., листья цикория обыкновенного 1 ст. л., трава горца птичьего 1 ч. л., листья одуванчика 1 дес. л.

1 ст. л. сбора залить стаканом кипятка, кипятить 3–5 минут, настоять в течение 1 часа, процедить. Применять по 1/3 стакана в день до еды.

13. Листья одуванчика 1 ст. л., листья ежевики 1 дес. л., листья мяты перечной 1 ч. л., листья смородины черной 1 дес. л.

1 ст. л. сбора залить стаканом кипятка, кипятить 5 минут, настоять в течение 1 часа, процедить. Применять по 2–3 ст. л. 3 раза в день перед едой.

14. Кукурузные рыльца 1 дес. л., цветки бессмертника 1 ч. л., листья черники 2 ст. л., измельченные плоды шиповника 1 дес. л.

1 ст. л. сбора залить 300 мл кипятка, кипятить 3–5 минут, настоять в течение 1 часа, процедить. Применять по 1/3 стакана 3 раза в день после еды.

15. Листья пустырника 1 ч. л., листья земляники 1 дес. л., листья шелковицы 1 ст. л.

1 ст. л. сбора залить стаканом кипятка, кипятить 3–5 минут, настоять в течение 1 часа, процедить. Применять по 2 ст. л. 3 раза в день после еды.

16. Побеги черники 1 ст. л., створки фасоли 1 ст. л., корни аралии маньчжурской 1 ч. л., хвощ полевой 1 дес. л., плоды шиповника 1 дес. л., трава зверобоя 1 дес. л., цветки ромашки 1 дес. л.

1 ст. л. сбора поместить в эмалированную посуду и залить 2 стаканами горячей воды (400 мл). Затем нагреть на водяной бане 15 минут, охладить при комнатной температуре в течение 45–50 минут, процедить. Применять по 1/3 стакана 2–3 раза в день за 30 минут до еды в течение 20–30 дней. Через 10–15 дней курс можно повторить. В течение года проводить 3–4 курса.

17. Листья черники 1 ст. л., корень одуванчика 1 ст. л.,

листья крапивы двудомной 1 ст. л.

1 ст. л. сбора поместить в эмалированную посуду и залить 2 стаканами горячей воды, нагреть на водяной бане 15 минут, охладить при комнатной температуре в течение 45–50 минут, процедить. Применять по 0,5 стакана 3 раза в день перед едой.

18. Листья черники 5–6 ст. л., листья крапивы двудомной 1 ст. л., листья бузины черной 1 ст. л. 1 ст. л. сбора залить стаканом кипятка, кипятить 5 минут, настоять в течение 1 часа, процедить. Выпить в течение дня.

19. Листья черники 2 ст. л., корень лопуха 1 ст. л. 1 ст. л. сбора поместить в эмалированную посуду и залить 2 стаканами горячей воды, нагреть на водяной бане 15 минут, охладить при комнатной температуре в течение 45–50 минут, процедить. Применять по 1 ст. л. 3–4 раза в день до еды.

20. Корень заманихи высокой 1 ч. л., трава хвоща полевого 1 дес. л., плоды, шиповника коричневого 1 дес. л., трава череды трехраздельной 1 дес. л., корень, девясила высокого 1 ч. л., листья черники обыкновенной 2 ст. л., трава зверобоя продырявленного 1 дес. л., цветки ромашки аптечной 1 ст. л., трава мяты перечной 1 дес. л.

1 ст. л. сбора поместить в эмалированную посуду и залить 2 стаканами горячей воды, нагреть на водяной бане 15 минут, охладить при комнатной температуре в течение 45–50 минут, процедить. Применять по 1/3 стакана до еды 3 раза в день.

21. Листья березы белой 1 ст. л., плоды боярышника кроваво-красного 1 ст. л., трава вероники лекарственной 1 ст. л., трава золототысячника малого 6 ст. л., корень лопуха большого 2 ст. л., лист мяты перечной 1 ст. л., лист почечного чая 1 ст. л., трава пустырника пятилопастного 2 ст. л., корневища с корнями солодки голой 1 дес. л., корень цикория обыкновенного 1 ст. л., плоды шиповника коричневого 1 ст. л.

22. Плоды боярышника кроваво-красного 2 ст. л., лист крапивы двудомной 3 ст. л., семя льна посевного 1 ст. л., лист мяты перечной 1 ст. л., трава, пустырника пятилопастного 3 ст. л., корневища и побеги спаржи лекарственной 1 ст. л., трава чабреца 2–3 ст. л., листья черники обыкновенной 6–7 ст. л., плоды шиповника коричневого 2 ст. л.

23. Лист брусники 2 ст. л., трава зверобоя продырявленного 1 ст. л., рыльца кукурузы обыкновенной 1 дес. л., корень лопуха большого 1 дес. л., лист мяты перечной 1 ст. л., лист ореха грецкого 1 ст. л., почки сирени обыкновенной 1 дес. л., трава сушеницы болотной 1 ст. л., лист черники обыкновенной 1 ст. л., корень шиповника коричневого 1 ч. л.

24. Плоды боярышника кроваво-красного 1 ст. л., цветы бузины черной 2 ст. л., трава зверобоя продырявленного 2 ст. л., лист земляники лесной 2 ст. л., слоевище ламинарии сахаристой 1 дес. л., семя льна посевного 1 дес. л., лист мяты перечной 1 ст. л., лист подорожника большого 2 ст. л., лист смородины черной 2 ст. л., стручки фасоли обыкновенной 50,0 г, лист черники обыкновенной 5–6 ст. л., плоды шипов-

ника коричневого 1 ст. л.

Сборы 21–24 применяются следующим образом. **Каждый вечер 2–3 ст. л. сбора засыпать в термос (на 0,5 л), залить крутым кипятком. На следующий день принимать настой в теплом виде в 3 приема за 20-30 минут до еды.**

25. Листья черники 4 ст. л., створки фасоли обыкновенной 2 ст. л., трава галеги лекарственной 3 ст. л., листья мяты перечной 4 ст. л.

2 ст. л. залить 0,5 л кипятка, настаивать 30 минут. Выпить в 3–4 приема.

Инсулинотерапия

Рекомендуется применять сразу два вида препаратов, один из которых обладает короткой продолжительностью действия, другой – средней. Препараты средней продолжительности начинают действовать через 1–2 часа после введения, максимум – через 4–6 часов. Длительность их действия – 10-18 часов.

Действие цинкинсулина аморфного (ИЦС-А) проявляется через 1–1,5 часа, максимум – 4–6 часов. Длительность действия – 12–16 часов. Протамин-Инсулин ЧС начинает действовать через 1,5 часа, максимальный эффект развивается в промежутке между 4 и 12 часами, продолжительность действия – до 24 часов. Начало действия протаминцинкин-

сулина (ПЦИ) наступает через 6–8 часов после введения средства, максимум – 14–18 часов. Длительность действия – 20–24 часа.

При аллергических реакциях на инсулинсодержащие препараты больным сахарным диабетом 1-го типа назначают препараты человеческого инсулина (актрапид-НМ, монотард-НМ, протафан-НМ).

К побочным явлениям при лечении препаратами инсулина относится гипогликемия, когда у больного наблюдается резкое снижение уровня глюкозы в крови. В данном случае причиной этого становятся следующие факторы: нарушение режима питания и диеты, передозировка инсулина, а также тяжелая физическая нагрузка.

Основные симптомы развития гипогликемии: внезапная слабость, повышенная потливость, чувство голода, возбуждение, дрожание рук и ног, головокружение. В некоторых случаях у больного наблюдаются немотивированные поступки. В дальнейшем могут возникнуть судороги, происходит потеря сознания, развивается гипогликемическая кома. В данном случае, чтобы предотвратить тяжелые осложнения, необходимо дать больному легкоусвояемые углеводы.

Психотерапия

Горбатюк А. Н., 2002, разработал программу коррекции психосоматического состояния больных сахарным диабе-

том, состоящую из 10 занятий, в течение которых учатся чувствовать уровень содержания сахара в крови и при необходимости понижать его на заданную величину. Больного включают в центрированную по болезни групповую терапию или стационарное начало программы психотерапии, проводимой далее в амбулаторных условиях. Программа включает в себя следующие методы.

1. Метод снижения сахара в крови при помощи эйдегического образа ярко-красного круга, меняющего свой размер и цвет.

2. Метод «прошлое, настоящее, будущее», в котором больные обучаются оценивать значимость для себя прошлого, настоящего и будущего, наглядно видеть и переживать их, а также произвольно повышать значимость настоящего. Больные вспоминают свое детство, то время, когда они еще не болели сахарным диабетом, и заново переживают это состояние.

3. Вспоминание стрессовой ситуации, которая предположительно вызвала сахарный диабет. Благодаря развитию эйдегических способностей эта ситуация в буквальном смысле слова как бы заново переживается. В случаях ярко выраженного эйдегизма происходит отреагирование вытесненного стресса, в результате чего снижается стрессовый гормональный фон.

В начале занятия больные стараются почувствовать, какое значение имеет у них содержание сахара в крови в данный

момент. Затем делается экспресс-анализ крови на сахар из пальца при помощи глюкометра. Таким образом, благодаря обратной связи больные привыкают соотносить свои ощущения с уровнем сахара в крови.

После этого проводятся упражнения на релаксацию. Вызывается состояние легкости, воздушности, невесомости. В этом состоянии предлагается представить большой ярко-красный круг, который предварительно предъясняется в цветной таблице. Воображаемый образ круга соответствует уровню сахара в крови, обладает характерным вкусом, запахом, липкостью.

Основная часть упражнения состоит в произвольном уменьшении и осветлении этого круга и продолжается от нескольких минут до получаса. После выполнения упражнения у больных формируется настрой, что нормальное содержание сахара в крови удержится у них в течение дня.

После этого делается повторный анализ крови на сахар. Результаты сравнивают, констатируется уменьшение содержания сахара в крови. За 10 занятий больные научаются более точно чувствовать содержание сахара в крови и более уверенно снижать его. Происходит наработка условно-рефлекторной связи между изменением эйдетического образа и снижением сахара в крови.

Больному внушают чувство уверенности, что он, несмотря на ограниченные заболеваниями перспективы, может развивать свой творческий потенциал и жить полноценной жизнью.

нию. В семьях могут быть серьезные трудности преодоления болезни и нарушения общения, которые нередко становятся причиной обострения диабета у детей. В таких случаях особенно эффективна семейная психотерапия.

Нарушения нейропсихического развития БА0

Нарушения нейропсихического развития БА0 – это поведенческие и когнитивные расстройства, возникающие в период развития, которые сопряжены со значительными трудностями в приобретении и выполнении конкретных интеллектуальных, двигательных, языковых или социальных функций.

Детская невропатия

Еще во время беременности плод проявляет необычную активность. Младенцы чрезмерно реагируют на внешние раздражители и беспокойно спят. Ребенок то беспокоен и суетлив, то вял и пассивен. Наблюдаются также колебания температуры, учащенное сердцебиение, одышка и потливость при волнении, чувствительность к изменению погоды. У детей отмечаются раздражительность, пугливость, склонность к колебаниям настроения или пониженное настроение, капризность, плаксивость, страх темноты, ночные страхи, страх оставаться одному в комнате.

Характерным является «закатывание»: реакция обиды сопровождается криком, на выдохе возникает спазм гортани, дыхание останавливается, лицо бледнеет, холодеют и синеют конечности. При этом возможны судорожные подергивания мышц и кратковременное отключение сознания. Через несколько секунд происходит глубокий вдох и состояние нормализуется.

Ребенок чувствителен к изменению условий кормления. У него снижен или отсутствует сосательный рефлекс и аппетит, особенно по утрам, наблюдаются частые срыгивания, тошнота и рвота, избирательность в еде, аллергические реакции на некоторые продукты.

Симптомы гиперактивности обычно преобладают у до-

школьников и уменьшаются с возрастом. К школьному возрасту сохраняется выраженная вегетативно-сосудистая лабильность, усиливающаяся при эмоциональном и физическом напряжении. Отмечается повышенная психосоматическая готовность, головные боли к концу занятий, холодные и влажные ладони.

В школьном возрасте расстройство больше всего проявляется трудностями в обучении, особенно из-за плохого внимания и пассивности. Интерес к учебе отсутствует, часто развивается навязчивая мастурбация. К подростковому возрасту двигательная гиперактивность может пройти, но импульсивность у многих сохраняется.

Мальчики бывают агрессивны и вспыльчивы, совершают опасные действия, не учитывая их последствий (например, перебегают улицу, не оглядываясь по сторонам). При этом они не ищут приключений или острых ощущений. У девочек более выражены тревога, колебания настроения, нарушения мышления и речи. Многие подростки употребляют психоактивные вещества, совершают асоциальные поступки и суицидальные попытки. Последними компенсируются нарушения внимания.

Таким подросткам часто присущи спонтанность, непосредственность, искренность в отношениях. Многие из них отличаются нестандартным подходом к решению проблем. Невозможность детального анализа информации открывает им лучший доступ к интуитивному знанию. Они живут на-

стоящим моментом, не погружаясь в негативные переживания. Если они увлекутся каким-то делом, то полностью посвящают ему себя. Отзывчивость, умение произвести выгодное впечатление помогают им быть успешными в отношениях с близким окружением.

В основе детской невропатии лежат либо генетические факторы, либо внешние воздействия во внутриутробном периоде. Определенную роль могут играть и стрессы, пережитые матерью во время беременности, в том числе длительно существующий семейный конфликт.

Общая ослабленность и болезненность таких детей наряду с тревожностью матери обычно является причиной воспитания по типу гиперопеки и протекционизма. Дети растут тревожными и ранимыми, неуверенными в своих силах, с повышенной эмоциональностью, которую они скрывают. Они отличаются стеснительностью и самолюбием, повышенным чувством ответственности и упрямством. В неблагоприятных ситуациях быстро теряются, паникуют, обвиняют себя, ищут защиты и поддержки.

В условиях депривации развивается **депривационная детская невропатия** (Буторин Г. Г. и Бенько Л. А., 2017). Наблюдаются обусловленные эмоционально-волевой дисфункцией повышенная психомоторная и аффективная возбудимость, быстрая истощаемость, впечатлительность, общая соматическая и вегетативная дисфункция. Выполнение целенаправленных движений и действий затруднено из-за

несовершенства тонкой моторики. При своевременном формировании слогов и слов освоение активного словаря идет с явным запаздыванием, а этап развернутых предложений задерживается на 1,5-2 года.

Расстройство протекает в двух вариантах: гиперстеническом (с преобладанием психомоторной и аффективной возбудимостью, неустойчивостью вегетативных функций) и гипостенической (с преобладанием вялости, малой активностью, с разнообразной соматической и вегетативной дисфункцией).

К 3–4 годам невропатические признаки структурируются и утяжеляются, при сохранении депривации заостряются проявления темперамента, определяющего эмоционально-волевые характеристики. В дошкольном возрасте невропатическая симптоматика может ослабляться, но чаще всего трансформируется в признаки других расстройств, определяющих нарушения психологического развития и затрудняющих социально-психологическую адаптацию.

Нарушения развития речи или языка 6A01

Нарушения развития речи или языка 6A01 возникают в период развития и характеризуются трудностями в понимании или производстве речи и языка или в использовании языка для целей общения, которые находятся за пределами нормальных вариаций, ожидаемых для возраста и уровня интеллектуального функционирования. Наблюдаемые речевые и языковые проблемы не связаны с региональными, социальными или культурными/этническими языковыми различиями и не полностью объясняются анатомическими или неврологическими аномалиями.

Нарушение устной речи, связанное с развитием 6A01.0, характеризуется трудностями в восприятии, понимании и воспроизведении речи, которые приводят к ошибкам произношения, либо по количеству или типу допущенных речевых ошибок, либо по общему качеству воспроизведения речи, которые выходят за пределы ожидаемых нормальных отклонений для возраста и уровня интеллектуального функционирования и приводят к снижению разборчивости речи, значительно влияют на общение. Ошибки произношения возникают в период раннего развития и не могут быть объяснены социальными, культурными и другими особенностями среды (например, местными диалектами). Рече-

вые ошибки не полностью объясняются нарушением слуха, анатомическими или неврологическими аномалиями.

Нарушение беглости речи, связанное с развитием 6A01.1, характеризуется повторами и удлинениями звуков, слогов, слов и фраз, а также блокировкой и избеганием слов или заменами. Начало речевой дисфункции происходит в период развития, и беглость речи заметно ниже, чем можно было бы ожидать для этого возраста. Нарушение речи приводит к значительным нарушениям в социальной коммуникации, личной, семейной, социальной, учебно-профессиональной или других важных областях функционирования. Нарушение речи не объясняется нарушением интеллектуального развития, заболеванием нервной системы, сенсорным нарушением, анатомической аномалией или другим расстройством речи или голоса.

Расстройство речи, связанное с развитием 6A01.2, характеризуется стойкими нарушениями в овладении, понимании, воспроизведении или использовании языка (устного или жестового), которые возникают в период развития, обычно в раннем детстве, и вызывают значительные ограничения способности человека к общению. Способность человека понимать, воспроизводить или использовать язык заметно ниже того, что можно было бы ожидать, учитывая возраст человека. Дефицит речи не объясняется другим расстройством развития нервной системы, сенсорным нарушением или неврологическим заболеванием, включая послед-

ствия черепно-мозговой травмы или инфекции.

Диагностические критерии DSM-5

А. Постоянные трудности в освоении и использовании языка в разных условиях (то есть разговорного и письменного языка, языка жестов или других) из-за недостатка его понимания или произношения включают следующее.

1. Сокращенный словарный запас (знание слов и их использование).

2. Ограниченное строение фраз (способность соединять слова и окончания слов в форму предложения, соблюдая правила грамматики и морфологии).

3. Нарушения в беседе (способность использовать словарный запас и соединять предложения для объяснения или описания темы или серии событий в русле беседы).

В. Языковые способности значительно и количественно ниже ожидаемых по возрасту и приводящие к функциональным ограничениям в эффективном общении, социальной активности, учебе или работе, по отдельности или в любой комбинации.

С. Начало симптомов в раннем периоде развития.

Д. Трудности не связаны со слухом или другими нарушениями чувствительности и двигательных функций или другим медицинским или неврологическим состоянием и не объясняются лучше нарушением интеллектуального разви-

тия или общей задержкой развития.

Дифференциальная диагностика. Потеря ранних первых слов на втором году жизни – и, реже, потеря языковых навыков после 3 лет – является одним из проявлений расстройства аутистического спектра. Речевые способности могут также быть потеряны из-за заболеваний нервной системы, включая приобретенное повреждение головного мозга в результате инсульта, травмы или энцефалопатии (поражения головного мозга с психическими расстройствами). Сопутствующая потеря физических навыков вместе с речевыми способностями может указывать на нейродегенеративное заболевание.

Расстройство речевого развития часто сопровождается беспокойством в ожидании речи и избеганием речи. Масштабы проблемы варьируются в зависимости от ситуации и могут быть более серьезными, когда есть необходимость общаться. Иногда возникновение дисбаланса может быть связано со значительным психологическим событием, таким как тяжелая утрата, и может упоминаться как **«психогенное заикание»**. Хотя это явление можно наблюдать в раннем детстве и в подростковом периоде, психогенное заикание обычно начинается во взрослом возрасте.

Неврозоподобное заикание на органической почве проявляется в первую очередь нарушением темпа речи и косноязычием. В отличие от психогенного, неврозоподобное

заикание монотонно, однообразно. Ребенок воспринимает его равнодушно, как нечто привычное, данное ему с рождения. Если внимание ребенка фиксируют на речевом дефекте, то заикание резко уменьшается.

Заикание усиливается не вследствие переживания своего заболевания, как при психогенном заикании, а после двигательного или психического возбуждения, соматической болезни или вследствие переутомления. Количественная выраженность заикания зависит от степени усталости, поэтому во второй половине дня оно, как правило, усиливается.

Детям с психогенным заиканием свойственны нарушения сна, плохое настроение, чрезмерная робость, нерешительность, застенчивость. Для лиц с неврозоподобным заиканием такие явления нехарактерны.

Клиника и течение. У детей с речевыми или языковыми расстройствами развития отмечается быстрая, беспорядочная и аритмичная речь с повторениями и удлинениями в звуках, слогах, словах и фразах, часто с удалением или свертыванием слогов и пропусками окончаний слов, а также блокированием и избеганием слов или заменами. Речь может сопровождаться напряжением речевой мускулатуры, гримасами, морганием, движениями головы, сжиманием кулаков, постукиванием ног и напряжением тела.

Наблюдаются постоянные недостатки в понимании или использовании языка (разговорного или письменного). Могут быть нарушены следующие языковые навыки.

- Способность понимать и использовать язык для передачи значения слов и предложений.
- Возможность использовать языковые правила, например, в отношении спряжения глаголов или окончаний слов и при объединении слов в предложения.
- Способность разлагать слова на составляющие звуки и мысленно манипулировать этими звуками.
- Способность рассказать историю или поговорить. Способность понимать и использовать язык в социальных контекстах, например, делать выводы, понимать словесный юмор и неоднозначные слова.

Расстройство развития речи и языка тесно связано с другими нарушениями развития нервной системы, в том числе с нарушением развития координации и синдромом дефицита внимания. Данное расстройство часто связано также с трудностями в отношениях со сверстниками, эмоциональными расстройствами и разрушительным поведением, особенно у детей школьного возраста. Тяжелые речевые нарушения особенно вероятно связаны с социальными, эмоциональными и поведенческими нарушениями.

У некоторых пациентов с неврозоподобным заиканием в той или иной степени возникают невротические наслоения. Последние обусловлены не столько возникшим у пациентов переживанием своего дефекта как такового, сколько переживанием насмешек со стороны сверстников, или тем, что

у подростков возникают конфликты с родителями, не имеющие отношения к заиканию. Подросток нервничает, ищет выход из создавшегося положения, что усугубляет заикание, дополняя его невротическими переживаниями.

Упражнения

Тренинг речи. Оpozнание фигур, цифр или букв, «написанных» на правой и левой руке. Лепка из пластилина геометрических фигур, букв, цифр. Для детей школьного возраста лепка не только печатных, но и прописных букв. Затем опozнание слепленных букв с закрытыми глазами. Озвучивание мультфильма по заданным картинкам или составление рассказов по шаблонам с большим количеством пропущенных слов.

«Письмо в воздухе». Ребенок лежит на спине, руки вытянуты вперед перед грудью. Одновременно (в одну сторону) руки в воздухе «прописывают» буквы, цифры, а также целые слова. Этот же прием применяется при коррекции письма – при пропуске букв, их заменах, «зеркальном» написании и других ошибках. При этом вначале терапевт может вместе с ребенком выполнять необходимые упражнения, взяв его ладони в свои. Этот прием также помогает снять у ребенка страх перед школьной доской или тетрадью.

«Зашифрованное предложение». Для запоминания даются короткие предложения, например: «Дети играли во

дворе». Детям предлагается зашифровать предложение, добавляя через каждый слог вставку «хве»: «Де(хве) ти(хве) иг(хве)ра(хве)ли(хве) во(хве)дво(хве)ре(хве)».

«Фотография». Терапевт показывает детям фотографию с изображением человека с определенным настроением. Один из детей должен воспроизвести заданную ему фразу с интонацией, соответствующей эмоции на фотографии. Необходимо сопроводить высказывание соответствующей мимикой и жестами. Остальные дети должны оценить правильность выполнения задания.

Расстройства аутистического спектра 6A02

Расстройство аутистического спектра 6A02 характеризуется постоянным дефицитом способности инициировать и поддерживать взаимное социальное взаимодействие и социальное общение, а также рядом ограниченных, повторяющихся и негибких моделей поведения и интересов. Расстройство начинается в период развития, обычно в раннем детстве, но симптомы могут не проявляться в полной мере до тех пор, пока социальные потребности не превысят ограниченные возможности.

Дефицит достаточно серьезен, чтобы вызвать нарушения в личных, семейных, социальных, образовательных, профессиональных или других важных областях деятельности и обычно является распространенной особенностью функционирования человека, наблюдаемой во всех обстоятельствах, хотя они могут варьироваться в зависимости от социальных, образовательных или других условий. При этом человек обнаруживает полный спектр интеллектуальных функций и языковых способностей.

Исключения: **Синдром Ретта**. Состояние, при котором, по-видимому, нормальное раннее развитие сопровождается частичной или полной потерей речи и навыков передвижения и использования рук вместе с замедлением роста голо-

вы, обычно с наступлением от 7 до 24 месяцев. Характерны потеря целенаправленных движений рук, стереотипы заламывания рук и учащенного дыхания. Социальное и игровое развитие останавливается, но социальный интерес, как правило, сохраняется. К четырем годам нарушается координация произвольных движений и способность совершать целенаправленные действия. Почти всегда возникает тяжелая умственная отсталость.

Диагностические критерии DSM-5

Чтобы соответствовать диагностическим критериям расстройства аутистического спектра, у ребенка должны быть стойкие дефициты в каждой из трех областей социального общения и взаимодействия плюс по крайней мере два из четырех типов ограниченного, повторяющегося поведения.

А. Устойчивый дефицит социальной коммуникации и социального взаимодействия в различных контекстах, о чем свидетельствует следующее (в настоящее время или в истории):

1. Дефицит социально-эмоциональной взаимности, начиная, например, от ненормального социального подхода и отказа от нормального диалога до уменьшения разделения интересов, эмоций или аффектов и неспособности инициировать социальное взаимодействие или ответить на него.
2. Дефицит невербального коммуникативного поведения,

используемого для социального взаимодействия, например, от плохо интегрированного вербального и невербального общения до нарушений зрительного контакта и языка тела или дефицита понимания и использования жестов, полного отсутствия мимики и невербального общения.

3. Недостатки в развитии, поддержании и понимании отношений, начиная, например, от трудностей, связанных с адаптацией поведения до трудностей в совместном творческом процессе игры или в поиске друзей и отсутствия интереса к сверстникам.

В. Ограниченные, повторяющиеся модели поведения, интересов или деятельности, которые проявляются по крайней мере двумя из следующих, в настоящее время или исторически:

1. Стереотипные или повторяющиеся движения, стереотипии при использовании предметов или речи (например, простые двигательные стереотипы, выстраивание игрушек в ряд или переворачивание предметов, повторение услышанных слов, своеобразные, непонятные фразы).

2. Настойчивость в единообразии, негибкое соблюдение распорядка или ритуальных моделей вербального или невербального поведения (например, крайнее недомогание при легких симптомах, трудности с изменениями привычного порядка, жесткие модели мышления, ритуалы приветствия, необходимость выбирать один и тот же маршрут или есть одну и ту же пищу каждый день).

3. Сильно ограниченные, фиксированные интересы, аномальные по интенсивности или фокусу (например, сильная привязанность к необычным объектам или озабоченность ими, чрезмерно ограниченные или настойчивые интересы).

4. Повышенная или пониженная реактивность к сенсорным стимулам или необычный интерес к сенсорным аспектам окружающей среды (например, очевидное безразличие к боли и температуре, неблагоприятная реакция на определенные звуки или особенности поверхности объектов, чрезмерное обнюхивание или прикосновение к ним, фиксация взгляда на световых эффектах или движущихся объектах).

С. Симптомы должны присутствовать в раннем периоде развития (но могут не проявиться полностью до тех пор, пока социальные требования не превысят ограниченные возможности, или могут быть замаскированы усвоенными стратегиями в более поздней жизни).

Д. Симптомы вызывают клинически значимые нарушения в социальных, профессиональных или других важных областях текущего функционирования.

Е. Эти нарушения нельзя лучше объяснить умственной отсталостью (нарушением интеллектуального развития) или общей задержкой в развитии.

Диагноз расстройства аутистического спектра следует рассматривать только в том случае, если имеется заметное и стойкое отклонение от ожидаемого диапазона способно-

стей и поведения в этих областях, учитывая возраст человека, уровень его интеллектуального функционирования и социокультурный контекст.

Многие дети проходят этапы повторяющихся игр и сфокусированных интересов как часть типичного развития. У застенчивых или поведенчески ограниченных детей, подростков или взрослых социальные взаимодействия могут быть ограниченными. Однако модели поведения, характеризующиеся повторением, рутинной или ограниченными интересами, не свидетельствуют о РАС, если нет также свидетельств нарушения взаимного социального взаимодействия и социального общения.

Дифференциальная диагностика

В дифференциации нуждаются расстройства аутистического спектра (РАС) и **расстройство интеллектуального развития**, при котором на первом месте отмечается равномерное тотальное недоразвитие высших психических функций. У детей с расстройством интеллектуального развития с аутистическими чертами (например, при синдроме Дауна, Ретта и др.) аутизм как негативный синдром характерен только для определенных этапов течения болезни. Нейрофизиологическими маркерами синдрома атипичного аутизма является отсутствие альфа-ритма⁸ в ЭЭГ на протяжении

⁸ Альфа-ритм имеет частоту 8–14 Гц, отражает состояние покоя и регистриру-

болезни. Тетаритм⁹ является ведущей формой активности.

Расстройство развития речи и языка проявляется в постоянных трудностях в освоении и использовании языка и речи (устной или письменной) из-за недостатка понимания языка или произношения. Отмечается быстрая, беспорядочная и аритмичная речь с повторениями слогов и слов, пропусками окончаний слов, гримасами и движениями головы. Сходство с РАС состоит в нарушении общения, избегании речи или определенных слов.

Расстройство дефицита внимания с гиперактивностью отличается невнимательностью к тому, что не вызывает интереса или не обеспечивает награды, неусидчивостью, чрезмерной двигательной активностью и импульсивностью. Коммуникативная активность избыточна в отличие от ее дефицита при РАС.

У детей со **стереотипическим двигательным расстройством**, как и у детей с РАС, наблюдаются повторяющиеся, часто ритмичные, произвольные бесцельные движения. Однако при этом нет типичных проявлений РАС: недостатка социального взаимодействия, качественных нарушений общения и специфических интересов.

РАС нужно отличать от **реактивного расстройства привязанности** в результате отсутствия родительской забо-

ется у человека, находящегося в состоянии бодрствования с закрытыми глазами.

⁹ Тета-ритм имеет частоту 4–8 Гц, характерен для фазы быстрого сна со сновидениями. Дети с амплитудой волн больше 35 мкВ проявляют черты неуравновешенности и агрессивности.

ты и тяжелой педагогической запущенности. У этих детей отмечаются коммуникативные нарушения в форме «депривационного параутизма». В то же время у них нет стереотипного поведения и специфических интересов, отсутствует выраженная диссоциация в развитии, а задержка развития является равномерной и обратимой.

Дети с **избирательным мутизмом** постоянно не могут говорить в определенных ситуациях, как правило, в школе, но демонстрируют адекватную языковую компетенцию в других социальных ситуациях, как правило, дома.

Следует дифференцировать РАС и **органические заболевания мозга**, при которых неврологическое обследование, данные нейровизуализации¹⁰, наличие двигательных нарушений, снижение когнитивных функций могут быть решающими в отграничении расстройств аутистического спектра от органических нарушений при энцефалите, опухоли мозга, эпилепсии, черепно-мозговой травме. РАС следует отличать также от **дефектов органов чувств** (слуха, зрения). Для детей с такими расстройствами характерны сохранность эмоциональной сферы при тотальной задержке психического развития с изменением последовательности, ритма и темпа процесса созревания психических функций.

¹⁰ Методы, позволяющие визуализировать структуру, функции и биохимические характеристики мозга, например, компьютерная, магнитно-резонансная и эмиссионная томография.

Клиника и течение

По наблюдениям Г. Н. Шимоновой и др., 2014, у детей с РАС после 3 месяцев отмечались вздрагивание, оживление рефлексов, нарушение цикла «сон-бодрствование». К 6 месяцам развивались выраженные нарушения сна: ночные крики, бессонница, ночные бдения, ночная еда, ночной террор, страхи при засыпании и паника при пробуждении и др. Нарушения биоритма «сон-бодрствование» сохранялись до 1 года и старше. Выявлялась выраженная гиперчувствительность – кожная, слуховая, кончиков пальцев. Проявлялась негативная реакция на пеленание, купание, подстригание ногтей, волос.

Наблюдались расстройства терморегуляции, покраснение или бледность лица, характерные сосудистые пятна, переходящий цианоз, обильная потливость кистей и стоп. Отмечались срыгивание, повышение перистальтики кишечника, урчание, метеоризм, запоры, жидкий стул и частое мочеиспускание. Характерными были приостановки дыхания и глубокие вдохи, сердечная аритмия и учащенное сердцебиение.

Сосательный рефлекс сохранялся после обычных 6–9 месяцев. Дети все тянули в рот, сосали палец, облизывали и закусывали губы при волнении, испытывали затрудненность в жевании и глотании твердой пищи, предпочитали запивать пищу, у них отмечалось избыточное слюноотделение с пузы-

рями слюны у рта.

Отмечались медленные толчкообразные движения глазных яблок при прослеживании, недостаточность содружественных движений глаз, возможность изолированного движения глазного яблока, застывание взора.

Дети позднее обычного срока переворачивались, садились, начинали ходить. Они производили вычурные движения пальцами рук, совершали движения, напоминающие жевательные, застывали в одной позе и оказывали очень слабое равномерное сопротивление попыткам изменить ее (восковидная гибкость).

Наблюдалось избыточное разгибание суставов, в более поздние сроки – ходьба на носочках, манежный и челночный бег, ходьба в развалку, нагнув спину («уткой»), разбрасывая ноги.

Как отмечает Н. В. Симашкова, 2020, большинство детей с РАС полностью отказывались от грудного вскармливания и часто их кормили только ночью из бутылки жидкой пищей. В то же время сосательный рефлекс сохранялся у них до 2,5–3 лет, а формирование навыков жевания задерживалось до 3–3,5 лет. При кормлении дети были вялыми, быстро уставали. При введении прикорма появлялась особая чувствительность к пище, имеющей неоднородную консистенцию.

Некоторые дети могли заглатывать пищу кусками, без предварительного пережевывания. Но чаще они подолгу удерживали пищу за щекой, долго ее пережевывали, а затем

выплевывали. При докармливании повторно возникало срыгивание с усилением возбуждения.

Предпочтение отдавалось, как правило, одному виду пищи, и лишь спустя 1–3 месяца пища заменялась на другой вид. Дети оказывались от мяса, овощей и фруктов, требовали пищу, которую не надо жевать. На фоне пика заболевания полностью отказывались не только от еды, но и от приема жидкости.

Дети не могли научиться пользоваться столовыми приборами (не удерживали ложку, чашку), отказывались принимать помощь взрослых в освоении двигательных навыков. Речь была преимущественно смазанной, с повторениями слов и фраз.

Кататонические расстройства носили «гиперкинетический» характер: бег по кругу, вдоль стены, из угла в угол, подпрыгивания, раскачивания, карабканье наверх, медленные, извивающиеся движения кистях и стоп, потряхивания кистями, ходьба с опорой на пальцы ног. Отмечались стереотипные действия: долгое сосание соски, сосание пальцев и кисти, обкусывание ногтей, вырывание волос, раскачивание и мастурбация.

Клиническая диагностика

Признаки расстройства аутистического спектра
В раннем возрасте:

- отсутствие единичных слов в возрасте 16 месяцев;
- отсутствие фразы из двух слов в 2 года;
- отсутствие невербальной коммуникации (в частности, указательного жеста) в 12 месяцев;
- потеря речевых или социальных способностей.

В дошкольном возрасте:

- отсутствие речи или задержка ее развития;
- особый зрительный контакт: не частый и очень короткий либо долгий и неподвижный, редко прямой в глаза, в большинстве случаев периферический;
- трудности в имитации действий;
- выполнение однообразных действий с игрушками, отсутствие творческой игры;
- отсутствие социальной реакции на эмоции других людей, отсутствие изменения поведения в зависимости от социального контекста;
- необычная реакция на сенсорные раздражители;
- любая озабоченность по поводу социального или речевого развития ребенка, особенно при наличии необычных интересов, стереотипного поведения.

В школьном возрасте:

- отсутствие интереса к другим людям, контактов со сверстниками;
- большой интерес к неодушевленным предметам;
- отсутствие потребности в утешении в ситуациях психо-

логической необходимости;

- наличие сложностей с ожиданием в социальных ситуациях;
- неспособность поддерживать диалог;
- увлеченность одной темой;
- выполнение видов деятельности, наполненных малой креативностью и фантазией;
- сильная реакция на изменения в привычном ежедневном графике;
- любая озабоченность по поводу социального или речевого развития ребенка, особенно при наличии необычных интересов, стереотипного поведения.

Обследование ребенка включает следующие шесть элементов (Гринспен С., 2018):

1. Два или более 45-минутных сеанса клинических наблюдений за тем, как ребенок взаимодействует со своими родителями или воспитателями (или с теми и другими); в частности, специалист в процессе наблюдения чему-то обучает ребенка, чтобы выявить наивысший уровень его функционального развития. (Если сообщения родителей расходятся с наблюдениями специалиста, требуется больше двух сеансов.)
2. История дородового и послеродового развития и оценка текущего уровня функционального развития ребенка.
3. Изучение моделей его взаимодействия с родителями или воспитателями, в том числе выявление сильных и сла-

бых сторон, а также особенностей личности, семьи и культурных установок.

4. Изучение всех текущих терапевтических и образовательных программ, повседневных занятий ребенка и связанного с ними поведения и типов взаимодействия.

5. Консультация со специалистами, в том числе, возможно, детскими психологами, дефектологами, педагогами, физиотерапевтами и эрготерапевтами¹¹. Клиническое обследование может дополняться формальными тестами, но они должны рассматриваться не как базовый инструмент, а лишь как средство, необходимое для более глубокого понимания отдельных функциональных областей.

6. Медицинская диагностика нужна для того, чтобы исключить заболевания, сопутствующие наблюдаемым у ребенка функциональным нарушениям или усугубляющие их, и помочь выявить биомедицинские факторы этих нарушений. Специалист по биомедицинским нарушениям (как правило, врач, специализирующийся на детской психиатрии или детской неврологии) должен провести необходимые исследования. Для более точного выявления органических составляющих нарушения часто используется суточный мониторинг ЭЭГ или ЭЭГ ночного сна. Особенно важно исклю-

¹¹ *Эрготерапия* – вид терапии, помогающий пациенту освоить различные виды деятельности, которые встречаются в жизни каждого человека. Эрготерапия основывается на научно доказанных фактах, что целенаправленная, имеющая для человека смысл деятельность помогает улучшить его функциональные возможности (двигательные, эмоциональные, когнитивные и психические).

читать возможность прогрессирующих нарушений развития, вызванных обменными или генетическими факторами.

Диагностику может проводить один человек, имеющий необходимую подготовку для проведения всестороннего обследования, или целая команда, в которую входят упомянутые специалисты. В любом случае обследование должно выявить сильные и слабые стороны ребенка в вышеназванных областях.

М. А. Бебчук с соавт., 2020, разработали **Шкалу количественной оценки детского аутизма (ШКОДА)** – рейтинговую шкалу количественной оценки выраженности синдрома детского аутизма, предназначенную для обследования детей в возрасте от 6 до 12 лет. Шкала рекомендована Департаментом здравоохранения г. Москвы для использования в учреждениях здравоохранения с целью первичной диагностики РАС и дальнейшего ведения таких пациентов.

Шкала включает в себя 10 видов нарушений, которые могут проявляться при наличии у ребенка любого расстройства аутистического спектра. В протоколе шкалы к этим позициям даны ключевые ориентиры. Необходимо отметить, сколько признаков по каждой из субшкал выявляется у ребенка, насколько часто указанные признаки встречаются в поведении обследуемого. По каждой субшкале предусмотрена оценка от 1 до 4 баллов.

1. Нарушения коммуникации:

- не отвечает на приветствие;

- уклоняется от глазного контакта (отводит взгляд);
- игнорирует присутствие взрослого, для того чтобы завладеть вниманием ребенка и привлечь его к общению, требуются интенсивные неоднократные попытки;
- уклоняется от тактильного контакта;
- избегает контактов с ровесниками или стремится к ним, но не может включиться в игры, дети не хотят с ним играть.

1	Данные признаки отсутствуют
1,5	Проявляет 1–2 из перечисленных признаков, крайне редко, в остальном поведение не выходит за пределы нормы
2	Выявляются 3–4 признака, которые ребенок проявляет не во всех ситуациях
2,5	1–2 признака выявляются определенно, проявляются часто
3	3–4 признака выявляются определенно, проявляются часто
3,5	Указанные признаки делают контакт с ребенком прерывистым и продуктивным преимущественно в отношении той деятельности, которой он в данный момент хочет заниматься
4	Указанные признаки делают контакт с ребенком невозможным для привлечения его к целенаправленной деятельности

2. Нарушения способности к совместной деятельности:

- не старается подражать другим детям;
- не может воспроизвести за взрослым простой рисунок – круг, треугольник, квадрат;
- при попытке взрослого завести совместную игру – отвергает;
- при выполнении заданий слабо опирается на образец, помощь, объяснение.

1	Данные признаки отсутствуют
1,5	Проявляет 1–2 из перечисленных признаков, крайне редко, в остальном поведение не выходит за пределы нормы
2	Выявляются 3–4 признака, которые ребенок проявляет не во всех ситуациях
2,5	1–2 признака выявляются определенно, проявляются часто
3	3–4 признака выявляются определенно, проявляются часто, но при настойчивости взрослого ребенок может что-то повторить, выполнить инструкции
3,5	Указанные признаки делают контакт с ребенком продуктивным только в отношении той деятельности, которой он в данный момент хочет заниматься
4	Указанные признаки определяют невозможность привлечения ребенка к совместной деятельности

3. Нарушения понимания социальных правил и ролей:

- обращается к взрослому на «ты»;
- в общественных местах может становиться избыточно возбужденным или, наоборот, скованным, испуганным;
- может высказывать суждения, которые не подлежат огласке;
- очень раним, крайне болезненно реагирует на критику в свой адрес, или, наоборот, не дает явной реакции ни на похвалу, ни на порицание;
- не усваивает правил в играх.

1	Данные признаки отсутствуют
1,5	Проявляет 1–2 из перечисленных признаков, крайне редко, в остальном поведении не выходит за границы нормы
2	Выявляются 3–4 признака, которые ребенок проявляет не во всех ситуациях
2,5	1–2 признака выявляются определенно, проявляются часто
3	3–4 признака выявляются определенно, проявляются часто
3,5	Указанные признаки выявляются в полном объеме и постоянно, но при настойчивости со стороны взрослого ребенок может исправлять свое поведение, соблюдать правила. Однако без организующего влияния вновь игнорирует правила
4	Указанные признаки делают поведение ребенка неуправляемым

4. Нарушения структуры и развития речи:

- редко использует местоимение «я», может назвать себя в 3-м лице;
- голос с особыми интонациями или монотонный, невыразительный;
- механически повторяет чужие слова и фразы;
- речь изобилует штампами и цитатами;
- ребенок иногда может дословно воспроизводить ранее услышанное, чаще без связи с текущей ситуацией.

1	Данные признаки отсутствуют
1,5	Проявляет 1–2 из перечисленных признаков, крайне редко, в остальном поведении не выходит за границы нормы
2	Выявляются 3–4 признака, которые ребенок проявляет не во всех ситуациях
2,5	1–2 признака выявляются определенно, проявляются часто
3	3–4 признака выявляются в полном объеме, но речь ребенка в целом понятна
3,5	Указанные признаки делают речь недостаточно понятной
4	Указанные признаки делают речь ребенка лишенной смысла

5. Нарушения диалога.

- На вопросы отвечает «мимо», «невпопад», не по существу;
- не может первым вступить в общение со сверстником;
- предпочитает говорить только на темы, интересующие его самого, но не интересные окружающим, речь звучит в виде монолога;
- не использует выразительные жесты и мимические движения;
- не выстраивает ролевые игры, предполагающие диалог.

1	Данные признаки отсутствуют
1,5	Проявляет 1–2 из перечисленных признаков, крайне редко, в остальном поведение не выходит за границы нормы
2	Выявляются 3–4 признака, которые ребенок проявляет не во всех ситуациях
2,5	1–2 признака выявляются определенно, проявляются часто
3	Указанные признаки выявляются в полном объеме, но ребенок понимает простые инструкции взрослого, может их выполнить
3,5	Указанные признаки нарушают возможность взаимодействия с ребенком, он часто не выполняет инструкции, от него трудно получить ожидаемый ответ
4	Указанные признаки делают диалог невозможным

6. Адаптация к переменам:

- стремится устанавливать жесткий, раз и навсегда установленный порядок жизни и деятельности, школьных занятий, быта;
- с трудом переключается с одного задания на другое, резко реагирует на необходимость смены педагога;
- имеет однообразные пищевые пристрастия;

- отказывается надевать новую одежду.

1	Данные признаки отсутствуют
1,5	Проявляет 1–2 из перечисленных признаков, крайне редко, в остальном поведение не выходит за границы нормы
2	Выявляются 3–4 признака, которые ребенок проявляет не во всех ситуациях
2,5	1–2 из указанных признаков выявляются определенно и проявляются постоянно, но ребенок допускает изменения под влиянием необходимости, при этом нуждается в предварительном объяснении сути возможных перемен
3	Указанные признаки в той или иной степени выявляются в полном объеме
3,5	Указанные признаки настолько выражены, что на любые изменения ребенок дает протестные реакции (активные или пассивные)
4	Ребенок реагирует на изменения крайне резко, вплоть до агрессии

7. Наличие стереотипных форм деятельности:

- есть привязанность к определенной игрушке, предмету;
- предпочитает игры однообразного содержания;
- имеет стойкие стереотипные интересы, например, к датам, маршрутам или расписанию транспорта, планетам, географическим картам, компьютеру, маркам машин и т. д.

1	Данные признаки отсутствуют
1,5	Проявляет 1–2 из перечисленных признаков, крайне редко, в остальном поведение не выходит за границы нормы
2	Выявляются 3–4 признака, но ребенок проявляет их не всегда, принимает изменения своей деятельности, проявляет интерес к иным играм и навыкам, если взрослый предложит их и обучит его
2,5	3–4 признака выявляются определенно и проявляются постоянно, но ребенок допускает изменения под влиянием необходимости, при этом ощущает дискомфорт и ждет возможности вновь предаться сверхценному интересу
3	Указанные признаки в той или иной степени выявляются в полном объеме; в учебной деятельности продуктивность выше в сфере особого интереса (неравномерность интеллектуального развития)
3,5	Однообразие интересов затрудняет познание нового, в интеллектуальной деятельности ребенок развит преимущественно в направлении особого интереса, на попытки взрослых вторгнуться в сферу интересов, отвлечь дает протестные реакции. Наблюдаются стереотипные движения, но ребенок совершает их только тогда, когда предоставлен сам себе, ничем не занят
4	Ребенок активно отвергает любое вторжение в свою стереотипную деятельность, значительно выражены стереотипные движения руками, однообразные подпрыгивания, которые ребенок может совершать и в общественных местах, нуждается в этом во время занятий

8. Наличие страхов:

- страхи, связанные с реальностью (тех явлений, которые когда-то испугали ребенка), – грозы, собак, воды и т. д.;
- страх выдуманных персонажей;
- страх бытовых приборов;
- страхи мешают ребенку быть самостоятельным, он чувствует себя спокойно только в присутствии взрослых.

1	Данные признаки отсутствуют
1,5	Очень слабая выраженность, 1–2 признака редко
2	Выявляются 3–4 признака непостоянно
2,5	Выявляются 3–4 признака определенно и проявляются устойчиво, 1–2 очень часто
3	Выявляются 3–4 признака определенно и проявляются устойчиво
3,5	Все признаки присутствуют постоянно
4	Ребенок неосторожен, кажется, будто вообще лишен страха, нет чувства самосохранения

9. Нарушения сна:

- длительно не может заснуть;
- засыпает только в присутствии родителей;
- по ночам часто пробуждается;
- сноговорение, снохождение, скрип зубами.

1	Данные признаки отсутствуют
1,5	Сон нарушается редко, только в связи с выраженными эмоциональными перегрузками
2	Выявляются 2–3 признака редко
2,5	Выявляются 1–2 признака часто
3	Выявляются 2–3 признака часто
3,5	Все признаки выявляются определенно, проявляются, сменяя друг друга
4	Нарушения сна присутствуют постоянно в течение длительного времени (более 3 месяцев), ребенок в связи с этим стал менее продуктивен в деятельности, более утомляем или расторможен, возбудим

10. Агрессия и аутоагрессия:

- стремление нанести вред себе или другому лицу;

- физически;
- словесно;
- прямо – по отношению к объекту агрессии;
- косвенно – стремление провоцировать конфликты среди детей, злые шутки, доносы.

1	Данные признаки отсутствуют
1,5	Проявляет 1–2 из перечисленных признаков, крайне редко, в остальном поведение не выходит за границы нормы
2	Выявляются 2–3 признака, которые ребенок проявляет не во всех ситуациях
2,5	Часто проявляются 1–2 признака
3	Указанные признаки в той ли иной степени проявляются в полном объеме
3,5	Указанные признаки определяют невозможность пребывания ребенка в детском коллективе
4	Указанные признаки делают поведение ребенка неуправляемым

Обработка данных. Результаты субшкал суммируются. Состояние ребенка может быть отражено как суммарным баллом, так и оценкой по каждой субшкале, если исследователя интересует степень выраженности каждого симптома.

1 балл – варианты нормы; 1,5 балла – недостаточно очевидная патология, но есть отдельныестораживающие проявления; 2 балла – определенно заметная патология, но слабой степени выраженности; 2,5 балла – степень от слабой до умеренной; 3 балла – патология умеренной степени выраженности; 3,5 балла – патологические проявления не достигают максимальной степени выраженности, но приближаются к ней; 4 балла – тяжелые патологические проявления.

Интерпретация результатов

До 16 баллов – признаки синдрома аутизма отсутствуют.

16,5–20 баллов – слабая степень выраженности синдрома аутизма.

20,5–24 баллов – умеренная степень выраженности синдрома аутизма.

24,5–28 баллов – сильная степень выраженности синдрома аутизма.

28,5–40 баллов – тяжелая степень выраженности синдрома аутизма.

Шкала повседневного социального функционирования PSP

Адаптация этой шкалы для детей от 3 до 16 лет представляет собой запатентованную разработку ФГБНУ НЦПЗ¹², основанную на «Шкале повседневного социального функционирования» (Personal and social functioning scale, Morosini, P. L., et al., 2000). При использовании данной шкалы измеряется степень затруднения в четырех основных областях функционирования с учетом возраста ребенка:

- (а) способность к обучению и усвоению речевых навыков;
- (б) отношения с близкими и окружающими людьми;

¹² Расстройства аутистического спектра в детском возрасте: диагностика, терапия, профилактика, реабилитация. М.: РОП, 2020.

(с) самообслуживание;

(d) возбуждение и агрессивное поведение.

Критерии для областей a-d

Область (a)

Отсутствие проблем в области способности к обучению у детей характеризовалось успешным усвоением ключевых навыков предметно-практической деятельности, доступных для данного возраста. Как правило, такие дети посещали общую группу детского сада, обучались по общеобразовательной программе школы либо могли быть определены в данные заведения.

Слабая выраженность нарушений в этой области характеризовалась колебаниями работоспособности, ухудшением концентрации внимания при нагрузках, некоторыми трудностями при привлечении к целенаправленной деятельности. Детям данной группы требовалось приложить больше усилий для усвоения материала, однако они были способны справиться с этим без посторонней помощи.

Заметно выраженные затруднения проявлялись неравномерным темпом интеллектуальной деятельности, снижением успеваемости, быстрой истощаемостью, отвлекаемостью, ограничением круга интересов. У части больных отмечались нарушения звукопроизношения, не соответствующие возрасту. Дети по-прежнему обучались по общим стандартам,

однако зачастую требовали дополнительной помощи специалистов: репетиторов, психологов, логопедов.

Значительные нарушения в данной области характеризовались нарастающей задержкой интеллектуального развития, заметным отставанием от сверстников, незрелостью или сверхценностью интересов, трудностью переключения внимания. Отмечались нарушения фразовой речи, трудности в усвоении навыков чтения, письма. Этим детям были рекомендованы дополнительная помощь специалистов, а также специализированные условия обучения с учетом возраста: посещение группы с общими нарушениями развития, индивидуальное обучение, переход на программу для детей с задержкой психического развития.

Сильно выраженные нарушения способности к обучению предполагали наличие когнитивного дефицита, сопровождаемого выраженными нарушениями мышления, специфичными для данного заболевания. Отмечалось выраженное недоразвитие речи. Дошкольники посещали группу детей с задержкой психического развития, либо оставались не организованными. Дети школьного возраста обучались по коррекционным программам для больных УМО.

Очень сильно выраженная дезадаптация в этой сфере характеризовалась глубоким когнитивным дефектом, зачастую наблюдалось отсутствие речевых навыков, либо речь не несла коммуникативной функции. Дети школьного возраста из этой группы занимались по вспомогательной программе

для лиц с тяжелой умственной отсталостью либо оставались не организованными, в отдельных случаях находились в психоневрологическом интернате.

Область (b)

Оценка по критерию взаимоотношения с близкими и окружающими, производилась следующим образом: отсутствие проблем в этой сфере характеризовалась наличием эмоциональной привязанности к близким, активным коммуникативным взаимодействием, стремлением к расширению круга общения, умением понимать эмоции и невербальные сигналы окружающих (с учетом возраста), установлением дружеских связей. Дети с удовольствием общались в группе сверстников, хорошо адаптировались в коллективе.

Слабо выраженные нарушения отличались эмоциональной блеклостью, отмечались формальность в общении с окружающими, избирательность и поверхностность контактов. Заметно выраженные нарушения характеризовались ограничением круга контактов, трудностью или неспособностью устанавливать дружеские связи, стремлением к одиночеству, предпочтением занятий с механизмами, а не с людьми, трудностью адаптации в новом коллективе, избеганием посещения группы, класса.

Значительно выраженные затруднения были у детей, отличавшихся эмоциональным уплощением, эгоцентричностью, трудностью в распознавании и использованию невер-

бальных сигналов в общении при сохранении экспрессивной речи, активным стремлением к одиночеству. Круг контактов ограничен только общением с членами семьи, отмечались страхи, враждебность или отсутствие интереса к другим детям, а также значительные трудности нахождения в коллективе.

Сильные нарушения в данной сфере предполагали недоразвитие эмоционального реагирования вплоть до безразличия к близким либо выраженную симбиотическую привязанность к матери, трудность в дифференцировке «свой-чужой», избирательное реагирование на обращенную речь.

Очень сильные нарушения характеризовались отсутствием реакции на обращенную речь, активным уходом от контакта с любимыми людьми, однообразием эмоциональных реакций, отрешенностью от происходящего.

Область (с)

Нормой освоения навыков самообслуживания для детей 3–4 лет является умение пользоваться столовыми приборами, горшком, самостоятельное надевание и снятие одежды; 6–7 лет – умение завязывать шнурки, застегивать пуговицы, самостоятельно выполнять гигиенические процедуры; 8–10 лет – умение следить за своими вещами, готовить простые блюда, считать сдачу; от 10–11 лет – умение покупать в магазине, убирать в доме, пользоваться основной домашней техникой.

Слабо выраженные нарушения в данной области характеризовались небольшими затруднениями в выполнении основных навыков (навыки были освоены по возрасту).

Заметно выраженные нарушения характеризовались неловкостью, трудностью при исполнении навыков (при своевременном развитии навыков).

Значительные нарушения отмечались у детей, которым при самообслуживании требовалось руководство взрослых, навыки были освоены по возрасту, однако выполнялись частично или искаженно.

Сильно выраженные нарушения предполагали освоение навыков на уровне более младшего возраста, в быту и при самообслуживании в большинстве ситуаций требовалась помощь взрослого.

Очень сильно выраженные нарушения отмечались у детей, полностью не способных обслуживать себя самостоятельно, требовавших постоянного присутствия взрослого.

Область (d)

Критериями для области d являлись следующие параметры: нормой считалось отсутствие возбуждения и агрессивного поведения.

Слабо выраженными критериями являлись замкнутость, грубоватость, демонстративность поведения, активные жалобы на окружающих. Заметно выраженными критериями считались бездистантность в поведении, развязность, прояв-

ления негативизма.

К значительно выраженным проявлениям относились: нецензурная брань в адрес окружающих, порча вещей, социально неприемлемое поведение (с учетом возраста).

К сильно выраженным проявлениям относились: вербальные угрозы в адрес окружающих, агрессия к окружающим и/или аутоагрессия, без намерения нанести серьезный физический ущерб.

Очень сильно выраженными критериями являлись агрессивные целенаправленные поступки с целью нанести серьезный физический ущерб либо хаотичная нецеленаправленная агрессия и аутоагрессия.

Уровень нарушения функционирования оценивается по степени выраженности затруднений, испытываемых больным на протяжении последних семи дней. На основании проведенной клинической оценки выбирают интервал, соответствующий уровню социального функционирования (в баллах):

100–91 балл: полноценное функционирование во всех четырех основных областях. Положительные качества ребенка высоко оцениваются окружающими, он успешно справляется с повседневными проблемами, его интересы и деятельность разнообразны.

90–81 балл: хороший уровень функционирования во всех четырех основных областях, наличие лишь таких проблем или затруднений, с которыми сталкиваются все люди.

80–71 балл: небольшие затруднения в одной или более областях а-с.

70–61 балл: заметные, но не достигающие значительного уровня затруднения в одной или более областях а-с или небольшие проблемы в области d.

60–51 балл: значительные затруднения в одной из областей а-с или заметные проблемы в области d.

50–41 балл: значительные затруднения в двух или более чем в двух областях а-с или сильно выраженные затруднения в одной из областей а-с, сопровождающиеся или не сопровождающиеся заметными проблемами в области d.

40–31 балл: сильно выраженные затруднения в одной и значительные затруднения, по крайней мере, в одной из областей а-с, или значительные проблемы в области d.

30–21 балл: сильно выраженные затруднения в двух областях а-с или сильно выраженные проблемы в области d, сопровождающиеся или не сопровождающиеся нарушениями в областях а-с.

20–11 баллов: сильно выраженные нарушения во всех областях а-d или очень сильно выраженные проблемы в области d, сопровождающиеся или не сопровождающиеся нарушениями в основных областях а-с. Если ребенок реагирует на внешние стимулы, он попадает в интервал 20–16 баллов; если нет, то в интервал 15–11 баллов.

10–1 балл: Аспонтанность в сочетании с грубейшими нарушениями поведения без опасности для жизни ребенка

(баллы 6–10) или с опасностью для жизни ребенка, например, угроза гибели вследствие голодания, обезвоживания, инфекций, неспособности оценить опасную ситуацию (баллы 5–1).

Терапия детей с РАС

В фармакотерапии детей с РАС применяются следующие группы нейролептиков:

1) седативные антипсихотики (аминазин, тизерцин, хлорпротиксен, неулептил, тералиджен и др.), которые независимо от дозы сразу вызывают определенный затормаживающий эффект;

2) препараты с мощным глобальным антипсихотическим действием (галоперидол, трифтазин), которым при применении в малых дозах свойственны активирующие эффекты, а с нарастанием дозы возрастают и их купирующие психотическую тревожно-фобическую и маниакальную симптоматику свойства;

3) растормаживающие антипсихотики, обладающие преимущественно активирующим действием (сульпирид для детей старше 14 лет в дозе 3–5 мг/кг массы тела).

4) атипичные антипсихотики (клозапин, рисперидон, палиперидон и др.), которые корректируют негативные и когнитивные нарушения у больных РАС, не вызывая выраженных экстрапирамидных расстройств.

Из антидепрессантов назначают преимущественно amitриптилин, сертралин, феварин. Дифференцированный подход к назначению препаратов осуществляется с учетом возраста, веса, соматического состояния больного с РАС и наличия психопатологической симптоматики, определяющей клиническую картину заболевания. Учитывается возможность индивидуальной непереносимости препаратов, риски возникновения побочных действий.

Программа ТЕАССН¹³ была создана американским психиатром Эриком Шоплером, 1997, и одобрена Министерством образования РФ к использованию в образовательных учреждениях¹⁴. Основной целью программы является создание для людей с аутизмом условий для достижения максимального уровня самостоятельности и высокого уровня жизни. При этом должны сочетаться два аспекта: максимально возможная интеграция в общество и наличие специального окружения, где может быть достигнута максимально высокая степень самостоятельности и гибкости детей с аутизмом.

Программа построена на **трех основных принципах**:

- Исследование, ориентированное на психологическое развитие, охватывает способности и недостатки ребенка в различных функциональных сферах развития.

¹³ ТЕАССН аббревиатура от Treatment and Education for Autistic and related Communication handicapped Children (англ. Лечение и обучение детей с аутистическими и другими нарушениями общения).

¹⁴ Письмо Министерства образования и науки РФ от 11 марта 2016 г. № ВК-452/07 «О введении ФГОС ОВЗ».

- Это исследование создает основу для разработки стратегий развития ребенка, при помощи которых можно достичь как краткосрочных, так и долгосрочных целей в воспитании и лечении детей.

- Индивидуальные программы развития с тренировочными заданиями, специально приспособленные к каждому ребенку, являются в итоге основной линией работы с ним.

Первым этапом работы является диагностика. Определяются стиль обучения ребенка, актуальные потребности развития, сильные стороны. На основе собранных данных и с учетом возраста ребенка определяется программа обучения. Важное место в работе занимает консультирование родителей по обучающим стратегиям с целью поддержания их дома. Создается комфортная среда: удаляются раздражающие и опасные предметы, упорядочивается пространство, соблюдается строгая последовательность действий.

В основе программы лежит идея структурированного обучения, когда комната для занятий поделена на зоны, в каждой из которых ребенок учится отдельным навыкам и умениям. К таким навыкам относятся:

1. Школьные знания (математика, письмо, чтение).
2. Умение ориентироваться в быту (самостоятельно одеваться, заправлять постель, готовить еду).
3. Социальные навыки и ориентация в городе.
4. Коммуникация, умение поддерживать диалог.

Обучение организуется так, чтобы ребенку были понятны все необходимые действия и их последовательность. Весь день ребенка подчинен строгому расписанию, которое он соблюдает благодаря карточкам-подсказкам. Всем вещам отводится неизменное место. Коррекционные занятия включают длительный этап адаптации ребенка и установления контакта с педагогом. Подобная стратегия особенно эффективна в отношении жизненно необходимых социальных навыков, таких как предупреждение об опасности, просьба о помощи, выражение состояний усталости, голода, жажды, потребности сходить в туалет, симптомов болезни и т. п.

Комфортная среда создается за счет изымания из окружающей среды раздражающих и опасных предметов, создание ритуалов и строгой последовательности действий. Определенные действия ребенок усваивает до автоматизма многократным повторением, при этом используются карточки-подсказки.

Психолог, работающий с ребенком, учит родителей стратегиям обучения на родительских встречах. В течение недели родители вместе с ребенком выполняют домашние задания, которые копируют или похожи на те, с которыми работает психолог в кабинете. Также родители ведут дневник наблюдений за ребенком, в котором отмечают динамику развития.

Цели и задачи обучения

Можно выделить следующие цели обучения.

1. Максимально развить независимость ребенка. При построении программ и выборе заданий акцент делается на возможностях ребенка справиться с заданием максимально самостоятельно. Для этого в самом задании заложены подсказки. Кроме того, цели, которые психолог и родители ставят перед ребенком, максимально приближены к актуальному уровню его развития.

2. Помочь ребенку эффективно взаимодействовать с другими (общаться, играть). Психолог уделяет много внимания развитию навыков коммуникации. Это может быть вербальная или невербальная (жестовая, знаковая, карточная) коммуникация. Основная задача – научить ребенка общаться социально приемлемым и понятным для других образом. Для отработки навыков коммуникации дети работают не только один на один с учителем, но и взаимодействуют с другими детьми во время групповых заданий.

3. Увеличивать и развивать интеллектуальные навыки, школьные умения и индивидуальные способности. В программу ребенка включены задания на развитие основных академических навыков в чтении, письме, математике, ориентации в окружающей среде, времени и т. д.

4. Стимулировать генерализацию навыков так, чтобы все

новые знания ребенок мог максимально часто и эффективно использовать дома, на улице, школе. Очень важно, чтоб приобретенный навык ребенок мог применить вне кабинета психолога, в других условиях и с другими людьми. Для этого очень важно, чтобы родители активно включались в процесс обучения и придерживались одной стратегии с психологом. Для формирования навыка необходимо, чтобы родители отрабатывали в естественной среде и дома все то, что сформировано в кабинете.

5. Развивать чувство себя, понимание себя. В программу включены задания на развитие эмоциональной сферы, которые помогают ребенку лучше понимать себя, то, что он чувствует, как реагирует на разные ситуации. Кроме того, важная часть работы – это развитие понимания того, что чувства, желания, потребности ребенка могут не совпадать с чувствами других людей.

Задачами обучения являются формирование и развитие навыков и умений в следующих сферах: имитация, восприятие, крупная моторика, тонкая моторика, координация глаз и рук, элементарная познавательная деятельность, речь, самообслуживание, социальные отношения. Упражнения подбираются таким образом, чтобы при формировании или развитии определенного навыка также предъявлялись требования к способностям ребенка из других сфер. Например, упражнение на сортировку одновременно служит развитию координации движений, визуальному восприятию,

пониманию речи и повышению уровня познавательной деятельности.

Индивидуальная программа развития ребенка состоит из трех частей:

- понимание эмоций и их причин;
- понимание механизмов получения информации;
- игра.

Каждая из трех частей программы разделена на этапы, которые включают перечень упражнений и набор стимульного материала. Для выполнения упражнений необходимы материалы – это обычные предметы, которые всегда есть дома и в школе.

Формирование понимания эмоций и причин их возникновения проходит в четыре этапа. Первый этап – подготовительный, когда ребенок должен научиться узнавать и называть основные эмоции (радость, грусть, страх, гнев) на фотографиях и пиктограммах. На следующем этапе детям предлагают схематично изображенные жизненные ситуации, которые вызывают у них различные эмоции. Ребенок должен усвоить, какую эмоцию должна вызывать та или иная ситуация. Третий этап – формирование понимания эмоций, обусловленных желанием. И последний – понимание эмоций, обусловленных мнением.

Стенли Гринспен, 2018, разработал концепцию **DIR**

(Developmental, Individual-difference, Relationship-based)¹⁵. Эта концепция фокусирует внимание не на аутистических симптомах, а на глубинных нарушениях, которые приводят к их появлению. Ребенок с РАС застревает на одной из шести базовых стадий развития:

1. Стадия приспособления и заинтересованности окружающей действительностью – возраст: 3 месяца.
2. Стадия формирования привязанностей и межличностных отношений – возраст: 5 месяцев.
3. Стадия обоюдного общения – возраст: 9 месяцев.
4. Стадия осознания собственного я и организация поведения – возраст: 13–18 месяцев.
5. Стадия осознания и выражения собственных эмоций – возраст: 24–30 месяцев.
6. Стадия эмоционального мышления – возраст: 36–48 месяцев.

Цели терапевтической программы, основанной на концепции DIR:

- 1) помочь ребенку ощутить себя целеустремленной и взаимодействующей с другими личностью;
- 2) развить когнитивные, языковые и социальные навыки на основе этого важнейшего ощущения целеустремленности;

¹⁵ Англ.: *Developmental* – связанный с развитием, *Individual-difference* – индивидуальные различия, *Relationship-based* – основанный на отношениях.

3) последовательно освоить базовые стадии развития, а затем и более высокие уровни.

Задачи терапевтической программы определяются следующими вопросами:

- Какие виды поведения свидетельствуют о проблемах?
- Как у ребенка обстоит дело с базовыми навыками участия в отношениях, мышления и общения? Как он справляется с разными видами обработки информации и какие факторы (включая биомедицинские отклонения) влияют на его способности в этой области?
- Какие обучающие ситуации помогают ребенку, а какие – нет?
- Насколько семья способна делать то, что приносит пользу?

Аутичным детям нужно помочь пройти через все стадии с помощью «игрового времени». Прийти к двусторонней коммуникации можно в том случае, когда ребенок будет реагировать на действия, совершаемые терапевтом. При такой реакции один круг коммуникации закрывается. Тот, кто занимается с ребенком, должен стремиться к тому, чтобы закрытых кругов было как можно больше. При этом терапевт выступает в роли помощника ребенка, а сам малыш становится главным, что способствует развитию его личности.

Терапевт в игре развивает идеи, которые предлагает ре-

бенок, притворяется не понимающим и побуждает этим ребенка объяснять правила игры. Таким образом, происходит анализ действий и развивается эмоциональное мышление.

Основопологающей стратегией концепции является методика Floortime¹⁶. Цель этой методики – формирование эмоционально значимого взаимодействия в различных ситуациях, способствующего развитию базовых уровней развития. Основные принципы терапии: подбирать способы взаимодействия в соответствии с особенностями нервной системы ребенка, взаимодействовать спонтанно и использовать естественные интересы и эмоции ребенка как основу этого взаимодействия.

Важнейшие направления психотерапии:

1. Продвижение ребенка по стадиям эмоционального развития.
2. Ориентация на индивидуальные особенности работы нервной системы с акцентом на том, как эти особенности затрагивают обработку информации и планирование ответных действий.
3. Взаимодействие ребенка с родителями или воспитателями, семьей, сообществом и более широкими социальными системами.
4. Командный подход к терапии: специалисты в областях,

¹⁶ *Floortime* – образовано от англ. *fl oor* – пол, *time* – время. В русских переводах встречаются варианты названия методики: «время на полу», «игровое время», «время общения» и др.

связанных с имеющимися у ребенка отклонениями, сообща работают над тем, чтобы ускорить прогресс.

Терапевт предлагает свои идеи в игре только тогда, когда малыш прерывает общение. Он не останавливает ребенка, когда в игре появляются агрессивные мотивы. В результате ребенок начинает проявлять себя, не опасаясь собственных эмоций и реакций терапевта, а тот помогает обыграть эти действия и таким образом контролирует ситуацию.

Дети, которые в ходе прохождения индивидуальной работы научились принимать в свою игру родителей, включаются в групповые занятия. На этих занятиях применяются ритмичные, сенсорные, сюжетно-ролевые, динамичные игры, где малыши танцуют в парах под музыку, бегают, веселятся. Дети вступают в телесный контакт, взаимодействуют, при этом терапевт становится образцом поведения для них.

Каролина Грей, 2018, разработала методику **«Социальные истории»**, применяемую для объяснения ребенку социальных ситуаций, которые ему трудно понять. Адекватное социальное поведение преподносится в форме истории, придуманной специально для ребенка. Цель методики – предоставить аутичному человеку ответы на вопросы о том, как взаимодействовать с другими людьми подобающим образом (например, ответы на вопросы «кто?», «что?», «когда?», «где?» и «почему?» в различных социальных ситуациях).

Автор выделяет компоненты, необходимые для успешной социальной истории:

- история должна быть написана в ответ на конкретные нужды ребенка;
- ребенок должен хотеть читать историю сам (в зависимости от уровня его возможностей);
- история должна соответствовать способностям и уровню понимания ребенка;
- история должна содержать менее указательные «могу» или «мог бы» вместо «буду» и «должен».

Социальные истории разрабатываются индивидуально для конкретного ребенка и могут включать вещи, которые ребенок ценит, или которыми он интересуется. Например, если ребенку нравятся динозавры, то именно динозавров делают персонажами истории про учебу в школе и т. д. Схема социальной истории включает несколько описательных, перспективных, директивных и контролирующих предложений.

Описательные предложения рассказывают о том, что люди делают в конкретных социальных ситуациях, и определяют, где эти ситуации происходят, кто в них участвует, что эти люди делают и почему. Пример описательных предложений: «Иногда в школе включается пожарная тревога. Пожарная тревога – это очень громкий звонок, который включают, когда в школе настоящий пожар, или когда все тренируются выходить из здания в случае пожара. Учителя, уборщики и

директор помогают нам всем построиться и быстрее выйти из здания. Пожарная тревога очень громкая, чтобы все ее слышали. Иногда я думаю, что она слишком громкая».

Перспективные предложения описывают реакции других людей, чтобы аутичный человек узнал точку зрения окружающих на эту ситуацию. Пример перспективного предложения: «Пожарная тревога не беспокоит всех людей. Учителя, уборщики и директор могут не понимать, почему меня беспокоит пожарная тревога. Иногда они могут разозлиться, потому что я не выхожу достаточно быстро или не понимаю, что делать. Их работа состоит в том, чтобы вывести меня из здания как можно скорее, чтобы я был в безопасности в случае настоящего пожара».

Директивные предложения описывают желательный или подходящий образ действий в данной ситуации. Директивные предложения формулируются позитивно и от первого лица. Они начинаются так: «Я могу попытаться...», «Я попытаюсь...» или «Я буду работать над...» Пример директивного предложения: «Я попытаюсь оставаться спокойным, когда звучит пожарная тревога».

Контролирующие предложения определяют стратегии, которые человек может использовать, чтобы вспомнить или понять социальную историю. Контролирующее предложение пишется ребенком либо составляется по его подсказке. Пример контролирующего предложения: «Когда звучит пожарная тревога, думай о динозаврах и о том, как они идут друг

за другом из леса, чтобы спастись от огненных метеоритов».

Когда история написана, можно дополнить ее картинками, которые значимы для ребенка, и которые помогут ему запомнить историю. Историю можно использовать в качестве «сказки на ночь», читать вместе с ребенком вместо книги и так далее.

Примеры социальных историй

Я здороваюсь. Взрослым и незнакомым людям я говорю: «Здравствуйте!» Так же можно сказать: «Доброе утро!», «Добрый день!», «Добрый вечер!» Друзьям и родственникам можно сказать: «Привет!» Если человек находится вдалеке, чтобы с ним поздороваться, можно помахать рукой. Если невозможно сказать вслух слова приветствия, то можно просто улыбнуться.

Игра вместе. Я говорю с детьми, с которыми я играю. Очень важно не говорить с детьми, которые играют с другими детьми. Если я буду говорить с детьми, которые играют в другие игры, то мои друзья расстроятся, они подумают, что я их игнорирую. Возможно, в следующий раз они уже не захотят играть со мною. Если я говорю только с моими друзьями, то мы веселимся вместе. В следующий раз они снова будут со мной играть.

Когда меня зовет взрослый. Когда взрослый зовет меня, то мне нужно прекратить то, что я делаю, и подойти к нему.

Возможно, что взрослый хочет сказать мне то, что мне нужно срочно узнать. Если я не подойду, то я не узнаю то, что мне нужно знать. Взрослым не нравятся дети, которые их не слушают. Я буду слушать взрослых.

Барри и Самария Кауфман разработали методику терапии «оптимальными условиями» Son-rise¹⁷, изложенную Холмгородовой Н. Л., 2005.

Основные принципы программы Son-Rise:

- Присоединение взрослого к стереотипному поведению ребенка дает ключ к пониманию такого поведения. Это облегчает установление глазного контакта, развивает взаимодействие и дает возможность включиться в игру ребенка.
- В основе обучения и освоения навыков лежит опора на собственную мотивацию ребенка.
- Обучение через игру приводит к эффективному и осмысленному взаимодействию и коммуникации.
- Энтузиазм и заинтересованность взрослого вовлекают ребенка в общение и пробуждают у него устойчивый интерес к взаимодействию и обучению.
- Безоценочное и оптимистическое отношение взрослого дает ребенку ощущение радости, усиливает его внимание и мотивацию в течение всей программы.
- Умение родителей посмотреть на ситуацию глазами ребенка – наиболее важное и безотказное средство, способное

¹⁷ Англ. Son – сын, Rise – рост, восход солнца.

поддерживать обучение и вдохновлять ребенка.

- Создание безопасного пространства для работы и игры, в котором ничто не отвлекает внимание ребенка, поддерживает атмосферу, наиболее благоприятную для обучения и развития.

А. С. Спиваковская, 2000, подчеркивает, что для установления контакта прежде всего необходимо создать условия для ослабления тревожности. Устанавливать контакты с ребенком необходимо только в доступной его возможностям деятельности. На первом этапе психотерапевтической работы выявляются эти сохранные формы контактов и общение с ребенком строится на их основе. Для этого терапевт использует тактику выжидания с отказом от речевых контактов.

Ласковая, одобряющая улыбка, поощрительный кивок головой в описанной ситуации действуют эффективнее. Терапевт следует за ребенком, повторяя все его действия: перебирает посуду и другие игрушки, постукивает одной о другую, рассаживает кукол и т. д. Переход к речевым контактам начинается только вслед за тем, как сам ребенок начал использовать речь.

Эффективным способом продуцирования речевых контактов является называние предметов и действий. Например, ребенок перебирает игрушки, что-то неясно шепчет при этом, рассматривает некоторые из них, держит в руках. Терапевт берет один за другим заинтересовавшие ребенка предметы и внятно, но тихим голосом или шепотом называ-

ет их. Когда дети задают стереотипные вопросы, не адресуя их терапевту, тот повторяет вопросы, копируя интонации ребенка.

На втором этапе игротерапии ребенку предлагаются яркие или светящиеся предметы, звуковые игрушки. В игру включаются глина, вода, песок, которые стабилизируют беспорядочную активность ребенка. Сюжет игры строится вокруг любимого предмета. В дальнейшем к игре с привлекательными игрушками подключаются новые предметы, терапевт побуждает ребенка к действиям с ними.

Постепенно расширяется диапазон предметов, с которыми дети постоянно играют. Терапевт помогает организовать сюжетную игру, привлекает ребенка к адекватному использованию функциональных игрушек. Одновременно осуществляется переход к более совершенным способам взаимодействия, формируются речевые контакты в процессе совместной игры с терапевтом или с другим ребенком. Вначале привлекают здоровых дети, которые на предварительном игровом сеансе ознакомились с игрушками.

Никольская О. С., 2017, выделяет четыре основные группы аутичных детей.

В первой группе аутизм предстает как полная отрешенность от окружающего. Такие дети как бы не видят и не слышат, часто не реагируют на боль, холод и голод. Они самодостаточны и невозмутимы, ничего не боятся и ничего не любят. При попытке их удержать они стараются вырваться,

кричат, но как только их оставляют в покое, снова становятся отрешенными.

Эти дети пользуются в основном периферическим зрением, воспринимая происходящее в целом, и почти не фиксируют взгляд на объекте с помощью центрального зрения. Они смотрят сквозь человека, могут карабкаться по нему, как по мебели, опираясь о его лицо. Такие дети обычно молчат, могут неожиданно, ни к кому не обращаясь, повторить сложное слово, как эхо. При нажиме со стороны взрослых, когда ребенок не в состоянии немедленно ускользнуть от них, на короткое время проявляются разряды стереотипных движений и эпизоды аутоагрессии.

Дети подолгу неподвижно созерцают поток машин за окном, движение облаков, мелькание огней или бесцельно лазают, вертятся, перепрыгивают, карабкаются. Им нравится, когда их подбрасывают, кружат, но они не радуются вместе со взрослыми и быстро пресыщаются. К чужим людям они поворачиваются спиной, а родного иногда могут взять за руку, подвести к нужному им объекту и положить на него руку взрослого.

Вторая группа включает детей, которые говорят о себе во втором или третьем лице, используют глаголы в инфинитиве и повторяющиеся речевые штампы. Они могут быть предельно избирательны в еде. При малейшем изменении обстановки или обычного порядка действий их лицо искажается гримасой страха, движения становятся судорожными,

они закрывают руками глаза и уши, кричат и хаотически отбиваются руками и ногами.

Наблюдается стереотипное напряжение определенных мышц и суставов, взмахи рук, прыжки, онанизм. Сжавшись и пригнувшись, они рывком перебегают «опасное» пространство и застывают в однообразных позах. Подолгу обнюхивают и облизывают предметы, трясут и вертят их, разрывают и ломают. Скандируют, повторяют определенные аффективно заряженные слова, фразы, стереотипно декламируют и поют.

Все это усиливается при изменении обстановки, при обращении к ребенку. В состоянии паники самостимуляция переходит в опасную аутоагрессию. Контакт с чужим человеком вызывает у ребенка ужас. Он требует постоянного присутствия матери, протестует при попытке оставить его.

Дети **третьей группы** однообразно возвращаются к ситуациям, связанным с прошлым испугом. Например, ребенок с хохотом на секунду заглядывает в темный подвал или подходит постоять рядом с работающим отбойным молотком. Годами такой ребенок продолжает проговаривать, проигрывать, прорисовывать одни и те же сюжеты: пожары, кладбища, крысы, бандиты, автомобильные катастрофы и т. п. Иногда может отождествлять себя с пугающим персонажем.

Часто эти дети имеют не только хороший запас слов, но и правильную, развернутую фразовую речь, которая производит впечатление блестящей, хотя и слишком взрослой, фонографической. Они могут накопить энциклопедическую ин-

формацию, не имеющую никакой связи с их реальной жизнью. Они получают удовольствие от самого выстраивания информации в ряды, ее систематизации. Такие стереотипные умственные действия становятся для них родом ауто-стимуляции.

Характерны застывшая улыбка, блестящие глаза, экзальтированные жесты и громкая, быстрая, захлебывающаяся речь. Они могут смотреть прямо в лицо собеседнику, но не отслеживают его реакцию, и их аффективно напряженный монолог разворачивается вне учета реакции слушателя. Часто эти дети дразнят своих близких, провоцируя их на взрывы гнева.

Аутизм детей **четвертой группы** наименее глубок. Внешне это несколько заторможенные, патологически застенчивые дети. Выражение лица часто застывшее или растерянное, в то же время возможны минуты адекватной мимики, хотя и немного утрированной, механистической. Они почти не могут смотреть в глаза, стараются отвернуться, закрыться, но, тем не менее, очевидно их особое внимание к людям, интерес, с которым они иногда смотрят на человека. Поражает пронзительная младенческая открытость этих коротких взглядов.

Движения этих детей скованны и неровны, моторные стереотипии минимальны, появляются только в особенно напряженных ситуациях и исчезают в комфортной обстановке. Обычно это простые покачивания, перебирание случайно

подвернувшихся предметов, подергивание плечами, некоторая излишняя суетливость движений.

Голос тихий, интонации затухающие, но иногда приобретающие характер скандированной эмоциональной выразительности. Характерна задержка становления речи, ее нечеткость, неартикулированность, поздно появляющаяся, аграмматичная фраза, бедность активного словарного запаса, медлительность, неровность в интеллектуальной деятельности.

Эти дети стремятся строить свои отношения с миром только опосредованно, через взрослого человека. Им трудно усвоить навыки самообслуживания. Они стремятся ригидно воспроизводить знакомые программы поведения и страдают от малейшего вынужденного отступления от них. Обычно эти сверхправильные, педантичные дети производят тяжелое впечатление из-за своей пунктуальности. Ребенок легко заражается тревогой матери, опасается за состояние своего здоровья и здоровье близких.

Такие дети кажутся туповатыми, рассеянными, растерянными. Педагогическое обследование часто обнаруживает у них состояние, пограничное между задержкой психического развития и умственной отсталостью. Потеряв связь с эмоциональным донором, «переводчиком» смыслов происходящего вокруг, такой ребенок останавливается в развитии и может регрессировать к уровню, характерному для второй группы. Однако при адекватном коррекционном подходе именно эти дети имеют наилучший прогноз психического

развития и социальной адаптации.

Работа со страхами

Ребенок первой группы может снимать напряжение, прибегая к примитивным способам аутостимуляции (раскачиванию, постукиванию, крику). Следует обучить его более сложным формам протеста: стукнуть по столу, крикнуть, оттолкнуть руку взрослого, бросить игрушку.

Ребенок второй группы практически постоянно пребывает в состоянии страха. Можно подстроиться к стереотипному постукиванию ребенка, обыгрывая его как стук колес поезда, при этом приговаривая или ритмично подпевая в такт его раскачиваниям. При разыгрывании ситуации «острой безопасности» взрослый вместе с ребенком прячутся в безопасное укрытие, надежность которого подчеркивается противопоставлением его другим местам, где может «бушевать вьюга».

Полезно уговорить ребенка выскочить на секунду под «дождь и ветер», чтобы тут же вернуться в теплое и надежное укрытие. Необходимо поддержать ребенка в коротких агрессивных действиях, направленных на испугавший его объект, предлагая разрешающий комментарий по поводу происходящего, заражая ребенка своей спокойной интонацией, подчеркивая незначительность пугающего предмета или ситуации.

Ребенок третьей группы постоянно говорит о своих страхах, тянется к тому, чего боится, провоцирует близких на угрозу наказания. Не следует аффективно подкреплять провокационные действия ребенка. Можно предложить ему разобраться с пугающим персонажем после «кругосветного путешествия». По дороге ребенок может производить полезные агрессивные действия (например, «расчистить дорогу в джунглях») и совершать подвиги. В итоге оказывается, что «мы так устали, что не хотим даже разговаривать с этим разбойником».

Дети четвертой группы боятся сделать что-то не так, оказаться «плохими», не оправдать ожиданий мамы, быть несостоятельными. Ребенка включают в игры с быстрым разрешением напряженной ситуации (например, провести игрушечный поезд через «темный тоннель», «нырнуть» на секунду, как большая рыба, и сразу «вынырнуть»). Его качают на качелях, кружат на руках («тренировка для космонавта»).

Ребенка мотивируют на прыжки с небольшой высоты, залезание на лесенку, на агрессивные действия, необходимые «будущему герою». Обыгрывают благополучное завершение ситуации потенциальной опасности, в которой «чуть было» что-то не произошло. Вводят в сюжет игры «проказника», «глупого малыша» (Буратино, Карлсона, Незнайку), которого можно поругать и даже иногда наказать за небольшие провинности. Наконец, сочиняют истории про самого ребенка, в которых он предстает помощником, защитником, героем.

Такого ребенка необходимо постоянно подбадривать, «заражать» своим ощущением уверенности в нем, не оставлять его один на один с чувством несостоятельности. Помогая ему преодолеть трудную для него ситуацию, надо напоминать ему о положительном опыте: «Вот это ты делаешь замечательно, а над этим нам надо с тобой еще поработать: пока это у нас еще не очень получается, но непременно получится».

Обеспечение безопасности ребенка

Ребенок первой группы берет в рот все подряд. Нужно следить, чтобы в комнате не было разбросанной мозаики, кусочков пластилина, хрупких елочных игрушек, каких-то случайных осколков, острых вещей и т. п. Не испытывая страха, ребенок может стоять на краю подоконника, ползть на шаткую лестницу, балансировать на перилах, уйти далеко в воду, убежать без оглядки в глубь лесопарка. Окна высоких этажей должны быть закрыты, мебель в комнате устойчива; недопустим также неконтролируемый выход ребенка из квартиры.

Ребенок второй группы часто натывается на углы; разгибаясь под столом или полкой, он может стукнуться головой. Причем ударившись один раз, он часто начинает исступленно биться ушибленным местом еще и еще. Может импульсивно кусать собственную руку (у многих детей на за-

пьястье образуется характерная мозоль). Он успокоится, если начать «голосить» вместе с ним, обозначая его состояние подходящими словами («ой-ой-ой, какая беда»). Ребенка, с которым уже налажен тактильный контакт, крепко обнимают и удерживают со словами: «Ни за что не позволю, чтобы такому хорошему мальчику было больно».

Возбуждвшись во время игры, ребенок может порывисто прыгнуть на руки играющего с ним взрослого, не учитывая позиции последнего и разделяющей их дистанции. В моменты агрессии он может кинуть, не глядя, любой лежащий у него под рукой предмет, который может упасть на самого ребенка или, например, разбить лампу. Испугавшись скрипа качелей, ребенок может импульсивно броситься в находящийся рядом пруд.

Необходимо подкладывать свои руки на опасные места, о которые можно удариться (угол мебели; перекладина закрытого сиденья качелей, когда ребенок залезает на них либо порывается слезть; шея лошадки-качалки, о которую легко при раскачивании стукнуться подбородком, и т. д.). Нужно быть готовым поймать, подхватить ребенка в любую минуту.

Ребенок третьей группы в поисках острых ощущений, для провокации тревожной реакции взрослых может свеситься из окна, выскочить на проезжую часть улицы, носиться по краю железнодорожной платформы. При этом он сам пугается, возбуждается, хохочет, становясь крайне неосторожным.

Чтобы не подкреплять провокационное поведение ребенка своей бурной эмоциональной реакцией, взрослый не должен показывать ребенку, что он расстроился, испугался, рассердился. Необходимо приучать малыша ходить со взрослым за руку. Руку следует держать достаточно крепко, а при попытках ребенка ее вырвать – спокойно зажать еще сильнее, передавая ему уверенность в том, что его ни за что не выпустят.

В более старшем возрасте представляет опасность стремление к путешествиям на транспорте, к бродяжничеству. Полезно совместно с ребенком разрабатывать и испытывать наиболее удобные и интересные транспортные маршруты, организовывать походы, туристические поездки.

Ребенок четвертой группы может проявить физическую аутоагрессию на фоне серьезной обиды, неудачи, понимания собственной неуспешности. Из-за социальной наивности ребенок, не понимая, что над ним издеваются, может сделать какой-то неразумный поступок, потому что его об этом попросили.

Формирование у такого ребенка стремления к преодолению страхов в процессе коррекционной работы может сопровождаться желанием испытать свои возможности в слишком опасной ситуации. Поэтому здесь нужна постоянная профилактическая работа по обучению наиболее правильным способам поведения в различных ситуациях, формированию адекватной самооценки, рационального контроля,

позволяющего найти разумные пути отступления от непреодолимого препятствия.

Расстройство развития координации движений 6A04

Расстройство развития координации движений 6A04 характеризуется значительной задержкой в приобретении грубой и мелкой моторики и нарушениями в выполнении скоординированных двигательных навыков, которые проявляются в неуклюжести, медлительности или неточности двигательных работ. Скоординированные двигательные навыки заметно ниже ожидаемых, учитывая хронологический возраст человека и уровень интеллектуального функционирования. Возникновение проблем с координацией движений происходит в период развития и, как правило, проявляется с раннего детства. Трудности с координацией движений приводят к значительным и постоянным ограничениям в функционировании (например, в повседневной жизни, школьной работе, профессионально-технической и досуговой деятельности). Эти трудности не связаны исключительно с заболеванием нервной системы, опорно-двигательного аппарата или соединительной ткани, сенсорными нарушениями и не лучше объясняются расстройством интеллектуального развития.

Диагностические критерии DSM-5

А. Приобретение и выполнение координированных двигательных навыков значительно ниже того уровня, который ожидается с учетом хронологического возраста человека и возможностей обучения использованию этих навыков. Трудности проявляются в виде неуклюжести (например, падение или столкновение с предметами), а также медлительности и неточности выполнения двигательных навыков (например, ловля предметов, использование ножниц или столовых приборов, письмо, езда на велосипеде или занятия спортом).

В. Дефицит двигательных навыков по критерию А значительно и устойчиво мешает деятельности, связанной с повседневной жизнью, соответствующей хронологическому возрасту (например, уход за собой и самообслуживание), и влияет на успеваемость в школе и обучение профессии, досуг и игры.

С. Начало симптомов приходится на ранний период развития.

Д. Дефицит двигательных навыков не может быть лучше объяснен расстройством интеллектуального развития или нарушением зрения и не связан с неврологическим заболеванием, влияющим на движение (например, церебральный паралич, мышечная дистрофия, дегенеративное заболевание).

Дифференциальная диагностика

Двигательные трудности могут быть связаны с расстройством интеллектуального развития. Однако, если они превышают те, которые могут быть обусловлены указанным расстройством, а критерии расстройства развития координации движений (РРКД) соблюдены, должно быть диагностировано РРКД.

Дети с **расстройством аутистического спектра** бывают не способны участвовать в занятиях, требующих сложных координационных навыков, например, в играх с мячом, что может быть связано с коммуникативными проблемами, а не с двигательной компетенцией. В то же время совместное возникновение расстройства аутистического спектра и РРКД является обычным явлением. Если соблюдены критерии обоих расстройств, могут быть поставлены оба диагноза.

Дети с **синдромом дефицита внимания** и гиперактивности могут падать, наткнуться на предметы или опрокидывать их. Необходимо тщательное наблюдение, чтобы установить, является ли отсутствие двигательной компетентности следствием отвлекаемости и импульсивности, а не РРКД. Если имеются критерии как синдрома дефицита внимания и гиперактивности, так и РРКД, могут быть поставлены оба диагноза.

Проблемы с координацией могут быть связаны с дру-

гим медицинским состоянием (например, церебральным параличом, прогрессирующим поражением мозжечка, нервно-мышечными расстройствами, нарушениям зрения). В таких случаях проводятся дополнительные неврологические и другие обследования.

Клиника и течение

Маленькие дети с РРКД могут отставать в достижении двигательных навыков (например, сидеть, ползать, ходить). Они с опозданием научаются преодолевать лестницы, крутить педали, застегивать молнии. Даже когда эти навыки образуются, движения детей выглядят более медленными или менее точными, чем у сверстников. Дети старшего возраста могут обнаруживать замедленную скорость или неточность при сборке пазлов, построении моделей, играх с мячом (особенно в командах), написании и наборе текста, езде на велосипеде или выполнении действий по уходу за собой.

Детям с РРКД трудно одеваться, принимать пищу с использованием соответствующей возрасту посуды, участвовать в физических играх с другими и групповых упражнениях в школе, использовать в классе такие инструменты, как линейки и ножницы. Мало того, что нарушена способность правильно выполнять эти действия, но они еще и замедлены. Неразборчивость почерка и медленная скорость письма ухудшают успеваемость.

У детей с РРКД нередко развиваются координационные синкинезии – произвольные движения, дополняющие произвольные. Например, при письме у ребенка двигается язык и напрягаются ноги, при слежении глазами за предметом он задерживает дыхание, одновременно с движениями руки двигает бровями, подбородком и т. п.

Нарушение координации развития чаще встречается после пренатального воздействия алкоголя, а также у недоношенных детей и детей с низкой массой тела при рождении. Начало заболевания приходится на ранний детский возраст. Первыми признаками могут быть задержка двигательных навыков, или нарушение впервые распознается, когда ребенок пытается пользоваться вилкой и ножом, надевать одежду или играть в мяч. В среднем детстве возникают трудности с двигательными аспектами письма, сборки пазлов, построения моделей, игры в мяч, а также с упорядочиванием вещей, когда требуются последовательность и координация движений.

Нарушения, которые обычно сочетаются с РРКД, включают: расстройство развития речи и языка; расстройство аутистического спектра; расстройство развития навыков обучения (особенно чтения и письма); синдром дефицита внимания и интерактивности (наиболее частое сопутствующее расстройство, встречающееся примерно в 50 % случаев); оппозиционно-вызывающее расстройство; синдром избыточного разгибания суставов. Присутствие других расстройств не исключает нарушения координации развития, но может за-

труднить диагностику и самостоятельно препятствовать выполнению действий в повседневной жизни.

Течение РРКД вариабельно, но стабильно, по крайней мере в течение года. Хотя в долгосрочной перспективе может наблюдаться улучшение, проблемы с координацией движений сохраняются до подросткового возраста у 50–70 % детей.

Последствия РРКД: плохая физическая подготовка, проблемы с участием в спортивных и командных играх, снижение физической активности и ожирение, ухудшение успеваемости, низкая самооценка и чувство неполноценности, эмоциональные и поведенческие расстройства.

Нарушение речи МА81 характеризуется частым или повсеместным нарушением ритмического течения речи, которое возникает после периода развития (это может включать повторение звуков, слогов или слов, удлинение, разрывы слов, блокировку производства, чрезмерное использование междометий и быстрые короткие всплески речи).

Диагностика психомоторного развития дошкольника

(Никифоров Г. С., 2011)

Задания для детей 4 лет

Задание 1. Оценка функции равновесия.

Ребенок занимает исходное положение: пятка правой (левой) ноги примыкает к носку левой (правой) ноги, стопы расположены по прямой линии, руки – вдоль туловища. Необходимо сохранять данную позицию в течение 15 секунд с закрытыми глазами. Смещение ног с первоначальной позиции, сходжение с места, балансирование расцениваются как минус (задание не выполнено). Сформированность движений позволяет судить о благополучии или отставании его нервно-психического развития от возрастных норм.

Задание 2. Оценка координации («Пальчик с носиком здороваются»).

После предварительного показа ребенку предлагается закрыть глаза и коснуться указательным пальцем правой руки: а) кончика носа; б) мочки левого уха. Затем задание повторяется в той же последовательности и для другой руки. Если ребенок допускает неточности (дотрагивается до середины или верхней части носа, уха), это свидетельствует о незрелости его координационных механизмов и несоответствии возрастной норме развития.

Задание 3. Оценка тонкой моторики рук («Уложи монетки в коробку»).

На стол ставится картонная коробочка размером 10 × 10 см,

перед которой на расстоянии 5 см раскладывают в беспорядке 20 монет (диаметром 2 см). По сигналу исследователя ребенок должен уложить как можно быстрее все монеты по одной в коробку. Задание выполняется поочередно левой и правой рукой. Время выполнения для ведущей руки – 15 секунд, для второй руки – 20 секунд.

Задание 4. Оценка моторики пальцев рук («Нарисуй пальчиками кружочки»).

В течение 10 секунд указательными пальцами горизонтально вытянутых вперед рук ребенок должен описывать в воздухе круги любого размера, но одинаковые для обеих рук, в противоположных направлениях. Задание не выполнено, если ребенок осуществляет вращение одновременно в одну сторону или делает круги разной величины.

Задание 5.

Оценка механизмов автоматизации движений ведущей руки («Давай поздороваемся»).

Взрослый предлагает ребенку протянуть руку для приветствия (поздороваться): сначала правую руку, затем левую руку, затем обе руки. Оценивается наличие лишних движений (сжатие кисти противоположной руки, приподнимание плеч, сокращение мышц лица, открывание рта и др.), которые указывают на низкий уровень коррекции произвольных действий.

Задания для детей 5 лет

Задание 1. Оценка функции равновесия.

Ребенку предлагается сохранять заданную позу (устоять на носках) с закрытыми глазами. Для детей этого возраста нормативным считается удерживание позы в течение 10 секунд.

Задание 2. Оценка тонкой моторики пальцев («Скатай шарики»).

Ребенку дается задание – скатать шарики из листа папиросной бумаги размером 5×5 см. Рука вытянута вперед, помощь другой руки отсутствует. Для ведущей руки норма – 15 секунд, для второй – 20 секунд.

Задание 3. Оценка пространственных двигательных автоматизмов и функции равновесия.

Ребенку предлагается преодолеть расстояние 5 м прыжками на одной ноге (другая нога согнута в колене), сохраняя прямолинейность движения. Отклонение от воображаемой прямой не должно быть более 50 см.

Задание 4. Оценка моторики рук («Смотай клубок»).

Задача ребенка – намотать нитку (2 м) на катушку. Для ведущей руки норма – 15 секунд, для второй – 20 секунд.

Задание 5. Оценка тонкой моторики пальцев рук.

На столе лежат 2 спичечные коробки и по 10 спичек около них. По сигналу исследователя ребенок укладывает одно-

временно двумя руками спички в две коробки. Время выполнения задания ограничивается (20 секунд).

Задания для детей 6 лет

Задание 1. Оценка статического равновесия.

В течение 10 секунд ребенок должен устоять на одной ноге; другая нога согнута, приставлена стопой к колену и отведена под углом 90° . После 30 секунд отдыха ту же позицию предлагается повторить с опорой на противоположную ногу.

Задание 2. Оценка точности и координации движений.

Ребенок должен поразить мячом цель размером 25×25 см с расстояния 1,5 м (диаметр мяча 8 см).

Задание 3. Оценка тонкой моторики рук.

Ребенку предлагается разложить 36 игральные карты (или им подобных) одной рукой на 4 кучки. Нормой для ведущей руки считается 35 секунд, для второй – 45 секунд.

Задания для детей 7 лет

Задание 1. Оценка статического равновесия.

Ребенку дается задание сохранять равновесие в течение 10 секунд, сидя на корточках на носках с закрытыми глазами и вытянутыми горизонтально вперед руками.

Задание 2. Оценка динамического равновесия.

Ребенок должен преодолеть расстояние 5 м прыжками на одной ноге, продвигая перед собой носком ноги коро-

бок спичек. Отклонение от воображаемой прямой не должно превышать 50 см.

Задание 3. Оценка общего уровня психомоторного развития.

Ребенку предлагается пробежать 5 м до стола, взять из спичечной коробки 4 спички, выложить из них на столе квадрат, взять со стола лист бумаги и сложить его пополам; затем вернуться назад, в исходное положение. Время выполнения задания – 15 секунд.

Для оценки физической готовности ребенка к школе можно использовать вышеприведенные методы определения физического развития и физической работоспособности. Для определения биологической зрелости ребенка применяется «Филиппинский тест»: поднять правую руку над головой и захватить пальцами левое ухо.

Упражнения. Тренинг пространственных представлений и крупной моторики

При освоении этих упражнений можно положить ребенку на плечи плоский предмет (например, книгу) и поставить задачу его не уронить. При этом отрабатывается ощущение положения тела в пространстве, координация и плавность движений.

1. Исходное положение (И. п.) лежа на полу, ноги вместе, руки по швам. На вдохе руки поднимаются над головой,

касаясь пола, на выдохе – медленно возвращаются в исходное положение. Одновременно с выдохом ребенок говорит: «Вни-и-и-з!» После освоения ребенком этого упражнения проговаривание отменяется.

2. И. п. сидя на полу, скрестив ноги (варианты: сидя на коленях или на пятках, ноги вместе). Спина прямая. Поднимать руки вверх над головой с вдохом и опускать вниз, на пол перед собой с выдохом, немного сгибаясь при этом.

3. И. п. то же. Руки вытянуты над головой. На выдохе ребенок наклоняется вперед, доставая ладонями и головой пола, на вдохе распрямляется, возвращаясь в исходное положение.

4. И. п. то же. Прямые руки вытянуты вперед или в стороны на уровне плеч, ладони смотрят вниз. С вдохом левая кисть поднимается вверх, правая опускается вниз. С выдохом – левая кисть вниз, правая вверх.

5. Лежа на полу, ребенок касается рукой колена, слегка приподнимая и сгибая ногу. Выполняются сначала односторонние, затем перекрестные движения. То же, но ребенок касается коленей не кистью руки, а локтем. Психолог задает ребенку ритм (хлопками, счетом и т. п.).

6. Ребенок, лежа на животе, приподнимается на прямых руках и поворачивает голову, стараясь рассмотреть свои ноги.

7. Ребенок берет в руки мяч и по команде психолога должен поднять его вверх, вниз, вправо, влево; положить его

под, на, перед, за стол или стул.

8. Ребенок прыгает по команде вперед, назад, вправо, влево.

«*Колобок*». И. п. лежа на спине, подтянуть колени к груди, обхватить их руками, голову подтянуть к коленям. В таком положении перекатиться несколько раз сначала в одну, затем в другую сторону.

«*Лиса и ежик*». Один ребенок (ежик) сворачивается клубком, поджимая ноги и обхватывая их руками. Голову прижать к коленям. Другой ребенок (лиса) должен разжать свернувшегося ежика и добраться до его «гладкого, без колючек животика». Запрещается щекотать и делать болевые приемы.

«*Велосипед*». И. п. лежа на спине, совершаем круговые движения ногами, имитируя езду на велосипеде. При затруднении можно делать «велосипед» в парах: ступни ребенка и партнера (психолога или другого ребенка) касаются друг друга, толкательные движения совершаются с некоторым нажимом.

«*Сарделька*». И. п. сидя на коленях или стоя. Для этого упражнения нужен тугой, но не упругий продолговатый предмет (тряпчатая «сарделька»). Психолог бросает предмет ребенку, тот его ловит, при этом двигая только руками. Затем предмет нужно поймать одной рукой. Когда упражнение освоено, ребенку дается задание поочередно закрывать то один, то другой глаз и ловить предмет то правой, то левой

рукой.

«**Червячок**». Из положения лежа на животе изобразить червячка: выпрямляя руки, лечь на пол. Согнуть руки в локтях, ладонями упереться в пол на уровне плеч, ноги расслаблены. Поднять таз и подтянуть колени к локтям. Ползти на животе сначала по-пластунски. Затем только на руках, при этом нога от колена поднимается вертикально вверх (одновременно с ведущей рукой, затем с противоположной). Затем только при помощи ног, руки за головой, локти в сторону. Ползать на спине без помощи рук и ног.

«**Пловец**». И. п. сидя на коленях и на пятках, спина прямая. Верхней частью туловища имитируем пловца кролем. Руками поочередно гребем, вдох с поворотом головы на 90 %, выдох на три взмаха руками, голова – прямо.

«**Море**». Ребенок вместе с терапевтом рассказывает историю и сопровождает ее соответствующими движениями: «На море плещутся волны маленькие и большие (сначала одной, а затем другой рукой в воздухе рисует маленькие волны; руки сцеплены в замок – рисует в воздухе большую волну). По волнам плывут дельфины (совершает синхронные волнообразные движения рукой вперед). Они сначала вместе, а потом по очереди ныряют в воду – один нырнул, другой нырнул (совершает поочередные волнообразные движения руками). За ними плывут их дельфинята (руки согнуты в локтях, прижаты к груди, кисти выполняют синхронные волнообразные движения вперед). Они ныряют вместе и по оче-

ди (выполняет одновременные и поочередные волнообразные движения кистями рук). Вот так двигаются их хвостики (каждый палец поочередно совершает волнообразные движения). Вместе с дельфинами плавают медузы (руки, сжатые в кулаки, резко разжимаются). Все они танцуют и смеются (вращение рук в лучезапястных суставах)».

«Письмо в воздухе». И. п. лежа на спине, руки вытянуты вперед перед грудью. Одновременно (в одну сторону) руки в воздухе «прописывают» буквы, цифры, а также целые слова. Затем ребенок поднимает (вместе) ноги и пишет ими в воздухе цифры или буквы. Этот же прием применяется при коррекции письма при пропуске букв, их заменах, зеркальном написании и других ошибках. Вначале психолог может вместе с ребенком выполнять необходимые упражнения, взяв его ладони в свои.

«Сидя на полу». Ребенок вытягивает ноги и передвигается вперед и назад с помощью рук, поочередно выдвигая ноги, не сгибая их в коленях.

«На четвереньках». Ребенок встает на четвереньки и ползает, не задевая расставленные на полу предметы. Ребенок ползет вперед, назад, вправо и влево, передвигая одновременно сначала левые руку и ногу, затем правые. При этом руки сначала располагаются параллельно друг другу; затем перекрещиваются, то есть при движении с каждым шагом правая рука заходит за левую, затем левая заходит за правую и т. д.

Ребенок выпрямляет и приподнимает над полом одну ногу, отводит ее сначала в одну, потом в другую сторону. Остальные части тела при этом неподвижны. То же с закрытыми глазами. После освоения одновременно с ногой вытягивается вперед разноименная рука, затем одноименная.

Ребенок ползет на четвереньках, руки крест-накрест. Затем с движениями рук совмещаются движения головы, языка и глаз: они двигаются за рукой, а потом – в противоположную сторону.

«Паучок». Ребенок садится на пол, руки ставит немного позади себя. Ноги сгибает в коленях и приподнимается над полом, опираясь на ладони и стопы. Шагает одновременно правой рукой и правой ногой, затем левой рукой и левой ногой (упражнение выполняется по четырем направлениям вперед, назад, вправо, влево). То же, только шагают одновременно разноименная рука и нога. После освоения добавляются движения головы, глаз и языка в различных сочетаниях.

«Ласточка». И. п. стоя на одной ноге, вторая нога вытянута назад параллельно полу, туловище наклонено вперед, руки в стороны. То же с закрытыми глазами. Сменить ногу.

«Бревнышко по стене». И. п. стоя, ноги вместе, прямые руки вытянуты над головой, спина соприкасается со стеной. Ребенок делает несколько поворотов сначала в одну сторону, затем в другую так, чтобы постоянно прикасаться к стене. То же с закрытыми глазами.

Встать у стены, ноги на ширине плеч, ладони лежат на стене на уровне глаз; передвигаться вдоль стены вправо (3–5 м), а затем влево. То же приставным шагом, двигаются одноименные рука и нога (руки параллельно нотам). Затем разноименные рука и нога. То же скрестным шагом с перекрестом рук (двигаются одноименные рука и нога).

«На месте шагом марш!» Ребенок марширует на месте, высоко поднимая колени. Руки висят вдоль тела. Затем надо вытянуть прямые руки вперед, одна рука ладонью вверх, другая вниз. Ребенок начинает маршировать, на каждый шаг меняя положение ладоней. То же, но смена ладоней через шаг, затем через два. После освоения добавляются различные глазодвигаательные упражнения в различных сочетаниях.

«Слоник». Ребенок становится на четыре конечности так, чтобы вес был распределен поровну между руками и ногами. Одновременные шаги правой стороной, затем левой. На следующем этапе ноги идут параллельно, а руки наперекрест. Затем руки параллельно, ноги наперекрест.

«Гусята». Отрабатывается «гусиный» шаг с прямой спиной по четырем направлениям (вперед, назад, вправо, влево). После отработки включаются разнонаправленные движения головы, языка, глаз.

«Найди клад». В комнате нужно спрятать игрушку или конфету. Ребенок должен найти ее, ориентируясь на команды психолога (он говорит: «Сделай два шага вперед, один

направо...» и т. п.). Найденную вещь ребенок получает в подарок.

«**План местности**». Терапевт рисует план, по которому ребенок должен найти предмет в комнате или здании. Затем ребенок сам рисует план комнаты, квартиры и т. д.

«**Тройки с шариками**». Дети разбиваются на команды по три человека, берутся за руки, замыкая круг. В каждый круг психолог бросает воздушный шарик. Цель тройки – не уронить шарик на пол и не дать ему вылететь за пределы круга. Руки разъединять нельзя.

«**Гонка за лидером**». Двое участников берут старт, стоя на противоположных концах диаметра круга из стульев, и бегут змейкой вперед спиной, стараясь догнать соперника. Через пять кругов определяется победитель (тот, кто настиг соперника или приблизился к нему). Если до этого кто-то три раза задел за стул, то он считается побежденным.

«**Слалом-гигант**». Из стульев делаются две параллельные «трассы» слалома, которые соревнующиеся команды должны преодолеть, двигаясь вперед спиной. Тот, кто лавируя между стульями, заденет один из них, возвращается на старт для повторной попытки. Побеждает та команда, все члены которой первыми преодолеют трассу без ошибок.

«**Муха**». Каждый из участников представляет себе поле для «крестиков-ноликов» размером 3×3 , в центре которого сидит «муха». Игра состоит в том, что каждый из участников по очереди перегоняет муху по клеткам: ходить мож-

но вверх, вниз, вправо, влево, нельзя ходить по диагонали и делать ход, противоположный предыдущему. Проигрывает тот, кто выпускает муху за поле. Важно, чтобы участники игры были заинтересованы в победе, для этого объявляют, например, что проигравший должен будет что-то сделать, а выигравший получит приз.

«Зеркало». Упражнение выполняется либо в паре с психологом, либо двумя детьми. На первом этапе упражнение нужно делать в положении сидя на коленях и на пятках. Сначала психолог совершает медленные движения одной рукой, затем другой, затем двумя. Ребенок зеркально повторяет его движения. Когда упражнение освоено, можно переходить в положение стоя и подключать движения всего тела.

«Телевизор». Это упражнение выполняется аналогично предыдущему, только движения повторяются той же рукой, какой показывает психолог (если он берется правой рукой за левое ухо, ребенок тоже берется правой рукой за левое ухо).

«Живые буквы». Группа делится на команды. Психолог выдает каждой команде карточку со словом, предупредив, что они не должны говорить другим командам, какое у них слово. Количество букв в слове должно совпадать с количеством участников команды. Команды, рассредоточившись по всему помещению, тренируются в изображении букв, так чтобы другие смогли «прочитать» их слово. Затем все собираются и «пишут» свои слова «живыми» буквами.

«Ладушки». Дети встают друг напротив друг в парах. Со-

гнутые в локтях руки поднимают к плечам таким образом, что ладони обеих рук смотрят на ладони партнера. Выполняют сначала хлопок своими руками, возвращают руки в исходное положение. Затем хлопок по рукам партнера.

И. п. Хлопок своими руками.

И. п. Хлопок правой рукой по правой руке партнера.

И. п. Хлопок своими руками.

И. п. Хлопок левой рукой по левой руке партнера.

Повторять цикл, постепенно увеличивая темп, пока кто-либо из партнеров не нарушит последовательность.

«Хлопки». Дети свободно двигаются по комнате. На один хлопок психолога они должны подпрыгнуть, на два присесть, на три встать с поднятыми вверх руками (или любые другие варианты движений).

«38 попугаев». Ребенку предлагается вспомнить мультфильм про слоненка, мартышку и удава. Затем – измерить несколько предметов или расстояний при помощи различных частей своего тела. Вслед за этим ребенку дают мелкие предметы (буквы, цифры) и просят разложить их так, чтобы между ними было расстояние в его ладонь, а от каждого из них до края стола – его указательный палец.

Предложите как можно большее количество вариантов расположения предметов (на расстоянии стопы, от колена до пятки, от локтя до кисти и т. д.).

«Рисунок позы». Ребенку с закрытыми глазами придают определенную позу, которую затем он должен схематично

воспроизвести на бумаге.

«*Рисующий слон*». Сесть в позу слона. Колени слегка подогнуты. Наклониться головой к плечу. Вытянуть руку вперед и рисовать ей горизонтальную восьмерку (знак бесконечности) большими мазками. Затем повторить то же другой рукой.

«*Регулировщик*». Ведущий (психолог или участник) делает определенные жесты, регулирующие движения группы. Например «вверх» – прыжок, «вниз» – присест, «вправо» – прыжок с разворотом направо, «влево» – прыжок с разворотом налево.

«*Колпак мой треугольный*». Дети садятся в круг. Все по очереди, начиная с психолога, произносят по одному слову из фразы: «Колпак мой треугольный, треугольный мой колпак. А если не треугольный, то это не мой колпак». Затем фразу нужно повторить, но дети, которым выпадает говорить слово «колпак», заменяют его жестом (легкий хлопок ладошкой по голове).

Фразу дети повторяют еще раз, но при этом на жесты заменяют два слова, слово «колпак» (легкий хлопок ладошкой по голове) и «мой» (показать рукой на себя). При повторении фразы в третий раз заменяются на жесты три слова: «колпак», «мой» и «треугольный» (изображение треугольника руками).

«*Слепой скульптор*». Водящему завязывают глаза. Одного из участников игры психолог ставит в любую позу.

Это – натурщик. Водящий должен ощупать предложенную ему фигуру и «слепить» из других детей точно такую же (не зеркальную). Очень важно, чтобы после окончания своей работы «скульптор» с открытыми глазами мог исправить допущенные ошибки. Возможны скульптурные композиции из нескольких детей.

«Скульптура». Дети разбиваются на пары. Один из них – Скульптор, другой – Скульптура. По заданию ведущего (психолога или участника) Скульпторы лепят из «глины» Скульптуры: ребенка, который ничего не боится; ребенка, который всем доволен; ребенка, который выполнил сложное задание и т. д. Темы для скульптур может предлагать психолог, а могут выбирать сами дети. Затем дети могут меняться ролями. Возможен вариант групповой скульптуры. После проведения игры целесообразно обсудить с детьми, что они чувствовали в роли Скульптора, Скульптуры, какую фигуру приятно было изображать, а какую – нет.

Упражнения для развития тактильной чувствительности рук и мелкой моторики

«Кот в мешке». Ребенок опускает кисти рук в сосуд, заполненный каким-либо однородным наполнителем (вода, песок, различные крупы, дробинки, любые мелкие предметы). В течение 5–10 минут он перемешивает содержимое. Затем ему предлагается сосуд с другим содержимым. После

нескольких проб ребенок с закрытыми глазами опускает руку в сосуд и старается отгадать его содержимое, не ощупывая пальцами его отдельные элементы.

«*Что это?*» Ребенку, глаза которого закрыты, дается в правую или левую руку небольшой предмет (ключ, скрепка, пуговица, пластиковая цифра или буква и т. п.). Ребенок должен наощупь выбрать из предложенных предметов такой же. Психолог на тыльной части ладони, на щеке, на спине чертит фигуры или цифры, которые ребенок должен отгадать. Психолог предъявляет ему на ощупь пластиковые буквы, которые ребенок должен опознать и сложить из них слово. Ребенок лепит из пластилина геометрических фигуры, цифры, буквы, потом опознает их с закрытыми глазами. В заключение одной рукой ощупывает предложенный предмет, а другой рукой (с открытыми глазами) его зарисовывает.

«*Перекатывание предмета*». Перекатывание орехов или шариков в ладони и между пальцами. Ребенок перекатывает карандаш между пальцами от большого к мизинцу и обратно поочередно каждой рукой.

«*Ноги и руки*». Сидя на полу, ребенок вытягивает ноги перед собой, совершает движения пальцами обеих ног, медленно сгибая и выпрямляя их одновременно и поочередно. В той же позе ребенок вытягивает руки вперед и одновременно выполняет движения кистями рук и стопами сначала синхронно, затем в противоположных направлениях.

«*Следите за руками*». Ребенок вытягивает руки перед

собой, сгибает вверх и вниз кисти, затем сгибает и распрямляет, сводит и разводит пальцы обеих рук. Одновременно вращает обеими кистями (однонаправленно и разнонаправленно) по и против часовой стрелки. Важно, чтобы остальные части рук были неподвижными.

«**Перебор пальцев**». Ребенок разводит руки в стороны, сжимает кулаки, отведя большой палец. При вдохе большой палец поднимает вверх, при медленном выдохе палец постепенно опускает вниз. Большой палец отводит в сторону, остальные пальцы поочередно дотрагиваются до него. Ребенок прижимает ладонь к поверхности стола. Сначала по порядку, а затем вразбивку поднимает пальцы по одному и называет их.

«**Замок**». Скрестить руки ладонями друг к другу, сцепить пальцы в замок, вывернуть руки к себе. Двигать пальцем, который укажет психолог. Палец должен двигаться точно и четко, без посторонних движений. Прикасаться к пальцу нельзя. Последовательно в упражнении должны участвовать все пальцы обеих рук.

«**Резиночка**». Для этого упражнения можно использовать резинку для волос диаметром 4–5 см. Все пальцы вставляются в резинку. Задача состоит в том, чтобы двигая всеми пальцами передвинуть резинку на 360° сначала в одну, а затем в другую сторону. Выполняется сначала одной, потом другой рукой.

«**Черчение**». Ребенок рисует прямые линии: вертикаль-

ные, горизонтальные, наклонные, перпендикулярные; затем – разнообразные круги, овалы, треугольники, квадраты.

«*Речка*». Нужно «проплыть» по речке с извилистыми берегами, островами, камнями, опасными водоворотами (спиралевидные знаки), загромождениями лодками и плавающими бревнами. «Проплыть» нужно как можно быстрее, преодолев все препятствия. «Плывать» нужно и по течению, и против течения, не поворачивая лист и выбирая каждый раз иной путь между препятствиями.

«*Штриховка*». Ребенок обводит контуры геометрических фигур по трафарету, затем заштриховывает их, не выходя за границы контура, используя карандаши разного цвета. Линии штриховки могут быть разными: прямые, наклонные, волнистые.

«*Чайничек с крышечкой*». Дети садятся в круг. Каждый напевает песенку, сопровождая ее определенными жестами: «Чайничек (вертикальные движения ребрами ладоней)!

На чайничке – крышечка (левую руку складывают в кулак, ладонью правой делают круговые движения над кулаком).

На крышечке – шишечка (вертикальные движения кулаками).

В шишечке – дырочка (указательным и большим пальцами обеих рук делают колечки).

Из дырочки пар идет (указательными пальцами рисуют спиральки).

Пар идет из дырочки (спиральки),

Дырочка в шишечке (колечки),
Шишечка на крышечке (кулак),
Крышечка на чайничке (ладонь над кулаком)».

При последующем повторении песенки одно слово нужно поменять на «Гу-гу-гу», жесты сохраняются: «Гу-гу-гу! (ладони). На чайничке – крышечка» и т. д.

«*Добрый – злой, веселый – грустный*». Инструкция: «Вспомни героев своих любимых сказок. Кто из этих героев самый добрый? А кто самый злой? Кто самый веселый? А кто самый грустный? А каких ты еще знаешь героев (удивленных, испуганных и т. д.)?»

Нарисуй, пожалуйста, этих героев на листе бумаги. Я сейчас загадаю кого-нибудь из этих героев и изображу его. А ты отгадай, кто это. Кто из нарисованных персонажей бывает таким? Теперь ты изображай выражение лица любого героя, а я буду отгадывать, кто это».

«*В магазине зеркал*». Инструкция: «Представьте себе, что вы попали в магазин, где стоит много больших зеркал. Туда входит человек, на плече у него обезьянка. Она увидела себя в зеркалах и подумала, что это другие обезьянки, и стала корчить им рожицы. Обезьянки в ответ соорзили ей точно такие же рожицы. Она погрозила им кулаком, и ей из зеркал погрозили. Она топнула ногой, и все обезьянки топнули. Что бы ни делала обезьянка, все остальные в точности повторяли ее движения. Теперь начинаем играть. Я буду обезьянкой, а вы – зеркалами».

«Маски». Инструкция: «Сядьте в круг. Сейчас я попрошу кого-то сделать любое выражение лица, как будто это маска: страшная, смешная, удивленная, печальная или еще какая-нибудь. Он покажет всем эту маску и как бы передаст ее соседу. Сосед примерит на себя эту маску, поменяет на новую и передаст следующему. И так по кругу».

«Рожи». Инструкция: «Сядьте кружками по три-четыре человека. Вначале все участники одного кружка в течение пяти минут будут одновременно строить друг другу рожи, не прерываясь ни на минуту. Чем больше таких рож наберется у каждого, чем они будут смешнее, страшнее или глупее, тем лучше. Затем по очереди каждый участник кружка в течение двух-трех минут будет строить рожи всем остальным, а они помогут ему выбрать из его рож самую забавную. И в конце вся группа соберется в один большой круг, и каждый по очереди покажет всем свою самую удачную рожу».

«Лицедей». Инструкция: «Каждый день не меньше, чем по пять минут ты будешь строить рожи самому себе в зеркале, стараясь по возможности не повторяться и задействовать в этом нелегком труде как можно больше лицевых мышц. Состроишь какую-нибудь кошмарную физиономию – и удержи ее на лице на несколько секунд, чтобы всласть полюбоваться».

Когда ты привыкнешь к тому, что твое лицо в зеркале может быть не только приятным, начни демонстрировать свои актерские умения публике. Найди подходящее обществен-

ное место, где ты сможешь показать свои лицедейские способности. Вполне сгодится вагон метро, очередь в каком-нибудь магазине, просто улица, наконец. Выбирай наиболее дружелюбное лицо напротив и начинай строить рожи».

Тренинг орального праксиса

1. Мимические движения: ребенок надувает щеки, показывает язык, вытягивает губы трубочкой, широко открывает рот и т. д.

2. Движения нижней челюстью в разных направлениях.

3. Произношение букв и слов одними губами и языком без звука.

4. Сначала отрабатывается щелканье языком, цоканье и посвистывание, затем ребенок выполняет последовательность: два раза щелкает, два раза цокает и два раза свистит.

5. Облизывание губ, зубов и тарелки; плевание крупой; перекатывание орехов во рту.

6. Гимнастика для языка: движения в разные стороны, выгибания языка, сжимание и разжимание языка, свертывание в трубочку, раздражение и т. д.

При выполнении этих упражнений можно использовать зеркало.

«*Разминка для диктора*». Инструкция: «Закрой глаза и показывай языком, в какой стороне ты слышишь мой голос. Ау! Надувай щеки, покажи язык, как будто дразнишься. Вы-

сунь язык и сверни его в трубочку. У тебя во рту орех, перекачивай его языком в разные стороны. Широко открой рот и щелкай языком. Растяни губы в широкую улыбку и цокай языком. Вытяни губы трубочкой и посвистывай. Два раза щелкни, два раза цокни, два раза свистни. Сделай так пять раз подряд.

Облизывай губы, зубы, воображаемую тарелку, эскимо, леденец на палочке. Поплюйся без слюны, как будто крупой. А теперь – вишневыми косточками. Высунь язык по центру, закрой один глаз, покажи на него языком. Закрой другой глаз. Покажи языком на него. Открой глаза, язык опять по центру.

Улыбнись левым углом рта. Вернись в исходное положение. Улыбнись правым углом рта. Исходное положение. Повтори так несколько раз. Следи, чтобы остальные части тела были неподвижны. Приоткрой слегка рот.

Сейчас ты будешь двигать нижней челюстью вправо – влево – вперед – назад. А язык одновременно будет двигаться в противоположную сторону: влево – вправо – назад – вперед».

«Игра в мяч». Ребенок с открытыми глазами ложится на спину и ставит согнутые ноги на пол. Его задача – представить себе, что руками он отталкивает от груди довольно большой мяч. Начинает «отталкивать» совсем слабо, постепенно наращивая силу броска. Одновременно с усилением рук к силе «броска» добавляется и сила звука, который он про-

изводит на каждом выдохе. По мере того как мяч «улетает» все выше и выше, меняется и звук – удлиняется, повышаясь и затихая в конце каждого выдоха. Нужно достичь такой силы «броска» и «отталкивания голосом», чтобы мяч в конце концов улетел совсем.

«Птенцы». Участники садятся в круг. Выбирается Птица-мама, которая уходит за дверь. Затем выбираются несколько Птенцов. Все опускают головы на руки вниз. Птица-мама приглашается в круг. Один из Птенцов очень тонким голосом тихо попискивает, не поднимая головы. Остальные дети сидят очень тихо. Птица-мама идет по кругу и пытается найти своего Птенца. Когда она обнаружит его, кладет руку ему на плечо и говорит: «Вот ты где!» Этот Птенец может поднять голову. Так продолжается до тех пор, пока все Птенцы не будут найдены. При повторе игры можно изображать других зверей, например, щенят, котят, телят, ягнят и т. д.

Глазодвигательные упражнения

«Совместные движения глаз и языка». Ребенок высовывает язык и двигает им сначала в сторону движения глаз, а затем – в противоположную сторону.

«Совместные движения глаз и головы». Сначала отрабатываются однонаправленные движения, а затем – разнонаправленные.

«*Маятник*». Ребенок лежит на спине на ровной поверхности. На расстоянии вытянутой руки психолог двигает какой-либо яркий предмет в разные стороны, по кругу, к носу ребенка. Ребенок должен следить за этим предметом глазами, не двигая головой. Каждое движение производится сначала на расстоянии вытянутой руки, затем на расстоянии локтя и, наконец, около переносицы. Движения совершаются в медленном темпе (от 3 до 7 секунд) с фиксацией в крайних положениях; причем удержание должно быть равным по длительности предшествующему движению.

Движения глаз совмещаются с дыханием. На фазе глубокого вдоха необходимо сделать движения глазами, затем удержать глаза в крайнем боковом положении на фазе задержки дыхания. Возврат в исходное положение сопровождается пассивным выдохом.

Усложнение – упражнение выполняется с легко прикушенным языком. Тем областям в поле зрения ребенка, где происходит «соскальзывание» взгляда, уделяется дополнительное внимание, их «прорисовывают» несколько раз, пока удержание взгляда не станет устойчивым.

После освоения упражнения ребенок перемещает предмет самостоятельно, держа сначала в правой, потом в левой руке, а затем обеими руками вместе. На следующем этапе психолог вместо предмета берет руку ребенка и просит его фиксировать взгляд на вытянутом указательном пальце. Далее ребенок самостоятельно передвигает свою руку и следит

за пальцем глазами. В заключение ребенку предлагается следить глазами по контуру воображаемой фигуры (круг, треугольник, квадрат и др.) или цифры.

«**Вращения**». Терапевт совершает рукой (или предметом) круговые движения сначала по часовой стрелке, затем против часовой стрелки. Ребенок глазами отслеживает движение, при этом облизывается в противоположном направлении.

Ребенок вытягивает руки прямо перед собой. Поочередно вращает сначала одной кистью (другая неподвижна), затем другой. Облизывается в сторону вращения кисти, затем в противоположную ей. Вращает обеими кистями одновременно в одну сторону, язык – в противоположную. Подключает круговые движения глаз попеременно в одну сторону то с руками, то с языком.

«**Восьмерка**». Ребенок представляет восьмерку, которая лежит внутри его головы и тянется от уха до уха. Он мысленно следит глазами по траектории восьмерки на расстоянии вытянутой руки, на расстоянии локтя и около переносицы. Упражнение выполняется с подключением дыхания, однонаправленных и разнонаправленных движений языка:

– глаза и язык вправо по траектории лежащей восьмерки:
вдох – пауза – в исходное положение – выдох – пауза;

– глаза и язык влево по траектории лежащей восьмерки:
вдох – пауза – в исходное положение – выдох – пауза;

– глаза вправо по траектории лежащей восьмерки, язык

влево: вдох – пауза – в исходное положение – выдох – пауза;
– глаза влево по траектории лежащей восьмерки, язык
вправо: вдох – пауза – в исходное положение – выдох – пауза.

«Развязка» синкинезий

1. Вращательные движения в тазобедренном суставе, в коленном суставе и стопами ног. При выполнении вращательных движений ног могут возникать синкинезии в руках или оральные, поэтому в руках ребенок может держать палку или мяч, а язык высунуть и слегка прикусить зубами.

2. И. п. лежа на спине, руки вдоль тела. Ноги подняты вверх и слегка согнуты в коленях. Поочередное вращение стопами ног (одна стопа фиксирована, другая вращается). Одновременное вращение стопами в одну сторону; в разные.

3. И. п. лежа на спине. Правая рука вытянута перед собой, правая нога приподнята и согнута в колене. Одновременное вращение кистью и стопой в одну сторону, затем в разные. Левые конечности в это время неподвижны. Затем меняем руку и ногу. После отработки этого упражнения подключаются вращательные движения глаз и языка в различных сочетаниях.

4. И. п. то же. Руки вытянуты прямо перед собой. Поочередно вращаем сначала кистью одной руки (другая неподвижна), затем другой. На следующем этапе облизываемся в одну сторону с вращением кисти, затем в противоположную.

После отработки этого этапа возвращаем обеими кистями одновременно в одну сторону, язык – в противоположную. На заключительном этапе подключаются круговые движения глазами попеременно в одну сторону то с языком, то с глазами.

5. Сидя на полу, ребенок сжимает и разжимает кисти, одновременно широко открывая и закрывая рот и глаза (совершает сначала одноименные, затем разноименные движения).

6. Отработка однонаправленных и разнонаправленных движений головы, глаз и языка (по четырем основным и четырем вспомогательным направлениям).

7. Ребенку предлагается высунуть язык и двигать вслед за своим пальцем, глазами и языком. Затем язык должен двигаться в сторону, противоположную движению глаз. И, наконец, язык движется за пальцем, а глаза – в противоположную сторону.

8. Голова фиксирована. Левый глаз закрыть, правый открыт. При этом лицо должно оставаться максимально неподвижным. Оба глаза открыть. Правый глаз закрыть, левый остается открытым. Оба глаза открыть.

9. Голова фиксирована. Глаза закрыты. Правый глаз открыть, левый остается закрытым. Оба глаза закрыты. Левый глаз открыть, правый остается закрытым. Оба глаза закрыты.

10. При обоих открытых (или закрытых) глазах язык высунут по центру, затем смещается в сторону открытого глаза, опять по центру и т. д.

11. Улыбка одной стороной рта. Приподнять сначала ле-

вый уголок рта. Вернуться в исходное положение. Затем правый уголок. Исходное положение. Следить, чтобы остальные части тела были неподвижны.

12. Рот слегка приоткрыт. Нижней челюстью совершить движения вправо – влево – вперед назад. Одновременно языком движения влево – вправо – назад – вперед.

13. Голова фиксирована. Психолог совершает рукой (или предметом) круговые движения сначала по часовой стрелке, затем против часовой стрелки. Ребенок глазами отслеживает движение, при этом высунутым языком облизывается в противоположном направлении.

Тренинг межполушарных взаимодействий

1. И. п. лежа на спине, ноги вместе, прямые руки вытянуты над головой. Правую руку и правую ногу согнуть, локоть касается колена. Возврат в И. п. То же повторить левой рукой и левой ногой. Затем упражнение выполнить встречно левой ногой и правой рукой и наоборот.

2. И. п. то же. Согнутые в коленях ноги стоят на полу, руки сложены лодочкой и вытянуты вверх перед собой. Сложенные руки положить на пол с одной стороны от тела (при этом рука сверху ползет по другой руке), а ноги – с другой стороны. Одновременно руки и ноги перевести в противоположную сторону.

3. И. п. то же. Ноги прямые, руки в стороны. Одну ногу

согнуть в колене, поднять и отвести наружу (или вовнутрь), положить на пол. Вернуться в исходное положение. То же проделать с другой ногой. Затем – двумя ногами одновременно.

«*Ласточка*». Ребенок стоит на одной ноге, руки вдоль тела. Закрывает глаза и максимально долго удерживает равновесие. Затем сменяет ногу. С открытыми глазами стоит на одной ноге, вторую ногу вытягивает назад параллельно полу, туловище наклоняет вперед, разводит руки в стороны. Сменяет ногу. То же с закрытыми глазами.

«*Буратино*». Правая рука вверх + прыжок на левой ноге. Левая рука вверх + прыжок на правой ноге. Правая рука вверх + прыжок на правой ноге. Левая рука вверх + прыжок на левой ноге. Цикл прыжков повторить несколько раз.

«*Руки – ноги*».

1. Прыжки на месте с одновременными движениями руками и ногами. Ноги вместе – руки врозь. Ноги врозь – руки вместе. Ноги вместе – руки вместе. Ноги врозь – руки врозь. Цикл прыжков повторяется несколько раз.

2. Ноги вправо – руки влево. Ноги влево – руки вправо. Ноги вправо – руки вправо. Ноги влево – руки влево. Цикл прыжков повторяется несколько раз.

3. Левая рука вперед, правая рука назад + правая нога вперед, левая нога назад.

Левая рука назад, правая рука вперед + правая нога назад, левая нога вперед.

Левая рука вперед, правая рука вперед + правая нога назад, левая нога назад.

Левая рука назад, правая рука назад + правая нога вперед, левая нога вперед.

Цикл прыжков повторяется несколько раз.

«Шаг на месте».

1. Ребенок марширует на месте, высоко поднимая колени. Руки висят вдоль тела.

2. Ребенок стоит, прямые руки вытянуты вперед, одна рука ладонью вверх, другая вниз. Ребенок начинает маршировать, на каждый шаг меняя положение ладоней. То же, но смена ладоней через шаг, затем через два. После освоения добавляются различные глазодвигательные упражнения в различных сочетаниях.

3. Ребенок стоит на четвереньках. Он выпрямляет и приподнимает над полом одну ногу, отводит ее сначала в одну, потом в другую сторону. Остальные части тела при этом неподвижны. То же с закрытыми глазами. После освоения одновременно с ногой вытягивается вперед разноименная рука. Затем одноименная.

«Перекрестное марширование». На первом этапе ребенок медленно шагает, попеременно касаясь то правой, то левой рукой противоположного колена (перекрестные движения). Терапевт на этапе освоения упражнения отсчитывает 12 раз в медленном темпе. На втором этапе ребенок также шагает, но уже касаясь одноименного колена (односто-

ронные движения). Так же 12 раз. На третьем и пятом этапах – перекрестные движения, на четвертом – односторонние. Обязательное условие – начинать и заканчивать упражнение перекрестными движениями. После того как ребенок освоил данное упражнение под (внешний) счет, можно предложить выполнить его самостоятельно, считая и контролируя последовательность и переключение с движения на движение.

«*Бревнышко у стены*». Ребенок стоит, прижавшись спиной к стене, ноги вместе, прямые руки подняты над головой. Он делает несколько поворотов сначала в одну сторону, затем в другую, не отрывая спину от стены. То же с закрытыми глазами.

Ребенок кладет ладони на стену на уровне глаз, ноги на ширине плеч, передвигается вдоль стены вправо (3–5 м), а затем влево. То же приставным шагом: двигаются одноименные рука и нога (руки параллельно ногам). Затем – разноименные рука и нога. То же скрестным шагом с перекрестом рук (двигаются одноименные рука и нога).

«*Лезгинка*». Ребенок складывает левую руку в кулак, большой палец отставляет в сторону, кулак разворачивает пальцами к себе. Правой рукой прямой ладонью в горизонтальном положении прикасается к мизинцу левой. После этого одновременно меняет положение правой и левой рук в течение 6–8 смен позиций. Необходимо добиваться высокой скорости смены положений.

1-е усложнение: упражнение выполняется с закрытыми глазами и слегка прикушенным языком. 2-е усложнение: на каждое движение пальцем или рукой ребенок должен произносить «хве» и «фи», чередуя их.

«Лягушка». Положить руки на стол. Одна рука сжата в кулак, другая ладонка лежит на плоскости стола. Одновременно менять положение рук на противоположное. Усложнение упражнения состоит в ускорении.

«Молоток – утюг». Ребенок раскрытой ладонкой одной руки совершает горизонтальные движения («помогает маме гладить утюгом») и в это же самое время кулаком другой руки делает вертикальные движения («помогает папе забивать молотком гвозди»). Затем руки меняются.

«Ухо – нос». Левой рукой взяться за кончик носа, а правой – за противоположное ухо. Одновременно отпустить ухо и нос, хлопнуть в ладоши, поменять положение рук «с точностью до наоборот».

«Мельница». Ребенок стоя одновременно вращает руками в плечевых суставах: правая рука вперед, левая назад, затем меняет положение рук. Он делает одновременные круговые движения левой рукой и левой ногой, правой рукой и правой ногой, левой рукой и правой ногой, правой рукой и левой ногой. Вначале вращение и рукой, и ногой выполняется вперед, потом назад. Затем – рукой вперед, а ногой назад и наоборот. Рука и противоположная нога двигаются одновременно с вращением глаз вправо, влево, вверх, вниз.

«*Рисование*». Ребенок одновременно двумя руками рисует одинаковые фигуры (круг, квадрат, треугольник и т. д.), а затем – разные фигуры (например, одна рука рисует круг, другая – квадрат).

«*Игры с большим пальцем*». Одна рука сжимается в кулак, большой палец наружу. Разжимается. Сжимается в кулак, большой палец внутрь. Разжимается. Другая рука при этом неподвижна. Руки меняются. То же двумя руками вместе. Затем смещаются фазы движения (одна рука сжимается, другая одновременно разжимается). При хорошем усвоении этого упражнения можно добавить движения языка и глаз в различных сочетаниях.

Руки согнуты в локтях, ладони повернуты вперед. Большой палец противопоставлен остальным. Одновременно двумя руками делается по два шлепка каждым пальцем по большому пальцу, начиная от второго к пятому и обратно. Затем подключаются щелканья-цоканья-посвистывания. Первый вариант: два звука – два шлепка. Второй вариант: два звука – один шлепок. Третий вариант: один звук – два шлепка.

После усвоения этих вариантов упражнение усложняется. Руками совершают те же движения, но пальцами шлепают в другом порядке: правая рука 5-4-3-2 пальцы, левая рука одновременно 2-3-4-5 пальцы. Затем совместить движения со звуками.

«*Колечко*». Поочередно и как можно быстрее ребенок пе-

ребирает пальцы рук, соединяя в кольцо с большим пальцем последовательно указательный, средний и т. д. Упражнение выполняется в прямом (от указательного пальца к мизинцу) и в обратном (от мизинца к указательному пальцу) порядке. Вначале каждой рукой отдельно, затем вместе.

«*Змейки*». Ребенку предлагают представить, что его пальцы – это маленькие змейки. Они могут двигаться-извиваться, вращаясь вправо, влево, снизу вверх и сверху вниз. При двуручном выполнении ладони сначала «смотрят» от ребенка, потом – друг на друга. При этом сначала прорабатываются одноименные пальцы рук, а затем разноименные (например, большой палец правой руки и мизинец левой руки).

«*Рисунки пальцами*». Дети сидят на полу. Им предлагаются чистые листы бумаги, гуашевые краски, свобода творчества и возможность рисовать пальцами обеих рук без использования кисточек. Для каждого пальца правой и левой руки выбирается свой цвет краски. Рисунок можно начать одной рукой, затем продолжить другой и обеими одновременно.

«*На корточках*»

1. И. п.: прямые руки расставлены в стороны параллельно полу. Кисти сжаты в кулаки, кроме больших пальцев, вытянутых вовне. С вдохом повернуть руки большими пальцами вверх; с выдохом – вниз.

2. И. п.: прямые руки вытянуты вперед или в стороны на

уровне плеч, ладони смотрят вниз. С вдохом поднять левую кисть вверх, одновременно опуская правую вниз (движение только в лучезапястном суставе). С выдохом – левая кисть вниз, правая вверх.

3. И. п.: руки лежат на коленях. Сжать кулак одной руки, большой палец наружу. Разжать. Сжать кулак, большой палец внутрь. Разжать. Другая рука при этом неподвижна. Меняем руки. То же двумя руками вместе. Затем смещаются фазы движения (одна рука сжимается, другая одновременно разжимается). При хорошем усвоении этого упражнения можно добавить движения языка и глаз в различных сочетаниях.

4. И. п. то же. Ребенку показывают три положения руки на столе, последовательно сменяющих друг друга: кисть, сжатая в кулак, ладонь ребром на плоскости и распрямленная ладонь на плоскости. Поочередно каждой рукой выполняются движения: кулак – ребро – ладонь.

Ребенок выполняет упражнение вместе с психологом, затем по памяти 8–10 раз. Упражнение выполняется сначала одной рукой, потом другой, затем двумя руками вместе. На начальном этапе или при затруднениях психолог предлагает ребенку помогать себе командами («кулак – ребро – ладонь»), произносимыми вслух или про себя. После освоения то же упражнение выполняется с руками навесу, согнутыми в локтях.

5. Руки полусогнуты в локтях. Одна рука выполняет дви-

жение «ребро – кулак – ладонь», другая одновременно «кулак – ладонь – ребро». После освоения упражнение выполняется стоя.

«На спине»

1. Ноги вместе, прямые руки вытянуты над головой. Правая рука и правая нога сгибаются, локоть касается колена. То же повторяется левой рукой и левой ногой. Затем упражнение делается встречно левой ногой и правой рукой и наоборот.

2. Согнутые в коленях ноги стоят на полу, руки сложены лодочкой и вытянуты вверх перед собой. Сложенные руки кладутся на пол с одной стороны от тела (при этом рука сверху «ползет» по другой руке), а ноги – с другой стороны. Руки и ноги одновременно переводятся в противоположную сторону.

3. Ноги прямые, руки в стороны. Одна нога сгибается в колене, поднимается и отводится наружу (или вовнутрь), кладется на пол. Возвращается в исходное положение. То же с другой ногой. Затем работают две ноги одновременно.

4. Инструкция: «Положи одну руку на грудь или живот и следи за тем, как на вдохе рука поднимается, а на выдохе – опускается. Начни другой рукой в такт с дыханием показывать, как дышишь (на вдохе рука поднимается до уровня груди, а на выдохе – опускается). Теперь плавно и медленно поднимай и опускай руку или обе руки одновременно в такт дыханию, но уже на определенный счет (на 8, на 12)».

«Сарделька». Для этого упражнения нужен тугой, но не упругий продолговатый предмет (тряпочная «сарделька»). Терапевт бросает предмет ребенку, ребенок его ловит, двигая при этом только руками. Затем предмет нужно поймать одной рукой. Когда упражнение освоено, ребенку дается задание поочередно закрывать то один, то другой глаз, ловя предмет то правой, то левой рукой.

«Ползание на животе». Сначала по-пластунски, затем только на руках, ноги расслаблены. Затем только при помощи ног, руки за спиной (на последних этапах руки за головой, локти в стороны). Затем при помощи рук. При этом нога от колена поднимается вертикально вверх (одновременно с ведущей рукой, затем с противоположной).

«Ползание на четвереньках». Ползание вперед, назад, вправо и влево с одновременным продвижением одноименных руки и ноги, затем противоположных руки и ноги. При этом руки сначала располагаются параллельно; затем перекрещиваются, то есть при движении с каждым шагом правая рука заходит за левую, затем левая заходит за правую и т. д.

«Кошка». Ребенок становится на четвереньки, опираясь на колени и ладони. На каждый шаг правой руки и левой ноги делает вдох, отводит голову назад, прогибает позвоночник вниз. На каждый шаг левой руки и правой ноги делает выдох, шипит, опускает подбородок к груди, выгибает спину вверх.

«Слоник». Ребенок становится на четыре конечности так,

чтобы вес был распределен поровну между руками и ногами. Шагает правой рукой и ногой, затем левой. На следующем этапе ноги идут параллельно, а руки наперекрест. Затем руки параллельно, ноги наперекрест.

«**Гусенок**». Отрабатывается «гусиный» шаг с прямой спиной по четырем направлениям (вперед, назад, вправо, влево). То же с плоским предметом на голове. После отработки включаются разнонаправленные движения головы, языка, глаз.

«**Паучок**». Ребенок садится на пол, руки ставит немного позади себя, ноги сгибает в коленях и приподнимается над полом, опираясь на ладони и стопы. Шагает одновременно правой рукой и правой ногой, затем левой рукой и левой ногой (упражнение выполняется по четырем направлениям: вперед, назад, вправо, влево). То же, только шагает одновременно разноименная рука и нога. После освоения добавляются движения головы, глаз и языка в различных сочетаниях.

Тренинг согласованных действий

Эти упражнения отрабатываются сначала парами, затем всей группой. Детям необходимо постоянно помнить о согласованности действий и о целесообразности распределения движений.

1. Пилка дров, гребля, перетягивание каната, перемотка

ниток, игра в воображаемый мячик и т. д.

2. Дети стоят в кругу; через одного надо то приседать, то подпрыгивать, то наклоняться в быстром темпе, то перекачиваться «бревнышком» друг через друга.

3. Дети стоят друг за другом так, что руки лежат на плечах стоящего впереди. Услышав первый сигнал (по договоренности), первый ребенок поднимает правую руку. На второй сигнал второй ребенок поднимает левую руку, на третий поднимает правую и т. д. Затем аналогично руки опускаются вниз.

4. Дети разбиваются на две команды. Первый ребенок с закрытыми глазами ощупывает предложенный ему предмет или слово из нескольких букв (используются буквы от детской магнитной азбуки). Затем с помощью пантомимы показывает следующему члену команды, какой предмет ему предъявили.

Следующий ребенок называет данный предмет третьему члену команды, тот опять показывает его с помощью пантомимы четвертому, а четвертый с закрытыми глазами находит этот предмет среди предложенных или составляет слово – название данного предмета. Участники команды постоянно меняются местами. Выигрывает команда, правильно отгадавшая большинство предметов.

«*Велосипед*». Два ребенка ложатся на спину, ногами друг к другу. Соприкасаясь друг с другом стопами, поочередно «крутят педали». Стоя напротив друг друга, касаются ладо-

ней партнера, совершают движения, аналогичные «велосипеду».

«Сиамские близнецы». Дети разбиваются на пары и встают как можно ближе к своему партнеру. Терапевт бинтом обматывает правую руку одного партнера и левую руку другого. Аналогично соединяются и ноги. Затем детям даются различные задания: пройти по комнате, станцевать, нарисовать рисунок и т. д. Для оживления упражнения одному из партнеров можно завязать глаза.

«Кенгуру». Участники делятся на пары. Один из них – кенгуру – стоит, другой – кенгуренок – сначала встает спиной к нему (плотно), а затем приседает. Оба участника берутся за руки. Задача каждой пары именно в таком положении, не разнимая рук, пройти до противоположной стены, до психолога, обойти помещение по кругу, попрыгать вместе и т. д. На следующем этапе игры участники могут поменяться ролями, а затем – партнерами.

«Передай мяч». Игра проводится в форме командного соревнования. Дети в каждой команде стоят в затылок друг другу на расстоянии вытянутой руки. Первый передает мяч второму сверху над головой, второй третьему снизу между ногами и т. д. Другой вариант – передача мяча сбоку с поворотом корпуса то вправо, то влево. Третий вариант – комбинированный.

«Головомяч». Участники разбиваются на пары или тройки, ложатся на пол голова к голове. Между головами нахо-

дится мяч, который необходимо поднять при помощи голов и подняться самим. Некоторое время можно передвигаться по комнате, удерживая мяч головами.

«**Тачка**». Дети разбиваются на пары. Один принимает «упор лежа», партнер берет его за ноги и приподнимает. Лежащий участник начинает движение на руках, партнер идет за ним, поддерживая его ноги, учитывая при этом скорость движения.

«**Гусеница**». Дети становятся на четвереньки, беря впереди стоящего за щиколотки. По команде психолога «гусеница» двигается по периметру ковра. Движение осуществляется одноименными ногами и руками. Психолог командует: «право, лево, право, лево...»

«**Слепой и поводырь**». Одному из участников завязывают глаза, а другой молча знакомит его с окружающим пространством, обстановкой комнаты и т. п. Слепому разрешено задавать вопросы, а Поводырь имеет право объясняться только жестами, которые понятны Слепому. Задание выполняется несколькими парами одновременно. Через некоторое время ведущие и ведомые меняются ролями. По окончании обсуждаются ощущения и переживания ведомых, а также цели, способы действия и ошибки ведущих.

Другой вариант задания – словесное управление действиями Слепого. Давая словесные команды (без физического контакта), ведущий должен добиться того, чтобы ведомый с завязанными глазами прошел по заданному маршруту, тре-

бующему достаточно сложных маневров (огибания предметов и т. п.). Разные пары выполняют это упражнение поочередно.

В заключение дети выстраиваются друг за другом (гуськом) и кладут руки на плечи впереди идущего. Глаза закрыты. В роли Поводыря идет первый, с открытыми глазами, меняя направление движения. Он должен так вести группу по комнате, чтобы все находились в безопасности. Успешность выполнения упражнения зависит от каждого участника. В роли Поводыря поочередно могут быть все играющие. В конце упражнения обсуждаются ощущения детей в роли ведущего и в роли ведомого.

«Куча-мала». Дети ложатся по краю ковра на живот лицом к центру и с закрытыми глазами ползут навстречу друг другу. Потом сползаются в «кучу-малу», заползая друг на друга, и расползаются в противоположном направлении.

«Путаница». Дети встают в круг, держась за руки. Один ребенок водит: отворачивается и закрывает глаза. Дети в кругу, не расцепляя рук, запутываются. Задача водящего, когда он откроет глаза, распутать «путаницу» не разрывая рук.

«Броуновское движение». Всем участникам предлагается быстро ходить по комнате, все время меняя направление движения. Сначала ставится задача как можно меньше соприкоснуться (сталкиваться) друг с другом. Затем она меняется на противоположную: задевать окружающих как можно

чаще (не толкая друг друга сильно).

«*Узкий мостик*». Двое играющих идут навстречу друг другу по воображаемому узкому мостику, разойтись на котором невозможно. Задача каждой такой пары – продемонстрировать какой-либо вариант поведения в этой ситуации, не показывавшийся предшествующими парами. Полезно чередовать однополые и разнополые пары.

«*Посудомоечная машина*». Дети в два ряда становятся попарно на четвереньки, прижавшись лбом друг к другу. Ребенок-«тарелка» проползает на четвереньках между двумя рядами детей, а те его «моют» (руками нежно трут и поглаживают, затем слегка поколачивают). Все дети проползают по очереди и становятся в конце.

«*Проход по стульям*» (цепочкой). Четыре человека берутся за руки. Их задача состоит в том, чтобы, не разнимая рук, пройти по стульям, на которых сидят участники группы. Для этого стулья должны стоять по кругу, и расстояние между ними должно быть не слишком велико.

«*Труба*». Дети образуют «трубу», становясь на четвереньки, плотно соприкасаясь боками, затем по одному пролезают сквозь эту «трубу». Психолог вначале слегка подталкивает ребенка под стопы.

«*Золотая рыбка*». Участники встают в круг, взявшись за руки и прижимаясь друг к другу плечами, бедрами, ногами. Это – сеть. Водящий – Золотая рыбка – стоит в кругу. Его задача – выбраться из круга, а задача сети – не выпустить

рыбку. Если водящему долго не удается выбраться из сети, то дети ему помогают.

«**Паровоз**». Дети разбиваются на команды по 4–5 человек, выстраиваются паровозиком в затылок друг другу (стоящий сзади держит стоящего впереди за талию). Все закрывают глаза, кроме первых, которые медленно начинают движение. Их задача аккуратно, молча вести паровоз, огибая препятствия, не сталкиваясь с другими; задача остальных максимально прислушиваться к стоящему впереди, наиболее точно повторять изменения в его движениях, тем самым обеспечивая точную передачу информации стоящим сзади. По команде психолога дети останавливаются, первый встает в конец паровоза и т. д., пока каждый не побывает в роли ведущего.

Усложнение упражнения: дети становятся друг за другом на четвереньки, держа того, кто впереди, за щиколотки. Двигается одновременно правая рука и правая нога, затем левая рука и левая нога. Головной сначала дает команды вслух, затем продолжает движение молча. Выигрывает та команда, чьи движения были более согласованными.

«**Сороконожка**». Участники группы встают друг за другом, держась за талию впереди стоящего. По команде терапевта Сороконожка начинает двигаться вперед, затем приседает, прыгает на одной ножке, проползает между препятствиями и т. д. Главная задача участников – не разорвать цепочку и сохранить Сороконожку.

«Дракон». Участники стоят друг за другом, держась за талию впереди стоящего ребенка. Первый ребенок – это «голова дракона», последний – «кончик хвоста». Дракон будет ловить свой хвост. Остальные дети должны цепко держаться друг за друга. Если дракон не поймает свой хвост за определенное время, то на место головы дракона встает другой ребенок.

«Скалолазы». Участники должны пройти вдоль свободной стены, фиксируясь на ней постоянно минимум тремя конечностями. Кто оторвал или передвинул одновременно две конечности, считается «сорвавшимся» и возвращается на старт. Побеждает команда, первой добравшаяся всем составом до противоположного угла.

«Гонки на байдарках». Дети разбиваются на две подгруппы, садятся друг за другом. Первый кладет руки на затылок. Остальные плотно обхватывают впереди сидящего за талию. Дети ерзают по полу, «байдарка» начинает двигаться вперед. Рулевой отсчитывает ритм.

«Мост дружбы». Терапевт просит детей по желанию образовать пары, придумать и показать какой-нибудь мостик (при помощи рук, ног, туловища), например, соприкоснувшись головами или ладошками. Затем он спрашивает, кто из детей хотел бы «построить» мостик втроем, вчетвером и т. д., до тех пор пока будут находиться желающие. Заканчивается упражнение тем, что все берутся за руки, поднимают руки вверх, изображая «мост дружбы».

«*Караоке с шариками*». Для этой игры необходимы воздушные шарики по числу участников и караоке любой известной песни. Все садятся в круг. Каждый участник сгибает правую руку в локте так, чтобы ладонь смотрела вверх, и кладет на нее воздушный шарик, слегка придерживая его пальцами этой же руки. Свободная левая рука кладется сверху на шарик соседа.

По команде психолога участники должны быстро поменять положение рук: левая рука держит тот же шарик снизу, а правая лежит на шарике соседа справа. Разговаривать при этом нельзя. Усложненный вариант упражнения выполняется с закрытыми глазами.

По команде психолога участники начинают передавать одной рукой шарики соседу, который, в свою очередь, берет шарик также одной рукой (нельзя держать свой шарик одновременно двумя руками и нельзя прислонять его к себе). Упавшие шары поднимать нельзя.

Усложненный вариант упражнения выполняется с закрытыми глазами.

Звучит музыка, группа хором поет, каждый держит шар в руках так, как описано выше. Внезапно музыка прерывается, и участники начинают передавать шары одним из описанных способов (психолог заранее предупреждает участников, что они должны делать, если прервется музыка). Затем психолог снова включает музыку, и все продолжают петь, держа шары в руках.

«Попробуй удержу». Дети разбиваются на пары, располагаются друг напротив друга на расстоянии примерно одной вытянутой руки и пытаются прижать два незаточенных карандаша подушечками указательных пальцев обеих рук. Задание: не выпуская карандашей, двигать руками вверх-вниз, вперед-назад.

После выполнения подготовительного задания группа встает в свободный круг так, чтобы расстояние между соседями было около полуметра. Карандаши зажимают между подушечками указательных пальцев соседей. Группа, не отпуская карандашей, синхронно выполняет задания – поднять руки, опустить их, вернуть в исходное положение, вытянуть руки вперед, отвести назад, сузить круг, расширить круг, наклониться вперед, назад, выпрямиться, присесть, встать и т. д. Если упражнение выполняется под медленную музыку, то в кругу можно устроить настоящий танец.

«Передача хлопка в ладоши по кругу». Члены группы по очереди хлопают в ладоши (по часовой стрелке или против). Каждый должен хлопнуть как можно быстрее после того, как хлопнул сосед (соответственно, слева или справа), но ни в коем случае не до него. При достаточно высокой согласованности действий хлопок равномерно «бежит по кругу».

«Дирижер». Игра направлена на выработку умения выступать в качестве лидера. Членам группы предлагается петь какой-нибудь звук. Дирижер управляет громкостью «хора». Перед началом дирижирования ему дается график, изобра-

жающий требуемый результат – например, такой, где предусмотрено два повышения громкости звука – одно длительное и одно кратковременное. График лежит перед Дирижером так, чтобы другие участники его не видели. Управление «хором» производится без слов, средства управления Дирижер придумывает самостоятельно.

«Горячо – холодно». Это модификация известной игры, в которой водящий должен найти спрятанный предмет, ориентируясь на указания остальных играющих: «горячо» – если он находится близко к цели, «холодно» – если далеко. Отличие в том, что вместо простого прятанья предмета группа загадывает различные действия, характер которых заранее не известен водящему (например, может быть дано задание связать шнурки туфель присутствующих, или снять очки с одного из участников и надеть их другому, или поставить в центр круга стул и встать на него и т. п.). Задание придумывают члены группы совместно, в отсутствие водящего.

«Обмен местами». Задача каждого из участников – поймать взгляд другого члена группы и, «договорившись» с ним глазами, обменяться местами. Обычно на первых этапах работы группы некоторые участники ставят перед собой противоположную задачу: избежать встречи взглядов. Надо побуждать их отказаться от этой позиции, но не следует применять грубое давление (наиболее уместная реакция руководителя на такое поведение – сожаление или огорчение, но никак не недовольство или возмущение).

«Синонимы». Участников просят называть синонимы к слову, заданному психологом или одним из членов группы (ведущим). Синонимы подбирают все участники по очереди или по выбору руководителя.

Аналогично проводятся игры «Антонимы» и «Ассоциации».

«Названия чувств». Играющие по очереди называют слова, обозначающие человеческие чувства. В продвинутой группе предлагается различать слова, которые характеризуют отношения: любовь, уважение, презрение – и наименование состояний: радость, тоска, раздражение и т. п. Аналогично проводятся игры «Настроения», «Качества характера», «Человеческие достоинства и недостатки», «Моральные оценки» и т. п.

«Эмоциональные ассоциации». Руководитель группы ставит вопросы типа: что можно назвать словом «красивое»? «прекрасное»? «приятное»? «страшное»? «ужасное»? и т. п. Задачи те же, что и у предыдущей игры.

«Вопросы и ответы». Терапевт задает вопрос и бросает мяч одному из участников группы, который должен как можно быстрее дать ответ. Желательно, чтобы вопросы были эмоционально значимы (например: «Где бы ты хотел сейчас оказаться, если бы мог выбрать любое место на земле?», «Что такое счастье?»). Затем ответивший участник задает следующий вопрос и бросает мяч тому, от кого хочет услышать ответ. Терапевт поощряет серьезные, значимые вопро-

сы и содержательные ответы.

«**Употребление предмета**». Участникам предлагается назвать как можно больше разных способов употребления какого-либо предмета, указанного психологом или кем-либо из участников группы (например, ставится вопрос: «Для чего можно использовать лопату?»). Предлагаемые варианты использования обсуждаются с точки зрения их адекватности, специфичности и оригинальности.

«**Зоопарк**». Ребенок молча изображает различных животных или птиц. Остальные члены группы должны отгадать изображаемое животное. Затем нужно изобразить какое-либо животное в определенном состоянии. Например, испуганный заяц, грустная обезьянка, разгневанный слон, веселый медведь и т. д. В заключение можно попробовать передать при помощи поз, жестов и мимики различные эмоциональные состояния человека, чтобы члены группы догадались, что это за состояние.

«**Показ стихов**». Участник группы показывает с помощью пантомимы известное стихотворение или басню, остальные должны отгадать название произведения.

«**Комнаты**». Последняя игра включает в себя все элементы предыдущих с подключением звукового ряда. Каждый ребенок должен сделать маленькую театральную сценку под названием «Комната грусти», «Комната уверенности», «Комната раздражения», «Комната веселья» и т. п. В комнате должны находиться предметы, отражающие свойства вы-

бранного ребенком состояния, сам ребенок должен принять позу, отражающую это состояние, и подобрать из различных предложенных вариантов звуковое и музыкальное сопровождение, которое, на его взгляд, лучше всего отражает это чувство.

Предварительно следует провести подготовительное занятие, на котором дети научатся различать грустную и веселую музыку, быструю и медленную, легкую и тяжелую и т. д. Этим заданием хорошо заканчивать коррекционную работу, а из предложенных детьми сценок устраивается выпускной спектакль, на который приглашаются зрители (родственники, знакомые). После спектакля детям вручаются сувениры, призы. В целом последнее занятие напоминает обряд инициации.

«Кисло – сладко»

Трем добровольцам из группы предлагается игра «Закрой глаза – открой рот». Им предстоит отгадать, чем их угостит психолог. Незаметно от группы одному из участников в рот кладут дольку лимона, другому – кусок селедки, третьему – зубок чеснока.

Пока «угощенные» члены эксперимента пережевывают пищу, остальные участники группы должны по их виду отгадать, какой вкус ощущает каждый из них: горький, кислый, сладкий, соленый. После правильного отгадывания каждому из троих предлагается попить воды для ослабления вкусовых ощущений.

После отчета о своих впечатлениях добровольцам сообщают, что «в награду» за активность, старание и терпение их теперь угостят чем-то другим. Условия эксперимента те же (закрытые глаза). На этот раз одному в рот кладут три куска сахара, другому – ложку меда, третьему – кусок шоколада или конфету. Запивать разрешается по желанию.

По окончании игрового эксперимента группа обсуждает «чему учит эта игра». Психолог фиксирует на доске или листе ватмана оригинальные мысли участников, как, например, «сладкое после горького лучше, чем наоборот», «противную пилюлю лучше подсластить», «если вкус слишком сильный, то его лучше запить» и т. д.

Далее следует дискуссия на тему: «Какие несъедобные вещи и понятия мы определяем через вкусовые характеристики?» Высказывания на эту тему также фиксируются – «соленая шутка», «соленый пот», «сладкая жизнь», «сладкая ложь», «горькая правда», «горький жребий», «кислая улыбка», «кислое настроение» и т. п.

В качестве домашнего задания предлагается подготовиться к будущей дискуссии и работе над другими чувственно-телесными, сенсорными характеристиками воспринимаемых впечатлений: холодный и прохладный, горячий и теплый, жесткий и гибкий, темный и светлый, красный и розовый.

На следующей дискуссии анализируется эмоционально-смысловое содержание сочетания вышеперечисленных прилагательных с существительными («грусть», «зависть»,

«ум», «встреча», «слово», «прием», «отпор», «образ» и др.) в меняющихся парах. Задание: в отчетах о проведенных групповых занятиях вместо примитивного «понравилось – не понравилось» давать их чувственную оценку (например: «Занятие было горячим, твердым, кисло-сладким, ярко-желтым, сухим и шершавым»). Таким образом преодолевается алекситимия и развивается эмоциональность ребенка.

Приобретенный чувственный опыт используется для дифференциации в сознании детей понятий «равенство» и «справедливость». Например, если в процессе группового занятия все добросовестно работают, «обливаясь соленым потом», значит в группе царит равенство.

Но если кто-то сделал больше других, то справедливым будет наградить его большей «сладостью» по сравнению с остальными. Справедливым будет и «награждение» лентяя «солью», обидчика – «горечью», упряма – «кислотой». В качестве аллегорических носителей каждого вкуса используются рассмотренные ранее приемы поощрения и наказания.

Родителям дается рекомендация: употреблять чувственные обозначения эмоций, возникающих у них в связи с тем или иным актуальным поведением ребенка, и предлагать ему при необходимости восстановить справедливость – исправить позитивным поступком испорченный родителю «вкус».

Если словесные замечания и невербальные сигналы не улучшают поведения ребенка в группе или дома, то для восстановления справедливости можно обратиться к «первоис-

точнику» и применить для наград и антинаград «набор приправ» в виде натуральной соли, уксуса, горчицы и сахара, предлагая «виновнику пиршества» ту же игру «Закрой глаза – открой рот». В процессе игры каждый член группы (или член семьи) с помощью приправы восстанавливает равенство с тем, кто вызвал у него тот или иной «вкус во рту», угощая соответствующим продуктом.

Вербализуется и интериоризуется принцип: «При разрешении конфликта нужно стремиться сделать так, чтобы всем участникам в конце концов стало “сладко”. Программой минимум можно считать «одинаковый вкус во рту» у всех конфликтующих лиц. Эта позиция особенно помогает при проведении семейной психотерапии.

Для коррекции коммуникативных навыков используются выведенные в ходе предшествующего психотерапевтического опыта правила поведения: «Не можешь сделать другому “сладко”, то хотя бы “подсласти пилюлю»»; «Если у тебя неприятно “во рту”, то есть на душе, – не скрывай этого, ибо окружающие попытаются “исправить вкус” или хотя бы “дадут воды”».

Таким образом, тренировка способности фокусировать внимание на собственных ощущениях (не только вкусовых, но и идущих по другим сенсорным каналам) открывает перспективы для расширения осознания ребенком своих эмоциональных реакций и облегчает процесс его социализации.

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью 6A05

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью 6A05 характеризуется стойкой (не менее 6 месяцев) невнимательностью и/или гиперактивностью-импульсивностью, которая оказывает прямое негативное влияние на академическое, профессиональное или социальное функционирование. Имеются данные о значительных симптомах невнимательности и/или гиперактивности-импульсивности до 12 лет, как правило, в раннем и среднем детстве, хотя некоторые люди могут впервые обнаружить этот синдром позже.

Степень невнимательности и гиперактивности-импульсивности находится за пределами нормальной вариации, ожидаемой для возраста и уровня интеллектуального функционирования. Невнимательность составляет значительную трудность в поддержании внимания к задачам, которые не имеют частых вознаграждений.

Гиперактивность относится к чрезмерной двигательной активности и трудностям с неподвижным пребыванием, которые наиболее очевидны в структурированных ситуациях, требующих поведенческого самоконтроля. Импульсивность – это тенденция действовать в ответ на немедленные стимулы, без обсуждения или рассмотрения рисков и последствий.

Относительный баланс и специфические проявления невнимательности и гиперактивности-импульсивности варьируются у разных людей и могут меняться в процессе развития. Для того чтобы диагноз был поставлен, проявления невнимательности и/или гиперактивности-импульсивности должны быть очевидны в различных ситуациях или условиях (например, дома, в школе, на работе, с друзьями или родственниками), но, вероятно, будут варьироваться в зависимости от структуры и требований обстановки. Симптомы не лучше объясняются другим психическим, поведенческим расстройством или расстройством нервного развития и не связаны с эффектом химического вещества или лекарства.

Диагностические критерии DSM-5 A

Устойчивая модель невнимательности и/или гиперактивности-импульсивности, мешающая функционированию или развитию, как описано в (1) или (2):

1. Невнимательность: шесть (или более) из следующих симптомов сохраняются как минимум в течение 6 месяцев до степени, несовместимой с уровнем развития, и непосредственно отрицательно влияют на социальную, учебную или профессиональную деятельность:

Примечание: симптомы не являются исключительно проявлением оппозиционного поведения, явной враждебности или непонимания задач или инструкций. Для лиц 17 лет и

старше достаточно наличия пяти симптомов.

а. Часто не уделяет должного внимания деталям или допускает небрежные ошибки в учебе, на работе или во время других занятий (например, упускает из виду или пропускает детали, допускает неточности).

б. Часто испытывает трудности с удержанием внимания при выполнении заданий или в игровой деятельности (например, трудно сохранять сосредоточенность во время лекций, бесед или длительного чтения).

с. Часто кажется, что не слушает, когда к нему обращаются напрямую (например, кажется думающим о чем-то другом даже при отсутствии явных отвлекающих факторов).

д. Часто не выполняет инструкции и не успевает закончить учебу, домашние дела или обязанности на рабочем месте (например, приступает к выполнению задач, но быстро теряет сосредоточенность и легко отвлекается).

е. Часто испытывает трудности с организацией задач и занятий (например, трудности в решении последовательных задач; трудности с хранением материалов и вещей в порядке; неряшливая, неорганизованная работа; плохое управление временем; несоблюдение сроков).

ф. Часто избегает, не любит или не хочет выполнять задачи, требующие постоянных умственных усилий (например, школьная или домашняя работа; для подростков и взрослых старшего возраста – подготовка отчетов, заполнение форм, рецензирование объемных статей).

g. Часто теряет вещи, необходимые для выполнения заданий или занятий (например, школьные принадлежности, ручки, книги, инструменты, кошельки, ключи, бумаги, очки, мобильные телефоны).

h. Часто легко отвлекается на посторонние раздражители (у подростков старшего возраста и взрослых могут появляться посторонние мысли).

i. Часто бывает забывчивым в повседневной деятельности (например, при выполнении работы по дому, исполнении поручений; для старших подростков и взрослых – забывает ответить на звонок, оплатить счет, записаться на прием).

2. Гиперактивность и импульсивность. Шесть (или более) из следующих симптомов сохраняются в течение как минимум 6 месяцев до степени, несовместимой с уровнем развития и непосредственно отрицательно влияют на социальную и учебную или профессиональную деятельность:

Примечание. Симптомы не являются исключительно проявлением оппозиционного поведения, явной враждебности или непонимания задач или инструкций.

Б. Несколько симптомов невнимательности или гиперактивно-импульсивных симптомов присутствовали до достижения возраста 12 лет.

С. Несколько симптомов невнимательности или гиперактивно-импульсивных симптомов присутствуют в двух или более ситуациях (например, дома и в школе или на работе, с друзьями или родственниками, в других местах).

Д. Имеются четкие доказательства того, что симптомы мешают или снижают качество социальной, учебной или профессиональной деятельности.

Е. Симптомы возникают не во время психотического расстройства и не лучше объясняются другим психическим расстройством (например, расстройством настроения, тревожным расстройством, диссоциативным расстройством, расстройством личности, интоксикацией наркотиком или лишением его).

Дифференциальная диагностика

У детей с **расстройством интеллектуального развития** отмечается заметное недоразвитие интеллектуальных функций, таких как абстрактное мышление, рассуждение, решение проблем, планирование и обучение на опыте.

Расстройство развития школьных навыков диагностируется в качестве первичного расстройства, если нарушения счета, устной и письменной речи предшествуют развитию синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ).

Расстройство аутистического спектра отличается отсутствием у пациента эмоциональных привязанностей, недостаточным использованием и неадекватной оценкой социальных и эмоциональных сигналов, таких как зрительный и тактильный контакт, проявление чувств. Отсутствуют соот-

ветствующие возрасту ролевые и имитационные игры, адекватное использование речи с целью общения, изменена мелодика речи, отмечаются речевые стереотипы, задержка или остановка в развитии речи. Для расстройства аутистического спектра характерны специфические интересы и стереотипное поведение, ригидность и приверженность рутинному порядку в повседневных занятиях, неприятие изменений, навязчивая привязанность к специфическим нефункциональным поступкам и ритуалам.

Синдром стереотипных движений характеризуется постоянным (например, длящимся несколько месяцев) наличием произвольных, повторяющихся, стереотипных, по видимому, бесцельных (и часто ритмичных) движений, которые возникают в течение раннего периода развития, не вызваны прямым физиологическим воздействием вещества или лекарства (включая отмену) и заметно мешают нормальной деятельности или приводят к нанесению себе телесных повреждений.

Дифференциация с **шизофренией** базируется на наличии специфических для нее когнитивных, эмоционально-волевых расстройств и продуктивной симптоматики.

Кататония – синдром преимущественно психомоторных нарушений, характеризующийся сопутствующим возникновением нескольких симптомов пониженной, повышенной или аномальной психомоторной активности. Кататония может возникать, в частности, при расстройстве нервного раз-

вития, особенно расстройство аутистического спектра.

Депрессия у детей и подростков в первую очередь выражается во внезапном или относительно внезапном уменьшении или увеличении двигательной активности, но для депрессии характерно появление и других симптомов: усталость, изменение аппетита, нарушения сна, озноб, нарушения пищеварения.

Особенности поведения ребенка с **тревожным расстройством** связаны с действием какого-либо психотравмирующего фактора.

Развитие обсессивно-компульсивных симптомов у ребенка с СДВГ может быть реакцией на гиперактивность и импульсивность, а не самостоятельным **обсессивно-компульсивным расстройством**.

При **синдроме Туретта**, как и при СДВГ, наблюдаются тики – непроизвольные движения, возникающие внезапно и не поддающиеся контролю. В то же время для синдрома Туретта кроме тиков характерны непроизвольные выкрики и нарастающие изменения личности.

Неврологические расстройства сопровождаются явлениями мышечной дистрофии, полиневропатии. Необходимо обследование невролога.

Следует отличать от **остаточных проявлений** перенесенной черепно-мозговой травмы, нейроинфекции, интоксикации, астенических симптомов при соматических заболеваниях. В данном случае должно быть указание на травму,

заболевание и т. п., могут более четко выявляться очаговые неврологические симптомы.

Дифференциация с абсансными и локально обусловленными формами эпилепсии проводится с учетом наличия или отсутствия эпилептиформных пароксизмов, данных ЭЭГ, особенностей эмоционально-волевых нарушений, типичных для эпилепсии или СДВГ.

Стрептококковая инфекция может вызвать развитие **PANDAS** (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococcal infection). Наблюдается, как правило, острое начало в препубертате (от 7 до 12 лет) с обсессивно-компульсивными, аутистическими симптомами, возрастной регрессией, тревогой, депрессией, раздражительностью, тиками, гиперактивностью, учащенным мочеиспусканием.

Дифференциальный диагноз с **наследственными заболеваниями** (такими, как синдром Вильямса, Мартина-Белл, Смита-Мажениса, Беквита-Видемана) базируется на наличии специфических для данных форм соматоневрологических и психопатологических симптомов, а также на генетическом обследовании.

Клинические признаки риска развития СДВГ у детей грудного и раннего возраста

(Емельянцева Т. А., Будько Т. О., 2015; Чимаров В. М., 2005)

- Повышенная психическая и нервно-рефлекторная возбудимость, повышение мышечного тонуса, вегетативные дисфункции и нарушения функций внутренних органов.
- Повышенная двигательная активность: ребенок крутится, извивается в кроватке, во время одевания, не может более 5 минут сидеть в коляске, манеже и т. п.
- Не может продолжительное время заниматься одной игрушкой или играть самостоятельно (после 6 месяцев – более 5–8 минут, в 12 месяцев – более 8–10 минут, в 18–24 мес. – более 10–15 минут).
- При кормлении отвлекается на любые незначительные стимулы.
- Нарушения сна: долго не может заснуть, непродолжительный (меньше 30 минут) поверхностный дневной сон.
- Незначительные прибавки массы тела на первом году жизни; может быть пониженный аппетит.
- Риск травматизации – дома и на улице ребенок часто

выбирается за пределы, отведенные ему для безопасных игр. На прогулках требует непрерывного внимания со стороны родителей.

- Агрессивность по отношению к другим детям (кусаются, дерется, отбирает игрушки).
- При прослушивании детских книг неусидчив, крутится, отвлекается.
- После года характерно преобладание в играх тенденций к разрушению, нет склонности к конструированию, созидательной деятельности.
- Задержка предречевого (гуление, лепет) и речевого развития.

Клинические признаки риска развития СДВГ у детей 3–4 лет

- С трудом поддерживает внимание в игре или какой-либо деятельности.
- Не слушает обращенную к нему речь.
- Во время приема пищи постоянно отвлекается, встает из-за стола.
- Не может играть самостоятельно в течение 20–30 минут.
- Избегает игр и ситуаций, требующих длительной концентрации внимания.
- Часто теряет игрушки, вещи.
- Часто и легко отвлекается.

- Движения плохо координированы, часто неуклюжи.
- Слабо развиты навыки самообслуживания.
- Не может долго сидеть на одном месте (сидя на стуле, извивается, совершает суетливые движения руками, ногами).
- Часто вскакивает со своего места.
- Чрезмерная подвижность в ситуациях, когда она не приемлема.
- Не может играть в «тихие» игры.
- Всегда находится в движении, причем характерна бесцельная двигательная активность.
- Очень много говорит.
- Вмешивается в разговоры и игры других, конфликтен в детском коллективе.
- Не может дожидаться своей очереди.

В возрасте 5–6 лет к этим изменениям присоединяются трудности в обучении (освоение чтения, письма) и общении со сверстниками. Слабо развита мелкая моторика.

В возрасте 7 лет и старше можно пользоваться диагностическими критериями DSM-5.

Признаки расстройства могут быть минимальным или отсутствовать, когда человек часто получает вознаграждение за надлежащее поведение, находится под пристальным наблюдением, в необычной обстановке, занимается особенно интересной для него деятельностью, имеет постоянную внешнюю стимуляцию (например, через электронные экра-

ны), или взаимодействует один на один (например, в кабинете врача).

Острое начало гиперактивного поведения у ребенка школьного возраста или подростка должно повысить вероятность того, что симптомы лучше объяснить другим психическим и поведенческим расстройством или другим заболеванием. Например, внезапное появление гиперактивности в подростковом или взрослом возрасте может указывать на возникающее психотическое или биполярное расстройство.

Дети с СДВГ нередко являются плодом незапланированной или нежелательной беременности, растут в большой конфликтной или неполной малообеспеченной семье. У отцов этих детей обнаруживаются признаки диссоциального расстройства личности и алкоголизм, у матерей нередко выявляется дисморфическое расстройство. Еще во время беременности плод проявляет излишнюю активность. Младенцы чрезмерно реагируют на внешние раздражители и беспокойно спят.

Во многих случаях симптомы гиперактивности могут преобладать у дошкольников и уменьшаться с возрастом и больше не проявляются после подросткового периода или могут быть отмечены как чувство физического беспокойства. Проблемы с вниманием могут чаще наблюдаться, начиная с более позднего детства, особенно в школе и у взрослых в профессиональных условиях.

СДВГ связан с повышенным риском несчастных случа-

ев. Мальчики бывают вспыльчивы и агрессивны, часто импульсивно совершают опасные действия, не учитывая их последствий (например, перебегают улицу, не оглядываясь по сторонам). При этом они не ищут приключений или острых ощущений. У девочек более выражены тревога, колебания настроения, нарушения мышления и речи.

В школьном возрасте СДВГ больше всего проявляется в виде трудностей в обучении. У подростков расстройство часто осложняется употреблением психоактивных веществ, соматизацией, асоциальным и суицидным поведением. К этому времени двигательная гиперактивность может пройти, но импульсивность и диссоциальное расстройство личности у многих сохраняется. Последними компенсируются нарушения внимания.

ШКАЛЫ VANDERBILT VADRS ДЛЯ ДЕТЕЙ 3–17 ЛЕТ

(Емельянцева Т. А., Будько Т. О., 2015)

Диагностическая рейтинговая шкала СДВГ Вандербилт (The Vanderbilt ADHD¹⁸ Diagnostic Rating Scale – VADRS)

¹⁸ ADHD (англ.) – Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Расстройство дефицита внимания с гиперактивностью.

разработана Марком Волрайчем (Mark L. Wolraich), сотрудником Исследовательского университета им. Корнелиуса Вандербильта, США. Шкала адаптирована Емельянцева Т. А., 2015, для критериев DSM-5 и включает в себя элементы, связанные с сопутствующими СДВГ расстройствами поведения, тревогой и депрессией.

Инструкция. Пожалуйста, оцените по каждому пункту наличие (с учетом частоты) / отсутствие указанного поведения у ребенка на протяжении последних шести месяцев: никогда – 0, иногда – 1, часто – 2, очень часто – 3.

Текст опросника для детей 3–5 лет

1. Не способен внимательно следить за деталями, делает нелепые ошибки в письменных заданиях.
2. Имеет трудности в выполнении заданий или игровой деятельности, которые требуют сосредоточенного внимания.
3. Не слушает, когда к нему обращаются.
4. Не заканчивает начатого.
5. Не собран, не организован.
6. Избегает, не любит или не соглашается выполнять задания, которые требуют повышенного внимания и умственного напряжения.
7. Путает расписание, теряет вещи, необходимые для выполнения заданий или какой-либо деятельности (игрушки, книги, карандаши и т. п.).
8. Легко отвлекается на все, что происходит вокруг.

9. Забывает выполнять каждодневные процедуры (почистить зубы и т. п.).
10. Беспokoйно двигает руками или ногами, ерзает на месте.
11. Покидает свое место в классе или в другом месте, не может усидеть.
12. Начинает бегать и карабкаться куда-то, когда это неуместно.
13. Не может тихо играть, неадекватно шумен.
14. Действует как «заведенный», как будто к нему приделан «моторчик».
15. Чрезмерно разговорчивый, без учета социальных ограничений.
16. Выпаливает ответы до того, как завершены вопросы.
17. Не способен стоять в очередях, дожидаться своей очереди.
18. Перебивает других или вмешивается в разговоры или занятия других.
19. Вступает в конфликты с взрослыми.
20. Теряет самоконтроль, склонен к эмоциональным «взрывам».
21. Не слушается и отказывается подчиняться установленным правилам взрослых.
22. Поступает наперекор другим.
23. Обвиняет других в своих ошибках и поведенческих проблемах.

24. Стремится добиться своего, легко «выходит из себя».
25. Злой и раздражительный.
26. Не забывает обид, стремится отомстить.
27. Робкий, боязливый, тревожный.
28. Боится пробовать делать что-то новое из-за страха, что не получится или совершить ошибку.
29. Недоценивает себя, ощущает себя хуже других.
30. Обвиняет себя, чувствует себя виноватым.
31. Ощущает себя ненужным, жалуется «никто не любит меня».
32. Выглядит грустным, несчастливым или удрученным.
33. Неуверенный и слишком сомневающийся.
34. Вы не знаете, как справиться с поведением своего ребенка.
35. Вам необходимо контролировать поведение ребенка, чтобы он не попал в беду.
36. Вам бывает стыдно за вашего ребенка перед другими людьми.

Оценка результатов. Опросник для детей 3–5 лет содержит психометрические субшкалы:

- дефицита внимания (пункты 1–9);
- гиперактивности/импульсивности (пункты 10–18);
- протестного поведения (пункты 19–26);
- тревожно-депрессивных симптомов (пункты 27–33);
- родительского стресса (пункты 34–36).

Текст опросника для детей

1. Не способен внимательно следить за деталями, делает нелепые ошибки в письменных заданиях.
2. Имеет трудности в выполнении заданий или игровой деятельности, которые требуют сосредоточенного внимания.
3. Не слушает, когда к нему обращаются.
4. Не заканчивает начатого.
5. Не собран, не организован.
6. Избегает, не любит или не соглашается выполнять задания, которые требуют повышенного внимания и умственного напряжения.
7. Путает расписание, теряет вещи, необходимые для выполнения заданий или какой-либо деятельности (игрушки, книги, карандаши и т. п.).
8. Легко отвлекается на все, что происходит вокруг.
9. Забывает выполнять каждодневные процедуры (почистить зубы и т. п.).
10. Беспokoйно двигает руками или ногами, ерзает на месте.
11. Покидает свое место в классе или в другом месте, не может усидеть.
12. Начинает бегать и карабкаться куда-то, когда это неуместно.
13. Не может тихо играть, неадекватно шумен.
14. Действует как «заведенный», как будто к нему приде-

лан «моторчик».

15. Чрезмерно разговорчивый, без учета социальных ограничений.

16. Выпаливает ответы до того, как завершены вопросы.

17. Не способен стоять в очередях, дожидаться своей очереди.

18. Перебивает других или вмешивается в разговоры или занятия других.

19. Вступает в конфликты с взрослыми.

20. Теряет самоконтроль, склонен к эмоциональным «взрывам».

21. Не слушается и отказывается подчиняться установленным правилам взрослых.

22. Поступает наперекор другим.

23. Обвиняет других в своих ошибках и поведенческих проблемах.

24. Стремится добиться своего, легко «выходит из себя».

25. Злой и раздражительный.

26. Не забывает обид, стремится отомстить.

27. Обманывает.

28. Пропускает уроки без разрешения.

29. Намеренно портит свои вещи и вещи других.

30. Робкий, боязливый, тревожный.

31. Боится пробовать делать что-то новое из-за страха, что не получится, или совершить ошибку.

32. Недооценивает себя, считает себя хуже других.

33. Обвиняет себя, чувствует себя виноватым.

34. Ощущает себя ненужным, жалуется «никто не любит меня».

35. Выглядит грустным, несчастливым или удрученным.

36. Неуверенный и слишком сомневающийся.

Оценка результатов. Опросник для детей 6–12 лет содержит психометрические субшкалы:

- дефицита внимания (пункты 1–9);
- гиперактивности/импульсивности (пункты 10–18);
- протестного поведения (пункты 19–26);
- других поведенческих проблем (пункты 27–29)
- тревожно-депрессивных симптомов (пункты 30–36);
- социальной адаптации (пункты 37–43).

Степень выраженности СДВГ у мальчиков и девочек

Клинико-функциональные нарушения (степень)	Дефицит внимания в баллах						Гиперактивность / импульсивность в баллах					
	3–5 лет		6–8 лет		9–11 лет		3–5 лет		6–8 лет		9–11 лет	
	м	д	м	д	м	д	м	д	м	д	м	д
Легкие	10–12	10–12	10–12	10–12	11–13	11–13	11–15	10–12	9–11	7–9	9–11	9–11
Умеренно выраженные	15–17	13–17	13–16	13–16	14–18	14–18	16–22	13–17	12–17	10–16	12–17	12–17
Выраженные	17–21	18–22	17–21	17–21	19–23	19–23	23–25	18–22	18–20	17–20	18–21	18–21
Резко выраженные	22–25	23–26	22–25	22–25	24–26	24–27	26–28	23–27	21–25	21–25	21–25	21–25

ОЦЕНОЧНЫЕ ШКАЛЫ СДВГ ДЛЯ УЧИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ 6–13 ЛЕТ

(Сухотина Н. К., Егорова Т. И., 2008)

Инструкция

Пожалуйста, оцените по каждому пункту выраженность указанного поведения у ребенка на протяжении последних шести месяцев: «никогда или очень редко» – 0 баллов, «иногда» – 1 балл, «часто» – 2 балла, «очень часто» – 3 балла.

Текст опросника

1. С трудом сохраняет внимание во время занятий, легко отвлекается на посторонние раздражители.
2. Предпочитает подвижные игры, во время которых неадекватно шумен (кричит, топает ногами, хлопает в ладоши и т. п.).
3. Теряет или забывает принести предметы, необходимые для школьных занятий.
4. Обнаруживает стойкий характер чрезмерной двигательной активности, особенно заметной во время перемен и в группе продленного дня: бегают, прыгает, пытается куда-то залезть и т. п.
5. Обычно избегает заданий, требующих длительного со-

хранения внимания.

6. Во время уроков или развивающих занятий встает со своего места, ходит по классу.

7. Обычно не заканчивает начатое дело.

8. Не способен дожидаться своей очереди в играх или во время групповых занятий.

9. Не способен придерживаться инструкций и без организующей помощи педагога выполнить до конца школьную работу.

10. Сидя за партой, крутится, вертится, часто беспокойно двигает руками или ногами.

11. Забывчив в повседневной деятельности, без злого умысла нарушает одни и те же правила, требования распорядка дня.

12. На вопросы отвечает не задумываясь, часто не выслушав их до конца.

13. Временами не слушает обращенную к нему речь, кажется, что он не слышит.

14. Во время урока разговаривает с детьми, выкрикивает ответы, когда его не спрашивают, подает реплики с места.

15. Не способен удерживать внимание на деталях из-за чего допускает ошибки при выполнении школьных заданий и других видах деятельности.

16. Вмешивается в разговоры старших или игры других детей, перебивает, мешает.

17. Теряет интерес к деятельности (игре), сталкиваясь с

трудностями.

18. Нетерпелив, возникшее желание немедленно реализовать или настаивает на выполнении другими.

Обработка данных и интерпретация результатов.

Суммируйте баллы.

Невнимательность характеризуют пункты: 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17.

Гиперактивность характеризуют пункты: 2, 4, 6, 10, 14.

Импульсивность характеризуют пункты: 8, 12, 16, 18.

Диагноз СДВГ ставится при суммарном балле выше 28 баллов. В диапазоне 19–28 баллов находятся субпороговые варианты СДВГ.

Психотерапия детей с СДВГ

Важно, чтобы ребенок не был ограничен в движениях и, ведя беседу с психотерапевтом, мог свободно перемещаться по кабинету, манипулировать предметами и выполнять другие действия, если в этом появится необходимость.

В начальной фазе работы, когда ребенок рассказывает терапевту о своих трудностях и опасениях, используется клиентоцентрированный подход. Эмпатия, конгруэнтность терапевта и безусловное принятие клиента помогают ребенку почувствовать проявляемый к нему интерес и более полно раскрыть то, что беспокоит его на данный момент. Ребе-

нок открывает для себя, что такое психотерапия и как строятся взаимоотношения с психотерапевтом. Техники активного слушания помогают ребенку сделать его рассказ более стройным и понятным, а также способствуют концентрации внимания на главных моментах происходящих событий и структурированию деятельности.

Во второй фазе, когда ребенок входит в контакт со своими чувствами, используются техники гештальттерапии, с помощью которых ребенок осознает свои стремления и желания. Это помогает ему снизить уровень стресса, тревоги и депрессии.

Третья фаза – рассказывание историй – способствует развитию воображения и повышению самооценки. Рассказанная ребенком история о его проблемах, неудачах, переживаниях, пересказывается терапевтом в новом ключе, чтобы ребенок мог почувствовать себя успешным. На этой стадии терапевт может включить песочную терапию, арт-терапию, музыкальную терапию.

Четвертая фаза – когнитивно-поведенческая терапия, направленная на то, чтобы ребенок осознал разрушительный характер используемых им до сих пор действий и научился находить конструктивные модели поведения, которые он может применять в травмирующих ситуациях.

Пятая фаза – поведенческая терапия, в ходе которой терапевт обеспечивает ребенку помощь и поддержку, отрабатывая с ним конструктивные способы поведения, пока те не

станут частью повседневного алгоритма действий ребенка и заменят деструктивные модели поведения (Монина Г. Б. и др., 2007).

Нейропсихологическая коррекция проводится по специально разработанным программам, включающим комплекс упражнений: растяжки, дыхательные, глазодвигательные упражнения, упражнения для языка и мышц челюсти, перекрестные (реципрокные) телесные упражнения, упражнения для развития моторики рук, для релаксации и визуализации, функциональные упражнения, упражнения для развития коммуникативной и когнитивной сферы.

Для ослабления выученных неадаптивных поведенческих реакций и подкрепления социализированного поведения используются поведенческие техники. Для когнитивной коррекции сниженной самооценки, дезадаптивных социальных установок и улучшения импульсивного контроля полезно разработать индивидуализированную программу постепенного приближения к сложным ситуациям межличностного взаимодействия, которую можно реализовать в процессе ролевых игр с тренировкой внутреннего контролирующего диалога.

Необходимые условия терапии – ее непрерывность, поддержание единых принципов в отношении к ребенку дома и в школе: помощь и поддержка взрослых, участие их в совместной деятельности с ребенком, использование системы «вознаграждений». В домашней программе преобладает

поведенческий аспект, в школе же основной упор делается на когнитивную терапию, чтобы помочь детям справиться с трудностями в учебе (Брызгунов И. П., Бондарь В. И., 2009; Волошенюк Т. П. и др., 2020; Шевченко И. А., 2018).

Домашняя программа коррекции включает:

- изменение поведения взрослого и его отношения к ребенку (демонстрировать спокойное поведение, избегать слов «нет» и «нельзя», взаимоотношения с ребенком строить на доверии и взаимопонимании); изменение психологического микроклимата в семье (взрослые должны меньше ссориться, больше времени уделять ребенку, проводить досуг всей семьей);
- организацию режима дня и места для занятий;
- специальную поведенческую программу, предусматривающую преобладание методов поощрения и вознаграждения.

Важнейшим условием терапии является работа с окружением ребенка. Она состоит из следующих частей (Брызгунов И. П., Бондарь В. И., 2009; Заваденко Н. Н., 2018; Сиротюк Е. Л. и др., 2002, Шевченко Ю. С., 2018, Хэлловэлл Э., Рэйти Дж., 2017):

- работа с родителями гиперактивного ребенка, направленная на коррекцию отношений в семье, и помощь родителям в формировании адекватной системы воспитания;

- информирование учителей и воспитателей гиперактивного ребенка о сути СДВГ и принципах взаимодействия с таким ребенком;
- обучение родителей и учителей эффективным способам общения с ребенком;
- помощь в выработке правил и санкций за их нарушение, определение обязанностей и запретов; налаживание обратной связи между психологом и участниками педагогического процесса.

В семейной терапии акцент делается на тренировке ведения диалога с ребенком и оптимизации системы поощрения и наказаний, а также коррекции открыто агрессивного поведения ребенка. Родителям не следует все позволять ребенку и освобождать его от ответственности. Полезно разработать вместе с ними предсказуемую для ребенка систему поощрений и наказаний с четким подкреплением желательного и торможением нежелательного поведения.

Предложите ребенку заполнить следующую анкету:

- Когда я злюсь, я обычно... (опиши, что ты делаешь).
- Это тебе помогает?
- Почему да или почему нет?
- Как выражают гнев в моей семье: мама, папа, братья и сестры.
- Что я могу сделать, чтобы лучше справляться с гневом, обидой и т. п.?

Спросите у матери ребенка:

– Провоцировали ли вы проступки ребенка, употребляя слова «ты», «твой», «твоя» и т. п.? Задавая вопросы? Отдавая распоряжения? Выражая недовольство? Делая пренебрежительные замечания? Делая первой то же самое, что вызывает у вас недовольство вашим ребенком?

– Подкрепляли ли вы проступки ребенка после их совершения, фиксируя на них отрицательное внимание: ругая? наказывая? отчитывая? плача? расстраиваясь? тревожась?

– Не провоцируете ли вы грубость, когда говорите с ребенком пренебрежительно, резко? Не забывайте о законе «Действие равно противодействию». Враждебность ребенка может быть также реакцией на то, что вы расцениваете как недружелюбие его мрачность и отгороженность, а он просто занят своими переживаниями. Или его молчаливость, склонность к уединению, скрытность являются качествами его личности, и тогда это нужно принять как норму. Ведь на самом деле подобное поведение не угрожает вашему благополучию.

«Скорая помощь» при работе с гиперактивным ребенком

1. Отвлечь ребенка от его капризов.
2. Предложить выбор (другую возможную в данный мо-

мент деятельность).

3. Задать неожиданный вопрос.

4. Отреагировать неожиданным для ребенка образом (пошутить, повторить его действия).

5. Не запрещать действие ребенка в категорической форме.

6. Не приказывать, а просить (но не заискивать).

7. Выслушать то, что хочет сказать ребенок (в противном случае он не услышит вас).

8. Автоматически, одними и теми же словами повторить многократно свою просьбу (нейтральным тоном).

9. Сфотографировать ребенка или подвести его к зеркалу в тот момент, когда он капризничает.

10. Оставить в комнате одного (если это безопасно для его здоровья).

11. Не настаивать на том, чтобы ребенок во чтобы то ни стало принес извинения.

12. Не читать нотации (ребенок все равно их не услышит).

Профилактическая работа с гиперактивным ребенком

1. Заранее договариваться с ребенком о времени игры, о длительности прогулки и т. д.

2. Об истечении времени сообщает не взрослый, а заведенный заранее будильник, кухонный таймер, что будет спо-

способствовать снижению агрессии ребенка.

3. Выработать совместно с ребенком систему поощрений и наказаний за желательное и нежелательное поведение.

4. Выработать и расположить в удобном для ребенка месте свод правил поведения в группе детского сада, в классе, дома.

5. Просить ребенка вслух проговаривать эти правила.

6. Перед началом занятий ребенок может сказать, что он хотел бы пожелать себе сам при выполнении задания.

Школьная программа коррекции

- Изменение окружения (место ребенка в классе – рядом с учителем, изменение режима урока с включением минуток активного отдыха, регулирование взаимоотношений с одноклассниками).

- Создание положительной мотивации, ситуаций успеха.

- Коррекция негативных форм поведения, в частности немотивированной агрессии.

- Регулирование ожиданий (касается и родителей), так как положительные изменения в поведении ребенка проявляются не так быстро, как бы хотелось окружающим.

Школьная программа коррекции гиперактивных детей должна опираться на когнитивную коррекцию, чтобы помочь детям справиться с трудностями в обучении:

1. Изменение окружения:

- изучите нейропсихологические особенности детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности;
- стройте работу с гиперактивным ребенком индивидуально. Он всегда должен находиться перед глазами учителя, в центре класса, прямо у доски;
- оптимальное место в классе для гиперактивного ребенка – первая парта напротив стола учителя или в среднем ряду;
- измените режим урока с включением физкультминуток;
- разрешайте гиперактивному ребенку через каждые 20 минут вставать и ходить в конце класса;
- предоставьте ребенку возможность быстро обращаться к вам за помощью в случае затруднения;
- направляйте энергию гиперактивных детей в полезное русло: вымыть доску, раздать тетради и т. д.

2. Создание положительной мотивации на успех:

- введите знаковую систему оценивания;
- чаще хвалите ребенка;
- расписание уроков должно быть постоянным;
- избегайте завышенных или заниженных требований к ученику с СДВГ;
- вводите проблемное обучение;
- используйте на уроке элементы игры и соревнования;
- давайте задания в соответствии со способностями ребенка;
- большие задания разбивайте на последовательные ча-

сти, контролируя каждую из них;

– создавайте ситуации, в которых гиперактивный ребенок может показать свои сильные стороны и стать экспертом в классе в некоторых областях знаний;

– научите ребенка компенсировать нарушенные функции за счет сохранных;

– игнорируйте негативные поступки и поощряйте позитивные;

– стройте процесс обучения на положительных эмоциях;

– помните, что с ребенком необходимо договариваться, а не стараться сломить его!

3. Коррекция негативных форм поведения:

– способствуйте элиминации агрессии;

– обучайте необходимым социальным нормам и навыкам общения;

– регулируйте его взаимоотношения с одноклассниками.

4. Регулирование ожиданий:

– объясняйте родителям и окружающим, что положительные изменения наступят не так быстро, как хотелось бы;

– объясняйте родителям и окружающим, что улучшение состояния ребенка зависит не только от специального лечения и коррекции, но и от спокойного и последовательного отношения.

Рекомендации учителям гиперактивного ребенка

- Посадите ребенка на первую парту перед своим столом.
- Объясните другим ученикам ситуацию.
- Сядьте рядом с ребенком и спросите, чем ему помочь, как ему лучше всего заниматься.
- Говорите с ним просто и образно.
- Составьте список правил и положите на его парту.
- Предоставьте ребенку возможность быстро обращаться к вам за помощью.
- Позвольте ему каждые 20 минут вставать и ходить в конце класса.
- Запланируйте время для легких физических упражнений и релаксации.
- Помогите ему составить собственное расписание внешкольного времени.
- Прикрепите к ребенку «наставника» по каждому предмету.
- Расписание занятий должно быть постоянным.
- Объявляйте о предстоящем событии и периодически напоминайте о нем по мере приближения.
- Говорите, чего ожидаете от ребенка. Повторяйте распоряжения.
- При любой возможности возлагайте на ребенка ответ-

ственность.

- Давайте четкие подсказки для социальной тренировки, например: «Не смотри по сторонам во время разговора».
- Учите не отклоняться от темы. Используйте в процессе обучения элементы игры, соревнования.
- Следите, чтобы не было излишней стимуляции.
- Направляйте лишнюю энергию ребенка в полезное русло: попросите его вымыть доску, собрать тетради и т. д.
- Хвалите, поддерживайте, ободряйте ребенка.
- Как можно активнее ищите и подчеркивайте успехи. Если ребенок хорошо вел себя на перемене, разрешите ему и одноклассникам дополнительно погулять еще несколько минут.
- Создавайте ситуации успеха, в которых ребенок имел бы возможность проявить свои сильные стороны. Пусть он станет классным экспертом в некоторых областях знаний.
- Вводите ограничения последовательно, предсказуемо, быстро и явно.
- Ограничения должны быть содержательными и успокаивающими.
- Избегайте предъявления завышенных или заниженных требований к ребенку.
- Давайте задания в соответствии с рабочим темпом и способностями ребенка.
- Давайте больше творческих, развивающих заданий.
- Рекомендуется частая смена заданий с небольшим коли-

чеством вопросов.

- Разбивайте большие задачи на маленькие.
- Контролируйте ход работы над каждой частью, внося необходимые коррективы.
- Отмените регулярные контрольные или проводите их реже.
- Возможно, стоит разрешить сдавать контрольные в устной форме.
- Учите сдавать экзамены.
- Делайте ставку на качество, а не количество домашней работы.
- Передавайте родителям через ребенка ежедневные отчеты о его прогрессе.
- Чаще общайтесь с родителями ребенка и психологом.

Поскольку продолжительность урока для гиперактивных детей не должна превышать 30 минут, постарайтесь спланировать его таким образом, чтобы на последние 10–15 минут урока приходилась самостоятельная работа, при этом детям с СДВГ следует давать простые примеры или задания или занять их общественно полезным трудом: попросить стереть с доски, помыть губку для стирания с доски, собрать у учеников дополнительные материалы, розданные во время занятия.

По мере развития утомления устраивать на уроках физкультминутки: использовать комплекс упражнений для

улучшения кровообращения, снятия утомления с мелких мышц кисти руки, мышц туловища, а также для концентрации внимания.

По возможности рассаживать гиперактивных детей так, чтобы они находились на значительном расстоянии от других учеников, так как в данной ситуации наблюдается «синдром воронки» (успеваемость учеников обратно пропорциональна близости к гиперактивному однокласснику, при этом самой глубокой точкой этой «воронки» является гиперактивный ребенок, который сам страдает от своей чрезмерной активности и несобранности).

Гиперактивных детей рекомендуется сажать за первые парты, так как при такой рассадке они будут отвлекать меньшее количество детей, им будет проще сосредоточиться на объяснениях учителя, а учителю – проще контролировать поведение ребенка. Гиперактивных детей не следует рассаживать у окон, так как они легко заболевают ангинами, ОРЗ и другими ЛОР-заболеваниями.

Из-за повышенного риска развития болезней опорно-двигательного аппарата нагрузку детям с СДВГ следует точно дозировать, не допуская их переутомления и повышенной нагрузки на суставы и позвоночник. Детям с СДВГ показаны динамические упражнения, ритмика, подвижные немассовые игры. На уроках физкультуры необходим равномерный тренинг легкой и средней интенсивности с ограничением эмоциональных акцентов (бег трусцой, плавание, лыжные

и велосипедные прогулки). Не рекомендуется участвовать в играх, где сильно выражены эмоции: соревнования, командные игры (футбол, баскетбол), показательные выступления.

Лечебная гимнастика

В первый год жизни ребенка используются рефлекторные, пассивные, пассивно-активные и активные движения.

Цель:

- увеличить подвижность ребенка, научить его правильно ползать, ходить, бегать;
- развить вестибулярный аппарат;
- развить мануальные навыки (ручная ловкость).

Во второй год используются такие упражнения: ходьба, ползание и переползание, упражнения на равновесие и общеукрепляющие подвижные игры (15–20 минут), медленный бег. (Исключаются прыжки в глубину и выпрыгивание вверх с высокой амплитудой.)

Цель:

- усовершенствовать навыки ходьбы по ровной гладкой поверхности;
- научить плавно подниматься и спускаться по пересеченной местности;
- научить выполнять конкретные задачи.

В третий год (первый кризис в индивидуальном развитии человека) используются в основном игровые упражне-

ния, а также общеукрепляющие и упражнения, направленные на развитие моторики пальцев.

Цель: создать и закрепить основной фонд движений ребенка.

В четвертый год используются более сложные упражнения. Перед ребенком ставятся конкретные задачи: выполнить упражнение до конца, остановиться по сигналу и т. д. Постепенно нужно переходить от показа упражнений к объяснению. Необходимо беречь малыша от сверхсильных раздражителей и эмоциональных перегрузок.

Цель:

- развить активное торможение;
- научить давать оценку своим действиям;
- развить внимание.

В пятый год используются различные двигательные упражнения: бег трусцой, прогулки, езда на велосипеде, общеукрепляющие. Дети должны понимать со слов, что им нужно делать, и сами давать оценку своим действиям.

Цель: реализовать потребность к двигательной активности, которая в этом возрасте особенно велика. В случае ее ограничения происходит быстрое возбуждение ребенка, эмоциональная неустойчивость, нарушение психики.

В шестой год используются упражнения на равновесие, на развитие туловища и конечностей. Занятия становятся более сложными. В них сочетаются разные фазы движений, обозначены моменты приложения основных усилий.

Цель: закрепить способность к сложным двигательным действиям.

В седьмой год используются упражнения на развитие согласованности движений, в которых участвуют различные суставы и группы мышц (плавание, лыжи, игры с мячом). Однако в этом возрасте дети переоценивают свои физические возможности, поэтому необходимо следить за общим состоянием их здоровья, вовремя снижать нагрузку, делать перерывы, чтобы они могли отдохнуть и восстановить силы.

Цель:

- развить координационные способности;
- укрепить опорно-двигательный аппарат и различные нервные структуры.

Способы выхода из конфликтной ситуации и стрессового состояния при работе с гиперактивными детьми

При взаимодействии с гиперактивными детьми в школе и дома нередко возникают конфликтные ситуации и стрессовые состояния как у самих детей, так и у взрослых людей (учителей, воспитателей, родителей).

Динамика конфликтной ситуации складывается из трех основных стадий: 1) нарастание; 2) реализация; 3) затухание.

Наиболее успешно блокировать развитие конфликтной ситуации удается на первой стадии. Например, во время

нарастания напряженности между двумя гиперактивными детьми можно поручить им вместе убрать классную комнату, очистить школьный двор от снега, устроить соревнование по бегу или поиграть в футбол.

Если конфликтная ситуация все же перешла во вторую стадию, то подавить ее уже вряд ли удастся.

На третьей стадии, когда участники конфликта выплеснули «отрицательную» энергию, они испытывают чувство вины и готовы к позитивным переменам. На этой стадии возможен анализ причин возникновения конфликтной ситуации и совместное моделирование других способов выхода из нее.

Для того чтобы подготовиться к беседе с участниками конфликта, взрослому необходимо самому сбросить напряжение и раздражение. Для этого можно сделать одно из двух простых упражнений.

1. Глубоко вдохните. При выдохе воображаемым резким движением как бы «сорвите» напряженную маску со своего лица: «погасите» глаза, расслабьте губы, освободите шею и грудь. Представьте, что через выдох вы снимаете с себя охватывающие ваше тело мышечные «кольца» и отбрасываете их – с глаз, губ, шеи и груди.

2. Массирование. Возможно, вам подойдет другой способ снятия напряжения. Перед началом беседы с учеником дотроньтесь кончиками пальцев до своих век, проведите ладонями по лицу ото лба к подбородку, «снимая» старую маску. После этого начинайте беседу.

Антистрессовые упражнения для учителей, родителей и детей

Упражнения следует выполнять сидя ежедневно по 15–20 минут в течение 6–8 недель.

«**Постукивание**». Сделайте массаж в области вилочковой железы (на груди) в форме легкого постукивания 10–20 раз круговыми движениями слева направо.

«**Ластик**». Сядьте и расслабьтесь. Закройте глаза. Представьте перед собой чистый альбомный лист бумаги, карандаши, ластик. Мысленно нарисуйте на листе негативную ситуацию, которую необходимо забыть. Это может быть реальная картинка, образная ассоциация, символ и т. д. Мысленно возьмите ластик и начинайте последовательно «стирать» с листа бумаги созданную негативную ситуацию. «Стирайте» до тех пор, пока с листа не исчезнет картинка. Откройте глаза. Произведите проверку. Для этого закройте глаза и представьте тот же лист бумаги. Если картинка не исчезла, снова возьмите ластик и «стирайте» картинку до ее полного исчезновения. Через некоторое время упражнение можно повторить.

«**Самокоррекция**». Одну ладонь расположить на затылке, другую положить на лоб. Закрывать глаза и подумать о любой негативной ситуации. Сделать глубокий «вдох – пауза – выдох – пауза». Мысленно представить себе ситуацию еще

раз, но только в положительном аспекте. Обдумать и осознать то, как можно было бы данную проблему разрешить. После появления синхронной «пульсации» между затылочной и лобной частями самокоррекция завершается глубоким «вдохом – паузой – выдохом – паузой». Упражнение выполнять от 30 секунд до 10 минут до возникновения синхронной пульсации в ладонях.

Упражнения

Тренинг внимания

«*Шапка-невидимка*». В течение трех секунд надо запомнить все предметы, собранные под шапкой, которая на это время поднимается, а затем перечислить их.

«*Что пропало?*» Психолог на короткое время показывает детям расположенные на столе предметы, после чего закрывает их и убирает один предмет. При повторном показе дети должны назвать «пропавший» предмет. Можно усложнять задание, сокращая время демонстрации, увеличивая число предметов на столе, число «пропавших» предметов либо ставя задачу вернуть на место передвинутые предметы.

«*Парочки*». Раздаются листы бумаги с изображением фигуры-образца и несколькими одинаковыми и похожими изображениями со слегка отличающимися компонентами.

Ребенок с психологом или с другим ребенком (если занятие проходит в паре) должны запоминать и находить как можно больше одинаковых пар.

Вариант: психолог просит детей найти различия.

«*Съедобное – несъедобное*». Психолог кидает по очереди участникам мячик и при этом называет предметы (съедобные и несъедобные). Если предмет съедобный, мячик нужно ловить, если нет – отбрасывать.

«*Летает – не летает*». Психолог говорит с детьми о летающих и нелетающих предметах и живых существах. Психолог называет предметы. Если предмет летает – дети поднимают руки. Если не летает – руки опущены. Необходимо своевременно удерживаться и не поднимать рук, когда назван нелетающий предмет. Ребенок, который не удержался, должен заплатить фант и выкупить его в конце игры, выполнив какое-либо задание.

Вариант: дети кладут пальцы на стол. Психолог называет зверей, цветы, птиц, насекомых и т. д. При назывании летающего объекта все должны, не отрывая ладоней от стола, поднять пальцы вверх. Кто поднимет пальцы при назывании нелетающего или же не поднимет пальцы при назывании летающего объекта, выбывает из игры.

«*Запретная цифра*». Выбирается какая-либо цифра, например 4. Дети встают в круг и по часовой стрелке считают по очереди: один, два, три... Когда очередь доходит до четвертого, он не произносит цифру, а хлопает в ладоши четыре

раза. Ошибающийся участник выбывает из игры.

Вариант: дети встают в круг и по порядку называют числа. Запретными являются числа, содержащие, например, цифру 4. Вместо названия запретного числа ребенок должен хлопнуть в ладоши. Игру можно усложнить, увеличив количество «запретных» чисел.

«Запрещенное движение». Дети стоят лицом к психологу. Под музыку с началом каждого такта они повторяют движения, которые тот показывает. Затем называют одно движение, которое нельзя выполнять. Тот, кто повторит запрещенное движение, выходит из игры.

«Костер». Дети садятся на ковер вокруг «костра» и выполняют инструкцию психолога. По команде «Жарко» дети должны отодвинуться от «костра», по команде «Руки замерзли» – протянуть руки к «костру», по команде «Ой, какой большой костер» – встать и махать руками, по команде «Искры полетели» – хлопнуть в ладоши, по команде «Костер принес дружбу и веселье» – взяться за руки и ходить вокруг «костра». Затем игра выполняется с ведущим ребенком.

«Мяч в круге». Стоя в круге, участники перебрасывают друг другу 1, 2, 3 и более мячей, сигнализируя о своих намерениях без слов. Выбывает тот, чей мяч не был пойман.

«Броуновское движение». Ведущий вкатывает в круг один за другим несколько десятков теннисных мячей, которые не должны ни остановиться, ни выкатиться за пределы круга. Смысл упражнения – установление командного ре-

корда по количеству задействованных мячей.

«**Волейбол без мяча**». Две команды имитируют игру в волейбол по правилам (на три паса), но без мяча, за счет обмена взглядами и демонстрации соответствующих движений. Нарушивший правила выбывает из игры.

«**Скамья запасных**». Выбывший из игры должен сидеть на стуле до ее окончания. Если он встанет со стула или будет вертеться, вся команда получает штрафное очко или ей засчитывается поражение.

«**Запомни ритм**». Психолог предлагает участникам повторить ритмическую модель, которую он задает с помощью хлопков. Для тех, кто не запомнил образец, дается ориентир в виде его цифровой записи, где цифра изображает число непрерывно, через равные интервалы следующих друг за другом хлопков, а тире между ними – паузы (например, 1–1–3–4–2). Для облегчения задачи разрешается вслух отсчитывать число хлопков в соответствии с записью. После освоения всеми ритмического рисунка он воспроизводится по кругу в индивидуальном, а затем в нарастающем темпе. Сбившийся выбывает.

«**Машинка**». По той же схеме, что в предыдущей игре, осваивается пантомимическая модель, состоящая из последовательных групп движений, для каждой из которых придумывают свое обозначение (например, два «квадрата», две «гармошки», один «квадрат»).

«**Ритм**». Психолог задает ритм, отстукивая его одной ру-

кой, – например, «2–2–3» (вначале дается зрительное подкрепление: дети видят руки психолога, а в процессе освоения происходит постепенный переход только к слуховому восприятию, то есть с закрытыми глазами). Затем детям предлагается повторить ритмический рисунок правой рукой, левой, двумя руками одновременно (хлопки или удары перед собой) и комбинированно (например, 2 – правой рукой, 2 – левой рукой, 3 – одновременно двумя руками). После освоения первой части упражнения детям предлагается воспроизвести тот же ритмический рисунок ногами.

«Ритм по кругу». Дети садятся в круг на колени и на пятки. Число участников в кругу не должно быть кратно трем. Первый ребенок хлопает в ладоши один раз, следующий – два раза, следующий – три раза, следующий опять один раз и т. д. Психолог задает различный темп игры, меняет направление игры (то по часовой стрелке, то против).

Далее упражнение усложняется. Дети садятся полукругом. Психолог отстукивает какой-то ритм. Дети по команде его повторяют (по отдельности или все вместе). Когда ритм освоен, дети получают команду: «Давайте прохлопаем этот ритм следующим образом. Каждый по очереди отбивает по одному хлопку заданного ритма слева направо. Когда ритм закончится, следующий по кругу выжидает короткую паузу и начинает сначала. И так до команды „Стоп“. Опоздавший со своим хлопком, не выдержавший паузу, сделавший лишний хлопок получает штрафное очко».

Возможные пути усложнения задачи: удлинение и усложнение ритма, отстукивание ритма каждым игроком обеими руками по очереди и т. д. Детям также могут предлагаться для воспроизведения звуки разной громкости внутри ритмического рисунка, например тихие и громкие.

«**Повтори за мной**». Первый участник демонстрирует сопернику собственный ритм или пантомимическую модель в расчете на то, что их сложность не позволит тому ее повторить. Если так и происходит, то автор должен сам воспроизвести ритм или пантомимическую модель, в противном случае он же и выбывает. Если автор повторил свою модель, то выбывает не сумевший этого сделать соперник. Если же последний справился с заданием, то он предлагает следующему игроку свой образец для повтора.

«**Парад**». Марширование на счет «раз-два-три-четыре». В первом цикле шагов хлопок руками на счет «раз», во втором – на счет «два», в третьем – на счет «три», в четвертом – на счет «четыре». Раз (хлопок) – два-три-четыре. Раз-два (хлопок) – три-четыре. Раз-два-три (хлопок) – четыре. Раз-два-три-четыре (хлопок). Повторить несколько раз.

«**Считалочки-бормоталочки**». Психолог просит детей повторить фразу: «Идет бычок, качается». Они должны несколько раз подряд произнести эту фразу. В первый раз они произносят вслух все три слова, во второй раз произносят вслух только слова «идет бычок», а слово «качается» произносят про себя, хлопая при этом один раз в ладоши.

В третий раз произносят вслух только слово «идет», а слова «бычок, качается» произносят про себя, сопровождая каждое слово хлопком в ладоши. В четвертый раз дети произносят все три слова про себя, заменяя их тремя хлопками.

Итак, это выглядит следующим образом:

1. Идет бычок, качается.
2. Идет бычок (хлопок).
3. Идет (хлопок) – (хлопок).
4. (Хлопок) – (хлопок) – (хлопок).

Возможные варианты считалочек-бормоталочек:

1. Ехал грека через реку.
2. Ехал грека через (хлопок).
3. Ехал грека (хлопок) – (хлопок).
4. Ехал (хлопок) – (хлопок) – (хлопок).
5. (Хлопок) – (хлопок) – (хлопок) – (хлопок).

1. Подарил – утенку – ежик – пару – кожаных – сапожек.
2. Подарил – утенку – ежик – пару – кожаных – (хлопок).
3. Подарил – утенку – ежик – пару – (хлопок) – (хлопок).
4. Подарил – утенку – ежик – (хлопок) – (хлопок) – (хлопок).

5. Подарил – утенку – (хлопок) – (хлопок) – (хлопок) – (хлопок).

6. Подарил – (хлопок) – (хлопок) – (хлопок) – (хлопок) – (хлопок).

7. (Хлопок) – (хлопок) – (хлопок) – (хлопок) – (хлопок) – (хлопок).

«*Движение*». Психолог предлагает детям несколько последовательных движений (танцевальных, гимнастических и т. д.). Дети должны повторить их как можно точнее и в той же последовательности.

«*Сделай так*». На столе у психолога разложены карточки с изображением человечков, выполняющих различные движения. Психолог показывает участникам карточки и объясняет, какие действия изображены на каждой из них. Затем психолог дает инструкцию: «По моему сигналу все подойдут к столу и возьмут по одной карточке. Я буду считать от одного до десяти, а вы в это время будете выполнять то, что изображает человечек на выбранной вами картинке. Например, тот, кто возьмет карточку с сидящей на стуле фигуркой, сядет на стул. Кому достанется карточка с танцующей фигуркой, будет танцевать, и т. д. На счет „десять“ все заканчивают выполнение задания и садятся в круг». Игру можно повторить несколько раз.

«*Внимательные животные*». Каждый сидящий в круге выбирает роль животного, которое изображает характерной позой или жестом. Первый из играющих демонстрирует свой образ, затем образ зверя, выбранного кем-то другим; тот показывает свое животное и еще чье-то. Выбывает тот, кто ошибся в жесте или позе, продержал паузу больше трех секунд либо воспроизвел образ участника, который уже был.

«*Герои сказки*». Каждому участнику предлагается опи-

сать какой-нибудь известный сюжет или сказку от лица каждого персонажа. При этом остальные участники должны внимательно следить за тем, чтобы выступающий рассказывал именно то, в чем действительно принимал участие данный герой, и задавать провокационные вопросы, чтобы сбить рассказчика.

Тренинг торможения

«Бокс». Толстые варежки становятся боксерскими перчатками, а старая, плотно набитая подушка – боксерской грушей. Ребенок в течение 4–5 минут «боксирует», а затем 5 минут отдыхает, расслабляется. Такая игра помогает ребенку лучше контролировать свое состояние во время возбуждения и способствует развитию его саморегуляции.

«Правило СТОП!» Психолог показывает ребенку картонную карточку со знаком «кирпич» и уточняет, знает ли он, что означает данный дорожный знак. Предлагает ребенку поиграть в водителя (ребенок изображает, что он едет на машине. Когда психолог показывает карточку со знаком, водитель тормозит).

В конце занятия психолог предлагает носить карточку со знаком всегда в кармане и доставать ее, когда ребенок почувствует, что он злится.

«Светофор и машины». Психолог просит детей рассказать о светофоре, как он работает, каковы правила перехода

улицы. Затем психолог говорит детям, что сейчас они будут не пешеходами, а машинами. На красный сигнал светофора машины стоят, на желтый – заводят мотор, на зеленый – едут. Психолог произносит цвета, и в зависимости от названного цвета дети «едут», «стоят» или «заводят мотор».

«**Кричалки-шепталки-молчалки**». Психолог вместе с детьми вырезает из разноцветного картона три силуэта детской ладошки: красный, желтый, зеленый. Затем все участники игры договариваются, что, когда психолог (сначала он, а затем кто-то из детей) поднимет зеленую ладонь – «кричалку», – можно бегать, кричать, прыгать; желтая ладонь – «шепталка» – позволяет двигаться и переговариваться шепотом; по сигналу «молчалки» – красной ладошки – дети должны замереть на месте или лечь на пол и не шевелиться. Заканчивать игру следует «молчалками».

«**Шалуны**». Психолог по сигналу (удар в бубен, колокольчик и т. д.) предлагает детям пошалить: бегать размахивая руками и ногами, прыгать, кувыркаться. По второму сигналу психолога все шалости должны прекратиться. Упражнение повторяется несколько раз.

«**В ритме танца**». Дети двигаются под музыку, ритм которой постепенно возрастает от очень медленного до очень быстрого и наоборот.

«**Пчелки**». Все участники превращаются в пчелок, которые «летают» и громко жужжат. По сигналу психолога: «Ночь» – «пчелки» садятся и замирают. По сигналу:

«День» – «пчелки» снова летают и громко «жужжат».

«*Подушечные бои*». Дети разбиваются на пары. Партнеры становятся на две газеты и пытаются подушками выбить с места друг друга, не сходя со своей газеты.

«*Разрывание бумаги*». Для работы необходимо иметь старые газеты и журналы, либо другую ненужную бумагу. Психолог спрашивает детей, кто из них обещает убрать помещение в конце занятия, и объясняет, что это упражнение позволит им разрядиться.

Психолог вместе с детьми разрывает бумагу на мелкие кусочки и бросает их в кучу в центре комнаты. Когда куча становится большой, все вместе принимаются энергично подбрасывать кусочки бумаги в воздух. Обрывки разлетаются по всему помещению, дети делают из них кучки и прыгают на них, обсыпают друг друга кусочками бумаги или бросают их горстками в воздух.

«*Говори по сигналу*» (преодоление импульсивности). Психолог задает детям простые вопросы (например, как тебя зовут? какого цвета снег? и пр.), однако отвечать на вопрос можно только при наличии условного сигнала (например, определенного движения руки психологом).

«*Загадки-обманки*» (преодоление импульсивности). Психолог предлагает детям отгадать загадки, в которых рифма подсказывает неправильный ответ.

Все ребята точно знают,

Кошка очень громко...
мяукает (лает)
Зимой в берлоге
Видит сон
Лохматый, косолапый...
медведь (слон).

«Смеяться запрещается». Инструкция. «Сядьте, пожалуйста, в круг. Кто-то один встанет посередине и будет водить. Его задача состоит в том, чтобы выбрать кого-то из сидящих и заставить его заговорить или улыбнуться. Для достижения своей цели он может пробовать все, что угодно, однако он не должен ни до кого дотрагиваться, и, разумеется, сам он не имеет права говорить. Те, кто сидят в кругу, не должны отворачиваться или закрывать глаза».

Каждый водит не более одной минуты. Если за это время водящий не сумеет рассмешить или заставить заговорить кого-либо, пусть с тем же ребенком попробуют свои силы еще 1–2 водящих. Если же водящий добивается успеха, он меняется местами с тем, кого заставил улыбнуться или заговорить.

«Камень мудрости». Инструкция: «У меня в руках камень мудрости. Пока я его держу, я могу говорить. Когда кто-то другой захочет о чем-то рассказать – он должен сообщить об этом и взять у меня камень. Пока камень находится у него в руках, остальные говорить не могут. Затем он может пере-

дать камень тому, кто хочет что-то сказать».

Анализ упражнения:

– Нравится ли тебе, когда другой человек перебивает тебя?

– Что ты чувствуешь, когда хочешь что-то сказать, а в это время все заняты своими разговорами?

– Что ты чувствуешь, когда все внимательно тебя слушают?

«*Автомобиль*». Дети выступают в роли деталей («колеса», «дверцы багажника, капота» и т. п.), из которых водящий «собирает» автомобиль.

«*Восковая скульптура*». Участники, сидящие в круге с закрытыми глазами, лепят «по цепочке» друг из друга одну и ту же скульптуру, после чего остаются в приданной позе до тех пор, пока не будет закончена последняя копия.

«*Живая картина*». Создав сюжетную сценку, участники замирают до тех пор, пока водящий не отгадает название картины.

«*Принц на цыпочках*». Дети садятся в круг. Принц на цыпочках (Принцесса на цыпочках) тихими неслышными шагами подходит к одному из участников группы, легко дотрагивается до кончика носа и направляется к следующему. Тот, до чьего носа дотронулся принц, должен так же бесшумно следовать за ним. Он становится членом королевской свиты и должен держаться с королевским достоинством, спокойно и элегантно. Королевская свита будет увеличиваться, пока

в нее не войдут все участники упражнения. В этот момент принц оборачивается к своей свите, раскрывает руки и говорит: «Благодарю вас, господа!» После чего все возвращаются на свои места.

«Не проговорись». Участники по очереди загадывают друг другу загадки, но ответ на них нельзя говорить вслух, а можно только записать на бумажке. Выкрикнувший ответ получает штраф.

«30 секунд». Каждому участнику группы дается 30 секунд, в течение которых он может сказать все, что захочет. Если кто-либо из участников не хочет говорить, то отведенные ему 30 секунд проводятся в молчании. Задача игры не только в том, чтобы сделать более свободной речь участников группы, но и в том, чтобы научить их внимательно слушать друг друга, не перебивая говорящего.

«Черепахи бега»

Все участники группы становятся в одну шеренгу на расстоянии примерно 10–15 м от чего-то, что назначается конечной целью движения, – это может быть любой предмет или даже какой-нибудь приз. Затем по команде психолога все одновременно начинают движение по направлению к цели – как можно медленнее, но так чтобы ни на секунду не останавливаться. Выигрывает тот, кто придет к цели последним.

Вариант: психолог встает у стены помещения, остальные участники располагаются вдоль противоположной стены. По

сигналу психолога они начинают движение. Далее психолог говорит: «Представьте, что все мы черепахи. Я большая черепаха, а вы маленькие черепашки. Я пригласила вас в гости на день рождения. Я жду вас в гости. Но вот беда: праздничный торт еще не готов. По моей команде вы можете идти ко мне, нигде не останавливаясь. Помните: вы черепахи и должны идти как можно медленнее, чтобы дойти только в тот момент, когда торт будет уже готов».

Психолог следит, чтобы никто не останавливался и не спешил. Через 2–3 минуты он дает новый сигнал, по которому все «замирают». Побеждает тот, кто оказался дальше всех от черепахи-именинницы. Игра может повторяться несколько раз. Затем психолог обсуждает с группой в кругу, трудно ли им было двигаться медленно и что им помогло выполнить инструкцию.

Тренинг навыков самоконтроля

«Воздушный шарик». Участники принимают удобную позу, закрывают глаза, дышат глубоко и ровно. Инструкция: «Сейчас мы будем учиться расслабляться с помощью дыхания. Представьте себе, что в животе у вас воздушный шарик. Вы вдыхаете медленно, глубоко-глубоко, и чувствуете, как он надувается... Вот он стал большим и легким. Когда вы почувствуете, что не можете его больше надуть, задержите дыхание, не спеша, сосчитайте про себя до пяти, после чего

медленно и спокойно выдыхайте. Шарик сдувается... А потом надувается вновь... Сделайте так пять-шесть раз, потом медленно откройте глаза и спокойно посидите одну-две минуты».

«**Препятствия**». Выбирают водящего и завязывают ему глаза. Инструкция: «Разойдитесь по комнате и сядьте на пол не очень близко друг к другу, так чтобы расстояние между вами было примерно полтора метра. Сейчас вы все будете Препятствиями. Но, к счастью, не молчаливыми: как только водящий, у которого завязаны глаза, приближается к вам, вы жужжанием или напевом предупреждаете его.

Пройдитесь между Препятствиями и объясните, что нельзя жужжать двум участникам игры одновременно. Как только вы отошли от одного Препятствия, то жужжать должен тот, к которому вы приближаетесь. Все должны голосом помогать водящему обойти помещение и нигде не удариться. Если водящий подошел к какому-то из Препятствий слишком близко, то он услышит нарастающий звук и сможет изменить направление. Водящий не должен останавливаться. Я тоже буду внимательно присматривать за тем, чтобы водящий не ударился о стенку или мебель. Кто хочет попробовать первым – идти, не видя Препятствий, „опираясь“ только на их голоса?» Анализ упражнения:

– Как ты себя чувствовал, когда был водящим?

– Был ли ты уверен, что все будут достаточно внимательны к тебе?

– Удостоверился ли ты в этом в течение игры?

– Было ли тебе в какой-то момент не по себе?

– Что ты чувствовал, когда был Препятствием?

«**Когда я злюсь**». Психолог просит ребенка перечислить все ситуации, когда он злится. Почему он злится? Что его злит? Как он себя ведет, когда злится? Как ведут себя другие (мама, папа, учитель, друзья), когда он злится (ведет себя соответствующим образом).

В ходе упражнения психолог помогает ребенку осознать, какие ситуации вызывают у него приступы злости или гнева. Обращает внимание ребенка на чувства других людей, когда он ведет себя агрессивно, а также на последствия агрессивного поведения.

«**Драка**». Психолог говорит группе следующее: «Представьте, что вы с другом поссорились. Вот-вот начнется драка. Глубоко вдохните, крепко-крепко стисните зубы. Сожмите как можно сильнее кулаки, до боли вдавите пальцы в ладони. На несколько секунд задержите дыхание. Задумайтесь: а может, не стоит драться? Выдохните и расслабьтесь. Ура! Неприятности позади! Встряхните кистями рук. Почувствовали облегчение?»

«**Листок гнева**». Психолог развешивает «листы гнева» и объясняет детям, что в ситуации злости они могут сорвать лист гнева, смять его и выбросить в корзину для мусора. В процессе упражнения дети учатся выражать свою агрессию допустимым (разрешенным) способом.

«Обзывалки». Участники по кругу «обзывают» своего соседа не обидными словами. Это могут быть названия овощей, фруктов, грибов, цветов. Запрещается использовать названия животных, птиц, бытовых предметов. На заключительном круге нужно сказать своему соседу что-нибудь приятное.

«Толкалки». Дети разбиваются на пары и встают на расстоянии вытянутой руки, поднимают руки и опираются ладонями о ладони напарника. По сигналу психолога дети начинают толкать своего партнера ладонями, стараясь сдвинуть его с места. Если партнеру удастся сдвинуть с места участника, надо попытаться вернуться на исходную позицию.

«Попроси игрушку». Группа делится на пары, первый участник берет в руки какой-либо предмет, например, игрушку, тетрадь, карандаш и т. д. Второй участник должен попросить этот предмет.

Инструкция первому участнику: «Ты держишь в руках игрушку (тетрадь, карандаш), которая очень нужна тебе, но она нужна и твоему приятелю. Он будет у тебя ее просить. Постарайся оставить игрушку у себя и отдать ее только в том случае, если тебе действительно захочется это сделать».

Инструкция второму участнику: «Подбирая нужные слова, постарайся попросить игрушку так, чтобы тебе ее отдали». Затем участники меняются ролями.

«Давай договоримся!» Оборудование: картина для раскрашивания, нарисованная на ватмане, цветные карандаши

по количеству участников. Психолог дает задание раскрасить картину. Каждый участник команды может взять только один карандаш для раскрашивания. В процессе работы дети должны договориться о цвете карандашей и последовательности раскрашивания. Во время игры психолог не вмешивается в работу, предоставляя детям возможность самим договориться и решить конфликты, если они возникают.

«*Мои достижения*». Оборудование: картонный цветок с 7 разноцветными лепестками. На каждом лепестке – день недели. Психолог предлагает ребенку в конце дня в течение недели записывать на лепестках цветка свои достижения. Достижения могут относиться к работе с агрессией, но можно записывать и другие достижения (в учебе, в помощи и т. д.).

В конце недели психолог совместно с ребенком оценивают динамику достижений. Например, запись «Не подрался с Петей» является очень важным достижением в развитии саморегуляции.

Стереотипное двигательное расстройство 6A06

Стереотипное двигательное расстройство 6A06 характеризуется постоянным (например, длящимся несколько месяцев) наличием произвольных, повторяющихся, стереотипных, явно бесцельных (и часто ритмичных) движений, которые возникают в раннем периоде развития, не вызваны прямым физиологическим воздействием вещества или лекарственного средства (включая отмену) и заметно мешают нормальным действиям или приводят к тому, что ребенок наносит себе телесные повреждения. Стереотипные движения, которые не являются травмирующими, могут включать в себя раскачивание тела, покачивание головой, движения пальцев и взмахи руками. Стереотипное самоповреждающее поведение может включать в себя повторяющиеся удары головой, шлепки по лицу, тыканье в глаза и кусание рук, губ или других частей тела.

Критерии диагностики DSM-5

А. Повторяющееся, казалось бы, управляемое и, по-видимому, бесцельное двигательное поведение (например, ребенок хлопает в ладоши или размахивает руками, раскачивается всем телом, бьется головой, кусает и бьет себя).

В. Повторяющееся двигательное поведение мешает социальной, учебной или другой деятельности и может привести к самоповреждению.

С. Расстройство начинается в раннем периоде развития. Стереотипное двигательное поведение не связано с физиологическими эффектами вещества или неврологического состояния и не лучше объясняется другими нейрогенными расстройствами развития (например, тиковым расстройством) или другим психическим расстройством (например, обсессивно-компульсивным расстройством).

Дифференциальная диагностика

Простые стереотипные движения распространены в младенчестве и в раннем возрасте. При переходе от сна к бодрствованию может возникать раскачивание – поведение, которое обычно разрешается с возрастом. Сложные стереотипы реже встречаются у нормально развивающихся детей и обычно могут быть подавлены отвлечением или сенсорной стимуляцией. В таких случаях диагноз стереотипного двигательного расстройства (СДР) не ставится.

У детей старшего возраста и подростков стереотипные движения, такие как постукивание пальцами или носками ног или самостимулирующее поведение (например, мастурбация), могут наблюдаться в ответ на скуку. Эти движения отличаются от СДР тем, что не приводят к значительному

вмешательству в обычную повседневную деятельность и не приводят к телесным повреждениям, причиненным самим себе, которые являются достаточно серьезными, чтобы быть независимым объектом клинического внимания.

Для детей с **расстройством интеллектуального развития** характерны стереотипные интересы, привязанность к нефункциональным поступкам или ритуалам в виде длительного фиксирования внимания на малодинамичных явлениях, стремление нажимать на клавишу, включая и выключая освещение, потряхивание кистями рук, предметами, подпрыгивания и простые патологические привычные действия, взмахи и сгибание-разгибание рук в локтевых и плечевых суставах, удары туловищем или головой о твердые поверхности, кружение вокруг своей оси.

При атонической форме умственной отсталости характерными для пациентов являются повторяющиеся стереотипные простые движения или действия: дети крутят шнурок, рвут на полоски бумагу, открывают и закрывают кран и т. п. У некоторых больных можно отметить склонность к повторению одних и тех же слов, гримасничанье.

Стереотипные движения могут быть симптомом **расстройства аутистического спектра**. Аутичные дети могут отвечать на сенсорные стимулы либо чрезвычайно сильно, либо, наоборот, слишком слабо. Вестибулярная стимуляция происходит за счет ударов, качаний или движений вверх и вниз. Некоторые дети производят шум (щелчки, зву-

ки, хрипы или бессмысленные слоги) в стереотипной манере при отсутствии намерений к общению. Их речь обычно построена в виде эхололий, как немедленной, так и задержанной, или в виде стереотипных фраз вне контекста.

В раннем возрасте наблюдается агрессивность, вспышки гнева, самоповреждающее поведение, включая удары головой, кусание, царапание, вырывание волос. Однако при СДР, как правило, отсутствуют проявление дефицита социального взаимодействия, ограниченное повторяющееся поведение и интересы, а также достаточно серьезные самоповреждения.

СДР, как правило, проявляется в более раннем возрасте (до 3 лет), чем **тиковое расстройство**, средний возраст которого составляет 5–7 лет. Наиболее часто проявляющиеся тики: гримасничанье, моргание, сморщивание носа, принюхивание, продувание воздуха через ноздри, свистящий вздох, усиленное дыхание, зевание, икота, отрыжка, сосательные или чмокающие звуки, прочищение горла. Могут быть также смотрение по сторонам, подергивания головой, потирания руками, перекручивание пальцев и сжимание рук в кулак, пожимание плечами, дергание ногами, странная походка, подпрыгивание.

СДР может затрагивать руки, кисти или все тело, в то время как тики обычно связаны с глазами, лицом, головой и плечами. Стереотипные движения по сравнению с тиками более последовательны и фиксированы в своем сценарии или локализации. Стереотипные движения более устойчивы,

ритмичны и продолжительны, а тики, как правило, короткие, быстрые, случайные и изменчивые.

Стереотипии встречаются при **детской шизофрении**. Основными расстройствами у таких детей в возрасте 3–5 лет является малая привязанность к объектам реального мира, сдвиг пропорций чувствований, аутизм, негативизм, недостаточное пользование речью, эхολалии, раздражительность. В одиночку они играют в примитивные, однообразные игры, которые сводятся к переключиванию, пересыпанию, верчению, трясению. Они интересуются льющей водой, дождем, снегом, сыпучими веществами. Постепенно круг их деятельности сужается, игры повторяются, становятся все более однообразными и приобретают характер стереотипий.

Стереотипии встречаются при **депрессивных расстройствах** у детей раннего возраста. Депрессии у детей раннего возраста имеют преимущественно не аффективное выражение, а «маскированное» или «телесное». Анаклитическая депрессия или депрессия расставания возникает в возрасте 1,5–3 лет у детей при разлуке с семьей (помещение в ясли, детский сад, детский дом). У таких детей может замедлиться психическое развитие, и анаклитическая депрессия может трансформироваться в парааутистическое расстройство развития с характерными однообразными и ритмичными раскачиваниями головой и всем телом. Моторный компонент проявляется наличием двигательных стереотипий, замещающих непосредственное сенсорное взаимодействие, в

виде раскачивания телом, головой, сосания пальца и языка.

При **обсессивно-компульсивном расстройстве** человек чувствует, что повторяющиеся действия совершаются в ответ на навязчивую идею или в соответствии с правилами, которые должны жестко соблюдаться, тогда как при стереотипном двигательном расстройстве движения, по-видимому, произвольны, но явно бесцельны.

Трихотилломания (компульсивное выдергивание волос) и экскориативное расстройство (компульсивное самоповреждение кожи) характеризуются повторяющимся поведением, сфокусированным на теле, которое на первый взгляд может выглядеть бесцельным, но не стереотипными или ритмичными. Кроме того, эти расстройства обычно проявляются не в раннем периоде развития, а в период полового созревания или позже.

Клиника и течение

СДР может проявляться следующим образом:

- размеренное покачивание головой (ребенок, лежа на животике, может качать головой, стоя или сидя);
- верчение головой (размеренное вращение по кругу головой либо из одной стороны в противоположную);
- покачивание всем телом (также может быть в сидячем либо стоячем положении);
- движения в «борцовском мосте» (ребенок производит

размеренные движения, опираясь на пятки и голову, изогнув спину);

- трение либо стуканье головой о горизонтальную поверхность либо вертикальную плоскость;
- размеренное перекатывание с боку на бок либо с живота на спину;
- раскачивания на четвереньках;
- присаживания и складывания (ребенок сгибает туловище к конечностям или присаживается, подгибая ноги);
- двустороннее махание или вращение руками;
- щелчки или шевеление пальцами перед лицом и т. д.

В качестве отдельного вида стереотипного поведения также можно выделить однообразные манипуляции с объектами, такие как верчение предметов в руках, потряхивание ими, царапание поверхностей предметов, облизывание, постукивание предметом по зубам. Может наблюдаться комбинация нескольких движений (например, кивание головой и раскачивание туловища, размахивание маленькой веревочкой перед лицом и верчение головой).

У маленьких детей стереотипное поведение, как правило, проявляется в сосании пальцев, в старшем возрасте оно замещается раскачиванием тела или биением головой, а в дошкольном возрасте преобладает кусание ногтей и постукивание пальцами или ногами.

Стереотипные движения продолжительностью от

нескольких секунд до нескольких минут или дольше могут происходить много раз в течение дня. Частота может варьироваться от одного эпизода в месяц до множества случаев за один день. Стереотипные движения могут быть остановлены, если обратить на них внимание ребенка или отвлечь его от их выполнения. Дети с нейрогенными нарушениями развития, как правило, меньше реагируют на такие усилия.

Выраженность стереотипных движений, не причиняющих ребенку вреда, варьируется от легких проявлений, которые легко подавляются сенсорным раздражителем или отвлечением, до непрерывных движений, которые заметно мешают повседневной деятельности. Тяжесть телесных повреждений варьируется от покраснения кожи или легкого синяка от удара рукой о тело до перелома пальцев или отслоения сетчатки в результате ударов головой.

Наиболее известной генетической болезнью, сопряженной со стереотипным поведением, является синдром Ретта с характерными «моющими» движениями рук, а также их облизыванием и постукиванием пальцами. Дети с синдромом Прадера-Вилли щипают себя, демонстрируют склонность раскладывать предметы в ровные ряды и задавать взрослым одни и те же вопросы.

Дети с синдромом Ангельмана совершают бесцельные движения губами и челюстями, взмахи кистями, самоагрессию, имеют аномальное пристрастие к воде, многократно повторяют одни и те же слова и фразы. Дети с синдромом Шри

ду Чат отличаются аномальной привязанностью к некоторым предметам и навязчивой потребностью постоянно поправлять детали своей одежды, прическу, раскладывать предметы по порядку.

Многие дети с синдромом Смита-Магениса облизывают предметы или свои руки, хлопают или машут кистями, наносят себе удары или укусы. У детей с окулоцереброренальным синдромом Лоу наряду с врожденной катарактой и дисфункцией почечных канальцев наблюдаются комплексные двигательные стереотипии.

Мальчики с синдромом ломкой хромосомы X демонстрируют навязчивые взмахи руками и кистями, а также производят стереотипные движения пальцами, наносят себе удары и кусают себя. Дети с синдромом Леша-Нихана наносят себе повреждения, особенно кусанием губ до такой степени, что для многих из них единственным способом предотвратить травматизм остается только удаление зубов.

Стереотипные движения могут указывать на необнаруженную проблему развития нервной системы, особенно у детей в возрасте от 1 до 3 лет. У людей с умственной отсталостью стереотипное самоповреждающее поведение может сохраняться в течение многих лет, даже если типография или схема членовредительства могут измениться.

СДР может быть результатом следующих причин:

- перенесенная гипоксия в родах;
- повышенное внутричерепное давление;

- инфекция среднего уха;
- режутся зубки или болит голова;
- напряжение в мышцах;
- тренировка вестибулярного аппарата;
- недостаток ритмической стимуляции;
- ограничение физической активности;
- физическое или умственное перенапряжение;
- разлучение с мамой;
- конфликты в семье.

Группу риска составляют дети с тяжелым детством (из домов ребенка либо семей психологически неблагополучных: конфликтных, неполных, многодетных). Это случаи, когда ребенку не дают проявить свою индивидуальность, пресекая его действия строгими запретами, наказанием либо игнорированием его запросов. Ребенок выражает свое несогласие, совершая при этом нецелесообразные движения телом.

Кататония 6А4

Кататония 6А4 (греч. catateino – напряжение) – синдром преимущественно психомоторных нарушений, характеризующийся сопутствующим возникновением нескольких симптомов пониженной, повышенной или аномальной психомоторной активности. Кататонические симптомы могут наблюдаться в рамках следующих расстройств: расстройство нейрорпсихического развития, шизофрения и другие первичные психотические расстройства, биполярное расстройство, расстройство, вызванное психоактивным веществом или лекарством, а также в клинике различных соматических состояний.

Диагностические критерии DSM-5

В клинической картине преобладают три или более из следующих симптомов:

1. Ступор (отсутствие спонтанной подвижности и активности; отчетливое снижение реакции на окружающее).
2. Каталепсия (оцепенение, продолжительное пребывание в неудобной позе).
3. Восковая гибкость (очень слабое равномерное сопротивление попыткам другого человека изменить позу пациента).

4. Мутизм (молчание или очень слабая вербальная реакция на происходящее).
5. Негативизм (противодействие или отсутствие реакции на инструкции или внешние раздражители, выполнение противоположного требуемому).
6. Позирование (спонтанное и активное удерживание позы против силы тяжести).
7. Манерность (странная, вычурная карикатура на нормальные действия).
8. Grimacing (карикатура на нормальную мимику).
9. Stereotypy (повторяющиеся, ненормально частые, однообразные нецеленаправленные движения).
10. Echolalia (автоматическое повторение услышанных слов и фраз).
11. Echopraxia (автоматическое повторение увиденных движений другого человека).
12. Impulsivity (речедвигательное возбуждение, не подверженное влиянию внешних раздражителей и не имеющее смысла).

В DSM-5 кататония рассматривается не как самостоятельное расстройство, а как синдром, связанный с другим психическим или соматическим расстройством. Симптомы кататонии могут присутствовать при нейрогенных расстройствах развития, при шизофрении и кратковременных психотических расстройствах, при расстройствах настроения, при пси-

хотических расстройствах, вызванных психоактивными веществами или лекарствами, а также при неврологических, аутоиммунных заболеваниях и нарушениях обмена веществ. Кататония связана с риском высокой температуры, недоедания и истощения. При утяжелении течения пациенту может потребоваться строгий надзор, чтобы избежать самоповреждений или причинения вреда другим.

Клинические особенности

Пациент, находящийся в *кататоническом ступоре*, неподвижен, но может устанавливать зрительный контакт с окружающими и открывать рот для приема даваемой пищи.

Фиксированный взор направлен прямо вперед или автоматически отслеживает какой-либо объект. Взгляд пациента остается фиксированным даже при переворачивании в постели. К фиксированному взору относятся также бесцельно блуждающие и плотно закрытые глаза.

При *каталепсии* определенные части тела неподвижны, в то время как другие части тела могут свободно двигаться или взаимодействовать с окружающей средой (например, человек идет, но его руки находятся в причудливом положении).

Восковая гибкость заключается в первоначальном сопротивлении попыткам изменить положение, которое затем уступает дальнейшему давлению, как будто восковая свеча сгибается и становится все более податливой по мере нагре-

вания.

Мутизм представляет собой молчание в ответ на обращение к пациенту, при этом иногда он автоматически отвечает на вопрос словом или короткой фразой.

Негативизм – это активное противодействие воздействию (например, сопротивление попыткам попытки переместить пациента, открыть закрытые глаза или рот) или выполнение действий, противоположных тем, о которых его просят.

Пассивное послушание – легкое надавливание под рукой при инструкции «Не давай мне поднять твою руку» приводит к тому, что рука легко поднимается вверх.

Позирование обеспечивается длительным напряжением мышц, удерживающих от падения тело, находящееся в нелепой позе.

Манерность и *гримасничанье* проявляются в странной и неуместной мимике и жестах. Это может быть также прыгающая походка или манерная речь (например, роботизированные или певучие интонации, необычные акценты и т. д.).

Стереотипность заключается в многократном повторении движений, которые ограничиваются одной частью тела (например, руками, кистями или туловищем). Движения обычно выполняются спонтанно, без связи с предшествующими событиями.

При двигательной *персеверации* стереотипно продолжается действие, запущенное извне (например, человек пожимает руку пациента, и пациент долго продолжает пожимать его

руку).

Вербальная персеверация (*вербигерация*) представляет собой стереотипное повторение слов или коротких фраз. Например, пациент говорит «в больнице» в ответ на вопрос «Где мы находимся?», а затем снова «в больнице» в ответ на последующие вопросы «Какой сейчас год?» и «Как тебя зовут?».

При *эхопраксии* и *эхолалии* копирование действий и слов другого человека происходит спонтанно в отличие от автоматического послушания, когда пациента просят выполнить какое-либо действие или провоцируют его (например, протягивают руку для рукопожатия).

Импульсивность отличается внезапностью действий и их несоответствием ситуации.

Агрессивное возбуждение ограничивается неспровоцированной, немотивированной, спонтанной агрессией по отношению к случайному человеку.

Акатизия (греч. *a*– нет, *kathisis* – сидение) характеризуется неусидчивостью, двигательным беспокойством, которое обычно больше затрагивает нижние конечности, чем верхние. Пациенты шаркают ногами, переступают с ноги на ногу, топчутся на месте. Иногда они осознают внутреннее «стремление двигаться» и могут его сформулировать.

ШКАЛА ОЦЕНКИ КАТАТОНИИ БУША-ФРЭНСИСА BFCRS

(Симашкова Н. В., 2020)

Шкала оценки кататонии Буша-Фрэнсиса The Bush-Francis Catatonia Rating Scale (BFCRS)¹⁹ является наиболее широко используемой на сегодняшний день методикой, предназначенной для диагностики и оценки тяжести кататонии.

Инструкция²⁰

Оценка пациента производится на основе наблюдения за его поведением. Оценки по пунктам «отказ от сотрудничества» и «состояние жизненно важных показателей» могут быть основаны как на непосредственном наблюдении за пациентом, так и на данных медицинской документации. Симптом оценивается как положительный только в случае ясности, если она сомнительна, то оценивается как «0».

¹⁹ Bush G., Fink M., Petrides G., Dowling F., Francis A. Catatonia: I: Rating scale and standardized examination. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1996, vol. 93, p. 129–136.

²⁰ Oldham M. A., Wortzel J. R., Francis A. The Catatonia Rating Scale: Training Manual and Coding Guide. 2020.

Для констатации симптомов кататонии необходимо наличия двух и более критериев постоянно, на протяжении 24 часов.

Начните оценку с наблюдения за пациентом, прежде чем вступать с ним в разговор. Если неясно, спит ли пациент, попытайтесь разбудить его, прежде чем оценивать его состояние.

Возбуждение-неподвижность. Обратите внимание на общую степень двигательной активности: проявляет ли пациент возбуждение или неподвижен? Если пациент неподвижен, для оценки степени психологического ступора может потребоваться болевой раздражитель.

Стереотипность и манерность. Делает ли пациент повторяющиеся жесты или производит другие действия в странной манере?

Гримасничанье. Наблюдается ли у пациента искаженное выражение лица или чрезмерные движения мимической мускулатуры?

Фиксированный взор. Следите за глазами, не уставились ли они в одну точку и не отсутствует ли зрительный контакт?

Мутизм и манерность. Вовлеките пациента в разговор. Оцените количество и качество речи: не молчит ли пациент или говорит ненормальным голосом?

Вербигерация. Повторяет ли пациент фразу или фразы?

Эхолалия. Повторяет ли пациент то, что слышит?

Эхопраксия. Во время обследования преувеличенно по-

чешите голову. Если пациент стоит, повернитесь кругом. Подражает ли пациент вашим движениям?

Позирование. Принимает ли пациент причудливую позу или сохраняет обычную позу в течение длительного периода времени?

Каталепсия. Скажите пациенту: «Держи руки расслабленными, пока я их осматриваю». Затем попытайтесь изменить положение его рук. Сохраняет ли пациент приданные ему позы? Затем сгибайте и разгибайте каждую руку, чередуя легкие и большие усилия. Аналогично обследуйте нижние конечности.

Восковая гибкость. Оцените при этом мышечный тонус на предмет начального сопротивления, которое уменьшается: похоже ли это на сгибание теплой свечи?

Ригидность. Оцените также мышечный тонус на предмет тугоподвижности по дуге движения: Повышен ли тонус? Оцените, повышается ли тонус мышц пропорционально приложенной силе?

Хватательный рефлекс. Оказывайте сильное давление на ладонь пациента по направлению от мизинца к большому пальцу. Сжимается ли рефлекторно рука пациента?

Негативизм. Наблюдайте за реакцией на попытку обследования: сопротивлялся ли пациент обследованию рукой или другому способу обследования (например, попыткам открыть его закрытые глаза)? Наблюдайте за реакцией на инструкции: следовал ли пациент инструкциям (например, «От-

крой глаза»)? Или пациент сделал противоположное тому, что было предложено?

В случае отгороженности узнайте у родителей или медсестры, был ли у пациента минимальный пероральный прием пищи в течение последних 1–2 дней?

Пассивное послушание. Попросите пациента вытянуть руку. Затем скажите: «Не давай мне поднять твою руку». Попробуйте поднять его руку, подложив под нее один палец и прилагая легкое усилие. Если пациент не вытягивает руку, попробуйте поднять руку из положения покоя аналогичным образом. Оцените ответ на вопрос: «Поднимается ли рука, как будто ее тянет вверх какая-то невидимая сила?»

Автоматическое подчинение. Протяните руку и скажите: «Пожми мне руку». Через 1–2 секунды расслабьте кисть и прекратите пожатие. Продолжает ли пациент пожимать вашу руку после того, как вы прекратили пожатие? Наблюдайте за движением, когда он отпускает вашу руку: продолжает ли он совершать дрожащие движения в воздухе? Подчинялся ли пациент командам в течение всего исследования рефлексивно или преувеличенно?

Амбициентность. Скажите: «А теперь не пожимай мне руку» и протяните руку. Протягивает ли пациент руку, как бы замирая или неуверенно? Аналогично, оцените, не кажется ли пациенту, что он застрял, начиная или выполняя действия?

Персеверация. Проанализируйте содержание речи на

предмет повторений: был ли пациент не в состоянии изменить содержание темы от одного вопроса к другому (вербальная персеверация)? Аналогично, упорствовал ли пациент в выполнении какого-либо вызванного поведения (моторная персеверация)?

Импульсивность. Проявлял ли пациент внезапное, неадекватное поведение?

Агрессивность. Нападал ли пациент на вас или окружающих?

Оцените жизненные показатели во время обследования. Укажите, если у пациента наблюдается вегетативная возбудимость (например, потливость, гипервентиляция, красный цвет лица или жирная кожа из-за чрезмерной активности сальных желез).

Вегетативная патология. Проверьте температуру, артериальное давление, частоту сердечных сокращений, частоту дыхания, потоотделение. Есть ли у пациента вегетативные нарушения?

Текст опросника

1. Возбуждение – усиление и ускорение мышления, речи, моторики, не являющиеся проявлением акатизии или целью направленного влияния.

0 – проявления отсутствуют;

1 – чрезмерная двигательная активность, перемежающаяся периодами нормальной активности;

2 – постоянная чрезмерная двигательная активность, без периодов отдыха;

3 – развернутое кататоническое возбуждение с хаотичностью и бессмысленностью движений.

2. Неподвижность/ступор – чрезмерное снижение активности вплоть до полной обездвиженности, отсутствие или минимальные реакции на внешние раздражители.

0 – проявления отсутствуют;

1 – пациент принимает неестественные позы, с ним возможен недлительный контакт;

2 – фактически не реагирует на внешние стимулы;

3 – собственно ступор, состояние полной обездвиженности, отсутствует реакция на болевые стимулы.

3. Мутизм – отсутствие речевого контакта при сохранении способности пациента разговаривать и понимать обращенную к нему речь.

0 – проявления отсутствуют;

1 – отсутствие вербального ответа на большинство вопросов, иногда неясно различимый шепот;

2 – пациент употребляет менее 20 слов за 5 минут;

3 – полное отсутствие речевого контакта.

4. Фиксированный взор – минимальный визуальный контакт с окружающей средой или его отсутствие, снижение частоты моргания.

0 – проявления отсутствуют;

1 – недостаточный зрительный контакт, при переключении внимания фиксация взгляда на другом объекте длится менее 20 секунд, редкое моргание;

2 – фиксация взгляда на объекте длится более 20 секунд, изредка возможно переключение внимания;

3 – фиксация взгляда без реакции на внешние раздражители.

5. Позирование/катаlepsия – способность к длительному сохранению странных, причудливых или обычных поз без изменений (в том числе пациент может сидеть или стоять длительное время без реакции).

0 – проявления отсутствуют;

1 – менее 1 минуты;

2 – от 1 до 15 минут;

3 – более 15 минут.

6. Гримасничанье – странная, вычурная, причудливая мимика пациента.

0 – проявления отсутствуют;

1 – длятся менее 10 секунд;

2 – длятся менее минуты;

3 – длятся более минуты.

7. Эхопраксия/эхолалия – подражание речи, жестам, движениям исследователя.

0 – проявления отсутствуют;

1 – изредка;

2 – часто;

3 – постоянно.

8. Стереотипия – произвольное многократное повторение однообразных, лишенных смысла и ничем не вызванных движений (похлопываний, потирания рук).

0 – проявления отсутствуют;

1 – изредка;

2 – часто;

3 – постоянно.

9. Манерность – странные, утрированные, сохраняющие видимость целенаправленных движения (или обычные, но утрированные жесты и мимика).

0 – проявления отсутствуют;

1 – изредка;

2 – часто;

3 – постоянно.

10. Вербигерация – бессмысленное повторение слов, фраз или предложений (либо их написание).

0 – проявления отсутствуют;

1 – изредка;

2 – часто;

3 – постоянно.

11. Ригидность – недостаточная подвижность, инертность, необходимость приложения усилия к изменению позы, исключением является наличие тремора и симптома

«зубчатого колеса»²¹.

0 – проявления отсутствуют;

1 – легкие проявления;

2 – умеренные проявления;

3 – серьезные проявления.

12. Негативизм – отрицательное отношение к идущим извне побуждениям, просьбам, попыткам исследовать пациента; отгораживание от внешних впечатлений или действия, противоположные инструкциям.

0 – проявления отсутствуют;

1 – не явно выраженное отрицательное отношение или изредка действия противоположные инструкциям;

2 – умеренная степень выраженности негативного отношения или частые действия, противоположные инструкциям;

3 – резко выраженное отрицательное отношение или постоянное совершение действий, противоположных инструкциям²².

²¹ Равномерное ступенчатое сопротивление при сгибании и разгибании конечностей; встречается, в частности, при лечении нейролептиками наряду с акатизией.

²² Не является негативизмом невыполнение инструкции, если говорить пациенту с возбуждением – сидеть спокойно, с неподвижностью – сесть в кровати, пациенту с пристальным взглядом – следить за пальцами исследователя, с каталепсией или позированием – опустить руки, с гримасничаньем – расслабить лицо, с манерной речью – говорить своим нормальным голосом, со стереотипией – перестать двигать руками, с эхопраксией или эхолалией – перестать копировать то, что делает или говорит исследователь, с вербигерацией – перестать повторять

13. Явления восковой гибкости – застывание пациента в принятой им позе, при изменении позы пациента исследователем сохраняется приданное положение.

0 – проявления отсутствуют;

3 – явление имеет место.

14. Отказ от сотрудничества – отказ пациента принимать пищу, пить, соблюдать правила личной гигиены и т. п.

0 – проявления отсутствуют;

1 – проявления минимально выражены и сохраняются менее одного дня;

2 – проявления минимально выражены и сохраняются более одного дня;

3 – полное отсутствие сотрудничества более одного дня.

15. Импульсивность – пациент внезапно без какой-либо провокации проявляет неадекватное поведение (например, бежит по коридору, начинает смеяться, кричать или снимать одежду). После он не может дать этому никакого объяснения или объяснения носят формальный характер.

0 – проявления отсутствуют;

1 – изредка;

2 – часто;

3 – постоянно.

16. Пассивная подчиняемость – преувеличенная реакция сотрудничества в ответ на просьбу исследователя или спонтанное продолжение просимого движения.

0 – проявления отсутствуют;

1 – изредка;

2 – часто;

3 – постоянно.

17. Синхронность движений – сгибание руки в ответ на легкое нажатие пальцем после инструкции к противоположному действию.

0 – проявления отсутствуют;

3 – явление имеет место.

18. Пассивный негативизм – сопротивление пассивным движениям, которое соизмеримо по силе со стимулами и является скорее автоматическим, чем намеренным.

0 – проявления отсутствуют;

3 – явление имеет место.

19. Амбивалентность/амбитендентность – двойственность в принятии решений и совершении поступков, антагонистическая реакция на внешние раздражители.

0 – проявления отсутствуют;

3 – явление имеет место.

20. Хватательный рефлекс – по данным неврологического обследования.

0 – проявления отсутствуют;

3 – явление имеет место.

21. Персеверации – склонность к повторению или к упорному продолжению однажды начатой темы или какого-либо рода деятельности.

0 – проявления отсутствуют;

3 – явление имеет место.

22. Проявления внешней агрессии – бессмысленные немотивированные вспышки с агрессивно-разрушительными действиями, которые впоследствии не объясняются или объяснения носят формальный характер.

0 – проявления отсутствуют;

1 – проявления агрессии редки, низкая потенциальная опасность для окружающих (нанесению вреда, порчи);

2 – проявления агрессии часты, умеренно выраженная потенциальная опасность для окружающих;

3 – высокая опасность для окружающих.

23. Состояние жизненно важных показателей (температуры, артериального давления, пульса, дыхательной системы, желудочно-кишечного тракта).

0 – проявления отсутствуют;

1 – нарушения одного показателя;

2 – нарушения двух показателей;

3 – нарушение трех и более показателей.

Баллы суммируются. Степень тяжести кататонии менее 25 баллов определяется как легкая; 25–35 баллов – умеренная; более 35 баллов – тяжелая.

Для возможности более наглядного сопоставления анализа данных, указанная шкала условно разбита на подшкалы по следующим градациям:

I) гиперкинетическая кататония, куда входят пункты: 1 – возбуждение, 8 – стереотипии, 10 – вербигерация, 14 – отказ от сотрудничества, 15 – импульсивность и 22 – проявление внешней агрессии;

II) гипокинетическая кататония: 2 – неподвижность, 3 – мутизм, 4 – подвижность взора, 5 – сохранение позы/катаlepsия, 11 – ригидность, 12 – негативизм, 13 – явления восковой гибкости, 18 – противодействие (пассивный негативизм), 20 – хватательный рефлекс;

III) «симптомы малой кататонии»: 6 – гримасничанье, 7 – эхосимптомы, 9 – манерность, 17 – синхронность движений, 19 – амбивалентность/амбитендентность, 21 – персеверации;

IV) соматовегетативные нарушения – 23, где учитывается наличие нарушения 1, 2, 3 и более показателей, отражающих состояние жизненно важных функций.

Лечение детей с СДР и кататонией

Необходимо обеспечить ребенку безопасность (например, мягкое изголовье кровати, подушки по бокам). Не стоит акцентировать внимание на навязчивых движениях и уж тем более пытаться запрещать ребенку их совершать. Лучше отвлечь его, попросить сделать что-то, помочь, куда-то вместе сходить.

Если ребенок начинает раскачиваться перед сном, надо

немедленно взять его на руки и прижать к себе, остановив таким образом начало эпизода. Но держать ребенка, невзирая на сопротивление и крики, нельзя. Это только усилит нервозность. Лучше поговорить с малышом тихим, спокойным голосом, короткими предложениями.

Не стоит спорить с ребенком, смотря при этом прямо в глаза, или оставлять его одного. Если ребенок просит побыть с ним, пока он не уснул, прочесть сказку или погладить животик, не стоит отказывать. Нельзя приучать малыша к самостоятельности через силу, если он выражает сильный протест.

Можно лечь рядом с ребенком, положить на него ладонь и начать легко постукивать в такт раскачиванию. Когда удастся войти с ним в один ритм, обнять и спеть ему колыбельную – это может стать хорошим ритуалом перед сном.

Матери маленького ребенка с СДР рекомендуется:

- ограждать малыша от стрессоров, не ссориться в его присутствии;
- не перегружать его новыми насыщенными эмоциями, яркими впечатлениями;
- ограничить или исключить просмотр телевизора ребенку, особенно перед сном;
- нормализовать внутрисемейные взаимоотношения;
- уделять ребенку больше внимания, играть в различные игры;
- носить на руках, сажать к себе на колени, обнимать, це-

ловать;

- много гулять на свежем воздухе, посещать бассейн, делать расслабляющий массаж;
- за 2 часа до укладывания малыша следует отказаться от энергичных игр;
- прекратить укачивать младенца перед сном, чтобы это движение не вошло в привычку;
- вечером делать теплые ванны с добавлением отваров успокаивающих трав, морской солью.

Полезны различные ритмические действия, например лощадка-качалка, кресло-качалка, танцы и т. д. Для сенсорной компенсации подходят лепка, рисование пальцами, детские игры с резиночкой, плетение, упражнения для мелкой моторики, участие в кукольном театре.

Эффективными медикаментами в лечении **кататонического синдрома** выступают препараты:

- бензодиазепины, например, лоразепам, диазепам, дорозепам, гидазепас;
- стимуляторы дофаминовых рецепторов, например, бромкриптин;
- миорелаксанты, например дантролен.

Лоразепам – предпочтительный бензодиазепин при кататонии – назначается под язык, внутривенно или внутримышечно и эффективен как в низких (1–3 мг/сут), так и в высоких (6–16 мг/сут) дозах. При наличии аффективных включе-

ний эффективны стабилизаторы настроения – нормотимики. К ним относят лития карбонат и ламотриджин. В некоторых случаях используются снотворные золпидем, золпиклон.

В лечении кататонического синдрома целесообразно также проведение электросудорожной терапии (ЭСТ). В случае если бензодиазепины и полный курс ЭСТ оказываются неэффективными, применяются антагонисты глутамата (мемантин, амантадин) и антиконвульсанты (карбамазепин, вальпроевая кислота). При терапевтически резистентном кататоническом синдроме показаны нейролептики: мажептил, эглонил, сонапакс, солерон, респаксол, оланзапин.

Депрессивные расстройства 6A7

Депрессивное расстройство 6A7 характеризуется плохим настроением (например, чувствами печали, недовольства, скуки) или утратой способности испытывать удовольствие, что сопровождается другими когнитивными, поведенческими или психовегетативными симптомами и значительно влияет на способность к функционированию. Депрессивное расстройство не должно диагностироваться, если у пациента когда-либо отмечались маниакальный, смешанный или гипоманиакальный эпизоды, что указывает на наличие биполярного расстройства.

Депрессивный эпизод 6A70

Депрессивный эпизод 6A70 характеризуется периодом подавленного настроения или снижения интереса к деятельности, происходящей большую часть дня, почти каждый день в течение периода продолжительностью не менее двух недель, сопровождаемого другими симптомами, такими как трудности с концентрацией внимания, чувство бесполезности или чрезмерной или неуместной вины, безнадежность, повторяющиеся мысли о смерти или самоубийстве, изменения аппетита или сна, психомоторное возбуждение или заторможенность, а также снижение энергии или усталость. Ранее никогда не было маниакальных, гипоманиакальных или смешанных эпизодов, которые указывали бы на наличие биполярного расстройства.

Диагностические критерии DSM-5

А. В течение одного и того же 2-недельного периода присутствовали пять (или более) следующих симптомов, которые представляют собой изменение предыдущего функционирования; по крайней мере один из симптомов – либо подавленное настроение, либо потеря интереса или удовольствия.

1. Подавленное настроение большую часть дня, почти

каждый день, как указано в субъективном сообщении (например, грустное, пустое, безнадежное) или наблюдение, сделанное другими (например, кажется слезливым).

Примечание: у детей и подростков может быть раздражительное настроение.

2. Заметно уменьшенный интерес или удовольствие во всех или почти во всех действиях большую часть дня, почти каждый день (о чем свидетельствует либо субъективный отчет, либо наблюдение).

3. Значительная потеря веса при отсутствии диеты или прибавка веса (например, изменение более чем на 5 % массы тела в месяц) или снижение или увеличение аппетита почти каждый день.

Примечание. У детей считается нарушением, если не удалось добиться ожидаемого увеличения веса.

4. Бессонница или избыточный сон почти каждый день.

5. Психомоторное возбуждение или заторможенность почти каждый день (наблюдаемые другими, а не только субъективные чувства беспокойства или вялости).

6. Усталость или потеря энергии почти каждый день.

7. Чувство никчемности или чрезмерной или неадекватной вины (которое может быть бредовым) почти каждый день (не просто снижение самооценки или чувство вины из-за того, что он болен).

8. Снижение способности думать или концентрироваться или нерешительность, почти каждый день (либо субъектив-

ное, либо наблюдаемое другими).

9. Рецидивирующие мысли о смерти (а не только страх перед смертью), повторяющиеся суицидальные мысли без конкретного плана, или попытки самоубийства, или конкретный план самоубийства.

В. Симптомы вызывают клинически значимые расстройства или нарушения в социальной, профессиональной или других важных областях функционирования.

С. Эпизод не связан с физиологическим действием вещества или другим медицинским состоянием.

Примечание: Критерии А – С представляют собой большой депрессивный эпизод.

Д. Наступление основного депрессивного эпизода не объясняется лучше шизофренией, бредовым расстройством или другими психотическими расстройствами.

Е. Никогда не было маниакального эпизода или эпизода гипомании.

Примечание. Это исключение не применяется, если все маниакально-подобные или гипоманиакальные эпизоды вызваны веществом или обусловлены физиологическими эффектами другого медицинского состояния.

Дифференциальная диагностика

Отвлекаемость и низкая выносливость фрустрации могут возникать как при **синдроме дефицита внимания с гипе-**

рактивностью, так и при депрессивном эпизоде. Если критерии удовлетворяются для обоих расстройств, в дополнение к расстройству настроения может быть диагностирован синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Тем не менее, клиницист должен быть осторожным, чтобы не переоценить депрессивный эпизод у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, при котором нарушение настроения характеризуется раздражительностью, а не печалью или потерей интереса.

Реакции на значительные потери (например, тяжелая утрата, финансовый крах, потери от стихийного бедствия, серьезная соматическая болезнь или инвалидность) могут включать в себя ощущения сильной печали, навязчивые мысли об утрате, бессонницу, плохой аппетит и потерю веса, что может напоминать депрессивный эпизод. Хотя такие симптомы могут быть понятны или считаться адекватными потере, необходимо также тщательно рассмотреть наличие депрессивного эпизода в дополнение к нормальному ответу на важные потери. Это решение неизбежно требует применения клинических оценок, основанных на истории человека и культурных нормах выражения дистресса в контексте потери.

В горе преобладающим аффектом являются чувства пустоты и потери, в то время как в депрессии это постоянное подавленное настроение и невозможность предвидеть счастье или удовольствие. Дисфория в горе, вероятно, будет

уменьшаться по интенсивности в течение нескольких дней или недель и встречается волнами, так называемыми муками горя. Эти волны, как правило, связаны с мыслями или напоминаниями о покойном. Подавленное настроение в депрессии более устойчиво и не привязано к конкретным мыслям или озабоченностям.

Боль скорби может сопровождаться положительными эмоциями и юмором, которые нехарактерны для переживания тотального несчастья и страдания, характерного для депрессии. Содержание мышления, связанное с печалью, в целом характеризуется озабоченностью мыслями и воспоминаниями об умершем, а не самокритическими или пессимистическими размышлениями, наблюдаемыми в депрессии.

В горе самооценка в целом сохраняется, тогда как в депрессии имеются чувства никчемности и ненависти к себе. Если самоуничижительные идеи присутствуют в горе, они обычно включают в себя ощущаемые недостатки по отношению к умершему (например, не посещал достаточно часто, не сообщал умершему, как сильно его любил).

Если человек, потерявший близких, думает о смерти, такие мысли обычно сосредоточены на покойном и, возможно, о «воссоединении» с умершим, тогда как в депрессии эти мысли сосредоточены на том, чтобы покончить с собственной жизнью из-за представления о себе, как о бесполезном, недостойном жизни или неспособным справиться с болью депрессии.

Отличие **шизофренической депрессии** состоит в быстро наступающей слабости, охватывающей и психическую, и физическую сферу и проявляющейся в течение всего дня. Кроме того, отчетливо выражены нарушения мышления: наплывы, путаница и блокада мыслей, их отсутствие с ощущением пустоты в голове. Ослаблена также способность к концентрации внимания.

Ипохондрическая шизофрения отличается постепенным нарастанием в структуре депрессивного синдрома более необычного характера, галлюцинаций с локализацией во внутренних органах, а также расширением круга ипохондрических фобий, присоединением навязчивостей повторного контроля и ипохондрического бреда. При этом наблюдается разработка нелепых или небезопасных способов самолечения.

Оценка симптомов депрессивного эпизода особенно сложна, когда они происходят у человека, который также имеет **соматическую болезнь** (например, рак или диабет). Некоторые из признаков депрессивного эпизода идентичны симптомам общего расстройства здоровья (например, астения при раке или потеря веса при нелеченом диабете). Такие симптомы следует отнести к депрессивному эпизоду, когда исключено, что они четко и полностью обусловлены соматической болезнью.

Отличия психогенной и эндогенной депрессии

Параметры отличия	Психогенная депрессия	Эндогенная депрессия
Генетический фактор, наследственность	Генетический фактор, наследственный фактор диагностируется редко	Наследственный фактор присутствует
Наличие или отсутствие психотравмирующего фактора	В прошлом четко прослеживается связь между психотравмирующей причиной и началом депрессии. Пролонгированная форма может не показывать линейной связи, но с помощью опросников, тестов ее можно обнаружить	Самостоятельное развитие симптоматики, без четкой привязки к конкретному провоцирующему фактору. Стрессогенный фактор может присутствовать как часть структуры депрессии, но лишь как один из множественных триггеров в начальной фазе развития состояния
Наличие психопатологических нарушений	Четкое воспроизведение психотравмирующего обстоятельства	Отражение провоцирующего фактора размыто
Интенсивность депрессивных признаков	Интенсивность симптомов связана с уровнем психической травмы и индивидуальной чувствительности человека	Связь и соответствие уровня стрессогенного фактора и выраженностью симптомов депрессии не прослеживается. Типичная депрессивная триада (астения, интеллектуальная и моторная заторможенность) не связана с конкретным травмирующим фактором
Зависимость симптомов от времени суток	Ухудшение состояния вечером и в ночное время	В вечернее и ночное время состояние в незначительной степени улучшается
Сохранности критики	Критика и понимание болезненности своего состояния сохранены	Критика чаще отсутствует
Наличие (отсутствие) заторможенности реакций	Присутствует в начальной фазе заблуждения	Заторможенность ярко выражена
Витализация (жизненно важное значение) симптомов отсутствует	Отсутствует	Ощущение тоски, часто тотальная витализация симптомов
Расстройства мышления, бредовые построения	Редко. Чувство вины отсутствует, есть претензии к окружающим, к обстоятельствам. Бредовые построения встречаются только в начальной фазе, они характерны конкретными описаниями, связанными с травмирующим фактором	Самообвинения, комплексы неполноценности. Бред чаще генерализованный, постепенно усложняющийся
Поведение	Плач, аффективные проявления, страхи, тревожность	Отсутствие плача, монотонность реакций, замкнутость
Диссомния	Проблемы со сном, особенно в первой фазе (засыпание)	Раннее, тревожное пробуждение, тоскливое настроение
Зависимость от сезона	Отсутствует	Типичные осенне-весенние обострения
Соматические нарушения	Реактивная депрессия часто развивается на фоне хронических болезней	Сочетание встречается, но редко или без явной взаимосвязи
Преморбидные	К психогениям склонны лица с	К эндогенным формам депрессии

Клиника и течение

Исходя из преобладающего аффекта у детей и подростков выделяют тоскливый, тревожный, астенический и тревожно-астенический варианты депрессии.

Пациенты с тоскливой депрессией жалуются на скуку, грусть, печаль. Эти чувства отражаются у них на лице, или оно амимичное. Дети вялые, редко вовлекаются в игры и с трудом понимают правила игры. Часто наблюдается социальное отстранение или пренебрежение удовольствиями (например, подросток, увлекавшийся футболом, находит оправдания для отказа от игры). У некоторых детей и подростков вместо уныния и грусти может развиваться раздражительное или капризное настроение. Это состояние необходимо отличать от раздражительности при переживании фрустрации.

Тревожная депрессия – пониженное настроение с чувством беспокойства, тревоги, иногда страха за свою жизнь и жизнь родителей – отмечается чаще во второй половине дня и более выражена к вечеру. У этих детей и подростков настроение колеблется по пустякам, и нередко на фоне отрицательных эмоций отмечаются колебания АД, головные боли и боли в области сердца. Обсессивно-фобические расстройства затрудняют наступление сна, он часто прерывается.

Астенический вариант депрессии наряду с пониженным

настроением характеризуется утомляемостью, вялостью и относительно низкой активностью уже с утра. На физическое и психическое напряжение и громкие звуки больные реагируют появлением или усилением слабости, головной боли, иногда сердцебиением и чувством покалывания в сердце.

Тревожно-астеническая депрессия характеризуется повышенной утомляемостью, вялостью, гиперчувствительностью к различным раздражителям, в том числе и нейтральным. Тревожный компонент синдрома выявляется в меньшей степени, в основном к вечеру. При позднем засыпании сон у пациентов поверхностный, без достаточного отдыха и быстрой утомляемостью вскоре после подъема.

Психомоторные нарушения включают в себя возбуждение (например, невозможность спокойно сидеть, хождение взад и вперед, потирание рук, пощипывание и трение кожи, одежды или других предметов) или задержки (например, замедленные движения тела, мышление и речь, увеличение пауз перед ответом, лаконичность, монотонность, ограниченное количество или однообразие тем или молчание).

Пациент может жаловаться на постоянное ощущение усталости без физических нагрузок. Даже самые маленькие задачи, по его ощущениям, требуют значительных усилий. Эффективность, с которой выполняются задачи, может быть понижена. Например, пациент может жаловаться на то, что утреннее умывание и одевание выматывают его и продолжаются в два раза дольше обычного.

Пациенты больше не занимаются тем, что ранее считали приятным, или не испытывают удовольствия от этих занятий. У подростков наблюдается значительное снижение уровня сексуального интереса или желания.

Очень распространенным явлением является обвинение пациентом себя в том, что он болен и в результате депрессии не справляется со своими обязанностями. Такие люди часто неверно интерпретируют нейтральные или тривиальные повседневные события в качестве доказательства личных недостатков и преувеличивают чувство ответственности за неблагоприятные события. Чувство никчемности или вины, связанное с большим депрессивным эпизодом, может включать в себя нереалистичные негативные оценки своей ценности, или озабоченность виной, или размышления о незначительных прошлых ошибках.

Многие пациенты сообщают о нарушении способности думать, концентрироваться или принимать даже незначительные решения. Они могут легко отвлекаться или жаловаться на трудности с памятью. Те, кто занимается деятельностью, требующей когнитивных функций, часто не могут выполнять ее. У детей плохая концентрация внимания приводит к резкому снижению успеваемости. После прекращения депрессивного эпизода проблемы с вниманием и памятью обычно полностью исчезают.

Частым явлением являются суицидальные тенденции. Они могут варьироваться от пассивного желания не просы-

паться утром или веры в то, что другим было бы лучше, если бы он умер, до преходящих, но повторяющихся мыслей о самоубийстве и конкретных планов самоубийства.

Восстановление обычно начинается в течение 3 месяцев с момента начала заболевания. Риск рецидива постепенно снижается по мере увеличения продолжительности ремиссии. Риск выше у лиц, у которых предыдущий эпизод был тяжелым, у молодых людей и у лиц, уже испытывавших несколько эпизодов. Сохранение даже мягких депрессивных симптомов во время ремиссии указывает на возможность рецидива.

Дистимия 6A72

Дистимическое расстройство 6A72 характеризуется стойким депрессивным настроением (то есть длящимся 2 года и более), в течение большей части дня, на протяжении большинства дней. У детей и подростков подавленное настроение может проявляться как постоянная раздражительность.

Подавленное настроение сопровождается дополнительными симптомами, такими как заметно сниженный интерес к деятельности или удовольствие от нее, снижение концентрации и внимания или нерешительность, низкая самооценка или чрезмерное или неуместное чувство вины, безнадежность в отношении будущего, нарушение сна или увеличение сна, снижение или повышение аппетита, малая энергия или усталость.

В течение первых 2 лет расстройства никогда не было 2-недельного периода, за который количество и продолжительность симптомов были достаточными для удовлетворения диагностических требований для депрессивного эпизода. Нет истории маниакального, смешанного или гипоманиакального эпизода.

Диагностические критерии DSM-5

А. Подавленное настроение большую часть дня, в течение большинства дней, о чем свидетельствует либо субъективный отчет, либо наблюдение со стороны других, по меньшей мере в течение 2 лет.

Примечание: у детей и подростков настроение может быть раздражительным, а продолжительность должна быть не менее 1 года.

В. Присутствие во время депрессии двух (или более) из следующих признаков:

1. Плохой аппетит или переедание.
2. Бессонница или избыточный сон.
3. Низкая энергия или усталость.
4. Низкая самооценка.
5. Плохая концентрация или трудность в принятии решений.
6. Чувство безнадежности.

С. В течение 2-летнего периода (1 год для детей или подростков) расстройства индивидуум никогда не был без симптомов одновременно по критериям А и В более двух месяцев.

Д. Критерии для основного депрессивного расстройства могут постоянно присутствовать в течение 2 лет.

Е. Никогда не было маниакального эпизода или эпизода

гипомании.

Ф. Нарушение не лучше объясняется шизофренией и другим психотическим расстройством.

Г. Симптомы не относятся к физиологическим эффектам вещества (например, наркотика или лекарства) или к соматическому состоянию (например, гипотиреозу).

Н. Симптомы вызывают клинически значимый стресс или нарушение в социальной, профессиональной или других важных областях функционирования.

Дифференциальный диагноз

Некоторое снижение настроения является нормальной реакцией на тяжелые жизненные события и проблемы и часто встречается в популяции. Дистимическое расстройство отличается от таких обычных переживаний тяжестью, диапазоном и продолжительностью симптоматики. Оценка наличия или отсутствия признаков или симптомов должна проводиться относительно уровня нормального функционирования человека.

При **генерализованном тревожном расстройстве** и дистимическом расстройстве могут встречаться некоторые общие признаки, такие как соматические симптомы тревоги, трудности концентрации внимания, нарушения сна и чувство страха, связанное с пессимистическими мыслями. Дистимическое расстройство отличается наличием понижен-

ного настроения или потерей удовольствия от ранее приятных видов деятельности и другими своими характерными симптомами (например, изменение аппетита; чувство собственной неполноценности; повторяющиеся мысли о смерти).

При генерализованном тревожном расстройстве пациенты сосредоточены на потенциальных негативных последствиях, которые могут возникнуть в ходе различных повседневных жизненных событий (например, в области семейных отношений, финансов, работы), а не на мыслях о никчемности или безнадежности. Навязчивые размышления часто встречаются при дистимическом расстройстве, но, в отличие от таковых, при генерализованном тревожном расстройстве они обычно не сопровождаются навязчивой тревогой и опасениями о повседневных жизненных событиях.

От **депрессивной реакции адаптации** дистимия отличается продолжительностью и рецидивирующим течением. От реактивной депрессии дистимия отличается отсутствием четкого начала, меньшей глубиной аффективных расстройств, большей выраженностью вегетативного компонента депрессии с выраженной слезливостью, гипотонией, обмороками и другими вегетативными кризами.

Клиника и течение

Дистимия часто имеет раннее и малозаметное начало (то

есть в детстве, отрочестве или молодости) и хроническое течение. Поскольку эти симптомы стали частью повседневного опыта человека, особенно в случае раннего начала (например, «Я всегда был таким»), он может не сообщать о них, если только ему не будет задан прямой вопрос. Раннее начало связано с более высокой вероятностью сопутствующих расстройств личности и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ.

Течение расстройства весьма изменчиво, так что некоторые пациенты редко или когда-либо испытывают ремиссию (период в 2 или более месяцев без симптомов или только один или два симптома не более чем в легкой степени), в то время как другие болеют много лет с небольшим количеством симптомов или без них между отдельными эпизодами.

Важно отличать пациентов, которые получают лечение во время обострения дистимии, от лиц, у которых симптомы развились в последнее время. Хроничность депрессивных симптомов существенно увеличивается расстройствами личности, тревогой и употреблением психоактивных веществ и снижает вероятность того, что лечение будет сопровождаться полным разрешением симптомов. Поэтому полезно попросить индивидов с депрессивными симптомами идентифицировать последний период (по крайней мере 2 месяца), в течение которых они были полностью свободны от депрессивных симптомов.

Чаще дистимия развивается на фоне длительной психо-

травмирующей ситуации, как правило, субъективно значимой и неразрешимой. Хотя высказывания пациентов отражают содержание психотравмирующей ситуации, они не замечают ее реальных трудностей и строят неоправданно оптимистичные планы на будущее.

Расстройство обычно начинается со снижения настроения со слезливостью и идеями несправедливого отношения к себе, переходящими в самоупреки. Затем появляются соматические симптомы. Отмечаются стойкая гипотония, неприятные ощущения в области сердца, головная боль по утрам, слабость, разбитость, спастический колит (однако запоры реже, чем при эндогенной депрессии) и сенестопатически-ипохондрические проявления. Больным трудно заснуть из-за навязчивых воспоминаний дневных неприятностей и тревожного ожидания бессонницы. Их мучают пробуждения с тревогой и сердцебиением среди ночи или рано утром. На этом фоне нарастает субдепрессивная симптоматика.

Нарастают раздражительность и навязчивая озабоченность прошлыми ошибками и разочарованиями в межличностных отношениях. Пациентам трудно сосредоточить внимание, сложно принимать решения. Они озабочены своими прошлыми ошибками и разочарованиями в межличностных отношениях. Появляется заметная неспособность справиться с требованиями повседневной жизни, понижается самооценка. На высоте переживания возникает чувство безнадежности и отчаяния.

Расстройство протекает на фоне пониженного настроения, которое пациенты обычно связывают не с конфликтом, а с соматическим состоянием. Симптомы колеблются по интенсивности, но обычно они не очень выражены. Пациенты склонны переключаться с травмирующей ситуации на собственное состояние, обвиняют себя в случившемся, требуют от себя мобилизации сил и упрекают себя в беспомощности. Характерны навязчивые опасения нанести своими невольными действиями или неосмотрительными упущениями ущерб близким людям и навязчивые самопроверки.

Пациенты охотно и оживленно рассказывают о травмирующей ситуации и своем состоянии случайным собеседникам, активно ищут помощи. У них сохраняется способность реагировать на ободрение и шутку, они проявляют интерес к окружающему, а к себе – даже повышенный: они плачут от жалости к себе, девушки вскоре после поступления в стационар начинают усиленно следить за своей внешностью.

Из-за своего постоянного недовольства, склонности к брюзжанию и придирчивости, угрюмости и нелюдимости пациенты постепенно оказываются в изоляции. У них формируется комплекс неудачника, причем в своих бедах они обвиняют обстоятельства и других людей, драматизируя свои переживания, подчеркивая свою «сверхчувствительность» и чуть ли не благородную неспособность противостоять жизненным трудностям. Характерны высказывания типа «Я – самое несчастное существо на свете», которые подкрепля-

ются театрально скорбной мимикой, стонами, рыданиями, вспышками гнева и сочетаются с грубыми притязаниями, упреками и сарказмом.

Возможны эпизоды повышенной активности, пациенты много работают со специальной литературой, добиваются консультации ведущих специалистов. Разочарованные во всем пациенты вдруг начинают активно «работать над собой», увлекаются эзотерикой, становятся сектантами, бескомпромиссно пропагандируют новомодные теории.

Через 2–3 года у истероидных личностей с утрированным и формальным пониманием чувства долга, прямолинейностью и бескомпромиссностью развиваются двигательная заторможенность, ощущение неловкости в руках, нарастающая слезливость, пессимизм, элементы психической анестезии; постепенно формируется невротическое истерическое развитие личности.

У пассивно подчиняемых людей с монотонностью и бедностью эмоций наблюдается медленное нарастание депрессивной симптоматики с тоскливыми переживаниями и эмоциональной изоляцией, переходом в невротическое обсессивное развитие личности.

Во многих случаях дистимия переходит в рецидивирующее депрессивное расстройство или в циклотимию со сменной гипоманиакальных и субдепрессивных эпизодов. Нередко отмечается компульсивное употребление психоактивных веществ, что может приводить к развитию алкоголизма и

наркомании. Риск суицида среди пациентов с диагнозом дистимия значительно выше, чем в населении в целом.

Смешанное депрессивное и тревожное расстройство 6A73 характеризуется симптомами как тревоги, так и депрессии большинство дней в течение двух недель или более. Депрессивные симптомы включают подавленное настроение или заметно сниженный интерес к деятельности или удовольствию от нее. Существует множество симптомов тревоги, которые могут включать в себя чувство нервозности, беспокойства или на грани, неспособность контролировать тревожные мысли, страх, что произойдет что-то ужасное, проблемы с расслаблением, мышечное напряжение или симпатические вегетативные симптомы. Ни один из наборов симптомов, рассматриваемых отдельно, не является достаточно тяжелым, многочисленным или постоянным, чтобы оправдать диагноз другого депрессивного расстройства или расстройства, связанного с тревогой или страхом. Симптомы приводят к значительному дистрессу или значительным нарушениям в личных, семейных, социальных, образовательных, профессиональных или других важных областях функционирования. В анамнезе нет маниакального или смешанного эпизода, который указывал бы на наличие биполярного расстройства.

Больной депрессией функционирует на уровне дооперационного мышления, свойственного детям от 2 до 7 лет. По-

добное мышление имеет следующие особенности:

- глобальность и алогичность мышления;
- мыслительные процессы не подвержены влиянию логики и доводам других;
- глубокий эгоцентризм в видении себя и других;
- вербальная коммуникация осуществляется преимущественно в режиме монолога;
- неспособность проявлять подлинную эмпатию;
- плохой контроль аффективных проявлений в стрессовой ситуации.

Джудит Бек, 2018, выделяет в происхождении депрессии патогенную роль следующих когнитивных нарушений.

- Функциональная фиксация (снижение активности мышления, его стереотипность вследствие «связанности» мышления прошлым опытом).
- Избирательность памяти с акцентом на негативные аспекты прошлого опыта.
- Произвольность выводов – формирование их в отсутствие достаточных фактических данных.
- Избирательная абстракция, когда целостное представление о ситуации формируется на основе одного, вырванного из контекста элемента с игнорированием остальных.
- Сверхгенерализация – формирование обобщающего вывода на основании единичного случая; «максимизация-ми-

нимизация» – приписывание ситуации или ее аспектам неадекватно преувеличенного или преуменьшенного значения.

Предрасположенные к депрессии дети имеют специфические когнитивные искажения – депрессогенные установки.

- Я не достоин любви.
- Я ничего не стою.
- Я сломан.
- Я сошел с ума.
- Я неадекватен или некомпетентен.
- Я полный неудачник.
- Я не могу контролировать себя.
- Я слабый.
- Я непривлекательный.
- Я вредный или злой.

В формировании депрессогенных установок участвуют следующие факторы:

- Утрата одного из родителей, после чего человек любые утраты интерпретирует как необратимые, вызывающие чувство потери контроля над событиями и небезопасности.
- Опыт ранней сепарации и, соответственно, переживание тревоги разлуки.
- Опыт небезопасной привязанности в раннем детстве, чаще всего – к тревожной или отвергающей матери, неспособ-

ной обеспечить чувство безопасности.

- Наличие родителя, убежденного в своей неполноценности, и/или имеющего жесткую, ригидную систему убеждений и правил; эти установки перенимаются ребенком на основе моделирования и социальной идентификации.

- Негативный опыт общения со сверстниками, братьями и сестрами; дефицит социального опыта и социальных навыков – все это препятствует эмпирической проверке и переоценке ранних детских убеждений.

- Физический дефект (избыточный вес, ношение очков и т. п.) формирует низкую самооценку, а личностная защита в форме избегания контактов препятствует проверке и изменению детских коммуникативных схем.

Встреча с неконтролируемыми событиями приводит к когнитивной и эмоциональной недостаточности, которая в результате вызывает «приобретенную беспомощность». События развиваются следующим образом. При неудачной попытке достичь желанной цели человек переживает фрустрацию; ему кажется, что дальнейшие усилия бессмысленны; у него появляется чувство беспомощности. Подтверждается ранее существовавшая убежденность, что его поступки не получают положительного подкрепления, и человек уменьшает количество попыток, направленных на улучшение своего положения. В конечном счете у него возникает чувство общего бессилия, беспомощности, и развивается депрессия.

Постепенное снижение положительной стимуляции (уменьшение приятных или увеличение неприятных событий) приводит к снижению настроения и самообвинению. Если начинается депрессия, она обычно уменьшает шансы пациента получить положительное подкрепление своему поведению, что углубляет депрессию. Когда больного жалеют, депрессивное состояние также усиливается по механизму вторичной выгоды.

Соматизированная депрессия

Г. Е. Сухарева²³ одной из первых выделила соматизированную депрессию у детей, в которой большой удельный вес принадлежит вегетативно-соматическим расстройствам. Частыми жалобами больных являются неприятные соматические ощущения, боли в области сердца, а у детей младшего возраста – боли в животе.

У ребенка обедненная мимика с выражением скорби, углы рта опущены, верхнее веко страдальчески изломлено под углом в области внутренней трети (симптом О. Верагута), голос тихий, речь монотонная, невыразительная. В ходе беседы удастся выявить апатичность, грусть, слезливость, чувство безнадежности, недовольство собой. У ребенка преобладает тревожная фиксация на своих телесных ощущениях. Его самочувствие в течение дня меняется, может быть хуже либо утром (вялость, заторможенность, бессилие, тоска), что более типично, либо вечером. Бывают и смешанные состояния, когда настроение хуже утром, а усталость нарастает к вечеру.

Некоторые депрессивные пациенты подчеркивают соматические жалобы (например, телесные дисфункции и боли), а не сообщают о тоскливых чувствах. Некоторые пациенты

²³ Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. II. М.: Медицина, 1959.

сообщают, что им приходится заставлять себя есть. Другие могут есть больше обычного и испытывать тягу к особой пище (например, к сладостям или другим углеводам). Когда изменения аппетита серьезны (в любом направлении), могут быть потеря или прибавка в весе, у детей можно отметить отсутствие ожидаемого прироста веса.

Иногда основная причина обращения за лечением состоит в нарушении сна. Оно может проявляться в форме либо трудности засыпания, либо избыточного сна. При бессоннице пациент с трудом засыпает, часто просыпается ночью с последующим затрудненным засыпанием или пробуждается слишком рано и не может больше заснуть. Сонливость может проявляться продолжительными эпизодами ночного или дневного сна.

Вегетативные нарушения в клинике скрытых депрессий могут проявляться в виде вегетососудистой дистонии и кризов. При дистонии вегетативные расстройства бывают в виде резкой симпатикотонии (учащение пульса, повышение артериального давления, сухость во рту, зябкость конечностей), либо ваготонии (замедление пульса, понижение артериального давления, повышенное слюноотделение, усиление перистальтики кишечника, покраснение кожи). Иногда явления симпатикотонии и ваготонии сочетаются. На фоне дистонии могут наблюдаться вегетативные кризы, обычно связанные с эмоциональным состоянием: симпатико-адреналовые, вагоинсулярные и смешанные.

Первые выражаются в учащении пульса, болях и неприятных ощущениях в области сердца, повышении артериального давления, бледности кожных покровов, онемении и похолодании конечностей, нередко ознобе. Вторые – в ощущении замирания или перебоев в области сердца, чувстве нехватки воздуха, удушье, неприятных ощущениях в подложечной области, усилении перистальтики. При этом отмечается покраснение кожных покровов, ощущение жара, потливость, учащенное мочеиспускание. Кризы обычно сопровождаются состоянием тревоги или страха. Длительность кризов – от нескольких минут до нескольких часов.

Астеническая депрессия выражается в тревожно-депрессивном или апатическом настроении и имеет затяжное течение. Расстройство чаще развивается у астено-сенситивных личностей с высоким интеллектом и повышенной добросовестностью, которые склонны перегружать себя, доводя до состояния нетрудоспособности.

На первый план выступают вегетативные симптомы и жалобы на истощение жизненных сил, которых не хватает даже на утренний туалет. Астенические симптомы не связаны с текущей нагрузкой и отличаются стойкостью. Наблюдаются непереносимость громких звуков и яркого света, неприятное усиление обычных физиологических ощущений, слабодушие, слезливость (слезливая депрессия). Отмечается пессимизм с чувством бесперспективности, подавленностью, безразличием к своей судьбе.

Ипохондрическая депрессия представляет собой сочетание пониженного настроения с ипохондрическими фобиями и соматовегетативными симптомами. Фобии часто имеют ипохондрическое содержание, сопровождаются паническими атаками с выраженными соматовегетативными и псевдоневрологическими симптомами. Чаще всего отмечаются канцерофобия, инфарктофобия с паническими атаками, страх открытых пространств с опасением оказаться без медицинской помощи. Пациенты тщательно регистрируют малейшие признаки ухудшения самочувствия и настаивают на проведении многочисленных обследований.

Может развиваться приступ тревожно-тоскливого настроения на фоне вегетативно-сосудистого криза с неопределенными мучительными ощущениями, фобиями, мрачной раздражительностью, страхом смерти и проявлениями тревожной мнительности. От панической атаки это состояние отличается большей выраженностью ипохондрических симптомов.

Аноректическая депрессия проявляется отсутствием аппетита и отвращением к пище, утренней тошнотой, похуданием. Больные испытывают давление в горле при еде, чувство тяжести в желудке, изжогу, вздутие живота, запоры. Некоторые депрессивные пациенты сообщают, что им приходится заставлять себя есть. Другие могут есть больше обычного и испытывать тягу к особой пище (например, к сладостям или другим углеводам). Когда изменения аппети-

та серьезны (в любом направлении), могут быть значительные потери или прибавка в весе, у детей можно отметить отсутствие ожидаемого прироста веса.

В общемедицинской практике наиболее распространенной «маской» депрессии являются **психалгии** (греч. *psyche* – душа, *algos* – боль). Они имеют следующие отличительные свойства.

- Пациенты описывают признаки эмоциональной подавленности на языке тела. Например, они жалуются на «тяжелый груз, от которого ноет шея и болит спина», «свинцовую тяжесть в ногах».

- Пациенты отличают эти боли от болей соматического происхождения.

- Боли не связаны с физической нагрузкой.

- Боли усиливаются утром.

- Боли обычно сопровождаются соматовегетативными проявлениями.

Характерны боли в суставах и мышцах конечностей, между лопатками, в пояснично-крестцовой области. В кардиологической практике чаще всего наблюдаются кардиалгии – ноющие или щемящие боли в области сердца умеренной интенсивности и длительностью до нескольких часов. Они часто сопровождаются ощущениями «проколов», жжением в области сердца, болью в межреберных промежутках. Типичны жалобы на «камень в груди», ощущение, что сердцу «тесно в груди», не хватает воздуха, трудно дышать.

«Маскировать» депрессию могут также лицевые боли: пульсирующие, сверлящие, ноющие ощущения, локализирующиеся вокруг рта, в области челюстей, лба, щек. В качестве «масок» депрессий могут выступать и стойкие боли в животе. Эти боли носят характер диффузных тупых постоянных ощущений, охватывают несколько отделов живота. В большинстве случаев боль сопровождается запорами и поносами. Беспокоят также резкие позывы к мочеиспусканию.

Иногда единственными проявлениями депрессии могут быть **расстройства сна**. При бессоннице пациент с трудом засыпает, часто просыпается ночью с последующим затрудненным засыпанием или пробуждается слишком рано и не может больше заснуть. Чрезмерная сонливость может проявляться продолжительными эпизодами ночного или дневного сна.

Сон прерывистый с неприятными сновидениями, отмечаются ранние пробуждения по утрам с необычным унынием и затрудненным подъемом. Сон не приносит отдыха, до обеда сохраняются сонливость и вялость. Наблюдается повышенная утомляемость и снижение трудоспособности, сопровождаемое самобичеванием.

Психомоторные нарушения включают в себя возбуждение (например, невозможность спокойно сидеть, хождение взад и вперед, потирание рук, пощипывание и трение кожи, одежды или других предметов) или торможение (например, замедленные движения, мышление и речь, увеличение

пауз перед ответом, односложность, монотонность, ограниченное количество или однообразие тем или молчание).

Типичными являются понижение энергии, ощущение усталости и повышенная утомляемость. Человек может сообщать о постоянном ощущении усталости без физических нагрузок. Даже самые маленькие задачи требуют значительных усилий. Эффективность, с которой выполняются задачи, может быть понижена. Например, человек может жаловаться на то, что утреннее умывание и одевание утомляют его и продолжаются в два раза дольше обычного.

На скрытое депрессивное состояние может указывать ряд признаков:

1. Начало заболевания часто не связано с влиянием психогенных, соматогенных и экзогенно-органических факторов.

2. Фазное течение: в анамнезе можно встретить указания на повторяемость периодов недомогания, слабости, нервности, сниженного настроения, выраженных нарушений сна и прочих расстройств, свойственных данному варианту депрессии. Длительность фаз составляет месяцы и годы. Могут иметь место эпизоды легкой гипомании.

3. Наследственная отягощенность по линии аффективных психозов. Симптоматика заболевания пробанда (родственника) может иметь значительное сходство с болезненными расстройствами, наблюдающимися у ближайших родственников.

4. Суточные колебания настроения и самочувствия (ухуд-

шение по утрам, в первой половине дня, со спонтанным улучшением во второй половине дня, к ночи – «вечерние интервалы»).

5. Витальный оттенок сниженного настроения («тяжесть на душе, сердце ноет, щемит, сдавливает») с упорными нарушениями сна, анорексией, снижением либидо, ощущением упадка сил. У детей и подростков наблюдается раздражительность.

6. Заметное уменьшение или прибавление массы тела без использования диеты (более 5 % в месяц), длительная потеря аппетита. Дети не прибавляют в весе.

7. Заметная потеря интереса ко всем (почти) занятиям (работа, хобби, домашние дела), сохраняющаяся, как правило, изо дня в день в течение почти всего дня (так называемая ангедония).

8. Наличие в психическом состоянии указаний на явления идеаторного и психомоторного торможения, нарушения репродуктивной памяти, симптомы болезненной психической анестезии, деперсонализации, дереализации.

9. Навязчивые мысли о смерти (не только страх смерти), повторные мысли о самоубийстве с планом или без него или попытка самоубийства.

10. Общесоматические и вегетативные расстройства при скрытой депрессии не укладываются в клиническую картину ни одного определенного соматического заболевания. Тем не менее существуют формы скрытой депрессии, обна-

руживающие значительное сходство с проявлениями соматических заболеваний. Термин «маскированная» адекватен именно для этих форм.

Возрастной аспект

Депрессия у **маленьких детей** (0–3 года) отличается мимолетностью. Ее выраженность не соответствует поводу, подавленность незначительна, преобладают эмоционально-навязчивые невротоподобные проявления, двигательные и вегетативные реакции. Депрессивные состояния у младенцев характеризуются соматическими проявлениями (нарушением питания, запорами, энурезом, расстройствами сна, субфебрилитетом неясного происхождения, эпизодическим кожными высыпаниями). Наблюдаются раскачивания и битье головой (яктация), сосание языка, покраснение кожи при волнении, боли в животе, одышка, обмороки.

Рене Шпиц, 2019, описал анаклитическую депрессию (греч. anaklitos – опирающийся) у **младенцев**, разлученных с матерью. В течение первого месяца ребенок становится боязливым, раздраженным, плаксивым, требовательным, цепляется за взрослых. В это время он может проявлять повышенную раздражительность, агрессию к другим детям, биться головой о край кровати, наносит себе удары по голове, вырывает волосы целыми прядями.

На второй месяц течения депрессии плач часто переходит в рыдания, у ребенка отсутствует чувство удовольствия, исчезает аппетит. Характерны широко открытые глаза с отсутствием слежения взором, печальное безучастное выраже-

ние лица, отсутствие ответной улыбки, трудность установления контакта. Наблюдаются психомоторная заторможенность, нарушения суточного ритма сна-бодрствования, сосания и пищеварения, потеря в весе, иногда эпизодически повышается температура тела.

На третьем месяце плач сменяется хныканьем, ребенок отказывается от контакта, большую часть времени лежит на спине. Характерны широко открытые глаза с отсутствием слежения взором, печальное безучастное выражение лица, психомоторная заторможенность, трудность установления контакта, отсутствие чувства удовольствия.

При отсутствии необходимого контакта со взрослыми (прежде всего с матерью) ребенок в возрасте более 5 месяцев не интересуется игрушками и не просится на руки, в 8 месяцев не проявляет признаков привязанности к родителям. Он выглядит унылым, пассивным и безразличным, производит впечатление аутичного.

Происходит замедление, вплоть до остановки в психомоторном, речевом и физическом развитии. Появляются двигательные стереотипии в виде раскачивания телом, головой, сосания пальца и языка. Далее нарастают апатия, беднеет спонтанная активность, замедляется реакция на внешние раздражители. Повышается восприимчивость к простуде и другим заболеваниям. При нормализации ухода за ребенком в возрасте до 2–3 лет эти явления обратимы. Дальнейшее пребывание в условиях запущенности приводит к маразму и

смерти.

Обычно родители таких детей или другие опекающие лица жестоко наказывают ребенка, постоянно игнорируют его основные потребности в любви, комфорте, игре, питании, физической безопасности. С психоаналитической точки зрения агрессивное влечение, оставшись без взаимодействия с материнской фигурой, обращается на самого ребенка.

В старшем дошкольном возрасте присоединяются болевые симптомы, которые нарастают в младшем школьном возрасте. Обычно с утра дети более подавлены, ни во что не играют, бесцельно перемещаясь с места на место или перекладывая игрушки. Заторможенность может сменяться состоянием беспокойства разной степени выраженности: ребенок вертится, теребит что-нибудь, не знает, куда деть руки и ноги.

При усиливающемся депрессивном состоянии можно наблюдать изменения осанки и походки: ребенок горбится, волочит ноги. Он отказывается от игр и прогулок, перестает заявлять о своих желаниях, мало общается со сверстниками и родными. К вечеру может наблюдаться некоторое оживление. Ребенок долго не может уснуть, просыпается ночью и долго не спит.

Детей **дошкольного возраста** (4–6 лет) в депрессивном состоянии ничто не радует, они не получают удовольствие от игр и развлечений, возвращаются к старым игрушкам, видят мир в мрачных тонах. Внешне они выглядят бледными, по-

нурями, подавленными, угрюмыми, с грустным и беспокойным взглядом, тихим голосом, печальным выражением лица, скупой мимикой, повышенной слезливостью и плаксивостью по малейшему поводу, повышенной чувствительностью и жалостливостью.

Дети не проявляют оживления при встрече со знакомыми людьми (воспитателями, родителями, друзьями). Они становятся замкнутыми и раздражительными, утрачивают прежние фантазии, живость и энтузиазм в игре, проявляют чрезмерную привязчивость к матери. Появляются беспокойство за свое здоровье, страх смерти. По утрам ребенок вял и заторможен, к вечеру нарастают страхи темноты, животных, одиночества. Отмечаются негативные и самоуничижительные высказывания.

Дети высказывают массу претензий и упреков, сомнений в любви родителей. Замечание или недовольство родителей провоцирует приступы двигательного беспокойства, плач, угрозы вплоть до демонстративных суицидальных попыток. В ряде случаев вместо этого наблюдается пассивная подчиняемость, исключительная примерность в поведении.

Ребенок плохо ест, долго засыпает, часто просыпается, видит кошмарные сны, ходит во сне. Иногда возникает непроизвольное мочеиспускание (энурез) и выделение кала (энкопрез). На первый план часто выступают проявления, похожие на симптомы соматического заболевания: болевые ощущения, спазмы и жжение в желудке («болит живот»), повы-

шение температуры. Эти проявления не проходят после приема лекарств, зато исчезают при положительных эмоциях и переключении на интересные объекты и явления.

Депрессия у детей **младшего школьного возраста** (7–10 лет) наряду с соматовегетативными симптомами (потеря веса, головные боли, бессонница или чрезмерная сонливость) проявляется следующими нарушениями:

- повышенная раздражительность;
- низкая самооценка, самообвинения;
- чувство печали и уныния, потеря интереса и удовольствия от занятий;
- колебания настроения от печали до вспышек ярости;
- безрадостность, тревога;
- трудности в учебе после периода хорошего обучения;
- усталость и недостаток энергии для поддержания активности;
- деструктивное поведение, вспышки гнева и драчливость;
- отсутствие друзей, трудности взаимодействия с одноклассниками;
- прогулы в школе;
- суицидальные попытки.

В 9–10 лет у детей может развиваться дистимия со следующими проявлениями:

- снижение эмоциональных проявлений, беспричинное

длительное нытье, плач, чувство подавленности, несвободы, страх покинутости и боль разлуки;

- заметное снижение или повышение активности в речевой и двигательных сферах, нарастающая моторная вялость, навязчивости, тики;
- нарушение аппетита и сна с ночными кошмарами, энурезом и затрудненным утренним вставанием, запоры;
- чувство пустоты в груди, болевые ощущения в разных частях тела.

У **младших подростков** (10–14 лет) депрессия проявляется преимущественно деструктивным поведением, раздражительностью, вспыльчивостью и драчливостью. Аффективный компонент выражен потерей интересов и удовольствия от вещей, которые ранее их доставляли, отсутствием радости, чувством скуки, уныния, печали, ненавистью ко всему окружающему: «Все ненавижу».

На этом фоне легко возникают переживания отверженности, развиваются реакции раздражения – в основном на просьбы или замечания и нравоучения родителей и педагогов. Появляются несвойственные раньше капризы, отстраненность, слезы тайком. При расспросах подростки жалуются на усталость и недостаток энергии, говорят, что они несчастливы, им не хочется жить. Могут быть попытки суицида.

Двигательные нарушения проявляются в виде затормо-

женности. Подросток может подолгу сидеть, «уоставившись в одну точку». Идеаторные нарушения характеризуются спадом работоспособности, трудностями концентрации внимания, незаинтересованностью в учебе и играх, проблемами с обучением. Фрагментарными являются идеи заброшенности и плохого отношения к себе окружающих.

Развивается низкая самооценка, преобладают самообвинения. Часто от подростка можно слышать: «Я – тупой», «Я себе противен». Они становятся одинокими, замкнутыми, теряют интерес к прежним увлечениям. Возникают трудности в социальном взаимодействии («социальная заторможенность»), прогулы в школе и избегание школьных мероприятий.

Отмечаются повышенная утомляемость, истощаемость, обидчивость, плаксивость. Подростки жалуются на усталость, непереносимость шума, яркого света, слабость, головные боли, ухудшение памяти, которые связаны с суточными колебаниями настроения, проявляющимися наиболее выражено в утренние часы. Во второй половине дня у того же ребенка нормальная или даже повышенная работоспособность, хорошая память.

Соматические симптомы характеризуются общим недомоганием, аллергией, снижением аппетита, расстройствами пищеварения. Они могут сопровождаться нарушениями сна (трудностями засыпания, прерывистостью, чуткостью сна, отсутствием чувства сна). Дифференциальная диагностика

проводится с астенией, при которой не отмечается связи с суточными колебаниями настроения, как при депрессии, проявляющейся в утренние часы и с нормализацией и повышением работоспособности во второй половине дня.

Далее нарастает тревога, и спустя 4–5 лет формируется хроническая тревожно-тоскливая депрессия с частыми депрессивными эпизодами, не обусловленными происходящими событиями.

У **старших подростков** (15–18 лет) устанавливается четкий суточный ритм с максимальной выраженностью симптомов утром и облегчением состояния вечером.

Для старших подростков характерны следующие особенности:

- изменения настроения чаще связаны с реальными ситуациями;
- отсутствуют колебания настроения в течение дня;
- чаще наблюдается тревожность, чем заторможенность;
- отмечаются трудности засыпания, сердцебиение.

У старших подростков наблюдаются два варианта депрессии: эндогенная и психогенная.

Эндогенная депрессия проявляется следующим образом: необъяснимая подавленность; заторможенность или ажитация и тревога; вялость, ослабленные реакции на внешние воздействия; изменение настроения в течение дня: как правило, по вечерам настроение улучшается. Подростки предъявляют жалобы на утомляемость, потерю аппетита и нару-

шения сна: частые пробуждения ночью, раннее пробуждение утром в плохом настроении, невозможность повторного засыпания.

При *психогенной депрессии* наблюдаются выраженные вегетососудистые нарушения, сердцебиение, трудности засыпания, чаще тревожность, чем заторможенность. Изменения настроения связаны с реальными ситуациями, отсутствуют колебания настроения в течение дня и вялость. Психогенная депрессия обычно связана с кризисом идентичности, но в ряде случаев принимает затяжной характер и переходит в дистимию.

У юношей и девушек чаще наблюдаются чрезмерный сон и переедание. Основной причиной юношеской депрессии является одиночество, вызванное пониженной самооценкой, невозможностью вырваться из симбиотической семьи, преодолеть страх интимных отношений.

Юношеская депрессия проявляется в следующих формах (Кемпинский А., 2002).

При *апатической форме* пациент начинает отставать в учебе из-за отсутствия интереса и душевных сил. Он не может заставить себя ничем заняться, перестает следить за своим внешним видом, часами сидит в кафе или целый день лежит дома, слушая музыку. Иногда напивается, хулиганит, вступает в случайные половые связи.

Оппозиционная форма характеризуется конфликтами со старшими, особенно с родителями и учителями. Молодой

человек бунтует против любых правил и норм, хулиганит, убегает из дома, уходит в криминальный мир. В случаях «тихой» агрессии, когда бунт ограничивается саботажем, упорным деланием «назло», больше выражена аутоагрессия. Наблюдаются самоповреждения и суицидные попытки, алкоголизация и наркотизация, пренебрежение социальными обязанностями, учебной и карьерой.

Аскетическая форма проявляется в виде отказа от интересной профессии, прежних увлечений, собственного развития, от любви. Пациент плывет по течению, так как не верит больше в свои возможности и в хорошие перспективы. Он ожидает от будущего одних неприятностей, испытывает отвращение к жизни и к самому себе. Его состояние все больше определяется самоотречением и готовностью самоуничтожения.

Лабильная форма выглядит как чередование приступов «хандры», которые продолжаются от нескольких часов до нескольких дней, с редкими состояниями подъема. В последнем случае пациент обычно дурачится, бунтует против близких, в поисках приключений убегает из дома. В основе состояния лежит ощущение бессмысленности своей жизни и незначительности собственной личности, которое усиливают характерный для этого возраста комплекс неполноценности и внутреннюю агрессивность. Высок риск суицида.

ШКАЛА ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ CES-DC²⁴

(Хатт Р., 2021)

Инструкция. Оцени, какие из этих утверждений были для тебя неверны, иногда верны и часто верны за последнюю неделю.

Текст опросника

1. Мне было грустно почти весь день.
2. Я раздражался почти весь день.
3. Меня не радовали те вещи, которые обычно радуют.
4. Мне было сложно концентрироваться.
5. Я почти не был голоден.
6. Я спал дольше, чем обычно.
7. Мне хотелось плакать.
8. Я чувствовал себя безнадежным.
9. Мне было тяжело уснуть.
10. Я верил, что случится плохое.
11. Мне было одиноко, я чувствовал себя покинутым.
12. Я отвернулся от друзей и семьи.

²⁴ Shahid Azmeh, Kate Wilkinson, Shai Marcu and Colin M. Shapiro, eds. Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC). In STOP, THAT and One Hundred Other Sleep Scales, 93-96. New York: Springer, 2011.

13. У меня было меньше сил, чем обычно.

14. У меня было меньше мотивации, чем обычно.

15. У меня было чувство, что все идет не так, как мне хочется.

Интерпретация результатов. Если ты чаще всего выбирал утверждение «часто», у тебя могут быть заметные проблемы с депрессией.

Если ты выбрал ответ «часто» несколько раз и часто – ответ «иногда», у тебя могут быть приступы грусти или некоторые проявления депрессии. Упражнения могут помочь тебе уменьшить проявления грусти и депрессии.

Если для большинства вопросов ты выбрал ответ «часто», подумай о том, чтобы обратиться к специалисту за помощью в преодолении депрессии.

ШКАЛА ДЕПРЕССИИ KOVACS ДЛЯ ШКОЛЬНИКОВ 7–17 ЛЕТ

Опросник, разработанный Maria Kovacs²⁵ и адаптированный сотрудниками лаборатории клинической психологии и психиатрии НИИ психологии, позволяет определить количественные показатели ряда депрессивных симптомов у детей и подростков, в том числе – выраженность соматовегетатив-

²⁵ Kovacs M. Children's Depression Inventory 2 (CDI 2) (2nd ed.). North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems Inc, 2011.

ных дисфункций.

Опросник включает в себя следующие шкалы:

Шкала А – общее снижение настроения негативная оценка собственной эффективности в целом. Постоянное ожидание неприятностей, склонность к плаксивости, повышенный уровень тревожности.

Шкала В – идентификация себя с ролью плохого, агрессивное поведение, высокий негативизм, непослушание.

Шкала С – высокий уровень убеждения неэффективности в школе.

Шкала Д – высокий уровень истощаемости, наличие чувства базы одиночества.

Шкала Е – негативная оценка собственной неэффективности, наличие суицидальных мыслей.

Прежде чем начинать тестирование, убедитесь, что испытуемый полностью понял каждое высказывание опросника и инструкцию.

Инструкция. Выбери в каждом пункте одно высказывание, которое лучше всего описывает твоё самочувствие в течение последних двух недель, включая сегодняшний день. Обведи кружком номер выбранного тобой высказывания. Если в одном пункте тебе одинаково подходят несколько высказываний, обведи кружком высказывание с наибольшим номером.

Текст опросника

1. 1) У меня редко бывает грустное настроение.

2) У меня часто бывает грустное настроение.

3) У меня все время грустное настроение.

2. 1) У меня никогда ничего не получится.

2) Я не уверен, что у меня все получится.

3) У меня все получится.

3. 1) В основном я все делаю правильно.

2) Я многое делаю не так.

3) Я все делаю неправильно.

4. 1) Многое для меня является забавным.

2) Некоторые вещи меня забавляют.

3) Ничто меня не забавляет.

5. 1) Я все время себя плохо чувствую.

2) Я часто себя плохо чувствую.

3) Я редко себя плохо чувствую.

6. 1) Я думаю о неприятностях, происходящих со мной время от времени.

2) Я беспокоюсь, что со мной могут произойти неприятности.

3) Я уверен, что со мной произойдет что-то ужасное.

7. 1) Я себя ненавижу.

2) Я себе не нравлюсь.

3) Я доволен собой.

8. 1) Все плохое происходит по моей вине.

2) Многие плохие вещи происходят из-за меня.

3) Во всем плохом, что происходит со мной, нет моей ви-

ны.

9. 1) Я не думаю о самоубийстве.

2) Я думаю о самоубийстве, но никогда его не совершу.

3) Я хочу покончить с собой.

10. 1) Желание заплакать я испытываю каждый день.

2) Желание плакать появляется у меня довольно часто.

3) Желание заплакать я испытываю редко.

11. 1) Меня все время что-то беспокоит.

2) Меня часто что-то беспокоит.

3) Меня редко что-то беспокоит.

12. 1) Я люблю находиться среди людей.

2) Я не люблю часто бывать с людьми.

3) Я вообще не хочу быть с людьми.

13. 1) Я не могу изменить свое мнение о чем-либо.

2) Мне сложно изменить свое мнение о чем-либо.

3) Я легко изменяю свое мнение.

14. 1) Я выгляжу хорошо.

2) В моей внешности есть недостатки.

3) Я выгляжу безобразно.

15. 1) Я должен постоянно заставлять себя делать домашнее задание.

2) Я часто должен заставлять себя делать домашнее задание.

3) У меня нет проблем с подготовкой домашнего задания.

16. 1) Я плохо сплю каждую ночь.

2) Я часто плохо сплю.

3) У меня нормальный сон.

17. 1) Я редко чувствую себя усталым.

2) Я часто чувствую себя усталым.

3) Я все время чувствую себя усталым.

18. 1) У меня часто нет аппетита.

2) Иногда у меня нет аппетита.

3) Я всегда ем с удовольствием.

19. 1) Меня не беспокоят ни боль, ни недомогание.

2) Меня часто беспокоят боль или недомогание.

3) Я все время испытываю боль или недомогание.

20. 1) Я не чувствую себя одиноким.

2) Я часто чувствую себя одиноким.

3) Я все время чувствую себя одиноким.

21. 1) В школе ничто не доставляет мне радости.

2) В школе мне бывает приятно только время от времени.

3) Мне часто радостно в школе.

22. 1) У меня много друзей.

2) У меня есть друзья, но я бы хотел, чтобы их было больше.

ше.

3) У меня совсем нет друзей.

23. 1) С учебой у меня все хорошо.

2) Моя успеваемость ухудшилась по сравнению с прошлым.

шлым.

3) Я плохо успеваю по предметам, которые раньше мне давались легко.

24. 1) Я никогда не стану таким же благополучным чело-

веком, как другие.

2) Я могу стать таким же благополучным человеком, как другие.

3) Я такой же благополучный, как и остальные люди.

25. 1) Меня никто не любит.

2) Я не уверен, что меня хоть кто-нибудь любит.

3) Я уверен, что меня кто-то любит.

26. 1) Я часто делаю то, что мне говорят.

2) В большинстве случаев я не делаю того, что мне говорят.

3) Я никогда не делаю то, что мне говорят.

27. 1) Я хорошо лажу с людьми.

2) Я часто ссорюсь.

3) Я постоянно ввязываюсь в ссоры.

Обработка данных

По каждой шкале теста подсчитывается сумма баллов.

Шкала А (негативное настроение) – п. 1, 6, 8, 10, 11, 13

Шкала В (межличностные проблемы) – п. 5, 12, 26, 27

Шкала С (неэффективность) – п. 3, 15, 23, 24

Шкала D (ангедония) – п. 4, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

Шкала Е (негативная самооценка) – п. 2, 7, 9, 14, 25

Ключ:

№	Выбор	Балл
1, 3, 4, 6, 9, 12, 14, 17, 19, 20, 22, 23, 26, 27	1	0
	2	1
	3	2
2, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 21, 24, 25	1	2
	2	1
	3	0

Интерпретация результатов:

0–10 баллов – состояние без депрессии;

11–16 баллов – легкое снижение настроения;

17–19 баллов – субдепрессия или маскированная депрессия;

20 баллов – критическое число, рассматривается в качестве показателя для углубленного изучения ребенка или подростка на предмет идентификации депрессивного заболевания.

Лечение депрессивных детей и подростков

Депрессию необходимо корректировать уже на первых этапах развития ребенка, так как она способствует не только непосредственному возникновению функциональных соматических расстройств, но может при длительном существовании привести к снижению иммунитета и возникновению различных, в том числе злокачественных, заболеваний (Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С., 2002).

В бобовых, макаронах, хлебе и цельных зернах злаковых содержатся сложные углеводы. Они увеличивают выработку мозгом серотонина, природного антидепрессанта. Улучшению настроения способствуют также дофамин и норадреналин. Содержание этих гормонов в мозгу увеличивает диета с высоким содержанием белков. К таким продуктам относятся рыба, говядина, курятина, яйца, орехи и бобовые.

Рекомендуется исключить из рациона сахар, кофеин, алкоголь – они перевозбуждают нервную систему и усугубляют симптоматику депрессии. Не отказываться от еды и не передавать. Уходить из дома, если надо побороть желание поесть. Отложить принятие решений по важным вопросам, уменьшить учебную нагрузку, больше спать, при ухудшении состояния полежать в постели, расслабиться и ничего от себя не требовать.

Меломану может помочь антидепрессивная музыкальная программа. 1-я часть концерта № 2 С. В. Рахманинова, сюита № 3 И. С. Баха, «Весна священная» И. Ф. Стравинского, произведения П. И. Чайковского: 1-я часть концерта № 1, пьеса «Апрель» из цикла «Времена года», «Манфред» (I часть), Пятая симфония. Романсы: «Снова, как прежде, один», «Ночь», «Отчего», «Усни, печальный друг», «На сон грядущий», «Колыбельная в бурю», «Слеза дрожит», «Не спрашивай».

Фитотерапия

Обычно назначают один из антидепрессивных фитопрепаратов в сочетании с седативным в каплях по числу лет жизни. Используются настои успокаивающих сборов, включающие в равных соотношениях:

- соплодия хмеля, траву мяты перечной, ясменника, мелиссы, корневище девясила;
- соплодия хмеля, траву мяты перечной, зверобоя, цветы лаванды, корневище валерианы;
- корневище валерианы, цветы лаванды, траву пустырника, плоды тмина, фенхеля.

Засыпать 5 г сбора в 200,0 мл кипящей воды, нагревать на водяной бане 10 минут, настаивать в тепле 30 минут. Принимать детям 10–14 лет по 1/4 ст. 4 раза в день, более младшего возраста: 1–2 года – 1/6 указанной дозы, 2–3 года – 1/5,

3–4 года – 1/4, 4–6 лет – 1/3, 6–8 лет – 1/2, 8–10 лет – 3/4 и старше 14 лет – 1,5 дозы (Гажев Б. Н. и др., 1995).

Для усиления антиастенического эффекта и лучшей переносимости терапии применяется экстракт элеутерококка в виде 25–30-дневных курсов, по 1–2 капли на год жизни 2 раза в день или настойка аралии по 1–2 капли на год жизни 1 раз в день за 30 минут до еды в течение 2–3 недель.

Лечение детей дошкольного возраста с **астенической и тоскливой депрессией** осуществляется в основном с помощью адаптогенов растительного происхождения: экстракта элеутерококка, левзеи, родиолы, настойки заманихи, аралии, лимонника, женьшеня в возрастных дозах – 1 капля на год жизни 2 раза в день, утром и в обед, до еды, в сочетании с препаратами седативного действия – настойка пустырника, валерианы, боярышника, ново-пассит в возрастных дозах (1 капля на год жизни 3 раза в день) и в половинных от возрастных. Следует учитывать, что элеутерококк нормализует артериальное давление, тогда как заманиха в малых дозах несколько повышает, а в больших дозах понижает артериальное давление.

Обычно в дополнение к адаптогену и биостимулятору назначают один из седативных фитопрепаратов (настойку пустырника, валерианы, пассифлоры, ново-пассит). При выраженной астенизации добавляют растения-биостимуляторы – зверобой, чистотел, девясил, дягиль, лаванду в настоях или отварах.

Для лечения детей и подростков с **тревожной** и **тревожно-астенической депрессией** используются преимущественно растительные препараты седативного действия. Самым сильным седатиком из лекарственных трав является синюха лазурная в виде настоя корневищ (6.0:200,0 – 8.0:200,0) или отвара (3.0:200,0 – 6.0:200,0) по 1 ч. – 1 ст. л. 3 раза в день.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.