

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
НАУЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ИНСТИТУТ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»

На правах рукописи

Карауш Ирина Сергеевна

**ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ
С СЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

Специальность: 14.01.06–Психиатрия
Диссертация на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Научный консультант:
доктор медицинских наук, профессор
И. Е. Куприянова

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	6
ГЛАВА 1 ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА И ЗРЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	18
1.1. Проблемы психического здоровья и особенности психопатологических нарушений у детей с нарушениями слуха и зрения .	20
1.1.1. Вопросы ранней диагностики тревоги и тревожных	27
состояний у детей и подростков.....	27
1.1.2 Особенности суицидального поведения детей и подростков с сенсорными нарушениями.....	31
1.2 Психологические особенности детей и подростков.....	34
с сенсорными нарушениями	34
1.2.1 Алекситимия и её диагностика у детей и подростков	36
1.2.2. Аспекты внутренней картины болезни детей и подростков ..	40
1.3 Факторы, влияющие на психическое здоровье детей и подростков	41
1.4 Изучение качества жизни детей с сенсорными расстройствами ..	44
1.5 Методологические подходы к изучению психического здоровья детей с сенсорными нарушениями.....	47
1.6 Роль семьи в развитии «особого» ребёнка и вопросы психического здоровья родителей, имеющих детей с сенсорными нарушениями	50
1.7 Вопросы психического здоровья педагогов.....	54
1.8 Применение функционального диагноза и Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в психиатрии.....	55
1.9 Реабилитация детей с сенсорными нарушениями.....	58
2 ГЛАВА ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ	66
2.1 Дизайн исследования.....	66
2.2 Характеристика клинического материала.....	70
2.3 Методы исследования	80

2.3.1 Клинический метод	81
2.3.2 Психологические методы	83
2.3.3 Проективные методы.....	86
2.3.4 Статистические методы	88
Глава 3 КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ С СЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ.....	91
3.1 Характеристика клинической картины психических расстройств у детей с сенсорными нарушениями.....	96
3.2. Особенности невротических и тревожных реакций у детей с сенсорными нарушениями	108
3.3 Депрессивные нарушения и особенности суицидального поведения подростков с сенсорными расстройствами	114
3.4. Поведение и социальное взаимодействие детей с сенсорными нарушениями	124
ГЛАВА 4 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕТЕЙ С СЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	151
4.1 Изучение уровня депрессии у детей с сенсорными нарушениями	155
4.2 Изучение уровня тревоги у детей с сенсорными нарушениями .	162
4.3 Изучение алекситимии у детей с сенсорными нарушениями.....	167
4.4 Изучение уровня агрессии у детей с сенсорными нарушениями	175
4.5 Изучение уровня качества жизни у детей с сенсорными нарушениями	177
4.6. Анализ результатов проективных методов.....	180
ГЛАВА 5 ОСОБЕННОСТИ СЕМЬИ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ (ПЕДАГОГИ), ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ С ОВЗ.....	201
5.1 Семья как патологический и ресурсный фактор, определяющий психическое здоровье ребёнка с сенсорным дефектом	202
5.2. Аспекты психического здоровья педагогов в контексте реабилитации детей с сенсорными нарушениями.....	213

ГЛАВА 6	ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У	
	ДЕТЕЙ С СЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	225
6.1	Комплексная оценка внутренней картины болезни детей с	
	сенсорными нарушениями	226
6.2	Факторы, определяющие клиническую специфичность	
	психического статуса детей с сенсорными расстройствами	231
6.3.	Модель психического здоровья ребёнка с сенсорными	
	нарушениями, базирующаяся на принципах Международной	
	классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и	
	здоровья.....	248
6.4	Определение уровней психического здоровья детей с сенсорными	
	нарушениями	255
ГЛАВА 7	РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С	
	СЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	259
7.1	Основные направления реабилитации детей с нарушениями слуха	
	и зрения, выделенные с учетом модели психического здоровья	262
7.2	Комплексные реабилитационные программы для детей с	
	сенсорными нарушениями с разным уровнем психического здоровья	267
7.3.	Особенности психотерапии детей с сенсорными нарушениями и	
	направления коррекции основных клинико-психологических характеристик	
	психического здоровья у детей.....	270
7.4.	Психофармакотерапия психических расстройств у детей с	
	сенсорными нарушениями	290
7.5	Направления работы с родителями и педагогическим коллективом	
	коррекционных школ.....	292
7.6	Оценка эффективности разрабатываемых реабилитационных	
	программ	301
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	305
ВЫВОДЫ	320
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	327
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	328

ПРИЛОЖЕНИЯ.....	387
Приложение 1	387
Приложение 2	389
Приложение 3	391
Приложение 4	392
Приложение 5	393
Приложение 6	395
Приложение 7	401

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Психическое здоровье, гармоничное формирование личности подрастающего поколения является важнейшей социальной задачей цивилизованного общества [56, 273, 307, 398, 429, 445]. В соответствии с программой ВОЗ «Психиатрия для человека» деятельность по оказанию психиатрических услуг должна быть ориентирована на конкретного человека, т.е. быть адаптированной к потребностям отдельных лиц и различных групп риска (дети, подростки, беженцы, пожилые, безработные) [191]. Именно в детском возрасте закладываются многие пожизненные свойства здоровья и состояния риска [33], 50% психических расстройств у взрослых начинается в возрасте до 14 лет [558]. ВОЗ в комплексном плане действий в области психического здоровья на 2013-2020 гг. отмечено, что детям и подросткам с психическими расстройствами необходимо оказывать помощь на ранних стадиях заболевания путем проведения основанных на фактических данных психосоциальных и других нефармакологических мероприятий. Эта работа должна проводиться на первичном уровне и не допускать институционализации и увлечения лекарственными препаратами [558].

Проблема состояния психического здоровья детей и подростков в современной России приобрела в последние десятилетия исключительное значение, отмечается неуклонный рост пограничной психической патологии, аддиктивных нарушений, девиантных форм поведения [233], 70-80% школьников имеют психические расстройства и аномалии развития [91]. Имеет место также поздняя выявляемость психических заболеваний у детей, обусловленная как объективными (сложность диагностики психического заболевания на ранних этапах), так и другими причинами – опасение населением психиатрической «стигмы», непонимание и незнание симптомов психических заболеваний [136, 139]. Одним из стратегических направлений государственной социальной политики является охрана здоровья, защита

интересов и прав наиболее уязвимых категорий детей, нуждающихся в особой защите государства, детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в том числе воспитывающихся в детских домах, школах-интернатах и т.д. [136, 492].

В детской психиатрии можно наблюдать актуальную картину диалектического взаимодействия психогенных, энцефалопатических и дизонтогенетических механизмов патогенеза с динамическим изменением их ведущей роли [238]. Численность детей-инвалидов с физическими, интеллектуальными, психическими и сенсорными отклонениями среди населения Российской Федерации неуклонно возрастает. В структуре инвалидности у детей в России основными являются психические расстройства (23,7%), болезни нервной системы (21%), врожденные аномалии развития (18,5%) [151]. К 2020 году прогнозируется рост распространенности инвалидности среди детей и подростков за счет двух ведущих причин – психических расстройств и врожденных аномалий [80]. Среди врожденных и приобретенных заболеваний у детей третьим по распространенности является потеря слуха, встречающаяся у 1-3 детей на 1000 детского населения и приводящая к серьезным последствиям для здоровья [489], приводящая к серьезным последствиям для здоровья, в числе которых психопатологические нарушения, эмоциональные и поведенческие проблемы [349].

По данным Министерства здравоохранения и социального развития, в Российской Федерации около 1,3 млн. детей и подростков страдают нарушениями слуха (примерно 80% это сенсоневральные расстройства), более миллиона детей страдают тяжелыми заболеваниями глаз и нарушениями зрения: близорукостью, дальнозоркостью, нарушениями преломляющей способности глаза, амблиопией и косоглазием. Рост серьезных нарушений зрения требует определения эффективных стратегий вмешательства и мониторинга их последствий [260, 280, 468, 482].

Малоизученным остаётся аспект коморбидности зрительного или слухового дефекта с психическими расстройствами разного уровня, однако, в литературных источниках отмечается, что нарушения слуха и зрения могут задерживать развитие когнитивных, психомоторных, коммуникационных навыков, уровня самооценки [323, 460]; иметь пожизненные последствия для социальной адаптации индивида и психического благополучия с точки зрения общения, воспитания, идентичности и занятости [359, 553]. Сочетание тугоухости и других дефектов развития увеличивает риск появления психических симптомов, проблем в школе и злоупотребления психоактивными веществами; эта категория детей должна являться объектом для принятия серьёзных превентивных мер [266, 284, 424, 444]. Потеря слуха и зрения значительно и негативно влияет на качество жизни детей и подростков [253, 464, 535], особенно на его эмоциональные и социальные составляющие [537]. В патогенезе психических расстройств при сенсорных нарушениях выделяют два ключевых взаимосвязанных звена – это неэффективное взаимодействие с окружающей средой вследствие первичного сенсорного дефекта и вторичные нарушения психического функционирования, связанные с неэффективностью компенсаторных (в том числе и социально-психологических) процессов.

Несмотря на широкую распространённость сенсорных нарушений и частое их сочетание с нарушениями эмоционально-волевой сферы, интеллекта, в настоящее время существует недостаток фактических научных данных, касающихся принципов построения эффективных психосоциальных программ реабилитации и сопровождения таких детей. Особенности психопатологического статуса слабослышащих детей и подростков описаны не достаточно, а имеющиеся сведения, в целом, противоречивы [519]. Недостаточно изученным остаётся вклад социально-психологических (семейных, средовых (педагогических), дизонтогенетических) факторов риска в формирование и развитие психических нарушений у детей с сенсорными нарушениями. Актуальны исследования, способствующие использованию

реабилитационного потенциала семьи и формированию ее реабилитационной культуры [104, 108]. Остается открытыми вопросы о коморбидности психических расстройств у детей указанной категории, их возрастной динамике. Необходима разработка методологических параметров проведения исследований с детьми, имеющими особые образовательные потребности и достоверных методов оценки психического состояния лиц с физическими или сенсорными нарушениями [365].

Необходимы дополнительные исследования по поиску наилучшего способа реабилитации данной категории детей, а также поддержки и, при необходимости, профессиональной (психотерапевтической) помощи тем, кто оказывает профессиональную педагогическую, психологическую помощь таким детям [302, 342]. В связи с этим, особую актуальность приобретают исследования психического здоровья детей с сенсорными нарушениями с разработкой программ психиатрической, психотерапевтической, психокоррекционной помощи.

Цель исследования: создание модели формирования психического здоровья и психических расстройств у детей с сенсорными нарушениями с разработкой комплексных реабилитационных программ.

Задачи исследования:

1. Описать феноменологию психопатологических расстройств с учетом уровня интеллектуального развития у детей с нарушениями слуха и зрения, учащихся специализированных (коррекционных) школ.
2. Изучить клиническую динамику психических расстройств у детей с сенсорными нарушениями.
3. Описать психологические характеристики детей с с нарушениями слуха и зрения.
4. Оценить вклад онтогенетических, семейно-генетических и психогенных факторов в формировании психических расстройств у детей с сенсорными нарушениями.

5. Выявить социально-психологические факторы риска и ресурсы социального окружения ребенка с нарушением слуха и зрения.
6. Изучить внутреннюю картину болезни у детей с сенсорными нарушениями и выделить факторы, определяющие клиническую специфику психического статуса при различных психических расстройствах.
7. Определить уровни психического здоровья детей с сенсорными нарушениями и разработать программы комплексного медико-психологического сопровождения детей и их семей с учетом клинического и социально-психологического профиля и оценить их эффективность.

Научная новизна. Впервые проведенное на достаточном клиническом материале комплексное клинико-психологическое обследование детей, имеющих тяжёлые нарушения слуха и зрения и нарушения психического здоровья, позволило изучить структуру и клиническую динамику психических расстройств у детей данной категории, а также выявить значимые факторы их формирования и прогрессирования. Описаны феноменологические особенности выявленных психических нарушений и расстройств у детей и подростков с разными сенсорными дефектами. Получены систематизированные данные о закономерностях формирования психической патологии у детей с сенсорными нарушениями.

Изучены особенности суицидального поведения у детей с сенсорными нарушениями в сравнении с учащимися общеобразовательной школы. Впервые разработаны диагностические инструменты исследования суицидального риска и алекситимии у детей с сенсорными нарушениями при наличии сопутствующих расстройств психического развития и интеллектуальных нарушений. С помощью многомерного статистического метода (дискриминантного анализа) обосновано выделение групп детей с учётом наличия/отсутствия алекситимических проявлений: «норма» – «риск алекситимии» – «алекситимия». Дано понятие внутренней картины болезни детей с сенсорными нарушениями, её типология и мишени для последующей коррекции. На основе полученных данных разработана модель

формирования психического здоровья/психической патологии у детей с сенсорными нарушениями, основанная на рекомендациях ВОЗ по определению профиля функционирования инвалида и приоритетных реабилитационных направлений, стратегии раннего вмешательства с помощью Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

На основании статистического (факторного) анализа определены основные клиничко-психологические факторы, определяющие клиническую специфику различных психических расстройств у детей с нарушениями слуха и зрения, определяющие основные направления реабилитации. Сформулированы принципы специализированной медико-психологической помощи детям в структуре образовательных учреждений и предложены к практическому применению рекомендации, опирающиеся на МКФ, позволяющие оптимизировать решение медико-социальных вопросов. Разработаны дифференцированные, научно обоснованные программы реабилитации детей и подростков с тяжёлыми нарушениями слуха и зрения, позволяющие повысить их адаптивность, качество жизни и общее функционирование. Программы включают превентивные, психопрофилактические, психотерапевтические, психофармакотерапевтические направления. Также обоснована значимость влияния на психическое здоровье и качество реабилитации микроокружения (семейной и образовательной среды) ребенка и определено участие родителей и педагогов в разработанных терапевтических программах.

Теоретическая и практическая значимость. Полученные результаты вносят научный вклад в развитие детской психиатрии, углубляя понимание феноменологических особенностей психических расстройств у детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья и их влияние на дальнейшее формирование личности и психическое здоровье в целом. Выделена типология внутренней картины болезни детей с нарушениями слуха и зрения. Проанализирован вклад социальных (семейных),

биологических и психологических факторов в формирование высокого уровня тревоги у слабовидящих детей. Расширены и уточнены представления о критериях и проявлениях алекситимии у учащихся с сенсорными нарушениями.

Разработаны общие подходы и конкретные рекомендации к диагностике и медико-психо-социальной реабилитации учащихся с сенсорными нарушениями, что позволяет на качественно новом уровне решать важные практические задачи, связанные с социальной адаптацией и сохранением психического здоровья данной категории детей. Использование разработанного комплексного подхода возможно при сопровождении и реабилитации других групп детей, относящихся к категории «дети с ограниченными возможностями здоровья». Полученные данные могут быть использованы для организации скрининговых исследований учащихся с ограниченными возможностями здоровья проводимых в рамках превентивных и психопрофилактических программ для выявления групп суицидального риска и для выявления алекситимии.

Внедрение результатов исследования позволит повысить эффективность выявления психических расстройств у детей и подростков с нарушениями слуха и зрения. Выделение значимых прогностических признаков формирования психических расстройств у детей с ограниченными возможностями будет способствовать ранней превенции психопатологии, повышению уровня качества жизни, формированию индивидуального прогноза и реабилитационной тактики. Выявленные клинические особенности психических расстройств направят на более качественное решение диагностических и экспертных задач при постановке социальных вопросов (обучение, инвалидность). Предложенные адаптированные диагностические инструменты (опросник суицидального риска, шкала алекситимии) позволят качественно и количественно исследовать аффективную сферу, являющуюся наиболее уязвимой в психическом статусе ребенка с сенсорным дефектом при сопутствующих интеллектуальных

нарушениях. Создание модели психического здоровья детей с нарушениями слуха и зрения позволяет существенно расширить рамки реабилитации за счёт блока специализированной психиатрической, (психотерапевтической) помощи, необходимости оценки клинико-психологических характеристик (уровень тревоги, депрессии, агрессии, алекситимии, КЖ и ВКБ), обязательного акцента на уровне и качестве социального функционирования (активности) ребенка при приоритете психосоциальной направленности реабилитационных мероприятий.

Изучены уровни тревоги и качества жизни родителей детей с сенсорными нарушениями, выявлены системные нарушения детско-родительских отношений и проблемы, связанные с психическим здоровьем родителей. Описаны особенности взаимодействия «учитель-ученик коррекционной школы», их характеристики и возможные последствия для психического здоровья детей. Проведено скрининговое исследование тревоги и депрессии, синдрома эмоционального выгорания у учителей коррекционных школ, разработаны программы медико-психологической помощи.

Сформулированные принципы и программы специализированной помощи детям с нарушениями слуха и зрения, осуществляемые в естественных условиях (амбулаторно, школа-интернат, семья) обеспечат более качественное и квалифицированное сопровождение этих детей, будут способствовать ранней диагностике донозологических нарушений и пограничных психических расстройств (аффективных, невротических), а также расширят спектр традиционных реабилитационных мероприятий. С учётом изученных клинико-психологических характеристик описаны особенности проведения психотерапии у детей с сенсорными нарушениями.

Программы активно внедряются в деятельность образовательных учреждений и образовательный процесс в рамках повышения квалификации врачей, психологов, педагогов и социальных работников. Полученные результаты исследования используются при разработке рекомендаций и

пособий по диагностике и терапии психических расстройств у детей с ограниченными возможностями здоровья для врачей-психиатров, при проведении обучающих семинаров с врачами общей лечебной сети. Крайне востребованными оказались результаты исследования при разработке образовательных программ подготовки специалистов для работы с детьми с особыми образовательными потребностями (дефектологи, логопеды, сурдопедагоги, тифлопедагоги, педагоги-психологи), для разработки психокоррекционных программ для школьных психологов специализированных (коррекционных) школ.

Положения, выносимые на защиту:

1. При тяжелых нарушениях слуха и зрения, обуславливающих инвалидность ребёнка и/или обучение в коррекционной школе, выявляется высокая распространённость непсихотических психических расстройств, клиническая структура и динамика которых имеет тесную связь с основным дефектом, определяясь его влиянием на когнитивное, речевое развитие и эмоционально-волевую сферу.

2. Общая тенденция клинической динамики психических расстройств у детей с нарушениями слуха включает формирование сочетанной психической патологии, алекситимических черт, дис/анозогнозического типа внутренней картины болезни, рентных установок, прогрессирование недостаточности абстрактного мышления, при низком уровне тревоги и депрессии. Общая тенденция клинической динамики психических расстройств у детей с нарушениями зрения характеризуется повышением уровня тревоги, развитием страхов, фрустрирующих переживаний по поводу наличия зрительного дефекта. Ранняя диагностика психопатологических нарушений базируется на определении психологических феноменов и способствует индивидуализации последующей терапевтической стратегии.

3. Модель формирования психического здоровья и психической патологии, основанная на принципах Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья,

включающая следующие блоки – психические функции, сенсорный дефект, соматическое здоровье, психологические характеристики, активность и участие, средовые факторы (микро- и макроокружение), позволяет выявить негативные и ресурсные стороны функционирования ребенка с сенсорным дефектом и определить приоритетные направления реабилитации.

4. Выделение трёх уровней психического здоровья детей с сенсорными нарушениями в зависимости от клинической картины и социальной адаптации определяет выбор реабилитационных программ и объем психопрофилактических, психогигиенических, психотерапевтических мероприятий при психосоциальной направленности реабилитации.

Степень достоверности и апробация результатов.

Степень достоверности полученных результатов исследования определяется объемом, научно-методологическим уровнем проведенного исследования. Достоверность полученных данных обеспечивается репрезентативностью выборки и использованием соответствующих методов статистической обработки.

Основные положения диссертации были доложены и обсуждены: на научно-практической конференции «Психическое здоровье детей и подростков» (Томск, 20.04.2011); 15 Всемирном конгрессе психиатров (15th World Congress of Psychiatry, 18-22 September, 2011, Buenos Aires, Argentina); всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы психиатрии» (Чита 25-26.10.2011); Всероссийской научно-практической конференции «Педагогика XXI века» (Томск, ТГПУ, 01.11.2011); на межрегиональной научно-практической конференции «Резидуально-органическая патология головного мозга (Онтогенетический аспект)», посвященной памяти и 80-летию со дня рождения д.м.н., проф. А.А Корнилова (29–30 марта 2011, г. Кемерово); на Межрегиональной научно-практической конференции «Социальные, профилактические, реабилитационные аспекты нарушений психологического развития у детей», (Томск, 19.04.12); на секции «Системно – деятельностный подход в обучении

и воспитании детей с ОВЗ» в рамках Всероссийской научно-практической конференции «Внедрение системно-деятельностного подхода в образовательном процессе» (Томск, 22.05.2012); на I Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Современные проблемы этнокультуральной психиатрии и аддиктологии» (Томск 21–22 июня 2012); на Всероссийской научно-практической конференции «Современные проблемы теории и практики социальной педагогики: работа с семьей» (Томск, ТГПУ, 14.12.2012); на 21 Европейском конгрессе психиатров (6-9.04.2013 Nice, France); на Международной научно-практической конференции «Теоретические и прикладные вопросы специальной педагогики и психологии» (Прага, 3-4.06.2013); на XVI отчетной сессии ФГБУ НИИПЗ СО РАМН (Томск, 08.10.13); на межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы детской неврологии», посвященной 60-летию детской неврологической службы Кемеровской области (г. Кемерово, 07.11.2013); на Межрегиональной научно-практической конференции «Комплексный подход в коррекции моторной алалии у детей» (Кемерово, 25.10.2013); на 22 Европейском конгрессе психиатров (Germany 1-4.03.2014); на 26 Всемирном конгрессе психиатров (Madrid, Spain 14-18.09.2014); на XVII отчетной сессии НИИ психического здоровья РАН (Томск, 06.10.15).

Публикации. По теме диссертации опубликована 61 научная публикация, в том числе 20 статей в научных журналах и изданиях, которые включены в перечень российских рецензируемых научных журналов и изданий для опубликования основных научных результатов диссертаций; 2 монографии и 3 статьи в зарубежных научных изданиях; 3 новые медицинские технологии («Технология раннего выявления психической дезадаптации у учащихся с ограниченными возможностями здоровья в условиях коррекционного образования»; «Межведомственная модель реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья, применимая на базе сельской средней общеобразовательной школы»; «Реабилитация

детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья с использованием дистанционного консультирования»), патент «Способ выявления суицидального риска для последующей коррекции у подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата и сенсорными нарушениями, сопровождающимися расстройствами психологического развития, учащихся коррекционных школ» (Куприянова И.Е., Дашиева Б.А., Карауш И.С., патент РФ № 2013152564/14(082016), положительное решение ФИПС от 16.10.2014 г.), патент «Способ выявления алекситимии для последующей коррекции у подростков с сенсорными нарушениями, сопровождающимися нарушениями психологического развития» (Куприянова И.Е., Карауш И.С., Дашиева Б.А., приоритетная справка №2015114744 от 20.04.2015).

Объем и структура диссертации. Диссертация представляет собой рукопись на русском языке объемом 402 машинописных страницах и состоит из введения, обзора литературы, 6 глав собственных исследований, заключения, выводов, приложения и библиографического указателя, включающего 563 источника (из них 248 отечественных и 315 иностранных). Работа иллюстрирована 66 таблицами и 37 рисунками.

ГЛАВА 1

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА И ЗРЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Проблемы психического здоровья детей рассматриваются в научной литературе в нескольких проекциях – клинической, психологической, дизонтогенетической, в контексте макро- и микросоциальной среды [30, 67, 139, 237, 374]. Термин «дети с ограниченными возможностями здоровья» (ОВЗ) объединяет разные категории детей с нарушениями онтогенеза, каждая из которых имеет свои клинические, социальные, психологические, социокультурные характеристики, изучение и знание которых позволит оптимизировать процессы реабилитации и интеграцию в общество [61, 313, 357, 369]. В последние десятилетия происходит увеличение количества детей, имеющих сочетанные нарушения, которым необходима комплексная помощь целого ряда специалистов – психологов, педагогов, врачей, социальных работников. Социальный стресс влияет на психическое здоровье подростков, тогда как социальная поддержка служит своеобразным буфером при различных чрезвычайных ситуациях.

Примерно один из 1500 детей рождается слабослышащим или глухим, причинами чего являются наследственные (генетические, в основном, рецессивные) и приобретённые факторы, к которым относятся инфекции (краснуха у матери, цитомегаловирусная инфекция), желтуха новорожденных и менингит [338, 504], осложнения в результате преждевременных родов [380, 547]. В соответствии с докладом о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в 2014 в РФ обследовано на нарушение слуха на I этапе скрининга более 1806 тыс. детей (96%) из 1883 тыс. родившихся детей, выявлено 4 912 детей с нарушением слуха; на II этапе скрининга (углубленная диагностика)

обследовано 36349 детей, из которых выявлено 5510 детей с нарушением слуха [68].

Факторами, с высокой степенью риска способствующими развитию тугоухости, являются «...случаи глухоты или тугоухости в семейном анамнезе, кровнородственный брак; аномалии головы и шеи; фетальный алкогольный синдром, внутричерепные кровоизлияния у новорожденного; оценка по шкале Апгар – 4 балла и ниже на протяжении 10 мин.; вес при рождении <1500 г; гемолитическая болезнь новорожденных; пребывание в палате интенсивной терапии 48 ч и более; бактериальный менингит; врожденные инфекции: цитомегаловирус, токсоплазмоз, краснуха, сифилис, генерализованный герпес...» [63]. Не наследственные формы глухоты часто связаны с неврологическими осложнениями, которые могут влиять на поведение, эмоциональное и когнитивное функционирование [359]. Уровень свинца в крови выше 10 мкг/дл достоверно связан с развитием детской тугоухости; повысить риск также может дефицит йода и тиамин. Потеря слуха более распространена среди детей из социально и экономически неблагополучных семей [533].

Одной из причин формирования психических расстройств и неблагоприятного прогноза их течения у глухих детей является задержка в доступе к специализированной медицинской помощи относительно основного диагноза [338]. По данным Американской Академии педиатрии, дети с потерей слуха, которым поставлен диагноз и оказано соответствующее вмешательство в течение первых 3-6 месяцев, имеют показатели познавательной, речевой сфер и социально-эмоционального развития, сопоставимые с их слышащими сверстниками [251, 301].

1.1. Проблемы психического здоровья и особенности психопатологических нарушений у детей с нарушениями слуха и зрения

Для детей с дефицитарным типом дизонтогенеза, наглядным примером которого являются дефекты слуха и зрения, характерны проблемы функционирования на разных уровнях – здоровья, коммуникации и социализации [323, 369, 460, 467]. Часто встречающимися являются нарушения познавательной деятельности, интеллекта и социального развития [216, 266, 284, 380, 395, 424, 534], обусловленные трудностями взаимодействия с окружающей средой [313, 322]. Степень выраженности последствий дефекта слуха для познавательного, социального и эмоционального развития ребенка определяется не только степенью тугоухости, наличием современных слуховых аппаратов или кохлеарных имплантатов, но и такими факторами, как вторичные нарушения развития, уровень IQ, родительские ресурсы и учебные обстоятельства [334].

Распространенность психических расстройств среди глухих детей составляет 45-50% [366]. Описана коморбидность нарушений слуха с обсессивно-компульсивными расстройствами [345], синдромом дефицита внимания с гиперактивностью [259], аутизмом [423,441]. Трудности постановки диагноза аутизм у детей с потерей слуха, отмечаемые исследователями, обуславливают, с одной стороны, утяжеление прогноза каждой патологии при их сочетании, и, с другой стороны, различие в данных, касающихся распространённости аутизма у данной категории детей. По данным N. Gentilihttp, A. Holwell, у лиц, непривычных для работы с глухими детьми: в среде с ограниченным доступом к языку, есть риск ложноположительной диагностики расстройств аутистического спектра. Необходимо учитывать особенности коммуникационных стратегий глухих детей, негибкость в общении, что часто имеет вид «стереотипного поведения» [350]. Серьезные проблемы в определении критериев диагностики аутизма существуют и относительно детей с нарушениями

зрения; так, по данным Н. Cass, до одной трети полностью слепых детей страдает от расстройства развития, которое имеет много общих черт с аутизмом [294], а N.M Mukaddes et al. сообщают о диагностике аутизма у 11,7% слепых детей и подростков 7-18 лет, причём у этих детей значимо чаще выявлялись неврологические нарушения (включая ДЦП) и низкий интеллектуальный уровень [436].

Различия в данных, касающихся распространённости психических расстройств у детей с сенсорными нарушениями, вероятно, обусловлены разными методологическими подходами, используемыми при оценке психического здоровья детей, неоднородной выборкой (часто имеют место сочетанные нарушения развития, которые вносят вклад в развитие психической патологии) и, в целом, небольшим количеством исследований такого рода. В соответствии с данными Л.И.Солнцевой, у 77,6% учащихся начальных классов школ для слепых выявлена психическая патология – задержкой психического развития, умственная отсталость лёгкой степени [204]. Шведскими учёными у 74% детей с нарушениями зрения выявлены признаки морфологических и/или функциональных нарушений мозга [356]. Исследователями из Индии среди 92 слабовидящих учащихся 6-20 лет из четырех школ для слепых психические расстройства были выявлены у 8,69% [260]. Согласно масштабному исследованию, проведённому в Нидерландах, несмотря на статистически незначительное снижение заболеваемости детей с нарушениями зрения в период между 1994 и 2000 годами по сравнению с периодом между 1986 и 1994 гг., заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами у них значительно возросла – с 21,8% до 46,9% [514]. Tirosh E. et al. выявили высокую распространенность поведенческих проблем (по DSM-III-R критериям – синдром гиперактивности с дефицитом внимания, тревожные расстройства, избегающее поведение с/без стереотипии) среди слепых детей – 49%, которым необходим психологический мониторинг и психологическая помощь для них и их родителей [521]. N.M. Salleha, K. Zainalb, обсуждая

социальное поведение слабовидящих студентов, описывают трудности взаимодействия с окружающими, пассивность у большинства учащихся [482].

Вопрос о распространенности психических расстройств у слабослышащих и глухих детей в настоящее время также не решён однозначно; исследователи приводят показатели, варьирующие в широком диапазоне – от 15% до 60% [259]. Возможно, это объясняется трудностями взаимодействия с такими детьми (специфика восприятия речи, дефицит коммуникативных навыков). При исследовании детей с нарушениями слуха часто применяются вербальные тесты, стандартизированные для нормально-слышащих детей. Комплексные медицинские исследования взаимосвязи сенсорных нарушений и психического состояния детей, охватывающие системно теоретический и практико-методический подходы, практически отсутствуют. Способность к речевому общению является критерием включенности человека в социальные отношения, соответственно люди с нарушениями слуха и речи из них исключаются и маргинализируются [96, 413].

Одной из задач клинико-психологического исследования детей с нарушениями в развитии является выявление тревожных и аффективных симптомов, которые часто остаются нераспознанными. В клинической картине аффективных нарушений у детей доминируют вегетативно-соматические симптомы, снижение успеваемости в школе [66]; в изучении расстройств аффективной сферы необходим комплексный подход с учётом данных нормативного и аномального психического развития, особенностей пубертатного созревания, влияния социальных, наследственных, травматических и психогенных факторов. Даже в дошкольном возрасте у детей с нарушением зрения выявляется высокая тревожность (23,1%) и специфические особенности, свидетельствующие о переживании ими ограниченности своей зрительной функции (12%) [69].

Распространенность депрессии среди детей и подростков по разным данным составляет от 1-7% [255] до 4-24% [215]. Исследование учащихся с

нарушениями слуха и нормальными показателями невербального интеллекта выявило наличие психических расстройств у 32,6%, включая депрессивные расстройства – у 7,4%, что выше, чем в целом по популяции [334]. Не отмечалось связи наличия психических расстройств со степенью потери слуха. У детей, подвергавшихся жестокому обращению со стороны одноклассников, «изолированных» от жизни сверстников, частота психических нарушений была выше в три-шесть раз. О высокой распространённости депрессии среди детей с нарушениями слуха и отсутствии связи между депрессией и степенью нарушения слуха свидетельствуют и данные других исследований [276, 322, 377, 378, 518, 519]. В аналогичных исследованиях взрослых высказывается предположение, что большая распространённость депрессии у слабослышащих и глухих может быть связана с коммуникативными барьерами, различной этиологией потери слуха и опытом, связанным со стигмой и дискриминацией [395]. Также отсутствуют различия частоты распространённости депрессии у детей, имеющих кохлеарные имплантанты в сравнении с использующими обычные слуховые аппараты [518].

Сенсорные расстройства являются более распространёнными среди людей с интеллектуальной недостаточностью, нежели в популяции в целом [293]. Глубокая умственная отсталость более распространена среди людей с ослабленным зрением, чем среди зрячих [539]. Показано, что частота нарушений зрения увеличивалась у детей с задержкой развития и коррелировала с низким IQ [446]. Глухие люди имеют более высокий уровень распространённости психических расстройств в сравнении со слышащими, и, в то же время, сталкиваются с трудностями в доступе к службам охраны психического здоровья и социального обслуживания [395, 526]. Также существует мнение, что нарушения слуха могут способствовать формированию расстройств личности [293].

У детей и взрослых с расстройствами интеллекта имеет место значительная гиподиагностика психических расстройств из-за их атипичных

и неспецифических клинических проявлений и убеждения, что все имеющиеся психиатрические симптомы являются неотъемлемой частью основной интеллектуальной инвалидности [486].

Считается, что глухие имеют те же показатели заболеваемости шизофрении, что и население в целом [338]. Глухие с диагнозом шизофрения испытывают галлюцинации во всех формах, в том числе слуховые [337]. Голоса, которые они обычно «слышат», характеризуются «неприятными», похожими на голоса членов семьи или посторонних, которых они никогда фактически не слышали. Иногда они могут локализовать голоса в какой-либо части собственного тела, описывать звуки «игры на барабанах» или «китайской музыки».

У детей с нарушениями слуха выявляется высокая частота хронических заболеваний, социальных и эмоциональных трудностей, семейных проблем, нарушения коммуникации и языковых средств, двигательных навыков и достижений в обучении. Эти характеристики увеличивают риск появления поведенческих и других психических расстройств у детей с потерей слуха [369].

Примерно у четверти детей младшего возраста, имеющих нарушения зрения, чаще, чем у здоровых сверстников, отмечаются нарушения сна, обычно в форме трудностей засыпания или ночного бодрствования [333, 508, 541]. Особенно высокий процент нарушений сна отмечается у детей, которые имеют трудности обучения или нарушения психологического развития. По данным S.A. Khan с соавторами, дети с нарушениями зрения и нарушениями сна представляют собой гетерогенную группу пациентов, что усложняет диагностику и лечение. Предложены четыре различных метода лечения нарушений сна – поведенческая терапия, светотерапия, применение мелатонина, гипноседативная терапия [387].

Одним из наиболее распространенных психических расстройств среди детей является синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), часто связанный с различными психологическими проблемами и другими

психическими расстройствами [388], эмоциональной лабильностью [501], академической неуспеваемостью и особенностями некоторых когнитивных функций, в частности задержкой формирования рабочей памяти [473]. Факторами риска являются нарушения моноаминергических систем головного мозга [220, 450], патология развития мозга, наследственность и полиморфизм допамина, семейные стресс, тревожные расстройства и трудности в обучении [290, 371]. Своевременная диагностика и лечение СДВГ чрезвычайно важны, т.к. данный синдром является предиктором развития тревожных расстройств, депрессии, биполярных расстройств, синдрома зависимости, расстройства личности [459], или даже попытки самоубийства через 5-13 лет от начала заболевания [303]. СДВГ является очень частым сопутствующим расстройством (20,4%) у детей с интеллектуальной инвалидностью [425]. Дети с наследственной глухотой не подвержены большому риску развития СДВГ, в отличие от детей с приобретенной глухотой, где риск развития данного синдрома значительно выше вследствие влияния биологических и семейных факторов [259].

Одними из часто встречающихся у детей и подростков расстройств являются экзогенно-органические заболевания головного мозга [180], этиологическими факторами которых, как правило, являются травмы головы, перенесенное перинатальное поражение центральной нервной системы, наркоз во время оперативных вмешательств, сопутствующая соматическая (особенно ЛОР) патология. Признаки нервно-психической патологии, появляющиеся в период остаточных явлений перинатальной энцефалопатии, определяются как энцефалопатические, а возникающие на её фоне психопатологические синдромы как «резидуально-органические психоневрологические синдромы» [33]. С учетом определения органических расстройств МКБ-10, Н. Е. Буторина и Н. А. Благинина определяют резидуально-органические психосиндромы как разнообразные психические проявления, обусловленные первичной церебральной дисфункцией с относительно стойкими последствиями завершившегося органического

церебрального заболевания [33]. Клиническая феноменология и динамика становления органического расстройства имеют тесную связь с резидуально-органическим психосиндромом, обуславливая сочетание психического дизонтогенеза поврежденного и дисгармонического типов [31]. В соответствии с клиническими рекомендациями по диагностике и лечению органических расстройств у детей, разработанной Е. В. Малининой и Е. В. Макушкиным, силу морфологической незрелости головного мозга, высоких компенсаторных возможностей его систем и структур, степени тяжести повреждения клиническая картина последствий мозговых повреждений будет определяться тесным переплетением неврологических и психических симптомов [140]. С возрастом происходит перераспределение акцентов симптоматики в сторону психических расстройств. В дошкольном возрасте проявления атипичны, рудиментарны и выражаются сочетанием неврологической симптоматики с невропатическими признаками и задержкой развития. В школьном возрасте большой удельный вес занимают расстройства познавательных процессов с нарушением школьных навыков. В дальнейшем, к пубертатному периоду, увеличиваются проблемы эмоционально-волевой сферы и патологии личности [140].

В рамках изучения психического здоровья детей с позиции клинико-динамического подхода, клинические особенности и проявления психических расстройств необходимо рассматривать на разных этапах патологического процесса [127]. Относительно невротических расстройств, расстройств личности, рассматривается континуум от состояния здоровья к напряжению психической адаптации, последующему возможному срыву механизмов психической адаптации (психодезадаптационные состояния – ПДАС), и далее к клинически развёрнутым формам [199, 200]. По данным НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБУ «НЦЗД» РАМН, клинически очерченные формы пограничных психических нарушений диагностируются примерно у 10% учащихся образовательных учреждений, в

то время как у 60% подростков определяются так называемые «предболезненные психические расстройства» [235].

Таким образом, сенсорный дефект вносит серьёзный вклад в индивидуальное развитие ребёнка, значительно повышая вероятность широкого спектра нарушений психического здоровья – от психодезадаптационных состояний до умственной отсталости.

1.1.1. Вопросы ранней диагностики тревоги и тревожных состояний у детей и подростков

Тревожные расстройства являются одними из наиболее распространенных среди психических расстройств в педиатрической практике и часто являются началом психопатологических проявлений у взрослых [269, 275, 354, 497]. Распространённость тревожных расстройств у детей и подростков оценивается по данным различных исследователей от 2,5 до 30% [275, 426, 427, 471]. Разброс в показателях обусловлен разными методологическими подходами – вариациями в применении диагностических критериев, инструментов оценки, использованием разных источников информации, кросс-культуральными различиями [14, 268, 483]. Соотношение полов (девочки / мальчики) почти для всех тревожных расстройств является 2:1 до 3:1 [309].

Наличие в детском и подростковом возрасте тревожных расстройств связано с целым рядом негативных последствий, в том числе – с низким уровнем образования [554], дисфункциональными отношениями со сверстниками, педагогами и семьёй, нарушениями социального функционирования [326, 329, 332]. Тревога рассматривается как предиктор риска суицидальных мыслей и суицидального поведения у детей и подростков [476, 481], даже если она присутствует на подпороговом уровне [261]. В дальнейшем, тревожные расстройства связаны с более низким качеством жизни [453], повышенной вероятностью суицида [447],

увеличением смертности от сердечно-сосудистых заболеваний [477], негативными социальными последствиями [263].

Несмотря на высокую распространенность и отчетливую связь с негативными последствиями, детская тревога редко признаётся родителями и сами детьми, как медицинская проблема, что уменьшает вероятность своевременного оказания своевременной квалифицированной помощи детям [427, 470]. Врачи также не всегда выявляют и оценивают значимость тревоги у детей, обращающихся за медицинской помощью [263, 300]. Тревожные расстройства у детей часто сосуществуют с другими психическими расстройствами как сопутствующие заболевания [484, 538, 549], а также повышают вероятность злоупотребления психоактивными веществами и зависимостей [552].

Исследования семей, имеющих детей с тревожными расстройствами, показали важность семейного фактора [355] и наследственной предрасположенности [343, 363]. Нарушения детско-родительских отношений могут проявляться «чрезмерно-контролирующим» стилем воспитания [411, 497]. Тревога и некоторые страхи могут возникать также в результате моделирования и «обучения» через наблюдение реагирования родителей на стрессовые/угрожающие ситуации [440, 478]. Влияние тревоги и депрессии матери на поведение детей частично реализуется через непоследовательную тактику воспитания, противоречивые требования, предъявляемые ребёнку, способствует формированию нарушений поведения у детей [36]. Наличие отца с жесткой позицией в отношении воспитания даёт возможность ребёнку учиться эмоциональному отреагированию в стрессовой ситуации, в то время как наличие гиперопекающей матери приводит к соматическому реагированию либо нарастанию признаков невротической астении у ребенка [141].

В генезе тревожных расстройств и состояний у детей и подростков играет роль и интенсификация психогенных нагрузок, часто превышающих адаптационные возможности ребенка. Последствиями несоответствия детей

по когнитивным, эмоционально-волевым, поведенческим показателям современному обучению являются снижение учебной мотивации, различные формы отклоняющегося поведения, рост суицидов, тревожных расстройств, других психопатологических нарушений [210, 214].

Физические симптомы часто являются фасадом тревожных расстройств [439] и основным поводом для обращения к педиатрам. Некоторые физические симптомы отражают повышенное возбуждение в центральной нервной системе (головные боли, боли в животе, тошнота, рвота, диарея, напряжение мышц, трудности со сном) и могут указывать на скрытую тревогу [195, 346]. К соматическим проявлениям тревоги также относятся: частые ОРВИ, возникающие как реакция адаптации, немотивированные жалобы на боли в животе (характерные больше для младшего школьного возраста - 6-9 лет), не имеющие органической причины. А.Е. Williams с соавторами при исследовании детей 7-10 лет с функциональными желудочно-кишечными расстройствами было показано, что в исследуемый период максимальные по интенсивности и частоте боли в животе были связаны с повышением уровня тревоги [546].

Особенности тревожности, характерные для детей и подростков с особенностями в развитии описаны в единичных исследованиях. Так, по данным Т. Н. Ollendick, J. L. Matson, W. J. Hesel, уровень тревожности подростков с нарушениями зрения значительно выше, чем у детей с нормальным зрением, в то время как уровни депрессии и характеристики Я-концепции сопоставимы [454]. В формировании высокого уровня тревожности у слабовидящих играют роль «...противоречивое отношение слабовидящего подростка к себе, идентификация и социальное сравнение с нормально видящими окружающими, целенаправленное игнорирование либо преувеличение неудач и проблем, связанных с наличием дефекта зрения, недостаточный или противоречивый характер информированности о социальной среде...» [240]. Особенность личностного развития подростков с нарушениями слуха проявляется в неудовлетворённости базовой

человеческой потребности – в безопасности, обуславливающая нарушения эмоционального состояния, страхи, тревожность, депрессию [45].

При сравнительном исследовании группы подростков с лёгкой степенью умственной отсталости (УО), перенесших в течение жизни психическую травму, с нормально развивающимися подростками, испытавшими аналогичные потрясения, было показано, что дети с УО, как и психически здоровые, могут реагировать на жизненные трудности возникновением невроза [87]. Отличия заключаются в том, что у детей с умственной отсталостью сочетание резидуально-органической недостаточности и семейного неблагополучия отягощает течение невроза возникновением межличностного конфликта из-за переживаний детьми собственной неполноценности [87]. У здоровых детей невротическое переживание более сосредоточено на семейном неблагополучии и травматическом событии.

Исследования взрослых и детей показали эффективность мероприятий, направленных на коррекцию образа жизни человека (систематическая физическая нагрузка) в комплексной терапии тревоги и депрессии [254, 375, 399, 430]. Регулярные тренировки могут быть столь же эффективным лечением стрессовых состояний, тревоги, депрессии как антидепрессанты или психотерапия. Для нормальной функции головного мозга нужен постоянный приток импульсов с периферии (кожи, мышц, суставов), стимулирующих кору большого мозга, в то время как у большинства современных детей преобладает статическая нагрузка - работа на уроках в школе при относительно неподвижном положении тела, удержание правильной рабочей позы, работа за компьютером.

Таким образом, изучение тревоги как психопатологического феномена выявляет актуальные на современном этапе проблемы – трудности квалификации психических, соматических симптомов тревоги у детей и подростков, аффилирование тревожных состояний с соматической, неврологической симптоматикой. Предотвращению неблагоприятных

последствий длительно протекающих тревожных состояний должна способствовать своевременная диагностика тревожных расстройств, рациональная психофармакотерапия и акцентирование внимания врачей и родителей на вариантах проявления тревоги у детей и подростков (психопрофилактика и психообразование).

1.1.2 Особенности суицидального поведения детей и подростков с сенсорными нарушениями

Тенденция к росту подростковых суицидов отмечается не только в России, но и в ряде западных стран [112, 466]. По данным Национального центра статистики здоровья США, после непреднамеренных травм и убийства, самоубийства является третьей ведущей причиной смерти среди лиц 15-24 лет в Соединенных Штатах [442]. Всемирная организация здравоохранения сообщает, что количество суицидов среди лиц в возрасте 15–24 лет в последние 15 лет увеличилось в 2 раза и в ряду причин смертности во многих экономически развитых странах занимает 2–3-е место [176]. По данным ВОЗ (2010), Россия является одной из наиболее неблагоприятных стран относительно частоты подростковых суицидов [175]. К числу факторов, значимо влияющих на формирование и частоту суицидального поведения в детском и подростковом возрасте, относится отсутствие психолого-психиатрического компонента диспансеризации детей и подростков, что приводит к низкому уровню выявляемости психических расстройств [175]. Основными медико-социальными аспектами и причинами суицидального поведения детей и подростков являются особенности воспитания ребенка в семье, наследственность, наличие психотравмирующего фактора и психологические особенности характера [35]. На возникновение суицидальных мыслей статистически значимо влияют: наличие психических заболеваний и/или эмоциональных проблем, употребление наркотиков, словесные оскорбления, насилие по отношению к

детям, включая сексуальное [495]. Детский психоаналитик Эрнэ Фурман описывает такую особенность пациентов с хроническими суицидальными тенденциями, как «недостаток телесной любви к себе, являющейся барьером для самоповреждения» [225]. Суицидальные попытки и/или формы поведения могут наблюдаться у детей и подростков и без явных признаков депрессии, или их психические нарушения включают лишь отдельные ее симптомы [225].

Изучение причин суицидального поведения детей и подростков, поступавших в течение года в крупнейшую детскую психиатрическую клинику Москвы (ГКУЗ Научно практический центр психического здоровья детей и подростков Департамента здравоохранения г. Москвы) показало, что суицидальное поведение является, в основном, проблемой «пограничной» психиатрии – поведенческих и связанных со стрессом расстройств [222]. У 80% всех исследуемых пациентов суицидальные проявления совершались под влиянием аффекта, были непосредственно связаны с ситуационными факторами и личностными особенностями пациентов.

В образовательных учреждениях для выявления группы высокого суицидального риска необходим инструмент, удовлетворяющий следующим критериям – возможность применения как скринингового, соответствие вопросов возрасту респондентов, охват разных маркёров суицидального поведения, достаточно быстрое заполнение; однако из имеющихся шкал и опросников полностью перечисленным критериям не соответствует ни один [167].

Расстройства поведения, такие как агрессивное (в том числе самоагрессия), стереотипное, распространены среди людей с интеллектуальной недостаточностью и ограниченными возможностями здоровья [316, 421]. В США учащиеся старших классов с ограниченными физическими возможностями достоверно чаще (в сравнении с «обычными» учащимися того же возраста) сообщали, что испытывают грусть и состояние безнадежности, курят, употребляют алкоголь и марихуану, серьезно

рассматривают возможность совершения самоубийства [328]. Получены данные о более высоком уровне предполагаемого риска суицидов среди глухих людей, чем среди контрольных групп [267]. Ранее предполагалось, что нарушение интеллектуального потенциала может выступать в качестве «буфера» для суицидального поведения в популяции лиц с ограниченными интеллектуальными возможностями, нарушением развития или умственной отсталостью. Позднее было показано, что дети и подростки с ограниченными интеллектуальными возможностями также относятся к группе риска по развитию суицидального поведения, определять и выявлять который необходимо с помощью скрининговых исследований [409, 428]. Однако имеется еще много перспектив в области определения стратегий предотвращения суицидов у людей с ограниченными интеллектуальными возможностями [344, 409].

Дефицит исследований в этой области касается и взаимодействия со слабослышащими и глухими людьми, высказывающими суицидальные намерения. Мероприятия, проводимые в настоящее время, включают в себя обучение медицинского персонала, повышение доступности специалистов служб охраны психического здоровья для глухих людей [526]. В специальных образовательных учреждениях к стандартным мероприятиям, проводимым в отношении учащихся, высказывающих суицидальные намерения, относятся: сообщение родителям, наблюдение учащимся, ведение полной письменной документации, информирование руководителя, консультации психолога [319]. Только малая часть педагогов имеют конкретные представления о возможностях решения проблемы суицидального поведения у учащихся [526]. Принятие превентивных антисуицидальных мер «на глазок», на основании внешних впечатлений – запрет подросткам пользование Интернетом, запугивание учителей, которые и без того зажаты грудой бюрократических обязанностей и т.д. – является неэффективным [226].

Мнения о факторах риска самоубийства у глухих и слабослышащих людей также неоднозначны. Некоторые авторы полагают, что они одинаковы для слышащих и глухих [281, 319, 381]. К примеру, по наблюдениям V. Voyeshko, суицидальное поведение глухих и слабослышащих связано с уменьшением уровня стабильности, безопасности и снижением социальной поддержки [281]. К специфичным для глухого населения факторам риска самоубийств относят отсутствие ролевых моделей, отчуждение от семьи и коллег [311].

Таким образом, анализ литературы по проблемам суицидального поведения детей и подростков позволяет выявить следующие важные аспекты – рост распространённости суицидального поведения, как среди учащихся общеобразовательных школ, так и среди подростков с ОВЗ, необходимость разработки универсальных скрининговых инструментов, необходимость разработки стандартного алгоритма взаимодействия педагогов специальных образовательных учреждениях с учащимися, высказывающих суицидальные намерения.

1.2 Психологические особенности детей и подростков с сенсорными нарушениями

Психологическая характеристика детей с сенсорными нарушениями широко представлена в отечественной психолого-педагогической литературе (исследования Г. Е. Сухаревой, Л. С. Выготского, В. В. Ковалева, А. Н. Леонтьева, А. Р. Лурии, Р. М. Боскис и др.). Впервые сущность дефекта и обусловленное им аномальное развитие было проанализировано Л. С. Выготским, который, следуя идеям А. Адлера и ряда других авторов, сформулировал теоретические основы культурно-исторически ориентированной дефектологии, в соответствии с которой дефектность органов оказывается стимулом к развитию обходных путей компенсации дефектной функции, а пути эти определяются взаимодействием индивида с социальной средой. Таким

образом, дефект, недоразвитие можно рассматривать как «...социально сконструированные понятия: ограничения накладываются на людей не только и не столько физическими и психическими нарушениями, сколько окружающей социальной средой...» [50].

В аномальном развитии психики слабослышащего ребенка важно не только наличие физического дефекта, но и то, что этот недостаток обуславливает вторичные нарушения высших психических функций, определяющих ход развития личности ребёнка – сформировались только начатки речи, мышление почти не продвинулось в своем развитии от наглядно-образного к словесно-абстрактному [20].

Для психологии слепых и слабовидящих значимым является положение Л. С. Выготского о дивергенции культурного и биологического в процессе развития аномального ребенка и возможности ее преодоления путем создания и использования «обходных путей культурного развития ненормального ребенка» [49], например, точечного шрифта Брайля. Дефекты зрения могут приводить к развитию таких черт характера, как негативизм, внушаемость, конформность и другие [21, 49, 57, 129], однако при правильной организации воспитания и обучения слепого ребенка формирование позитивных свойств личности, мотивации общения и обучения оказывается практически независимым от состояния зрительного анализатора.

Многие глухие люди нередко избегают обращения к врачу по причине трудностей коммуникации. Большинство из них считают себя членами культурного и языкового сообщества глухих, где существуют свои традиции театра, поэзии, жестовой песни, рассказы и истории. В рамках этого сообщества глухие обретают уверенность, поддержку, чувство идентичности, и это оказывает защитное воздействие на психическое здоровье [338, 511].

Несформированность половозрастной идентификации, отсутствие представлений о смене возрастных ролей на жизненном пути, неадекватные представления о своих истинных способностях приводят к тому, что

подростки с ограниченными возможностями здоровья оказываются беспомощными перед взрослой жизнью [16]. Становление самосознания подростков в условиях зрительной депривации, сохраняя особенности и стадии его развития в норме, обнаруживает при этом свою специфичность: фиксированность на своем внутреннем мире, ограничивающая возможность развития и осознания собственного социально-ролевого «Я», высокий уровень невротизма, недоверие к окружающим, повышенная сенситивность, эмоционально-соматический дискомфорт, а также заниженная самооценку [190]. Трудности детей с нарушениями зрения в распознавании языка тела, выражении эмоций, отсутствие игровых навыков, навыков сотрудничества определяют нарушения взаимодействия в группе и участия в общественной деятельности детей [291].

Компоненты психики ребенка с нарушенным слухом развиваются в иных по сравнению со слышащими детьми пропорциях (например, наблюдается несоразмерность в развитии наглядно-образного и словесно-логического мышления; письменная речь приобретает большую роль по сравнению с устной; импрессивная форма речи превалирует над экспрессивной) [89].

1.2.1 Алекситимия и её диагностика у детей и подростков

Подсистема эмоционального реагирования является определяющим регуляторным звеном в формировании адаптивной деятельности [202]. Именно эмоции сопрягают и объединяют в единую функциональную систему нейрофизиологический и социально-психологический уровни [5]. Особенности эмоционального статуса и эмоционального реагирования (эмоциональная устойчивость, уровень тревожности) и определяемые ими личностно-характерологические качества (сенситивность, стеснительность, робость, педантизм, застреваемость) являются наиболее значимыми психологическими свойствами, влияющими на адаптацию в детско-

подростковом и юношеском возрасте [39]. Определение эмпатии также имеет клиническое значение в раннем детстве, особенно для клинических групп, которые находятся в группе риска в этом отношении – дети с расстройствами аутистического спектра и глухие дети [475]. Эмоциональные нарушения могут выступать не только как первое пусковое звено возникновения психогенных расстройств, но также и как фактор, способствующий декомпенсации и неблагоприятному течению (утяжелению) уже имеющихся расстройств, как психических, так и соматических [40].

Важным, но малоизученным относительно детей с ограниченными возможностями здоровья феноменом, является алекситимия. Клиницистами этот термин используется для характеристики лиц с неспособностью испытывать или описывать эмоции [312, 490, 513]. С современных позиций алекситимия описывается как недостаток когнитивной обработки и регулирования эмоциональных состояний [410, 534]. Выделяют три основных её составляющих: трудности идентификации чувств, трудности описания чувств и внешне-ориентированный (экстернальный) тип мышления [474, 513]. Алекситимия также включает в себя трудности различения телесных ощущений, бедность фантазии и внешнего когнитивного стиля [360]. Наличие алекситимических характеристик у пациента существенно затрудняет создание терапевтического альянса и является одной из причин неблагоприятного прогноза [25].

Единой теории, объясняющей происхождение алекситимии, в настоящее время нет. С позиций психоанализа алекситимия рассматривается как защитный механизм, действующий против непереносимых аффектов [221]. Описан вклад генетических факторов [361]; часть исследователей рассматривают алекситимию с позиции теории межполушарной асимметрии мозга – снижение функционирования правого полушария определяет трудности вербализации эмоций, обеднение аффектов, конкретное, рациональное мышление [372, 563]. С.А. Кулаков связывает формирование алекситимических черт с особенностями семейного воспитания и

внутрисемейного взаимодействия. Алекситимия появляется у ребёнка «...в семейной среде, где отсутствует искреннее выражение чувств, вызванных реальной жизнью, и эта позиция может затем закрепиться» [114]. Дети из семей, в которых обсуждаются чувства и эмоции, более успешны в выполнении тестов социального понимания [422].

Основные особенности алекситимии могут быть идентифицированы в уже в детском возрасте [318, 474], а в подростковом и юношеском возрасте алекситимия является стабильной чертой личности [382, 418]. Описаны особенности алекситимических проявлений у подростков с хроническим болевым синдромом [559], студенток с предменструальным синдромом [250], депрессией и расстройствами пищевого поведения [271]. Вклад алекситимических черт в возникновение и развитие данных состояний находится на стадии обсуждения. Показана положительная корреляция между алекситимией, психоэмоциональной уязвимостью (интернализацией проблем) и большим риском злоупотребления алкоголем у подростков с алекситимическими проявлениями в сравнении с подростками без алекситимических черт [347]. У старших школьников и студентов выявлена взаимосвязь алекситимии с неадекватными способами преодоления стресса и наличием проблем в межличностных отношениях [272]. При исследовании уровней агрессии и алекситимии у школьников с задержкой психического развития (ЗПР) было выявлено, что для детей с ЗПР характерен низкий уровень агрессивности и различных видов агрессивного реагирования и выраженный алекситимический личностный радикал [82].

Данные о распространённости алекситимии у подростков неоднозначны. При исследовании 3556 итальянских школьников 11 – 18 лет алекситимия была выявлена у 18%, среди контингента детей с пограничными психическими расстройствами – 27% [347]; по другим данным – 16,7% (обследовано 600 учащихся средних школ 13- 22 лет) [488]. Алекситимия была выявлена у 10% девочек и 7% мальчиков 15-16 лет, учащихся средних школ Финляндии; причём с высокими баллами алекситимии по шкале ТАС-

20 были связаны такие факторы, как низкий уровень образования матери, неблагополучная семья, проживание в сельской местности [376]. По данным Т. В. Лозовой, алекситимия родителей является прогностически неблагоприятным фактором риска раннего употребления алкоголя их детьми [132].

Для измерения алекситимии разработана Торонтская шкала алекситимии – Toronto Alexithymia Scale TAS-26 [512], адаптированная на русском языке в НИИ им. Бехтерева [71]. Затем эта шкала была пересмотрена и усовершенствована [257, 258] в шкалу алекситимии TAS-20, состоящую из 20 пунктов, которая включает характеристику трёх основных компонентов алекситимии, валидизирована и активно используется клиницистами для количественной оценки алекситимии [209, 513]. Описан опыт определения алекситимии у детей и подростков с помощью шкалы TAS-20 [92, 347, 376, 488]. С. Rieffe, P. Oosterveld, M. M. Terwogt на основе ТАС-20 и с одобрения её авторов была разработана сопоставимая анкета для детей младшего и среднего школьного возраста [474]. Пример замены элемента анкеты: в исходной ТАС-20 «Мне трудно найти правильные слова для своих чувств», соответствующий пункт в анкете алекситимии для детей «Мне трудно сказать, что я чувствую внутри» [474]. Недостатком данной шкалы является трудности ее использования у детей с интеллектуальными нарушениями, которые отмечаются при расстройствах психологического развития.

Таким образом, представленный анализ литературных данных позволяет сделать вывод о распространённости алекситимии как психологического феномена и малой его изученности у детей и подростков с ОВЗ, и, в частности, с сенсорными нарушениями. Учитывая имеющиеся в литературе сведения о взаимосвязи алекситимических черт личности с риском развития соматических, психических расстройств и предположением о повышении риска злоупотребления алкоголем у подростков с алекситимией, актуальными являются разработка адаптированного инструмента выявления алекситимии у лиц с нарушениями развития,

определения ее распространенности у данной группы лиц и способов психолого-педагогической коррекции.

1.2.2. Аспекты внутренней картины болезни детей и подростков

Болезнь является одним из факторов человеческой жизни, оказывающим комплексное воздействие на человека, ведущим к необходимости функционирования в новых физических и психосоциальных условиях [3, 51, 124]. Понятие «внутренняя картина болезни» (ВКБ) было введено Р. А. Лурия в 1935 г. как характеристика представлений больного о своём заболевании и совокупности переживаний, возникающих в связи с заболеванием, «сознание болезни». Данный феномен является регулятором поведения и, в зависимости от условий, способствует развитию адаптационных или дезадаптационных эффектов. Оценка ВКБ у детей требует системного подхода, должна осуществляться с учетом возрастного аспекта, позиции теории деятельности и социальной ситуации развития. Основные составляющие ВКБ у детей выделены Д. Н. Исаевым, одним из значимых компонентов является «...уровень интеллектуального функционирования, который определяет, насколько адекватно ребенком воспринимается его физическое «Я», насколько ребенок способен правильно интерпретировать и систематизировать возникающие у него симптомы: общий дискомфорт, болевые ощущения, нарушения функций органов и т.д.» [85]. Низкий интеллект детей изменяет направленность личностных реакций на болезнь, тип эмоционального отношения к ней, препятствует развитию адекватной ВКБ [86].

Имеется ряд работ, характеризующих внутреннюю картину болезни детей с различными соматическими заболеваниями – муковисцидозом, лимфостазом, хроническими нефрологическими заболеваниями [122, 196], опухолями головного мозга [109], сахарным диабетом [19]. Однако до сих пор остаются практически неисследованными аспекты её формирования у

детей с наличием дефектов (детей-инвалидов), у которых дефект проявляется с рождения или раннего возраста. Эти дети и подростки не имеют предшествующего болезни опыта «здоровья», поэтому структура ВКБ у них может существенно отличаться от таковой у «обычных» детей. Однако определение понятия внутренней картины болезни у этой категории детей остается правомочным, поскольку характеристика восприятия ребёнком своего дефекта является одним из значимых факторов как в формировании и особенностях нарушений психического здоровья, так и в процессе реабилитации, играя ресурсную или препятствующую роль.

Характеристика ВКБ детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья актуальна в контексте клинико-динамического и биопсихосоциального подхода к оценке здоровья, а также понимания стабильности и отсутствия возможности преодоления врожденного дефекта, необходимости адаптации ребенка к социальной среде.

1.3 Факторы, влияющие на психическое здоровье детей и подростков

Психическое состояние ребенка определяется взаимодействием биологических, психологических, педагогических и социальных факторов [197]. Невзгоды, переживаемые в юном возрасте, являются доказанным и предупреждаемым фактором риска психических расстройств [558]. Травмы детства повышают частоту хронической тревоги и/или депрессивных расстройств у взрослых [545], могут определять ранний возраст возникновения депрессии и большую её тяжесть [373]. Раннее вмешательство и лечение детей с нарушениями слуха приводит к увеличению вероятности их трудовой деятельности в дальнейшей жизни и к более стабильным межличностным отношениям.

Особенности потребления психоактивных веществ и проблемы поведения пациентов с интеллектуальной недостаточностью исследованы недостаточно, несмотря на многочисленные описания недоразвития

когнитивных функций, ограничения социального функционирования и формирования практических навыков [298]. Учащиеся 15-16 лет, имеющие инвалидность в связи с нарушением слуха, имели большее количество психопатологических симптомов, школьных проблем и чаще употребляли психоактивные вещества, в сравнении с их сверстниками, имеющими легкую или умеренную потерю слуха [284]. Также сообщается о более высоком уровне номинального психического здоровья и самооценки студентов и учащихся специальных школ для слабослышащих относительно школ для глухих [424]. Любая модель сопровождения несовершеннолетних учащихся образовательных учреждений (школы, школы-интернаты, детские дома, средние специальные учебные заведения) должна включать аспекты первичной и вторичной профилактики наркологических расстройств, обеспечивать межведомственное взаимодействие и дифференцированные модули работы с детьми и подростками в организованных коллективах [24].

Лучшее психологическое благополучие выявляется среди детей, посещающих общеобразовательные школы и/или использующих устную речь в качестве предпочтительного способа общения, в сравнении с детьми, использующими язык жестов или сочетание знака и устной речи и посещающими специальные школы для глухих [349, 385, 507]. Следует иметь в виду, что данные исследования проводятся в странах с длительно существующими традициями инклюзивного образования, где в общеобразовательных школах есть условия (технические, материальные, общественные) для обучения детей с ограниченными возможностями здоровья. Социальная ситуация развития ребёнка, воспитывающегося в условиях интерната, характеризуется преобладанием авторитаризма в воспитании, противоречивостью, малой динамичностью, что может негативно сказываться на развитии [239].

До половины детей, которые являются слепыми от рождения, имеют также и другие физические недостатки, которые могут ограничить их потенциал [338].

Как пример уникальной зависимости, спектр которой распространяется от адекватной привязанности и увлечения, способствующего творческому или душевному самоусовершенствованию, до расстройств поведения, приводящих к социальной дизадаптации, В. Д. Менделевич рассматривает Интернет-аддикцию [149]. Данные о распространенности проблемного использования интернета, приводимые учеными различных стран, весьма противоречивы – от 3,8% [351] до 37,9% [402]. Диапазон показателей российских данных также велик – распространенность зависимости от интернет-среды составляет от 2,0% до 6,0%-10,0% [133], 33,6 % [142]. Различия в показателях могут определяться разными диагностическими и методологическими подходами; например, часто измеряются только количественные показатели пребывания в интернет-среде, без учета наличия/отсутствия клинических признаков зависимости. Подростки с интернет-зависимым поведением демонстрируют черты инфантильности во взаимоотношениях с матерью, склонны переоценивать свою близость с ней; клинически характеризуются снижением регуляторно-волевой сферы, повышенной импульсивностью, склонностью к аффективному реагированию, отвлекаемостью и недостаточной концентрацией внимания, затруднением контроля над поведением и эмоциями [142].

К базовым клинико-психопатологическим признакам, характеризующим формирование игровой зависимости, относят следующие: доминантное или сверхценное отношение к ПК-играм и поглощенность общением on-line с друзьями по сети; избирательные изменения эмоциональности в форме восторга/восхищения/радости или недовольства/раздражения/досады/беспокойства в игровом пространстве и утрата чувств удовольствия/радости/любопытности вне игровой ситуации; избирательные изменения когнитивности в виде выраженного беспокойства/волнения/интереса, связанного с работой на компьютере в процессе игры и общения, при общем снижении когнитивной мотивации в ситуациях, не связанных с игрой; признаки формирующейся алекситимии как

нарушения саморефлексии; избирательные расстройства научения (проблемы дислексии, пространственной ориентировки); инфантилизм как личностная незрелость; признаки нейрциркуляторной дистонии и астеновегетативных нарушений, включая расстройства ритма «сон-бодрствование» [170]. Следует отметить что, несмотря на возрастающее количество исследований формирования и особенностей интернет-зависимости у разных категорий детей и подростков, данная проблема остаётся не изученной относительно детей с нарушениями слуха и зрения.

Помимо патогенных, выделяют и саногенные для психического здоровья детей с ОВЗ факторы. Так, например, показано, что слабовидящие учащиеся 13-19 лет, занимающиеся спортом, имели более высокий уровень социализации относительно не занимающихся спортом [435].

Таким образом, выделяется множество биологических, социальных и психологических факторов, влияющих на состояние здоровья детей с сенсорными нарушениями, что определяет актуальность комплексного изучения вклада данных факторов и разработки соответствующих превентивных мер.

1.4 Изучение качества жизни детей с сенсорными расстройствами

Наличие хронических заболеваний значительно ограничивает нормальное существование человека, и эти ограничения могут стать важнее для больного, чем сама болезнь [10, 79], поэтому инвалидность рекомендовано оценивать, как с позиции основного заболевания, так и относительно ухудшения/изменения качества жизни [11, 165]. Для улучшения качества медицинской помощи в педиатрии объём диагностической информации о ребёнке должен быть расширен за счет включения в перечень первичных диагностических данных показателей физического, психологического состояния и социального функционирования, интегрированных в понятие «качество жизни» [134]. Качество жизни ребёнка

зависит от сложного взаимодействия между ним и различными социальными группами, в которых он находится [218, 308].

Сложность изучения качества жизни ребёнка определяется трудностями дифференциации психопатологических проявлений с психологической реакцией на заболевание, социальной ситуацией, а также незрелостью личности и затруднениями в оценке своего состояния [172], наиболее сложной категорией в этом отношении являются дети с психическими расстройствами. Вместе с тем изучение качества жизни может оказаться значимым для исследования влияния восприятия болезни и поиска личностных ресурсов для реабилитации.

Оптимальным инструментом оценки КЖ детей 3-17 лет является опросник PedsQL™ [43, 164, 314, 404, 458, 491, 543]. Он также может быть рекомендован к использованию для измерения психосоциального функционирования у детей с нарушениями в развитии, включая интеллектуальные нарушения и расстройства аутистического спектра [536].

До пятилетнего возраста КЖ ребенка оценивают родители; после достижения ребёнком 5 лет в оценке КЖ одновременно участвуют родители и дети, причем нередко отмечаются более или менее значительные разногласия между этими двумя оценками (феномен «проху-problem» или «cross-informant variance»), что неоднократно было описано в литературе [325, 397, 498]. Однозначное определение, кто – ребёнок или родитель – является более объективным ответчиком, отсутствует; учитывая, что оцениваются разные аспекты КЖ, ценность получаемой информации возрастает при обоюдной оценке [449]. Показано, что отцы, как правило, оценивают КЖ своих детей по всем шкалам опросника выше, чем матери [321].

Качество жизни ребенка-инвалида зависит от степени социальной комфортности, общения, доступности информации, наличия возможностей самостоятельного перемещения, получения необходимой медицинской помощи и профилактики, реабилитационных мероприятий, получения

образования и трудоустройства [159]. Часто родители детей с ограниченными возможностями оценивают КЖ своих детей выше, чем сами дети и подростки; что свидетельствует о неадекватной оценке состояния своего ребенка [231, 531, 540]. Качество жизни подростков-инвалидов 13–18 лет с различными заболеваниями достоверно ниже показателя здоровых детей, в большей степени страдает физическое функционирование и функционирование в школе [159]; самые высокие уровни качества жизни были характерны для больных сахарным диабетом, а самые низкие – для детей, страдающих бронхиальной астмой. Подростки-инвалиды с болезнями глаза и придаточного аппарата наиболее низко оценивают школьное и эмоциональное функционирование [159].

Изучение качества жизни детей с наследственными нарушениями сетчатки [358], ювенильным идиопатическим артритом, ассоциированным с увеитом [252], врожденной катарактой [297] выявило более низкие показатели КЖ относительно здоровых детей, а также относительно детей с различными тяжелыми хроническими системными заболеваниями и некоторыми видами рака. Родители, в среднем, оценивали КЖ своего ребенка ниже, чем дети. Качество жизни слепых и слабовидящих детей по всем аспектам достоверно ниже, чем здоровых, причем в большей степени страдает физическое и социальное функционирование; параметры качества жизни слепых детей снижены в большей степени, чем слабовидящих [43].

Показатели КЖ детей с двусторонним нарушением слуха значительно ниже относительно их здоровых сверстников [464, 498, 534]; в большей степени страдает психологическое благополучие [253], эмоциональные и социальные характеристики [537].

Исследования КЖ подростков с нарушениями слуха и зрения, проведенные в разных странах, свидетельствуют о том, что самыми низкими являются оценки, касающиеся взаимодействия с окружающей средой [249, 523]. Некоторые из относящихся к этой сфере факторы в большей степени определяются государственными инвестициями по решению проблем

загрязнения, шума, климата и транспорта, досуга и физической охраны и безопасности. Лучшее качество жизни среди слабослышащих и глухих отмечено у тех, которые участвовали в общественной деятельности в школе и за её пределами [367]. Одним из основных современных методов лечения тяжелых нарушений слуха является метод кохлеарной имплантации, предполагающий в дальнейшем большие возможности речевой реабилитации и интеграции в обычные школы при раннем проведении оперативного вмешательства и последующей полноценной реабилитации. В настоящее время проведены единичные исследования качества жизни детей с кохлеарными имплантатами. Так, изучение уровня качества жизни учащихся 8-16 лет с не менее 3-х летним периодом после имплантации и их родителей обнаружило достоверно более низкий общий балл показателя КЖ детей относительно стандартных для слабослышащих детей [374].

Таким образом, потеря слуха и зрения значительно и негативно влияет на качество жизни детей и подростков, изучение различных его аспектов важно для организации лечебно-профилактических мероприятий и может являться одним из средств оценки проводимой терапии [172, 231, 532].

1.5 Методологические подходы к изучению психического здоровья детей с сенсорными нарушениями

Важной проблемой детско-подростковой психиатрии является диагностическая область, в частности, дефицит современных патопсихологических методов обследования и диагностики, дефектная практика их применения [197]. Батарея диагностических процедур детских патопсихологов нуждается в расширении как за счет адаптации известных «взрослых», так и за счет разработки специальных «детско-подростковых» качественных и количественных методик. Существует потребность в наличии психометрических инструментов, оптимальных и доступных для определения психопатологических проявлений и эмоциональных проблем у

лиц с интеллектуальной недостаточностью для улучшения дифференциальной диагностики психических расстройств у данной категории [417]. Выделение понятия «психическое здоровье незрячего человека» позволяет проводить дифференцированную оценку психического состояния инвалидов по зрению на всех этапах реабилитационного процесса, выявляя начальные признаки психологических нарушений и психических расстройств, прогнозируя их развитие и определяя основные направления и объем мероприятий медико-психологической реабилитации [156].

Дети с нарушениями слуха, с интеллектуальными расстройствами относятся к категории, для которой существует дефицит оптимальных клинико-психологических методов; большинство из обычно используемых рассчитаны для детей с нормальным интеллектом, отсутствием речевых расстройств. Так, например, известные методики для выявления суицидального риска (опросник для экспресс-диагностики суицидального риска в модификации Т.Н. Разуваевой; шкалы депрессии, включающие шкалу суицидального риска – опросник детской депрессии CDI М. Ковак, шкала депрессии В.В. Жмурова), содержат большое количество вопросов или необходимость градации ответа (выбор из трех вариантов), недостаточно доступных для понимания детьми с расстройствами психологического развития и умственной отсталостью [120]. Это определяется психологическими особенностями этих детей – недостаточно развитым абстрактным мышлением, сниженным словарным запасом, недостаточно сформированными произвольными компонентами высших психических функций (внимание, восприятие, память), низким уровнем социальной компетентности [120].

В ситуации обследования обсуждаемой категории детей важны любые методы, которые доступны для их понимания и могут предоставить дополнительную к клиническому обследованию информацию о психологических характеристиках ребёнка. Часто таковыми оказываются проективные методы. Для исследования эмоциональных компонентов

отношений личности (как в норме, так и при нервно-психических заболеваниях), базисных индивидуально-личностных свойств, актуального психического состояния, обусловленного конкретной ситуацией, можно использовать возможности изучения цветовых стимулов [38]. Цветовой тест Люшера является мощным и уникальным средством изучения личности человека [38, 203, 230]. Цветовое виденье определяется восприятием каждого конкретного цвета, как через призму опосредующего субъективного опыта, так и через реакции «старого мозга», т.е. диэнцефальной области; таким образом происходит «переплетение» психологических аспектов актуального состояния человека с вегетативными характеристиками, определяющимися функциями гипофиза [203]. Результаты выбора цвета детей и подростков с органическим изменением центральной нервной системы и пограничными психопатологическими нарушениями зависят от уровня невротизации и от наличия и типа психопатологических нарушений [256]. Исследование тревожности у слабослышащих, глухих подростков и подростков с комбинированным дефектом (слуховым, интеллектуальным) по методике Люшера выявило неудовлетворенность потребности в безопасности, вызывающую гамму негативных эмоций и чувств, определяющих структуру мотивов поведения и деятельности детей данной категории [45].

Одним из недостатков, по мнению некоторых авторов [157], методики Люшера является отсутствие математической обработки, что допускает произвольность интерпретации. Этот недостаток компенсируется при подсчете вегетативного коэффициента, предложенного венгерским психологом К. Шипошем и суммы отклонений от аутогенной нормы, разработанной профессором СПбГУ А. И. Юрьевым [219, 241].

Важными в диагностическом подходе являются и проективные рисуночные тесты, использующие проективные рисунки «как внутреннее содержание, выраженное посредством рисовальных движений» [37]. Рисунки отражают возрастные и нозологические особенности различных сторон психической деятельности детей [131], мало зависят от способности

вербализовать свои переживания, «вжиться» в воображаемую ситуацию [65]. Тест «Дом-Дерево-Человек» [27, 198] позволяет определить: степень развития изобразительных навыков, стадию изобразительной деятельности, на которой находится ребенок, особенности актуального эмоционального состояния и внутрисемейных отношений. Взаимодействие между домом, деревом и человеком представляет собой зрительную метафору [188, 198].

Изучение научной литературы и клинические наблюдения показывают, наличие потребности в психометрических инструментах, доступных для определения психопатологических проявлений и эмоциональных проблем у детей с ограниченными возможностями здоровья.

1.6 Роль семьи в развитии «особого» ребёнка и вопросы психического здоровья родителей, имеющих детей с сенсорными нарушениями

Исследования, способствующие использованию реабилитационного потенциала семьи и формированию ее реабилитационной культуры, важны и необходимы [104, 108]. Обсуждаются проблемы восприятия родителями «особого» ребёнка. Так, при сравнении матерей, воспитывающих детей с интеллектуальной недостаточностью, синдромом Дауна и расстройствами аутистического спектра, было выявлено, что матери детей с интеллектуальной инвалидностью имели самое негативное отношение к их ребенку, что являлось значимым предиктором психологических проблем [496]. Изучение совладающего поведения родителей, воспитывающих детей с тяжёлыми сенсорными нарушениями, показало, что у таких родителей формируется качественно новая оценка себя и собственных переживаний [53]. Терпение, чувствительность, интуитивность, стойкость, любовь к ребенку, супружеское единение сочетаются с личностными и социальными потерями: заниженной самооценкой (у матерей), нарушением эмоциональной регуляции (у отцов), пессимизмом, высокой зависимостью поведения от эмоционального состояния, узким кругом общения [53].

По данным Esbjorn В. Н. et al., родители обеспечивают «уникальный вклад в развитие детской тревожности»; тревога детей связана с поведенческой стратегией избегания у отцов и низким уровнем рефлексии у матерей [327]. Выявлена прямая зависимость между такими показателями функционирования семьи как насилие, развод, наличие зависимости у родителей и уровнем социальной тревожности подростков; также показано, что нарушение основных функций семьи снижает их уровень самооценки и самоуважения [561].

Обращает на себя внимание недостаток исследований лиц, обеспечивающих уход и сопровождение детей с особыми потребностями, а также факторов, влияющих на объем помощи, необходимой таким детям – возраст, наличие поведенческих расстройств, наличие и степень выраженности интеллектуальной недостаточности [342]. Сообщается об ухудшении психического здоровья родителей (в большей степени это касается матерей), воспитывающих ребёнка с ограниченными возможностями здоровья [456, 485, 496]. По данным Bourke-Taylor Н. et al, матери детей школьного возраста с ограниченными возможностями оценивали свое психическое здоровье на два стандартных отклонения ниже среднестатистических показателей и демонстрировали более высокий уровень депрессии и тревоги, относительно всех женщин и взрослого населения в целом [279]. Самый низкий уровень психического здоровья отмечался у матерей, имеющих ребенка-инвалида дошкольного возраста, более чем одного ребенка-инвалида либо матерей детей с расстройствами аутистического спектра [279]. Это должно учитываться при определении стратегий в области здравоохранения и политики для поддержки матерей детей-инвалидов. По данным Özyazıcıoğlu N., Buran G., 37,3% родителей, имеющих детей с физической и/или психической инвалидностью, испытывали проблемы во взаимоотношениях с их супругами после рождения ребенка [456].

Изучение психического здоровья родителей, воспитывающих детей с ЗПР, показало, что сам факт наличия в семье ребёнка с расстройством психологического развития не является патогенным в отношении психического здоровья членов адаптированной, нормально функционирующей семьи, формированию у супругов расстройств депрессивного, тревожно-депрессивного и тревожно-фобического спектра способствует наличие дисфункциональной семьи в сочетании с воспитанием ребёнка с ОВЗ [42].

Исследования, касающиеся особенностей функционирования семей с детьми, имеющими сенсорные нарушения, и моделирования комплексного сопровождения таких семей немногочисленны [342]. Например, было отмечено увеличение риска развития депрессии у лиц, ухаживающих за слепыми детьми, наряду с увеличением степени нарушения зрения, а также взаимосвязь депрессивных расстройств с низким уровнем доходов семьи [283]. Дети с нарушением слуха проводили меньше времени, общаясь с родителями, отмечались нарушения детско-родительских отношений. Исследование факторов, влияющих на психическое здоровье глухих детей, показывает, что ранний доступ к эффективной коммуникации с членами семьи и сверстниками желательно оказывает существенное позитивное влияние [335].

Эффективная коммуникация родитель-ребенок играет центральную роль в социальном росте и эмоциональном развитии детей. Около 95% детей, имеющих тугоухость или глухоту, и испытывающих проблемы с психическим здоровьем, воспитываются слышащими родителями [338, 349]. Часто эти семьи испытывают трудности принятия глухоты ребенка и, в свою очередь, затрудняются в поиске адекватных способов общения со своим ребенком. Отсутствие эффективной коммуникации в семьях слышащих родителей, имеющих глухих детей, является одним из наиболее важных негативных внешних факторов, отражающихся на формировании эмоционального общения, отношениях привязанности, может ограничивать

познавательную способность ребенка [359], приводить к нарушению социальной адаптации в подростковом возрасте, академической неуспеваемости, низкой самооценке [338]. С более чем 90% глухих детей слышащие родители общаются неэффективно, используя альтернативные, часто невербальные, стратегии взаимодействия [530]. Глухие дети глухих родителей достигают лучшего эмоционального и умственного развития, чем глухие дети слышащих родителей [259].

До настоящего момента феномен эмоционального «выгорания» было принято рассматривать исключительно в аспекте профессиональной деятельности человека. В настоящее время описан феномен «эмоционального выгорания» родителей или «родительской усталости» в ситуации, когда ребенок страдает инвалидизирующим или психическим заболеванием, изучается [128, 177]. В практику семейной терапии даже было введено понятие «семейный диагноз», постановка которого подразумевает выявление в жизнедеятельности семьи тех нарушений, которые способствуют возникновению и сохранению у одного или нескольких её членов трудностей в повседневной жизни и/или нервно-психических расстройств [245].

Изучение типичных проблем учащихся коррекционных учреждений позволило отметить характеристику социальной позиции части родителей, касающейся процессов воспитания и развития «особого» ребёнка, которая была названа «иждивенческой или безынициативной» [208]. По мнению таких родителей, основная роль в преодолении проблем здоровья и развития ребенка отводится специалистам и сотрудникам специализированных учреждений [9].

Таким образом, наличие инвалидизирующего заболевания у ребенка существенно отражается на качестве жизни его семьи. В литературе недостаточно полно освещена позиция семьи как одного из факторов формирования психических нарушений или расстройств у детей с сенсорными нарушениями, так и основного реабилитационного ресурса. Необходимы дополнительные исследования по поиску наилучшего способа

реабилитации данной категории детей, а также поддержки и, при необходимости, профессиональной (психотерапевтической) помощи тем, кто оказывает профессиональную педагогическую, психологическую помощь таким детям [302, 342].

1.7 Вопросы психического здоровья педагогов

Психическое здоровье педагогов является растущей проблемой во многих странах. Патогенетическими для развития психических расстройств факторами называют такие факторы как: стрессовые условия труда, низкий уровень заработной платы, чрезмерное количество нагрузки и связанных с работой мероприятий, необходимость брать работу домой [262, 265, 296, 434]. Биопсихосоциальными последствиями являются беспокойство, тревога, хронический стресс и нарушения сна. Имеется и значительное число российских работ, посвященных изучению здоровья учителя [6, 7, 81, 121, 152], включая особенности развития синдрома эмоционального выгорания педагогов (СЭВ). Согласно К. Маслач, синдром эмоционального выгорания включает эмоциональную истощенность, деперсонализацию и редукцию профессиональных достижений [415]. Исследование 30 тысяч учителей в Бразилии показало, что 26,0% из них страдали от эмоционального истощения [336]. По данным Т.П. Науменко, 16,7% педагогов находятся в «переходном состоянии» между нормальным состоянием и состоянием явного стресса по отношению к трудовой деятельности, а 38,9% в состоянии явного стресса по отношению к своему труду [161]. Психическое напряжение, сопровождающее профессиональные будни педагогов, наряду с социально-экономическими, жилищно-бытовыми факторами, отражается на их соматическом здоровье. По данным В.В. Бойко, изучавшим синдром эмоционального выгорания у 7300 педагогов общеобразовательных школ, в 29,4% случаев имеется повышенный риск патологии сердечно-сосудистой системы, заболеваний сосудов головного мозга – у 37,2% педагогов, 57,8%

обследованных имеют нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта [18].

Несмотря на развитие на современном этапе целого комплекса психолого-педагогических наук, в школах по-прежнему зачастую присутствует стрессовая авторитарная педагогика. По имеющимся научным данным, в классах с авторитарными, жесткими педагогами дети болеют в 3 раза чаще, частота неврологических расстройств у них намного больше, чем у их сверстников [127]. Однако социальная поддержка, включая поддержку учителя, крайне важна для психического здоровья учащегося, определяя оптимальное эмоциональное состояние и адаптивное поведение подростка [465].

1.8 Применение функционального диагноза и Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в психиатрии

В комплексном плане действий ВОЗ в области психического здоровья на 2013-2020 годы в отношении психического здоровья детей основное внимание уделяется таким аспектам развития, как положительное осознание своей личности, способность совладать с эмоциями и строить социальные отношения, способность учиться и приобретать знания, что, в конечном итоге, помогает обеспечить их всестороннее участие в жизни общества [558].

Решение вопросов комплексной терапии, определение прогноза и оптимальная социальная адаптация детей с нарушениями развития и/или психическими расстройствами требуют, чтобы диагноз ребенка не был центрирован исключительно на определении нозологии, а дополнялся аспектами, учитывающими многообразие психологических, социальных, микро- и макросредовых факторов [29, 101]. В советской психиатрии с подобной целью было сформулировано понятие функционального диагноза, которое в период развития реабилитационного направления

трансформировалось с первоначального определения социально-трудового прогноза в рамках врачебно-трудовой экспертизы [52, 146] до центрированности на личности самого больного и ситуации, в которой он существует [34, 46, 224, 393, 542]. Применение функционального диагноза в детской психиатрии описано В. В. Ковалевым [98]. Предлагаемые различными авторами многомерные системные подходы порой представляли собой разрозненное рассмотрение факторов, что размывало границы функционального диагноза и превращало его в систему фиксируемых внемозологических единиц [110]. Наиболее существенным недостатком функционального диагноза было отсутствие данных об особенностях психологических характеристик (психологические защиты, копинг, внутренняя картина болезни) и социальных ресурсов, как семейных, так и внесемейных [111]. Вероятно поэтому его использование не получило широкого распространения ни в практическом здравоохранении, ни в научной литературе последних лет.

Однако в настоящий момент отмечается, что система диагностики, в рамках которой работает современный психиатр, не дает никаких указаний ни на социальный прогноз, ни на методы лечения [84]. Формализованность и отсутствие единого принципа классификации МКБ-10 не настраивает врача на проведение тщательной дифференциальной диагностики, на выделение клинических вариантов синдрома, обуславливает включение в одну рубрику синдромов различной природы, препятствует учету диагностического веса того или иного признака, затрудняет этиопатогенетическое обоснование терапии [237]. По мнению Е. В. Корня, А. И. Ковалева, «однобокоригидное отношение к статистически направленной классификации приводит к неоправданным опасениям, что ее использование символизирует отказ от богатых традиций российской детской психиатрии (описательная дифференциация клинических фактов, эволюционно-биологическая концепция Г.Е. Сухаревой, концепция психического дизонтогенеза В.В. Ковалева, этиопатогенетические подходы к лечению и проч.)» [103].

Авторы утверждают о возможности существования в едином клиническом поле МКБ и иных систематизаций, сохраняющих свое значение в научных исследованиях и клинической практике. Такой важной и структурированной систематизацией является Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

ВОЗ рекомендует использовать МКФ для оценки детской инвалидности с точки зрения биопсихосоциальной модели, наряду с Международной классификацией болезней (МКБ). МКФ является важным инструментом документирования характеристик инвалидности, определения профиля функционирования инвалида, приоритетных реабилитационных направлений и стратегий раннего вмешательства [493, 494]. Международная классификация функционирования (ICF – International Classification of Functioning, Disability, and Health) была разработана Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и опубликована в 2001 году в качестве партнера МКБ [555]. Оптимальное сочетание данных классификаций объясняется тем, что МКБ классифицирует заболевание, в то время как ICF оценивает функционирование. Стандартный медицинский диагноз не всегда дает полную информацию о функциональных возможностях; что крайне важно для определения прогноза, планирования и осуществления реабилитационных мероприятий [278, 408]. Определение ограничений функционирования и акцент на ресурсных (адаптивных, сохранных) позициях часто оказывается важным и необходимым для планирования и осуществления полноценных реабилитационных мероприятий [278, 408]. В 2007 году ВОЗ была опубликована ICF-CY (International Classification of Functioning, Disability, and Health for Children and Youth – Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для детей и молодежи); она имеет ту же организацию как ICF с той же иерархической структурой кодов [493]. В настоящее время ICF применяется для лиц от 18 лет и старше и ICF-CY – от рождения до 17 лет [274]. Оценивается тяжесть состояния здоровья с точки зрения его влияния

на функционирование. Например, дети с аутизмом или детским церебральным параличом могут иметь одинаковые диагнозы, но их способности и уровни функционирования часто широко варьируются внутри отдельных лиц в течение долгого времени [452].

1.9 Реабилитация детей с сенсорными нарушениями

Многоуровневая специализированная помощь детям с сенсорными нарушениями должна учитывать проблемы их развития и включать мероприятия, обеспечивающие профилактику нарушений поведения, раннего употребления психоактивных веществ, контактов с асоциальной средой. Организационные вопросы профессионального взаимодействия с такими детьми в школе часто не решены, имеются лишь единичные разработки, представленные, в зарубежной литературе. Так, например, G. Browne, A. Cashin сообщают об эффективности поддержки детей с поведенческими и/или психическими расстройствами в школах специально обученными медицинскими сёстрами, работающими как «case managers», с ребенком, членами семьи и педагогами. Они имеют специализированное образование, опыт клинической практики, хорошо подготовлены к работе в школах [285].

Проблема применения психофармакопрепаратов в детском возрасте является предметом научной дискуссии. Психофармакотерапия у детей и подростков характеризуется отсутствием высококачественных доказательств эффективности и безопасности, несмотря на её всё более широкое применение [320, 390, 403, 502]. Дозирование препаратов для детей с психическими расстройствами требует особого подхода, так как дозы для взрослых не могут быть экстраполированы на несовершеннолетних из-за фармакокинетического и фармакодинамического различий. По данным W. E. Müller, антидепрессанты менее эффективны при использовании у детей, чем у взрослых, а побочные эффекты антипсихотиков проявляются у детей значительно чаще [320, 551]. Имеется недостаток клинических испытаний в

группе детского и подросткового населения, а также в литературе редко обсуждаются этические аспекты психотерапии несовершеннолетними [390]. Существуют даже мнение (Müller W.E.) о том, что в настоящий момент нет однозначных доказательств обоснованности применения фармакотерапии для лечения детей, страдающих психиатрическими расстройствами, за исключением медикаментозной терапии синдрома дефицита внимания с гиперактивностью [551].

Плацебо-контролируемые клинические испытания продемонстрировали эффективность селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (флуоксетин, флувоксамин, пароксетин и сертралин) в терапии тревожных расстройств у детей и подростков [379]. В терапии обсессивно-компульсивного расстройства рекомендуется использовать сертралин (с 6 лет) и феварин (с 8 лет), панических атак – сертралин, селектру (с 15 лет); при тревоге возможно назначение диазепама при наличии тревоги возможно с 2-летнего возраста, лоразепама – с 12 лет и мепробамата с 3 лет [60]. В качестве препарата, обладающего широким спектром действия – ноотропным, нейротрофическим, нейропротекторным, антиконвульсивным, антиоксидантным, антистрессорным – рекомендован препарат кортексин, эффективно применяющийся в комплексной нейрореабилитации у детей [162, 168, 211, 234].

Для снижения уровня тревожности при различных неврологических расстройствах эффективно применяется российский противотревожный препарат «Тенотен детский» [13, 64, 236]. По данным В.Ф. Шалимова (2009), «...у детей с задержкой психического развития включение в схему терапии и психолого-педагогической коррекции Тенотена детского способствует улучшению психоэмоционального состояния детей, уменьшению тревоги, повышению когнитивных функций (устойчивости и распределения внимания), усилению мнестических функций (слухоречевой и зрительной памяти)...» [235]. В. В. Корневой и А. П. Рачиным, А. А. Аверченковой описан опыт снижения тревоги и вегетативных нарушений наряду с

уменьшение частоты головной боли у подростков, страдающих хроническими головными болями при терапии Тенотеном детским [105, 186].

Сравнительное исследование эффективности влияния когнитивно-поведенческой терапии, психофармакотерапии (сертралин), их комбинации и препарата-плацебо на физические симптомы тревожных расстройств у детей и подростков 7-17 лет демонстрирует отсутствие достоверного выделения наиболее эффективного способа терапии [310]. Исследования взрослых и детей показали эффективность мероприятий, направленных на коррекцию образа жизни человека (систематическая физическая нагрузка) в комплексной терапии тревоги и депрессии [254, 375, 399]. Регулярные тренировки могут быть столь же эффективным лечением стрессовых состояний, тревоги, депрессии как антидепрессанты или психотерапия.

Современные представления о психотерапии сводятся к пониманию ее как «...комплексной, этапной стратегии оздоравливающего воздействия на психику и через нее на организм человека с целью преодоления болезненных проявлений – в различных органах и системах, гармонизации внутриличностных и межличностных процессов и в целом повышения качества жизни, что соответствует актуальным позициям персонализированной медицины...» [75]. Арсенал методов психотерапии, используемых в работе с детьми и подростками, значительно отличается от используемых при работе с взрослыми. Применению психоаналитических методов посвящены работы А.Е. Kazdin [384], Р. Fonagy, М. Target [341], А. N. Schore [487], С. Petit, N. Midgley [463], N.T. Malberg, L.C. Mayes [412]. Однако в данных работах речь идет о психоаналитической терапии детей, не относящихся к категории «дети с ограниченными возможностями». Только S. Zarem описывает особенности оказания помощи семьям, в которых глухие родители воспитывают слышащего ребенка; обозначая в качестве «мишеней для психоаналитической терапии» нарушения социально-эмоционального развития ребенка и чувства родителей [562]. Есть наблюдения, что включение в реабилитационный процесс пограничных психических

расстройств гипносуггестивной терапии способствует улучшению самочувствия, настроения, снижению тревожности, положительной динамике личностных особенностей, стабилизация исходного вегетативного тонуса [154]. Сообщается о доказанной эффективности когнитивно-поведенческой терапии в лечении детей и подростков с генерализованным тревожным расстройством, депрессией, обсессивно-компульсивными расстройствами и посттравматическим стрессовым расстройством [438].

П.Н. Москвитиним описано использование «профилактической психодрамы», способствующий профилактике формирования аддиктивной идентичности у подростков, что обеспечивается тремя основными составляющими метода – творческой деятельности, самоорганизации и спонтанности (конгруэнтности). Метод относится к экзистенциально-направленным и сочетает в себе потенциал группой психотерапии с элементами коммуникативного тренинга [158].

Один из ключевых принципов политики в области психического здоровья заключается в том, что пациент должен получать лечение на наиболее доступном для него языке. Для глухих и, частично, для слабослышащих, этим языком является язык жестов, поскольку часто у них имеются трудности понимания устной и письменной речи, особенно, это касается языковых «тонкостей». В ситуации психотерапии врач не всегда имеет возможность полноценно общаться с таким клиентом; в России врачи, как правило, не владеют русским жестовым языком, и не всегда есть условия для проведения психотерапевтических сеансов вместе с сурдопереводчиком, поэтому часто глухие и слабослышащие остаются без данного вида специализированной помощи. В некоторых европейских странах, в частности в Нидерландах, описан позитивный опыт взаимодействия психотерапевтов и сурдопереводчиков, при этом замечается, что часть терапевтов отмечают «чувство потери прямого контакта с клиентом», помехи от нежелательных «интерпретаций», вставленных переводчиков и страха нежелательных терапевтических явлений, таких, как коалиции [286].

В настоящее время для лечения различных психических расстройств у детей и взрослых всё чаще применяется арт-терапия. Проблемы взаимодействия с внешним миром и адаптация к нему символически выражаются в изопродукции, являющейся прямым сообщением бессознательного [54, 95, 100]. «Свободная «игра» с изобразительными материалами ... может оказывать на детей с нарушениями в развитии стимулирующее воздействие, развивать их способность к самоорганизации и концентрации внимания, давать выход аффектам и сопровождаться иными положительными эффектами» [178]. «Свободное манипулирование такими детьми изобразительными материалами в присутствии эмпатизирующего и организующего их деятельность специалиста дает им возможность самопознания, позволяет выразить то, что невыразимо словами и овладеть навыками саморегуляции» [178].

Для лечения больных с психическими расстройствами, резистентными к фармакотерапии, был предложен метод нидотерапия [528], «...целью которого является оказание помощи больному на индивидуально-средовом уровне путем усиленного воздействия на окружающую больного среду с целью минимизации ее отрицательного влияния и гармонизации отношений больного и среды...». Нидотерапевт в этом случае помогает больному проанализировать персональные, социальные и физические аспекты среды, определить мишени воздействия на нее и составить реальные планы в этом отношении, а также проводит мониторинг соответствующего поведения пациента [529]. Нидотерапия еще недостаточно разработана в практическом аспекте, отсутствует квалификационное определение этого вида деятельности в области психического здоровья.

Сообщается также об эффективности краткосрочной семейной психотерапии, основанной на методах непрямого воздействия на детей через родителей (например, метод «предписание симптома») у детей и подростков с школьной социофобией, обсессивно-компульсивными расстройствами, СДВГ [113].

В условиях удалённого доступа профессиональной помощи, в ситуациях семейных обстоятельств и транспортных проблем эффективным и экономически выгодным вариантом мониторинга является дистанционное консультирование [516, 517]. Данный термин употребляется вместо устаревающего термина «телездоровье» и частного его подраздела «телепсихиатрия», развитие которой началось с 1960х с целью обеспечения доступа к качественной медицинской помощи [353]. Дистанционное консультирование предполагает передачу и хранение данных и информации для целей диагностики, мониторинга пациентов и учет с помощью специализированных программных приложений, текстовых сообщений, электронной почты и факса [557]. Данный метод оказался эффективным при лечении социальной фобии, тревожных расстройств [389, 525], депрессий [315], речевых расстройств и расстройств аутистического спектра [304, 364, 370, 416, 462, 548]. В настоящее время технология используется, в основном, частными психологическими практиками и практически не встречается в сфере научных исследований и охраны здоровья, не подкреплена государственными программами и правовой основой. Однако потребность в дистанционном консультировании и помощи у населения России крайне велика в связи с территориальными особенностями, ограничением доступности специализированной помощи в отдаленных районах и экономическими проблемами. Система оказания помощи с использованием дистанционных технологий доказывает экономическую эффективность, так как не требует больших дополнительных затрат, а скорее перераспределяет имеющиеся ресурсы [353, 515]. Представляется перспективным применение подобных методов у детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья, особенно, в условиях дистанционного или домашнего обучения.

Подводя итог вышесказанному, анализ изучаемой литературы показал, что еще есть много аспектов психического здоровья детей с сенсорными нарушениями, которые должны быть изучены. Недостаточно описаны особенности психопатологического статуса детей с нарушениями слуха и

зрения, недостаточно изученным остается вклад социально-психологических (семейных, средовых), дизонтогенетических факторов риска в формирование и развитие психических нарушений у детей с сенсорными нарушениями. У детей с тяжелыми нарушениями слуха и зрения имеются трудности квалификации таких психопатологических феноменов как тревога (психические, соматические симптомы), депрессия, суицидальное поведение, алекситимия, внутренняя картина болезни. Отсутствуют комплексные медико-психологические исследования взаимосвязи сенсорных нарушений и психического состояния детей, охватывающие системно теоретический и практико-методический подходы. Вероятно, решению этих вопросов может способствовать определение психофеноменологического профиля, определяемого как «...совокупное образование, представляющее собой соотношение индивидуальных физиолого-клинических явлений, свойственных данному пациенту (разновидности феноменов «со стороны пациента»)» [76]. Введение такого профиля имеет значение в рамках поиска персонализированной терапевтической стратегии. Практически отсутствуют данные и рекомендации по психотерапии детей с ограниченными возможностями здоровья, в частности детей, обучающихся в специальных или коррекционных школах.

Рост числа детей с ограниченными возможностями здоровья определяет развитие новых направлений в медицине, в частности в психиатрии – определение ресурсных возможностей детей, оптимизация их психологического развития и интеллектуальной деятельности и социальная адаптация. Ранняя диагностика и коррекция нарушений развития детей позволит устранить актуальные трудности и предупредить появление вторичных и третичных отклонений. Не менее важным является психосоциальная работа с семьей больного ребенка (выбор оптимальных путей выхода из кризиса, сплочение членов семьи, организация психологической поддержки и помощи); а также поддержка специалистов,

оказывающих профессиональную педагогическую, психологическую помощь таким детям [419, 479].

2 ГЛАВА

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Дизайн исследования

Исследование проводилось в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» с поправками 2000 г. и «Правилами клинической практики в Российской Федерации», утвержденными Приказом Минздрава РФ от 19.06.2003 г. № 266.

Настоящее исследование было начато (2010-2012 г.) в рамках темы №120 основного плана НИР «НИИПЗ» СО РАМН «Клинико-патобиологические закономерности инвалидизирующих психических расстройств у детей и подростков в регионе Сибири» (№ Госрегистрации 01200954083 УДК 616.89; 615.832.9; 615.851) и продолжено (2013-2015 г.) в рамках темы №123 основного плана НИР НИИ психического здоровья «Клинико-биологические и социально-психологические закономерности формирования непсихотических психических расстройств в условиях Сибири (онтогенетический и реабилитационный аспекты)» (№ Госрегистрации 01201281665).

Дизайн и методы были одобрены этическим комитетом ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН (протокол заседания ЛЭКа № 48 от 26 марта 2012 года; дело №48/1.2012). Родителям (законным представителям) детей, педагогам и учащимся старше 14 лет предлагалось заполнить информированное согласие. Была разработана и реализована программа исследования, состоящая из трех этапов (Рисунок 1).

На первом этапе осуществлялся отбор первичного материала при проведении сплошного обследования учащихся областных специализированных школ-интернатов, каждое из которых является единственным в соответствии с своим профилем территории Томска и

Томской области, и принимает на обучение и воспитание детей из города и областных районов.



Рисунок 1 Дизайн исследования психического здоровья детей с сенсорными нарушениями, учащихся коррекционных школ

Исследование не подразумевало наличие контрольной группы – психически здоровых детей без сенсорных нарушений. Сравнение с такой группой не входило в цель и задачи исследования в связи с очевидностью наличия отличий между такой группой и детьми с сенсорными нарушениями, у которых, согласно литературным данным (глава 1) и согласно полученным результатам, высока частота нарушений психического здоровья. Сравнение различных характеристик психического здоровья со здоровыми детьми не проводилось, учитывая также этические аспекты. Важным представлялось отследить динамику нарушений психического здоровья и сравнить различные характеристики с позиций, во-первых, различия между сенсорными расстройствами – групп детей с нарушениями зрения и слуха и, во-вторых, внутригруппового различия – при отсутствии психических расстройств, при наличии донозологических нарушений и при психических

расстройствах. Еще одной задачей было описание особенностей психических расстройств у детей с нарушениями слуха и зрения.

На втором этапе изучался клинико-психофеноменологический статус детей с сенсорными нарушениями, психологические особенности детей и подростков с сенсорными нарушениями, имеющими психические расстройства, определялся уровень психического здоровья ребёнка. Полученные клинические и психологические данные были формализованы, статистически обработаны. Результаты составили базис для осуществления заключительного этапа исследования.

На третьем этапе разрабатывались и внедрялись в практику принципы и программы реабилитации и психопрофилактики; осуществлялось клинико-катамнестическое исследование. Клинико-катамнестическим методом обследовано 80% детей и подростков, длительность катамнеза – 1-5 лет.

Учитывая относительную «закрытость» системы «школа-интернат», отдельно следует подчеркнуть важный аспект исследования – включённое наблюдение и обследование в привычной для детей с сенсорными нарушениями среде – в условиях специальных учреждений, с которыми заключались договоры о сотрудничестве. «Погружение» в условия проживания, воспитания, обучения, проведения досуга детей являлось условием для получения важной и достоверной информации об особенностях когнитивных процессов детей, поведения, межличностных взаимоотношений. Этот аспект исключал возможности возникновения и/или квалификации явлений дезадаптации у детей под влиянием других факторов – условий стационара, обследования в незнакомом медицинском учреждении; это особенно важно при работе с детьми младшего возраста и/или с нарушениями эмоциональной или интеллектуальной сфер. Это также играло значимую роль в установлении доверительных отношений с детьми, подростками, родителями и педагогами, восприятии ими исследователя как части привычного окружения.

Методологической основой исследования был системный – онтогенетический – биопсихосоциальный подход [33]. Главными методологическими принципами являлись:

- *принцип многоосевой классификационной системы*, основанный на диагностических критериях МКБ-10 [33, 102, 155];
- *принцип полидисциплинарной оценки диагноза*, предполагающий учёт биологических, психологических и социальных факторов, влияющих на формирование психических нарушений и расстройств, являющийся основой биопсихосоциальной модели [2, 94, 130, 185, 227, 228], лежащий в основе концепции функционального диагноза [98], и Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья ICF [274, 400, 408, 555, 556];
- *принцип клинико-динамической оценки состояния психического здоровья детей*, подразумевающий, что клинические особенности и проявления психических расстройств необходимо рассматривать на разных этапах патологического процесса [127], например, в структуре континуума от состояния здоровья к напряжению и последующему возможному срыву механизмов психической адаптации и далее к клинически развёрнутым формам невротических расстройств, расстройств личности [201, 200, 201];
- *принцип «диагностика как этап коррекции»* [106], заключающийся в необходимости осмысления диагностической задачи в контексте оптимизации коррекционной помощи ребёнку. Способствует максимальной индивидуализации проблем ребёнка, установлению их иерархии, что позволяет определить приоритеты в коррекционной работе в каждом конкретном случае, повысить точность и эффективность тех или иных воздействий;
- *принцип приоритета проведения терапии в естественных условиях* (школа, интернат, семья).

2.2 Характеристика клинического материала

В соответствии с поставленными задачами методом сплошной выборки было обследовано 368 учащихся 7-18 лет (1-12 классы) специализированных специальных (коррекционных) школ Томской области:

- 186 учащихся Областного государственного бюджетного образовательного учреждения «Школа-интернат для обучающихся с нарушениями слуха»; 100% имеют статус инвалида;

- 182 учащихся Томского областного государственного казённого образовательного учреждения Специальная (коррекционная) общеобразовательная школа-интернат № 33 для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья III-IV вида; 45% (82 чел) имеют статус инвалида;

- 280 родителей учащихся специальных школ;

- 74 педагога перечисленных школ (педагоги, педагоги-психологи, дефектологи, классные руководители, воспитатели).

Исследование проводилось в течение 2009-2015 гг., включало изучение психического здоровья учащихся школ с последующим наблюдением в динамике, консультирование родителей, определение уровней психического здоровья у членов педагогического коллектива.

Критериями включения в исследование были:

- наличие выраженных нарушений слуха и зрения (сенсоневральная тугоухость III- IV степени, глухота, врожденные аномалии органа зрения), обуславливающие обучение в специализированных (коррекционных) школах I, II, III, IV вида;

- получение информированного согласия на обследование от родителей (законных представителей) и от самого ребенка при достижении им 14 лет;

- возраст 7–18 лет;

- отсутствие обострения соматической патологии.

Критериями исключения являлись:

- отказ родителей (опекунов) и/или самого ребенка от участия в исследовании;
- возраст младше 7 и старше 18 лет;
- наличие психотических расстройств (однако, следует отметить, что таких учащихся не было);
- наличие острой или обострение хронической соматической патологии в период проведения исследования.

Отказалось от участия в исследовании 15% родителей детей, обучающихся в специализированных школах-интернатах. Не было никакого существенного различия по полу, возрасту, уровню образования между участвующими в исследовании и отказавшимися от него. Основными причинами, по которым родители отказывались от осмотра и консультации врача-психиатра, были: отсутствие, по мнению родителей, проблем с психическим здоровьем и поведением, нежелание обращаться к психиатру («мой ребенок не псих»), получение консультативной или терапевтической помощи у других специалистов. В динамике, 25% родителей, первоначально отказавшихся от консультации и обследования, давали согласие на участие ребенка в исследовании и обращались за помощью. Изменению ситуации способствовали выступления на родительских собраниях и школьных мероприятиях, информирование учителей, невозможность родителей самостоятельно справиться с проблемами психического здоровья детей.

Проверка распределения данных, касающихся возраста, с помощью критерия Колмогорова-Смирнова показало, что распределение отлично от нормального ($p < 0,01$), с учетом этого в таблице 1 представлены центральные тенденции и дисперсии этого показателя. Средний возраст детей двух групп значимо не отличался ($p = 0,39$ по критерию U Манна-Уитни).

Таблица 1 – Возрастные характеристики детей с сенсорными нарушениями

	N	Median	Min	Max	Quartile (25%-75%)
Дети с нарушением зрения	182	12,0	7,0	18,0	9,0-15,0
Дети с нарушением слуха	186	13,0	7,0	18,0	10,0-15,0

Характеристика исследуемой группы по полу представлена в таблице 2. В исследование включено 227 мальчиков (62%) и 141 девочка (38%).

Таблица 2 – Распределение учащихся по полу

	Дети с нарушениями зрения (n=182)		Дети с нарушениями слуха (n=186)		Дети с сенсорными нарушениями (n=368)
	абс	%	абс	%	
Мальчики	113***	62,1	114***1	61,3	227***2 (61, 7%)
Девочки	69	37,9	72	38,7	141 (38, 3%)
Итого	182	100	186	100	368 (100%)

Примечание: *** $\chi^2=21,27$, d.f.=1, p=0,0000, ***1 $\chi^2=18,97$, d.f.=1, p=0,0000, ***2 $\chi^2=40,2$, d.f.=1, p=0,0000

Мальчики значительно преобладали в обеих изучаемых группах. Эти данные соотносятся с результатами исследований, проведенных в разных странах, согласно которым нарушения слуха в детском возрасте чаще встречаются у мальчиков, чем у девочек [282, 306, 405, 506], хотя некоторыми исследователями статистическое преобладание какого-либо пола в распространённости нарушений слуха не выявлено [270]. Распространённость нарушений зрения широко варьируется в разных странах. По данным Yamamah G. A. с соавторами (2015) и Sun H. P., с соавторами, распространённость нарушений зрения была значимо выше среди девочек [510, 560].

В изучаемой выборке среди детей с нарушением зрения было примерно равное количество 7-12-летних и 13-18-летних, а среди детей с нарушениями

слуха значимо преобладали учащиеся старшего возраста ($\chi^2=7,27$, d.f.=1, $p=0,007$) (таблица 3).

Таблица 3 – Распределение детей и подростков с сенсорными нарушениями по возрасту

Возраст	Дети с нарушениями зрения (n=182)		Дети с нарушениями слуха (n=186)		Итого (n=368)
	абс	%	абс	%	
7-12 л.	92	50,5	80	43	172 (46,7%)
13-18 л.	90	49,5	106***	57	196(53,3%)
Итого	182	100	186	100	368 (100%)

Примечание: *** - значимость, $\chi^2=7,27$, d.f.=1, $p=0,007$

Коррекционные образовательные учреждения №15 и №33 являются областными и принимают на обучение и воспитание детей из Томска и Томской области. Среди детей с сенсорными нарушениями большая часть – почти 70% – жители областного центра, 30% – жители сельской местности (таблица 4). Значимо чаще ($p=0,03$) в селах проживают дети с нарушениями слуха.

Таблица 4 – Проживание детей с сенсорными нарушениями

	Дети с нарушениями зрения (n=182)		Дети с нарушениями слуха (n=186)		Итого (n=368)
	абс	%	абс	%	
Село	46	25,3	66*	35,5	112 (30,4%)
Город	136	74,7	120	64,5	256 (69,6%)
Итого	182	100	186	100	368 (100%)

Примечание: *- значимость $p=0,03$, d.f.=1, $\chi^2=4,53$.

Количество детей в семьях, имеющих детей с нарушениями слуха или зрения, представлено на рисунках 2,3.



Рисунок 2. Количество детей в семьях, имеющих детей с нарушениями зрения



Рисунок 3. Количество детей в семьях, имеющих детей с нарушениями слуха

В среднем, в семьях детей с сенсорными нарушениями было 2 (Me) ребёнка. В исследуемой выборке, независимо от сенсорного дефекта, ребёнок с нарушением развития – это, чаще, первый ребенок в семье (Me 1; 64%), 31% детей имеют старшего брата или сестру, остальные родились третьим или четвертым ребёнком.

Также были изучены данные раннего анамнеза, семейная отягощённость по сенсорному дефекту и психической патологии и соматический статус детей с сенсорными нарушениями (таблицы 5-6 и рисунок 4). Использовались сведения, полученные при консультации родителей и педагогов, из личных дел учащихся, амбулаторных карт, заключений психолого-медико-педагогических комиссий. В 81,8% случаев беременность матери протекала с осложнениями, в 74,5% случаев – осложненное течение родов (таблица 5). Отмечались следующие состояния: токсикозы, угроза прерывания, гипертония матери, недоношенность II–IV степени, хроническая гипоксия плода, внутриутробные инфекции, никотиновая и/или алкогольная интоксикация плода, асфиксия в родах, обвитие пуповиной, быстрые/стремительные роды, роды кесаревым

сечением. Частота встречаемости этих состояний может быть даже несколько выше в связи с отсутствием достоверных сведений о раннем анамнезе некоторых детей (воспитываемых опекунами, из «неблагополучных» семей).

Таблица 5 – Биологические факторы риска возникновения основной патологии у детей с сенсорными нарушениями

Фактор риска	Дети с нарушениями зрения (n=182)	Дети с нарушениями слуха (n=186)	Всего (n=386)
Патология беременности	142 (78,02%)	159 (85,48%)	301 (81,79%)
Патология родов	134 (73,62%)	140 (75,27%)	274 (74,46%)
Перенесенные травмы, интоксикации в раннем возрасте	109 (59,89%)	113 (60,75%)	222 (60,33%)
Семейная отягощённость по основному заболеванию	32 (17,58%)	27 (14,51%)	59 (16%)
Наличие психических расстройств у родителей	14 (7,69%)	32** (17,20%)	46 (12,5%)

Примечание: ** - значимость $p=0,058$, $\chi^2=7,61$, d.f.=1

Значимых различий между группами относительно семейной отягощённости по основному заболеванию не выявлено. У 17.6% детей с нарушениями зрения родители или близкие родственники (родные братья, сёстры, дедушки, бабушки) имеют ту же патологию (сведения получены из бесед с родителями, амбулаторных карт и медицинских заключений). 14,5% детей с нарушением слуха воспитываются глухими/глухонемыми родителями, основная часть из них – воспитанники той же школы-интерната. Среди психических расстройств родителей чаще всего встречались расстройства личности, олигофрения, аффективные расстройства. Показатель распространенности психических расстройств у родителей детей изучаемой группы, вероятно, является более высоким. Это связано как с отсутствием достоверных сведений о семейном анамнезе некоторых детей, так и с этическими аспектами и предпочтениями некоторых родителей не сообщать все сведения о состоянии собственного здоровья. Психические заболевания

родителей статистически чаще встречались в группе детей с нарушениями слуха ($p=0,0058$). Аспекты аддиктивных проблем родителей детей с сенсорными нарушениями обсуждаются в главе 5.

При наличии семейная отягощённость по основному заболеванию у детей с нарушением слуха определяется значимое ($p<0,01$) повышение частоты алекситимии, а у детей с нарушениями зрения – частоты повышенного уровня тревоги ($p<0,05$) и страхов ($p<0,01$). У детей, родители которых страдают психическими расстройствами, чаще определялась алекситимия ($p<0,01$), признаки аддиктивного поведения – они чаще курили ($p<0,001$) и регулярно употребляли алкоголь ($p<0,05$).

В раннем возрасте 60,3% детей перенесли тяжелые интоксикации или травмы, включая черепно-мозговые травмы, тяжелые инфекционные заболевания (менингит, грипп, отит) с терапией антибактериальными препаратами, оперативные вмешательства (в том числе по поводу сенсорного дефекта) с применением общей анестезии. Для части детей, особенно с нарушением слуха, эти факторы явились этиологическими в развитии основного заболевания.

В контексте изучения влияния сенсорного дефекта на развитие ребёнка также исследовались особенности раннего онтогенеза (рисунок 4). Половина детей с нарушениями зрения (49,5%-90 чел) развивались в соответствии с возрастными нормами, отставание в психическом и/или физическом развитии наблюдалось у 26,9% (49 чел), дисгармоничное развитие – у 23,6% (43 чел).

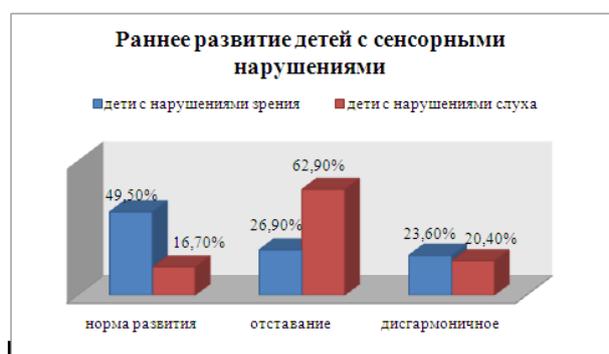


Рисунок 4. Характеристика раннего развития детей с сенсорными нарушениями

У детей с нарушениями слуха нормативное развитие отмечалось значимо реже ($p=0,0000$, $\chi^2=45,93$) – у 31 ребенка (16,7%), в то время как отставание значимо чаще ($p=0,0000$, $\chi^2=48,09$) – у 117 детей (62,9%). Дисгармоничное развитие отмечалось в 20,4% (38 чел). Дефект слуха, обуславливая вторично дефекты речи и мышления, в сравнении с дефектом зрения, более негативно влияет на развитие ребёнка.

Анализ времени диагностики нарушений слуха у детей показал, что в 45% случаев дети были поставлены на учет врача-сурдолога после 3 лет, т. е. позже критического возраста (1–2 года), а диагностика нарушений слуха в возрасте до 1 года жизни производилась всего в 5 %. Самыми частыми причинами поздней диагностики являлись несвоевременное обращение к врачу и запаздывание аудиологического обследования ребенка. Аудиологический скрининг всех новорожденных, родившихся в условиях городских родильных домов, впервые в России, начал проводиться в Томске с декабря 2006 года, т.е. позже рождения большинства детей изучаемой выборки.

Все дети с сенсорными нарушениями из исследуемой группы, помимо основного заболевания, имеют сопутствующую соматоневрологическую патологию (таблица 6). Чаще выявлялась неврологическая патология, болезни опорно-двигательной системы и хронические респираторные заболевания.

Таблица 6 – Сопутствующая соматическая патология у детей с сенсорными нарушениями

Заболевания	Дети с нарушениями зрения (n=182)	Дети с нарушениями слуха (n=186)	Всего
Неврологические заболевания	135 (74,18%)	142 (76,34%)	277 (75,27%)
Эндокринная патология	53** (29,12%)	32 (17,20%)	85 (23,10%)
Сосудистые заболевания	48 (26,37%)	39 (20,97%)	87 (23,64%)
Болезни кожи	24 (13,19%)	15 (8,06%)	39 (10,60%)
Хронические респираторные	82 (45,05%)	69 (37,10%)	151 (41,03%)

заболевания			
Заболевания желудочно-кишечного тракта	46 (25,27%)	46 (24,73%)	88 (23,91%)
Болезни опорно-двигательной системы	82 (45,05%)	78 (41,94%)	160 (43,48%)
Другие хронические соматические заболевания	34 (18,68%)	22 (11,23%)	56 (15,22%)
Болезни органа зрения	182 (100%)	65 (34,95%)	247 (67,12%)

Примечание: ** - значимость $p = 0,0067$, $\chi^2 = 7,35$, d.f. = 1

Значительная часть – 74,2% детей с нарушениями зрения и 76,3% детей с нарушениями слуха – имели сопутствующую неврологическую патологию, относящуюся к группе резидуально-органических расстройств (энцефалопатия, миотонический синдром, гипертензионный синдром, хроническая цервикальная недостаточность). По определению Ю. С. Шевченко, «перинатальная энцефалопатия», отмечаемая в анамнезе большинства пациентов, по поводу которой они до года (или позже) наблюдались у детского невролога, после чего были сняты с учёта, констатируя в неврологическом статусе наличие «рассеянной резидуально-органической микросимптоматики», никуда не исчезает [237]. Её влияние проявляется в изменённой реактивности и сниженной устойчивости мозга в отношении экзогенных вредностей и перегрузок. В сравнении с группой детей с сенсорными нарушениями без психических расстройств, неврологическая патология статистически чаще выявлялась при наличии сопутствующего органического расстройства ($p < 0,001$, $\chi^2 = 4,17$), специфических расстройств психического развития ($p < 0,01$, $\chi^2 = 3,06$), умственной отсталости ($p < 0,01$, $\chi^2 = 3,17$).

Энурез (F98.0) встречался в 3,8% случаев от всей группы детей (14 чел), из них у 5 слабовидящих детей (2,75%) и 9 детей с нарушениями слуха (4,84%). Патология опорно-двигательного аппарата (нарушение осанки, сколиоз, плоскостопие) у детей с нарушениями зрения отмечена в 45% случаев, у детей с нарушениями слуха – в 42 %. Чаще выявлялись: нарушение осанки, плоскостопие, сколиоз.

Структура семей детей с сенсорными нарушениями представлена в таблице 7. Значимых различий между группами детей не выявлено ($p > 0,05$).

Таблица 7 – Структура семей детей с сенсорными нарушениями

	Тип семьи	Дети с нарушением зрения (n=182)		Дети с нарушением слуха (n=186)		Итого	
		абс	%	абс	%	абс	%
1	Полная семья	93	51,09	94	50,54	187	50,82
2	Неродной родитель	18	9,90	21	11,29	39	10,60
3	Неполная семья	52	28,57	57	30,65	109	29,62
4	Воспитание опекуном	11	6,04	9	4,84	20	5,43
5	Приёмная семья	3	1,65	-	-	3	0,81
6	Сироты (д. дом)	5	2,75	5	2,68	10	2,72
	Итого	182	100	186	100	368	100

В полной семье воспитывается только половина детей с сенсорными нарушениями. Среди семей с нарушенной структурой чаще встречаются воспитание в неполной семье (почти 30%), неродным родителем (10,6%) и опекуном (5,4%).

Таким образом, исследованная когорта детей характеризовалась преобладанием лиц мужского пола, 70% детей проживали в городе, в селе чаще проживали дети с нарушениями слуха; независимо от вида дефекта, ребёнок с сенсорным нарушением – это, чаще, первый ребенок в семье; среди всех семей – 50% полные, 30% детей воспитываются в неполной семье, 10,6% детей – неродным родителем, 5,4% – опекунами. Беременность матери в 81,8% случаев протекала с осложнениями, осложнённое течение родов отмечалось в 74%. Наследственность по сенсорному заболеванию была отягощена у 16% детей, 12,5% родителей имели психические расстройства, значимо чаще – родители детей с нарушениями слуха. В раннем возрасте 60,3% детей перенесли тяжелые интоксикации или травмы. Все дети исследуемой группы, помимо основного заболевания, имели сопутствующую соматическую патологию, чаще встречались: неврологическая патология (75,27%), болезни опорно-двигательной системы (43,5%), хронические

респираторные заболевания (41%). У большей части детей отмечалось отставание в раннем развитии или дисгармоничное развитие.

2.3 Методы исследования

Исследование предполагало сочетание количественных и качественных методов, с использованием методологической триангуляции, т.е. совмещения нескольких стратегий сбора и анализа данных в рамках одного исследования [317,340]. Это позволяет рассмотреть изучаемый предмет с нескольких точек зрения и, тем самым, развить более глубокое и полное его понимание, отразить значение субъективной составляющей в исследовании [147,148]. Для решения поставленных задач были использованы следующие методы:

1. клинический:
 - клинико-психопатологический (оценка клинического состояния детей на различных этапах исследования).
 - клинико-динамический (оценка динамики клинических и социально-психологических характеристик учащихся)
 - клинико–катамнестический (оценка динамики клинических и социально-психологических характеристик на фоне предложенных реабилитационных программ);
2. психологический. Были использованы следующие шкалы и опросники:
 - шкала явной тревожности для детей CMAS (The Children's Form of Manifest Anxiety Scale),
 - шкала агрессивности Басса-Дарки,
 - шкала депрессии для детей Maria Kovacs – Child Depression Inventory [391, 392],
 - опросник качества жизни PedsQL 4.0 Generic Core Scales, Modules (соглашение с Mari Research TRUST (Франция) на использование в научных целях PedQL 4.0 от 13.09.2013 г., приложение 8)

- опросник для выявления суицидального риска [120] (патент «Способ выявления суицидального риска для последующей коррекции у подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата и сенсорными нарушениями, сопровождающимися расстройствами психологического развития, учащиеся коррекционных школ», Куприянова И.Е., Дашиева Б.А., Карауш И.С., патент РФ № 2013152564/14(082016), положительное решение ФИПС от 16.10.2014 г).
- шкала алекситимии (заявка на изобретение «Способ выявления алекситимии для последующей коррекции у подростков с сенсорными нарушениями, сопровождающимися расстройствами психологического развития», Куприянова И.Е., Карауш И.С., Дашиева Б.А., приоритетная справка №2015114744 от 20.04.2015)
- проективные методы: тест Люшера, рисуночные тесты («Рисунок семьи», тест «Дом, дерево, человек»)

Для группы родителей детей с сенсорными нарушениями использовались:

- оценка качества жизни («Роза качества жизни» И.А. Гундарова [58])
- шкала тревоги Гамильтона

Для группы педагогов коррекционных школ использовались:

- оценка качества жизни («Роза качества жизни» И.А. Гундарова [58])
- шкала тревоги и депрессии HADS
- опросник на выявление синдрома эмоционального выгорания К. Маслач, С. Джексон (в адаптации Н. Е. Водопьяновой)

3. Статистический (программа STATISTICA/ v. 8.0).

2.3.1 Клинический метод

Клинический метод являлся основным в исследовании, включая клиническое интервью с ребенком, наблюдение за его поведением в разных

ситуациях – на занятиях, во время трудовой и игровой деятельности, при общении со сверстниками и родителями, на сеансах психотерапии. Обследование включало выявление психопатологических симптомов, что дает основные сведения для диагностики психического заболевания, с помощью него изучаются общие закономерности и природа психических расстройств [140]. Клинико-психопатологический (клинико-описательный) метод является основой самого предмета в психиатрии, наиболее адекватно и целостно выясняет патогенетическую природу и не может быть заменён никакими инструментальными методами [169, 193], он должен базироваться на феноменологическом подходе, позволяя объективизировать субъективные переживания, приводя их текстуально в качестве примеров [193].

Речевое общение было основным средством связи со всеми детьми с нарушениями зрения и слабослышащими; общение с глухими детьми проходило в письменном виде (вопросы и ответы), при затруднениях понимания ребёнком письменной речи – с участием сурдопереводчика. Беседы с глухими родителями также проходили с участием сурдопереводчика.

Изучение психического статуса ребёнка включало характеристику достигнутого уровня психофизического развития, определение наличия или отсутствия симптомов нарушения психического здоровья и состояния психосоциальной адаптации [12]. Интервью с родителями учащихся было расширенным, включало вопросы, касающиеся основного заболевания и состояния психического здоровья (в динамике), особенностей семейного функционирования, общения в школе и дома. Интервью с педагогами специализированных школ также способствовало получению дополнительной информации об особенностях учебной и игровой деятельности, поведения. В условиях малой наполняемости классов, длительного пребывания детей в учебном заведении учителя и воспитатели, как правило, хорошо знают собственных воспитанников, их семейную ситуацию, особенности взаимодействия со сверстниками. Педагоги имеют

возможность дать характеристику ребенка как в сравнении со сверстниками, так и в динамике индивидуального развития. Необходимо учитывать возможную субъективность таких характеристик, однако в целом, учителя в своих оценках менее субъективны, чем родители [29]. Привлечение учителей особенно уместно в условиях коррекционного обучения ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Разработанный в отделении профилактической психиатрии НИИ психического здоровья опросник-анкета для учителя – в приложении 2.

С целью систематизации первичных эмпирических данных использовалась базисная карта клинических исследований отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья, адаптированная с учетом специфики контингента респондентов (приложение 1). Базисная карта включала следующие разделы: анамнестические данные, макро- и микросоциальные характеристики, характеристика основного заболевания (возраст к моменту начала заболевания, длительность заболевания на момент выявления, проводимая терапия и т. д.), сведения о родителях: возраст, уровень образования, социально-профессиональный статус, наличие сенсорных, психических и/или других тяжёлых (инвалидизирующих) заболеваний, аддиктивных проблем; результаты психологического тестирования ребёнка.

2.3.2 Психологические методы

Для оценки таких характеристик психического здоровья, как уровень тревоги, депрессии, агрессии, качества жизни, актуального эмоционального состояния применялись психологические методы, отобранные с учётом следующих критериев: информативность, валидность, доступность для детей с интеллектуальными и сенсорными нарушениями.

Шкала депрессии для детей Марии Ковак CDI Children`s Depression Inventory М.Kovacs [391, 392] предназначена для выявления уровня

депрессии у детей и подростков 7–17 лет, широко используется во всем мире для выявления групп риска среди детей и подростков [264, 299, 339, 368, 503], в России валидизирована С.В. Воликовой, О.Г. Калина, А.Б. Холмогоровой [44]. Шкала, по утверждению автора, является «чувствительной к изменениям в психическом статусе при различной психиатрической патологии, а также может отражать динамику депрессивных симптомов» [392]. Одним из преимуществ, позволяющим определить вероятность и глубину депрессивных реакций, является оценка психического состояния по пяти шкалам – «Негативное настроение», «Межличностные проблемы», «Неэффективность», «Ангедония», «Негативная самооценка», определяющим значимость тех или иных симптомов в клинической картине. Для исключения ложноотрицательной диагностики полученные данные нужно сопоставлять с другими источниками информации [47].

С целью изучения *уровня тревоги* у детей с сенсорными расстройствами применялась шкала явной тревожности для детей CMAS (The Children's Form of Manifest Anxiety Scale), разработанная A. Castaneda, B. R. Mccandless, D.S. Palermo на основе шкалы явной тревожности (Manifest Anxiety Scale) Дж. Тейлор [295, 386, 406]. В России адаптация детского варианта шкалы проведена А.М. Прихожан [181]. Детский вариант шкалы доказывает высокую клиническую обоснованность и продуктивность ее применения для широкого круга диагностических задач [173, 174]. Шкала выявляет поведенческие, соматические и психические составляющие тревожности как относительно устойчивого свойства личности и реакции на ситуацию у детей 8-12 лет. В связи с особенностями изучаемого контингента (инфантилизм, интеллектуальные и когнитивные нарушения) в настоящем исследовании данная шкала использовалась у детей до 18 лет.

При исследовании *качества жизни* (КЖ) рекомендуется придерживаться стандартных принципов с использованием международных педиатрических инструментов, а оптимальным инструментом оценки КЖ

детей 3-17 лет является общий опросник PedsQL™ [43, 159, 458, 543]. Он прошёл мультицентровые исследования в разных странах мира и доказал свою чувствительность для оценки качества жизни детей и подростков. Опросник PedsQL™ имеет формы оценки для детей и их родителей; прост и доступен для понимания детьми, включает оценку физического, эмоционального, социального и школьного функционирования.

Шкала агрессивности Басса-Дарки предназначена для качественной и количественной диагностики агрессивных и враждебных реакций в межличностном взаимодействии дома, в процессе обучения, негативные чувства и оценки. Данный опросник широко распространен в зарубежных исследованиях, которые подтверждают его высокие показатели валидности и надёжности, и в отечественных работах [22, 70, 72]. Агрессивность, как свойство личности, и агрессия, как акт поведения, могут быть поняты в контексте целостного психологического анализа мотивационно-потребностной сферы личности, поэтому опросником Басса-Дарки следует пользоваться в совокупности с другими методиками.

С целью определения группы суицидального риска среди подростков с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся в коррекционных школах был разработан *опросник для выявления суицидального риска* [120]. Разработанный опросник отличается более доступной формулировкой вопросов для восприятия лицами с указанной патологией, минимальным количеством вопросов (12), достаточным для выявления психологических феноменов и признаков суицидального поведения и степени суицидального риска (приложение 4).

Для выявления алекситимических черт использовалась *шкала алекситимии*. При попытке использования русскоязычной версии шкалы алекситимии TAS-20 у подростков, имеющих интеллектуальные нарушения, отмечались затруднения в понимании формулировок, также обусловленные психологическими особенностями подростков. Поскольку алекситимия является значимым фактором риска психосоматических заболеваний и

аддиктивных расстройств, одной из задач исследования было создание оптимального инструмента для её выявления у подростков с расстройствами психологического развития с целью последующей коррекции. Традиционное изложение данной шкалы было модифицировано с сохранением смыслового значения формулировок при обеспечении доступности их понимания детьми с интеллектуальными нарушениями (приложение 5). Число предлагаемых вопросов было минимальным – 16, но достаточным для выявления алекситимических черт и признаков. При составлении шкалы сохранены пропорции включения вопросов, отражающие три составляющие алекситимии: трудности идентификации чувств (вопросы 1,3,6,7,8,15), трудности описания чувств (вопросы 2,4,10,11,14) и внешне-ориентированный тип мышления (вопросы 5,9,12,13,16). Шкала использовалась у детей старше 10 лет.

Предложенные опросник и шкала оказались доступными для подростков с интеллектуальными нарушениями, не требовали значительного количества времени и длительного напряжения органа зрения; могут быть рекомендованы для проведения психологических и клинических исследований в условиях коррекционной школы.

2.3.3 Проективные методы

Для диагностики актуального эмоционального состояния использовался *цветовой (восьмицветный) тест Люшера*, характеризующий уровень удовлетворенности актуальных потребностей [8, 135, 203, 230]. Возможности интерпретации результатов метода существенно расширяются при подсчете количественных показателей – вегетативного коэффициента К. Шипоши и суммы отклонений от аутогенной нормы по А.И. Юрьеву [219, 241].

С целью определения восприятия ребёнком характера внутрисемейных отношений использовался *тест «Рисунок семьи»* [65]; степень развития

изобразительных навыков, стадию изобразительной деятельности, на которой находится ребенок, особенности актуального эмоционального состояния оценивались с помощью теста «Дом-Дерево-Человек» [27, 198]. Форма применения проективных методик во всех случаях была индивидуальной. Это обусловлено как спецификой контингента – сенсорными и психическими расстройствами детей, так и преимуществами индивидуального обследования – возможность фиксации последовательности рисования элементов, вербальных и невербальных особенностей поведения, непосредственный эмоциональный контакт с ребёнком, создание обстановки доверия, что помогает определению проблем-мишеней для последующей психотерапии [198]. Данная форма работы соответствует принципу «диагностика как этап коррекции».

Психологические методы исследования дополнили полученные при клиническом обследовании сведения и предоставили дополнительную значимую информацию для понимания причин, характера психологических проблем у детей с сенсорными нарушениями и для определения мишеней для психотерапевтического и психокоррекционного воздействия. В части случаев необходимость заполнения нескольких опросников и шкал, сложные и продолжительные по времени задания и тесты вызывали реакции утомления, раздражения, негативизм. В таких случаях шкалы и опросники предлагались дробно, в течение ряда последовательных встреч, чередовались с игровыми моментами. Часть детей, имеющих интеллектуальные затруднения (умственная отсталость, смешанные специфические расстройства развития), затруднялись в заполнении шкал в связи с недоступностью понимания смысла вопросов. Предъявление шкал и опросников проходило в индивидуальном порядке, учитывались особенности сенсорной сферы и мышления (слабовидящим и слепым детям вопросы зачитывались, при интеллектуальных затруднениях давались пояснения смысла ряда понятий и т.п.). Если даже после неоднократных пояснений ребенок затруднялся с

ответами на вопрос, исследование по клинической шкале признавалось неинформативным и прекращалось.

2.3.4 Статистические методы

Результаты исследования обрабатывались статистически с использованием программы STATISTICA v.8.0. Проверка гипотезы о нормальности распределения осуществлялась в отдельных группах сравнения с помощью критериев Колмогорова-Смирнова, Лиллиефорса и Шапиро-Уилкса в зависимости от объёма выборки. Практически во всех группах распределение признаков было признано отличным от нормального, поэтому для анализа количественных признаков применялись непараметрические методы, учитывая, что они могут использоваться «...независимо от вида распределения и ... более надежны в случаях, когда есть сомнения в том, что анализируемый признак имеет нормальное распределение» [150]. Результаты анализа количественных параметров представлены в виде средних (M – Mean), медианы (Me – Median), квантили $Q_{25\%}$; $Q_{75\%}$ (частота попадания значений переменной в интервалы 25%, 50%, 75%). Последние два показателя использованы с учётом того, что «...стандартное отклонение не приспособлено для распределений, отличных от нормального» [150], а центральные тенденции и дисперсии количественных признаков, не имеющих приближенно нормального распределения, следует описывать медианой и интерквартильным размахом [150, 187]. При анализе качественных признаков использовались абсолютная и относительная частоты.

При определении распределения как приближенного к нормальному ($p > 0,05$), центральные тенденции и рассеяния количественных признаков описывались средними значениями (M), средним квадратичным отклонением (s) и определением доверительного интервала ДИ (95%).

Для сопоставления двух групп по количественным признакам использовался непараметрический U критерий Манна-Уитни и, реже, критерий Колмогорова-Смирнова [187]. Для анализа показателей распространенности использовался критерий χ^2 с определением уровня значимости p и числа степеней свободы d.f.

Для оценки связи бинарного признака с количественными и качественными признаками (факторами) и построения модели прогнозирования вероятности наступления признака с учетом отличного от нормального распределения использовался логистический регрессионный анализ [187]. Для определения, какие переменные отличают (дискриминируют) исследуемые совокупности (группы) использовался дискриминантный анализ.

Для оценки взаимосвязи между количественными переменными, если как минимум, одна из них не является нормально распределённой, использовался корреляционный анализ с расчетом непараметрического коэффициента Спирмена (R)[242], который показывал направление и степень выраженности взаимосвязи переменных. За значимые принимались корреляционные связи при значениях коэффициента корреляции $R = 0,3-1,0$ при достоверности уровня различий $p < 0,05$. Рассчитанная корреляционная матрица являлась исходным элементом для дальнейших расчётов с помощью факторного анализа. Были учтены обязательные условия факторного анализа: использовались только количественные признаки; число наблюдений более чем в два раза превышало число переменных; выборка была однородна; факторный анализ осуществлялся по коррелирующим переменным [93,243]. Таким образом полученное количество переменных сводилось к меньшему количеству независимых влияющих величин – факторов. В один фактор объединялись переменные, сильно коррелирующие между собой. Для создания более упрощенной структуры и лучшей интерпретации использовалось вращение факторов [153], а именно один из основных методов вращения – ортогональное, сущность которого заключается в том,

что при вращении остаётся верным предположение о независимости факторов. Из ортогональных методов использовался метод варимакс, с помощью которого минимизируется количество переменных, имеющих высокие нагрузки на данный фактор, при этом максимально увеличивается дисперсия фактора. Это способствует упрощению описания фактора за счёт группировки вокруг него только тех переменных, которые в большей степени с ним связаны [73].

Глава 3

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ С СЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Методологической основой оценки клинической картины послужили: МКБ 10 и положения о донозологических расстройствах (психоадаптационных и психодезадаптационных состояниях, ПАС и ПДАС) [155, 192, 199, 194, 200], применённые относительно детско-подросткового контингента. При оценке клинического статуса детей учитывалось, что, «...в отличие от взрослых, психические расстройства у них почти никогда не представляют собой завершённого, монолитного психического синдрома, они рудиментарны, изменчивы, то исчезают, то появляются вновь, иногда ограничиваются одним-двумя очевидными симптомами...» [84]. Основным используемым методом был клинический, также проводилось наблюдение за детьми в условиях, естественных для ребенка – во время игровой, учебной деятельности, участия в различных мероприятиях. Необходимо отметить определенные трудности сбора анамнеза и жалоб у ребенка, имеющего сочетание сенсорного, речевого и интеллектуального недоразвития. Часто дети не предъявляют жалоб не из-за отсутствия проблем с психическим здоровьем или психологических проблем, а вследствие неумения точно характеризовать и анализировать свои ощущения и эмоции; ограниченности словарного запаса и/или умения формулировать собственные мысли. Так, например, десятилетний слабовидящий мальчик на вопрос анкеты-опросника «Бывает ли, что у тебя часто что-нибудь болит?» ответил утвердительно, на вопрос «Что?» ответил «не знаю». Были ситуации, когда дети, не имея стереотипа информирования близких о собственных проблемах или имея негативный предыдущий опыт, стеснялись или боялись говорить о собственных чувствах и эмоциях. При проведении клинического интервью и последующих психотерапевтических занятий в таких случаях использовался

особый подход (гибкость, недирективность), открытые и проективные вопросы в соответствии с ситуацией, придумывание и рассказывание историй и т.д.

Спектр психических расстройств и нарушений у детей с сенсорными нарушениями представлен в таблице 8. Среди слабослышащих и глухих детей психические расстройства выявлены у большинства учащихся; преимущественно это смешанные специфические расстройства развития, умственная отсталость и органические расстройства. У детей с нарушением зрения чаще отмечались донозологические состояния, смешанные специфические расстройства развития, органические расстройства.

Таблица 8 – Психическое здоровье детей с сенсорными нарушениями

Нозология	Дети с нарушениями зрения (n=182)	Дети с нарушениями слуха (n=186)	Всего (n=368)	Уровень значимости	Значение χ^2 при d.f.=1
Норма псих. развития	27 (14,84%)	6 (3,23%)	33 (9%)	p=0,0001	$\chi^2=15,19$
Донозологические расстройства (психодезадаптационные состояния)	41 (22,53%)	3 (1,61%)	44 (12%)	p=0,0000	$\chi^2=38,22$
Аффективные расстройства F 3	3 (1,65%)	-	3 (0,8%)	-	-
Невротические, связанные со стрессом расст-ва F 4	9 (4,95%)	-	9 (2,44%)	-	-
Псих. расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга F06	35 (19,23%)	14 (7,52%)	49 (13,32%)	p=0,001	$\chi^2=10,92$
Умственная отсталость F 70-79	6 (3,30%)	40 (21,51%)	46 (12,5%)	p=0,0000	$\chi^2=27,89$
Специфические расстройства психического развития (F 81, F 83)	37 (20,33%)	119 (63,98%)	156 (42,4%)	p=0,0000	$\chi^2=71,77$
Гиперкинетические расстройства F 90	24 (13,19%)	4 (2,15%)	28 (7,6%)	p=0,0001	$\chi^2=15,94$
Расстройства развития речи F 80	37 (20,33%)	176 (94,63%)	213 (57,88%)	p=0,0000	$\chi^2=208,27$

Таким образом, в имеющейся когорте детей можно выделить две группы – дети с сенсорными нарушениями без психических расстройств 77 чел – 20,9% (включая 68 детей с нарушениями зрения и 9 детей с нарушениями слуха) и дети с сенсорными нарушениями, имеющие те или иные психические расстройств – 291 чел – 79,1% (включая 114 детей с нарушениями зрения и 177 детей с нарушениями слуха). Среди детей, относящихся к группе «без психических расстройств», 57% детей имеют психодезадаптационные состояния.

Спецификой дефекта детей с нарушениями слуха является высокая частота возникновения речевых расстройств – у 94,6% выявлены расстройства речевого развития, обусловленные основным заболеванием. У 27,7% детей с сенсорными нарушениями выявлялась сочетанная психическая патология – 2 психиатрических диагноза (таблица 9). Значимо чаще сочетанная патология определялась у детей с нарушениями слуха.

Таблица 9 – Наличие двух и более психиатрических расстройств у детей с сенсорными нарушениями

Нозология	Дети с нарушениями зрения (n=182)	Дети с нарушениями слуха (n=186)	Всего (n=368)	Уровень значимости	Значение χ^2 при d.f.=1
Всего	37 чел (20,3%)	71 чел (38,2%)	108 чел (29,3%)	p=0,002	14,12

Рисунки 5-6 представляют перечень состояний и расстройств, которые определялись «вторым» психиатрическим диагнозом.

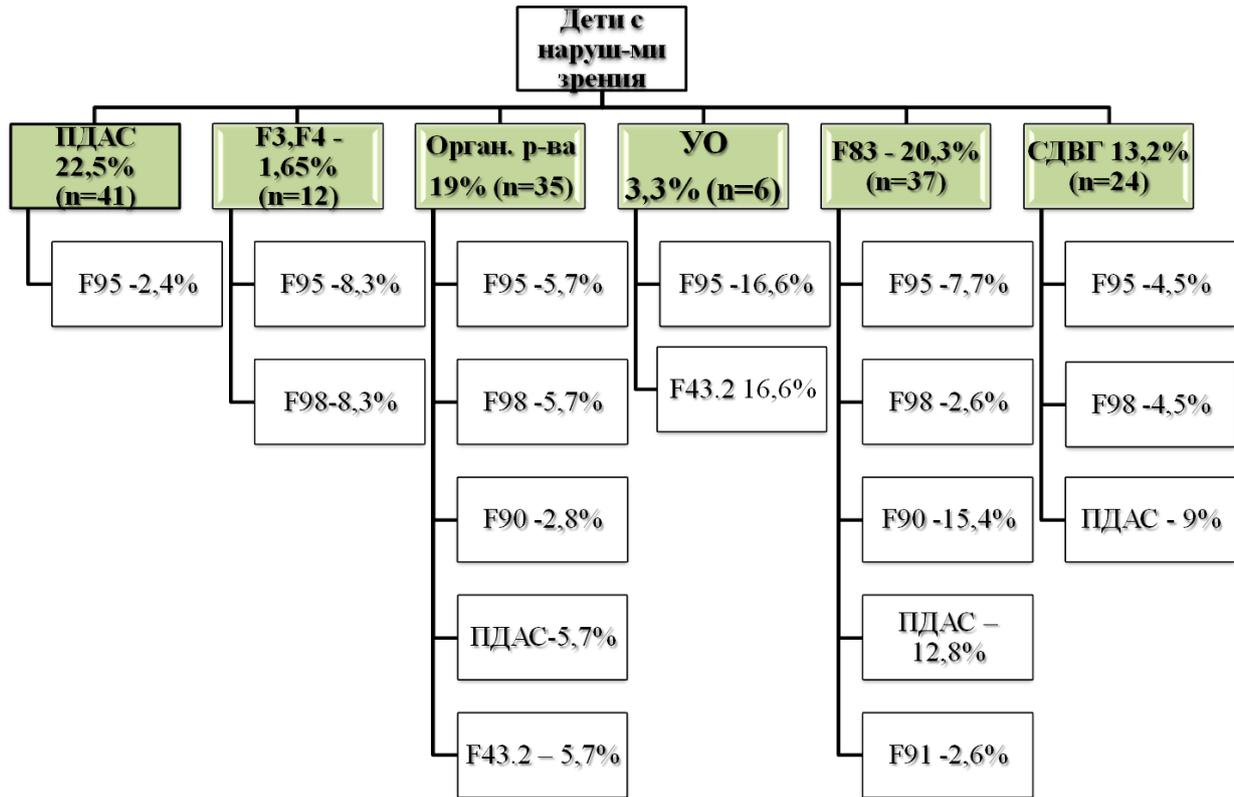


Рисунок 5 Основные и сопутствующие психиатрические диагнозы детей с нарушениями зрения

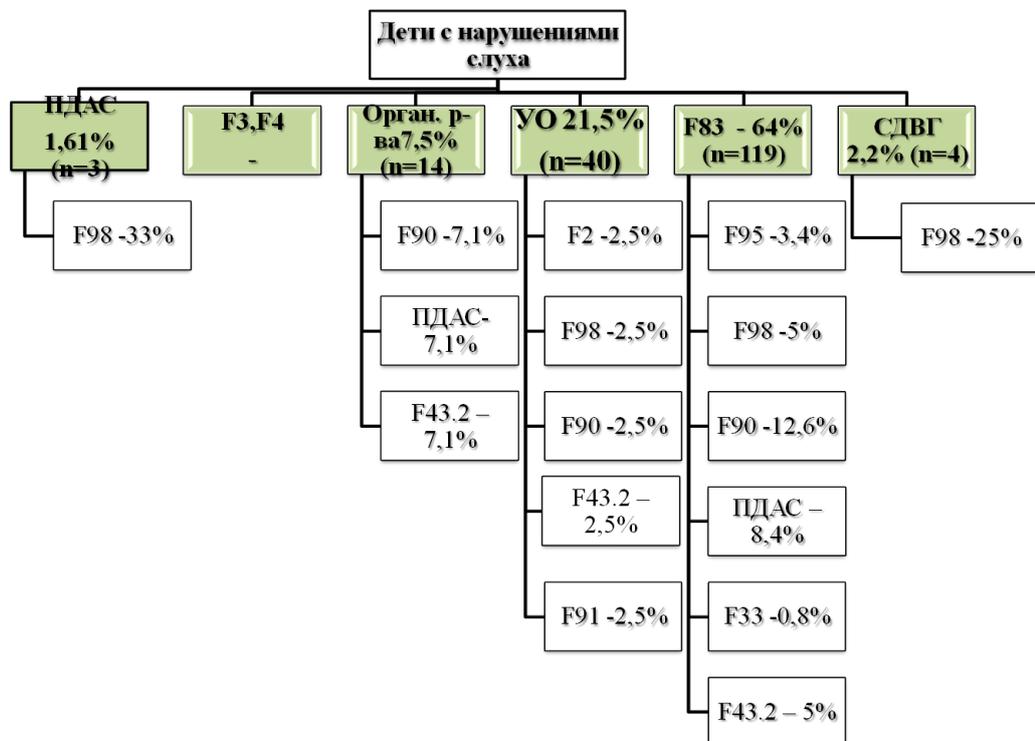


Рисунок 6. Основные и сопутствующие психиатрические диагнозы детей с нарушениями слуха

В целом, характеризуя психическое здоровье детей с сенсорными нарушениями, можно выделить три основные группы расстройств или нарушений:

1. Относительно стабильные («фоновые») состояния (расстройства психического развития, умственная отсталость, речевые расстройства, органические расстройства, СДВГ), нуждающиеся в длительной медико-психолого-педагогической коррекции.

2. Психодезадаптационные состояния – астенический, психовегетативный или дистимический варианты, возникающие как реакция на изменения внешней (социальной) ситуации.

3. Невротические и аффективные расстройства.

Состояния и заболевания 2 и 3 групп у детей с сенсорными нарушениями часто не выявляются вследствие того, что их симптомы маскируются проявлениями фонового заболевания, либо трудно определяемы при беглом осмотре вследствие имеющихся речевых или интеллектуальных нарушений. У детей и взрослых с расстройствами интеллекта имеет место значительная гиподиагностика психических расстройств из-за их атипичных и неспецифических клинических проявлений и убеждения, что все имеющиеся психиатрические симптомы являются неотъемлемой частью основной интеллектуальной инвалидности [486]. Психодезадаптационные состояния и невротические расстройства имеют особенности у детей с сенсорными нарушениями – для них характерны: высокий уровень тревожности, проявляющейся нарушением поведения, снижением успеваемости, агрессивным поведением (вербальной, косвенной агрессией, негативизмом); депрессивные тенденции, проявляющиеся негативной самооценкой, снижением настроения, нарушением коммуникации; эмоциональный дисбаланс. У слабовидящих детей это коррелирует с наличием признаков депривации, связанной с нарушением зрения.

Длительные ПДАС способствуют формированию пограничных психических расстройств, обострению и утяжелению фоновых «стабильно протекающих» расстройств, поэтому необходимо вовремя выявлять их и проводить соответствующую коррекцию.

3.1 Характеристика клинической картины психических расстройств у детей с сенсорными нарушениями

Специфические расстройства психического развития (F 83) выявлены у 42% детей, значимо чаще – у детей с нарушением слуха – 64% – в сравнении с группой детей с нарушением зрения – 20,3% (таблица 7). Данная группа детей отличалась неоднородностью клинической симптоматики; как отмечают Е. В Корень, А. И Ковалев, с этой категорией детей часто возникают сложности диагностики, поскольку чётко выделенных и проработанных критериев задержек темпа общего психического развития, включая, в первую очередь, относительно обратимые состояния интеллектуальной недостаточности, имеющие иную структуру, нежели чем при умственной отсталости, в МКБ-10 не представлено [103].

Клиническая картина отличалась вариативностью, представляла собой комплекс нарушений эмоционально-волевой, социально-личностной сфер, недостатки мышления, внимания, памяти, произвольной регуляция деятельности. Дети с нарушениями слуха и смешанными специфическими расстройствами психологического развития, как правило, испытывают трудности во многих областях знаний; это касается чтения, правописания, освоения математических понятий. Нарушения умственного развития проявляются снижением познавательной активности, трудностями формирования учебных навыков, недостаточностью произвольности, снижением уровня общей осведомленности об окружающем. Недостаточно сформировано абстрактное мышление, дети с трудом решают задачи, затрудняются в счёте. Переносный смысл пословиц часто оказывался

недоступным; так например, слабослышащий учащийся (11 лет) на просьбу пояснить смысл пословицы «Любишь кататься, люби и саночки возить», ответил: «это про танцы». На когнитивном уровне дети затрудняются анализировать воспринимаемый материал, в результате для них характерно поверхностное восприятие предмета, контраст между восприятием простого и усложненного материала. В отдельных случаях интеллектуальное развитие в динамике к старшему школьному возрасту значительно повышается, приближаясь к нижним возрастным границам нормы, как правило, динамика интеллектуального развития коррелирует с развитием речевых способностей. Ведущая мотивация – игровая.

В качестве примера приводится описание клинического статуса ребёнка К. 11 лет, диагноз: Н90.3 двусторонняя сенсоневральная тугоухость III ст., F83 смешанное специфическое расстройство развития, F80.88 другие расстройства развития речи.

Контакту доступен, однако пассивен, инициативы не проявляет. Настроение ровное, спокойное. На слух воспринимает только знакомый речевой материал. На вопросы отвечает односложно, самостоятельно не может составить фразу. Низкий темп умственной работоспособности, быстро астенизируется. Рассеян, не собран. Объём запоминания не соответствует возрастному уровню. Активный и пассивный словарь не соответствует возрасту. В учебном материале ориентируется слабо. Темп учебной деятельности низкий. Действия выполняет без речевого сопровождения, с учебной программой VII вида справляется слабо. Мелкая моторика развита слабо.

Не конфликтен. Часто отвергается сверстниками.

У учащихся начальных классов (7-10 лет) часто выявлялась задержка развития мелкой моторики, проявляющаяся в трудностях формирования навыков самообслуживания (не умеют застегивать молнии и пуговицы, завязывать шнурки) и графомоторных навыков.

Эмоциональное развитие школьников с нарушениями слуха и зрения, сопровождающимися расстройствами психологического развития, также характеризуется наличием нарушений различной степени выраженности – трудности вербализации и дифференцирования различных эмоциональных состояний у себя и окружающих, установлении причинно-следственных связей возникновения эмоций у человека. Характерны частая смена настроения, проблемы в формировании нравственно-этической сферы. Взаимодействие с педагогами, сверстниками чаще адекватное, однако дети могут быть адистантны, навязчивы. Они часто испытывают трудности в

межличностных отношениях, их эмоциональная лексика бедна, они затрудняются назвать и описать даже базовые эмоциональные состояния. Особенности психического статуса детей с расстройствами психического развития раскрывают также клинические наблюдения 1,3,4 (глава 3), 5 (глава 4), 7 (глава 6) и 8-10 (глава 7).

Смешанные специфические расстройства психического развития у детей с нарушениями слуха в большей степени проявлялись сочетанием симптомов нарушений мышления, познавательной и психомоторной сферы, внимания, восприятия и памяти. Для детей с нарушениями зрения чаще были характерны нарушения в эмоциональной сфере, внимания, восприятия.

Органические расстройства выявлены у 13,3% детей с сенсорными нарушениями (таблица 7); значимо чаще – у детей с нарушениями зрения (19,2%, 35 чел) в сравнении с детьми с нарушениями слуха (7,5%, 14 чел). Диагноз органического психического расстройства является клиническим и устанавливается на основании жалоб, данных анамнеза, клинко-психопатологического, психологического и нейропсихологического, нейрофизиологического, нейрорадиологического обследования, осмотра невролога, офтальмолога, педиатра, логопеда, дефектолога [140]. Основой клинической диагностики резидуально-органических психических расстройств является выявление клинических проявлений церебральной астении, из которых чаще наблюдались утомляемость, трудности длительного физического или психического напряжения, головные боли, нарушения памяти и внимания (трудности концентрации и переключения, повышенная отвлекаемость), метеозависимость. Для части детей была характерна эмоциональная лабильность, раздражительность. Учитывались также анамнестические данные и данные инструментальных методов исследования. Описывая поведение такого ребенка, педагоги отмечали: «временами становится вялым, сонливым, «выключенным» из общей работы», «трудно включается в работу». Наличие у части детей наряду с

этими симптомами периодически возникающей двигательной расторможенности не исключает диагноз органического расстройства.

В российской клинической практике принято деление цереброастенического синдрома на 2 варианта – астеногипердинамический и астеногиподинамический – в зависимости от преобладания симптомов повышенной возбудимости, импульсивности или выраженной тормозимости, малой активности, истощаемости [33, 97, 213]. Общие аксиальные признаки – церебральная астения с неустойчивостью психических функций и снижением отдельных параметров внимания и работоспособности – присутствуют независимо от клинко-психопатологического варианта резидуально-органического расстройства. Для детей с сенсорными нарушениями чаще был типичен второй вариант – астеногиподинамический, с наличием слабости, утомляемости, медлительности, отсутствием инициативы в различных ситуациях, трудностями социального взаимодействия. Были типичны трудности освоения учебной программы. Часто эти дети относились к категории «часто болеющих», в основном простудными заболеваниями, частыми обострениями патологии желудочно-кишечного тракта, кожи. Этот вариант был типичен для детей младшего школьного возраста и чаще наблюдался у девочек.

Умственная отсталость (УО) выявлена у 12,5% (46 чел) детей с сенсорными нарушениями, чаще встречалась в группе детей с нарушениями слуха – у 21,5% (40 чел) относительно 3,3% (6 чел) детей с нарушением зрения (таблица 7). Все дети имели сопутствующие речевые нарушения, отражающие тяжесть основного заболевания и более выраженные в сравнении с детьми с нарушениями психологического развития. Речь маловыразительна, односложна, с большим количеством штампов, шаблонных выражений, аграмматизмов, часто сопровождается нарушениями просодики и артикуляционной моторики. Эмоционально-волевая сфера характеризуется недоразвитием и недостаточной дифференцировкой высших

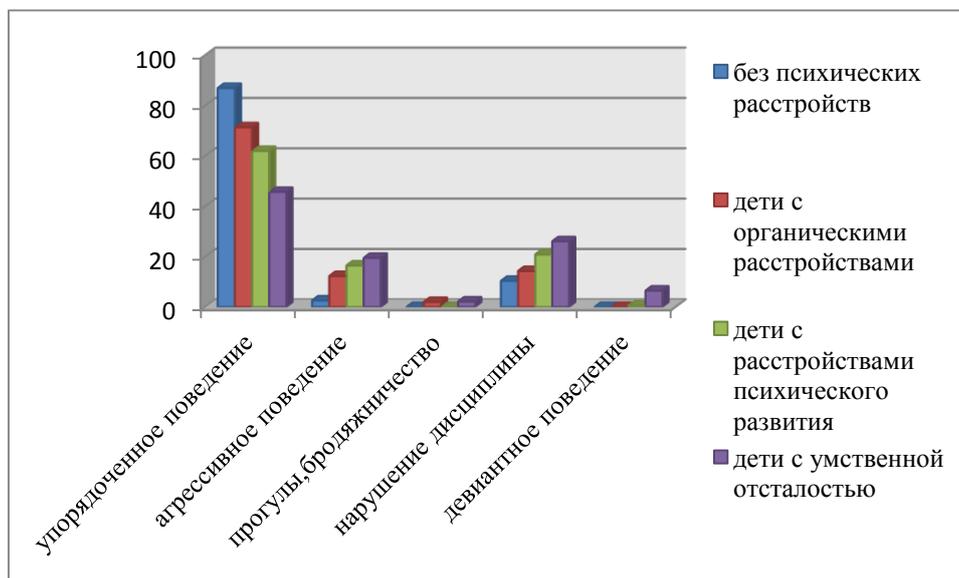
эмоций, прежде всего нравственных. Типичен немотивированный отказ выполнения требований, выражение несогласия приступами «истерики».

Основными характеристиками психического статуса детей с сенсорными нарушениями и УО являлись: недостаточность абстрактного мышления, низкий общий запас знаний и представлений об окружающем, снижением объема внимания и низкая работоспособность в учебной деятельности при сохранности ориентации в привычных бытовых ситуациях. Мышление конкретное; например, мальчик 9 лет с ВАР зрительного анализатора и УО на просьбу пояснить значение выражения «золотые руки» показал на жёлтый карандаш. Типичны трудности определения абстрактных понятий; так, например, учащийся 15 лет с сенсоневральной тугоухостью при заполнении анкеты не понял слово «возраст» (потребовалось пояснение «сколько лет»), девочка 14 лет с тем же диагнозом затруднялась с пониманием слова «родители» (потребовалось пояснение «мама и папа»).

У 60,8% детей с УО (28 чел) отмечались признаки диспластичности – непропорциональность строения туловища и конечностей, искривление позвоночника, признаки церебрально-эндокринной недостаточности (ожирение, нарушение темпа и сроков формирования вторичных половых признаков). Сопутствующая неврологическая симптоматика отмечалась у 84,8% (39 чел).

Поведение детей с сенсорными нарушениями и умственной отсталостью было изучено в сравнении с поведением детей, имеющих другие психические расстройства и без психических расстройств (рисунок 7). Упорядоченное поведение было характерно для 87% детей без психических расстройств (включая донозологические состояния), 71,4% детей с органическими расстройствами, 62% детей с расстройствами психологического развития и только 45,7% детей с умственной отсталостью. В сравнении с группой без психических расстройств упорядоченное поведение значимо реже встречалось у детей с УО ($p=0,0000$, $\chi^2=24,22$, $d.f.=1$), с органическими расстройствами ($p=0,029$, $\chi^2=4,72$, $d.f.=1$),

расстройствами психического развития ($p=0,0001$, $\chi^2=15,25$, $d.f.=1$) и гиперкинетическими расстройствами ($p=0,0000$, $\chi^2=21,49$, $d.f.=1$).



Группа без психических расстройств 77 чел, с органическими расстройствами 49 чел, с расстройствами психического развития 158 чел, с умственно отсталостью 46 чел.

Рисунок 7. Поведение детей с сенсорными нарушениями с различным уровнем психического здоровья

Доля детей с агрессивным поведением, в сравнении с группой без психических расстройств, значимо больше была в группе детей с УО ($p=0,0007$, $\chi^2=11,49$, $d.f.=1$), расстройствами психического развития ($p=0,0019$, $\chi^2=9,65$, $d.f.=1$), органическими расстройствами ($p=0,03$, $\chi^2=4,69$, $d.f.=1$) и синдромом дефицита внимания с гиперактивностью ($p=0,0003$, $\chi^2=13,15$, $d.f.=1$). Девиантное поведение отмечалось у 0,6% детей с расстройствами психологического развития и 6,5% детей с УО.

Систематические нарушения дисциплины также значимо чаще отмечались у детей с УО ($p=0,02$, $\chi^2=5,21$, $d.f.=1$) в сравнении с группой без психических расстройств. Данная характеристика учитывала систематические не корригируемые нарушения дисциплины и непослушание в школе, дома; однако поведение нельзя было характеризовать как девиантное. Динамика ситуации может быть различна – поведение может упорядочиться при прошествии определённого периода времени

(возрастного критического периода, стрессовой ситуации в школе или дома и т.п.), либо поведенческие нарушения могут стать более выраженными, приобретая клиническое обрaмление. Таким образом, психическое расстройство влияет на стиль поведения и взаимодействия ребёнка (подростка) с окружающими, определяя возможности его социализации.

Динамическое исследование детей с УО выявило чередование периодов относительно стабильного психического состояния с периодами декомпенсации. Причинами таких периодов были внешние психотравмирующие ситуации, возрастные критические периоды (пубертат), острые респираторные или соматические заболевания. После перенесенных инфекций или интоксикаций (грипп, ангина) возникали астенические состояния с повышенной истощаемостью психических процессов, раздражительностью, эмоциональной лабильностью и т.п. Декомпенсации в пубертатный период сопровождаются чередованием или сочетанием аффективной симптоматики (дисфории, дистимии, колебания настроения) и патологических поведенческих реакций (двигательная расторможенность, повышенная возбудимость, реакции протеста, побеги из дому и бродяжничество, патологические влечения). Подобные реакции, как правило, были характерны для подростков из «неблагополучных», конфликтных семей, при нарушении детско-родительских отношений. Декомпенсации по типу невротического расстройства (истероформные реакции, тревога, страхи, протестные поведенческие реакции и т.п.) отмечались при изменении социальной ситуации, проявлялось снижением настроения, плаксивостью, протестными поведенческими реакциями, отказом от учебы.

В условиях специфики коррекционных школ диагноз «умственная отсталость» часто является динамическим и многопрофильным – иногда он ставится решением психолого-медико-педагогической комиссии ребенку, уже имеющему диагноз «нарушения психологического развития» на основании совокупности следующих критериев:

- тотальность психического недоразвития, касающаяся не только недостаточности интеллекта, но и всей психики в целом, с максимально выраженным нарушением формирования абстрактного мышления
- ребенок не справляется с учебной программой VII вида в течение года и более, не смотря на использование различных педагогических форм и приёмов обучения

Гиперкинетическое расстройство (нарушение активности и внимания) (F 90.0) как основной диагноз выявлено у 7,6% детей с сенсорными нарушениями (таблица 7), значимо чаще – у детей с нарушением зрения – 13,9% (24 чел) в сравнении с группой детей с нарушением слуха – 2,15% (4 ребёнка). Однако с учётом данных анализа сопутствующих диагнозов различия имеются лишь на уровне тенденции. Так, у детей с нарушением зрения, данный синдром выявлен у одного ребёнка на фоне органического расстройства и у 6 детей в сочетании с расстройством психологического развития F 83. У учащихся с нарушениями слуха СДВГ выявлен у одного ребёнка на фоне органического расстройства, у одного учащегося при умственной отсталости и у 15 детей в сочетании с расстройством психологического развития F 83. Таким образом, суммарно данная патология отмечалась у 14,1% детей с сенсорными нарушениями (52 чел), из них 60,8% - это дети с нарушением зрения (31 чел или 17% от группы) и 41,2% – дети с нарушениями слуха (21 чел или 11,3% от группы). Литературные данные о распространенности СДВГ неоднозначны: от 9,5% детей в возрасте 4-17 лет [461], 9,94% [388], 12,7% и 21,8% у детей без и с психическими расстройствами соответственно [324], до 20,4% у лиц с интеллектуальной недостаточностью [425].

Среди 28 детей, диагноз СДВГ у которых был основным, 15 чел было в возрасте 7-10 лет, 7 чел – 11-12 лет и шестеро – 14-16 лет. Мальчиков было 23 (82,1), девочек – 5 (17,9%). Это коррелирует с данными литературы о преобладании лиц мужского пола среди пациентов с СДВГ [461, 505].

Клиническая картина включала сочетание признаков трёх основных диагностических критериев по МКБ-10 и DSM-IV – нарушения внимания, гиперактивности и импульсивности [74, 348, 371]. У детей младшего школьного возраста были более выражены нарушения внимания – трудности удержания и концентрации, сосредоточения на учебных задачах, трудности следования инструкциям и доведения работы до конца, отвлекаемость и признаки гиперактивности – беспокойные движения, трудности «усидеть на месте во время урока», повышенная моторная активность в ситуациях, когда она не уместна. В подростковом возрасте повышенная моторная активность сменяется повышенным беспокойством, иногда с раздражительностью, неусидчивостью, типично нарушение взаимоотношений с окружающими, импульсивность проявляется повышенной разговорчивостью в ситуациях, когда присутствуют временные, социальные, этические ограничения, частыми ответами на вопрос «не подумав» и/или не дослушав вопроса. Для девочек в большей степени были характерны нарушения внимания и импульсивность, чем повышенная моторная активность.

Дети с СДВГ в силу особенностей проявлений заболевания всегда являлись предметом внимания и, часто, жалоб со стороны педагогов: «не может высидеть урок полностью», «не слушает, постоянно вертится», «не реагирует на замечания». Таких детей педагоги часто относили к категории недисциплинированных, настоятельно рекомендовали родителям обратиться «к психиатру».

При умственной отсталости и сенсорных расстройствах нарушения речи являются одним из проявлений основного расстройства и не выделяются в отдельную нозологию, пока не будут столь заметны, что становятся очевидными в повседневном функционировании ребенка [155]. В этом случае *расстройство развития речи* ставится дополнительным диагнозом (F 80), что имеет место у 94,6% детей с нейросенсорной тугоухостью и глухотой. Среди слабовидящих детей речевые расстройства выявлены в 20,3% случаев. Для детей с нарушениями слуха характерно

снижение темпа развития речи, нарушения произношения, просодики, значительное снижение словарного запаса, особенно активного, особенно, за счет прилагательных, наречий и т.д. Высказывания детей состоят из простых предложений, содержат многочисленные повторы, аграмматизмы, часто используются фразы-шаблоны. На уровне импрессивной речи - трудности в понимании сложных, многоступенчатых инструкций, логико-грамматических конструкций. Дети не могут пересказать небольшой текст, составить рассказ по серии сюжетных картинок, описать наглядную ситуацию, им недоступно творческое рассказывание. Недоразвитие всех компонентов речи определяет нарушения познавательной деятельности и абстрактного мышления. Ниже приведены фразы из ответов на вопросы клинического интервью и анкет-опросников, иллюстрирующие приведенные описания:

- «Кем ты хочешь стать, когда закончишь школу?» «Я хочу стала с дизайнером» (девочка с сенсоневральной глухотой, 17 лет)
- «Мне нравятся котёнки» (девочка с сенсоневральной тугоухостью, 10 лет),
- «Я болит сердца» (мальчик с сенсоневральной глухотой, 17 лет)
- «Папа работа в мебели» (мальчик с сенсоневральной глухотой, 17 лет)
- Сколько тебе лет? «Меня 13 лет» (девочка с сенсоневральной глухотой)
- «Я занимаю футбол и волейбол» (мальчик с сенсоневральной глухотой, 17 лет).

Для слабовидящих детей характерно отсутствие в лексиконе слов, характеризующих «зрительный» способ познания, трудности формирования письменной речи, часто встечаются аграмматизмы («нужно логически мыслить головой»), учащийся с ВАР зрительного анализатора, F 83).

В целом, в силу сенсорных и интеллектуальных нарушений, ограниченного круга социальных контактов активное познание окружающего мира ребенком с сенсорным нарушением ограничено. Речевые расстройства являются одной из основных причин нарушения коммуникации между детьми и окружающими, препятствует «предъявлению» проблем со стороны ребёнка и пониманию их родителями или учителями. Все глухие и большая часть слабослышащих детей для общения между собой пользуются жестовой речью. Незнание языка жестов окружающими ограничивает возможности

общения, «замыкая» детей в ограниченную специфическую среду. Однако именно способность к речевому общению является критерием включённости человека в социальные отношения, соответственно люди с нарушениями слуха и речи, в основном, имеют ограниченную сферу общения.

Помимо клинически выраженных расстройств, у детей и подростков отмечались симптомокомплексы, характерные для проявлений психической дезадаптации – так называемые **донозологические (психодезадаптационные) состояния**, возникающие как реакция на изменения внешней (социальной) ситуации. Группа детей, чье состояние было квалифицировано, как психодезадаптационное, составила 44 чел – 12% от общей выборки. Значимо чаще ($p=0,0000$) ПДАС выявлялись у учащихся с нарушениями зрения – 22,5% (41 чел) в сравнении с 1,6% учащихся с нарушениями слуха (3 чел) (Таблица 8). Помимо этого, в качестве сопутствующего состояния, ПДАС возникали при нарушениях развития и умственной отсталости ещё у 5% (9 чел) слабовидящих учащихся и 5,9% учащихся с нарушениями слуха (11 чел).

Таким образом, суммарно ПДАС как основное и сопутствующее состояние дезадаптации выявлено у 64 чел – 17,4% детей с сенсорными нарушениями, из них 27% детей с нарушениями зрения (50 чел) и 3,8% детей (14 чел) с нарушениями слуха. Чаще выявлялся астенический вариант психодезадаптационных состояний (таблица 10). Значимых различий встречаемости различных вариантов ПДАС не выявлено ($p>0,05$).

Таблица 10 – Варианты психодезадаптационных состояний у детей с сенсорными нарушениями

Вариант донозологического состояния	Дети с нарушениями зрения (n=50)	Дети с нарушениями слуха (n=14)	Всего (n=64)
Астенический вариант	20 (40%)	8 (57%)	28 (43,7%)
Соматовегетативный вариант	14 (28%)	3 (21,5%)	17 (26,6%)
Дистимический вариант	16 (32%)	3 (21,5%)-	19 (29,7%)

Для астенического варианта (43,7%) психодезадаптационных нарушений были характерны трудности сосредоточения на учебном материале, некоторое ухудшение памяти, утомляемость, кратковременные цефалгии, сонливость в дневное время, трудности пробуждения по утрам. В анамнезе нередко выявлялись перенесенные в течение предыдущих месяцев респираторные заболевания с тяжелым или осложнённым течением и сопутствующая неврологическая патология. Данный вариант чаще отмечался у учащихся начальных классов, в большей степени был характерен для детей с нарушением слуха.

У детей с соматовегетативным вариантом психодезадаптационных нарушений (26,6%) выявлялись преходящие симптомы вегетативной лабильности – головные боли, головокружения, неприятные ощущения в области эпигастрия, потливость, сопровождающиеся колебаниями настроения и/или тревожно-фобическими реакциями. В анамнезе выявлялись травмы, инфекционные или соматические заболевания. Были отмечены нарушения социально-трудовой адаптации – стремление к отказу от нагрузок или их ограничение (например, занятий физкультурой, трудовой деятельностью). Соматовегетативный вариант чаще наблюдался у девочек пубертатного возраста.

Дистимический вариант (29,7%) психодезадаптационных нарушений чаще выявлялся у слабовидящих подростков, характеризовался появлением в клинической картине симптомов тревожного и аффективного спектра – раздражительности, повышенной истощаемости, легко возникающих аффективных реакций, длящихся от нескольких часов до 1-2 суток. Этот вариант дезадаптации чаще наблюдался у подростков или у детей младшего возраста, имеющих в анамнезе трудности адаптации к дошкольному учреждению (аффективные вспышки, эмоциональная нестабильность, трудности коммуникации) и признаки социального неблагополучия в семье (алкоголизация и криминализация родителей, изменение состава семьи, низкий материальный уровень).

3.2. Особенности невротических и тревожных реакций у детей с сенсорными нарушениями

Невротические расстройства как основной диагноз было выявлено у 5% (9 чел) учащихся с нарушениями зрения. Данная патология, однако, определялись и как сочетанная на фоне других расстройств: у слабовидящих – у 2 чел на фоне органического расстройства и одного на фоне умственной отсталости; у детей с нарушениями слуха – у 4 на фоне расстройства психологического развития, у одного на фоне органического расстройства и одного на фоне умственной отсталости. Суммарно невротические расстройства выявлены у 20 учащихся с сенсорными нарушениями (5,43% от всех детей), включая 12 чел (6,6%) с нарушениями зрения и 8 чел с нарушениями слуха (4,3%). Среди невротических расстройств наблюдались кратковременная или пролонгированная депрессивная реакция, расстройство адаптации с преобладанием нарушений поведения, с преобладанием нарушения других эмоций, тревожные расстройства. Диагноз тревожного расстройства является клиническим и основывается на клиническом интервью с ребенком, родителями и учителями. К основным клиническим признакам тревожных расстройств относятся дисфункциональные когниции, физические симптомы и поведенческие дисфункции [484]. Психический статус характеризовался повышенной реактивностью на слабые провоцирующие стимулы, беспокойством, бурными эмоциональными реакциями, склонность к конфликтности, тревожностью, эмоциональной напряженностью. Для детей с неврозами был характерен широкий спектр конфликтогенных зон – собственная личность, семья, отношения со сверстниками. Наиболее конфликтогенной зоной являлась семья.

Для каждого возрастного периода характерны определённые «нормативные» страхи, которые следует отличать от патологического страха. Все нормативные страхи обычно преходящи и уменьшаются с возрастом

[77]. Страх и тревога считаются дисфункциональными, когда их количество, интенсивность, продолжительность и /или частота не пропорциональны имеющейся ситуации («угрозы»), и когда они вызывают нарушения повседневного функционирования [483]. Дети дошкольного и младшего школьного возраста сообщали о страхах, связанных с конкретными угрозами (темноты, собак, насекомых, призраков, «монстров»). Подростковый возраст, как правило, характеризуется страхом негативной оценки и страхом отвержения со стороны сверстников. Однако для части подростков сохранялись конкретные страхи. У нескольких детей отмечались: страх публичных выступлений, специфические фобии – собак, птиц и т.п., при этом дети старались избегать определённых предметов или ситуаций.

Таблица 11 – Страхи у детей с сенсорными нарушениями

	Дети с нарушениями зрения (n=182)		Дети с нарушениями слуха (n=186)		Итого (n=368)
	абс	%	абс	%	
Страхи	59***	32,42	21	11,29	80 (21,7%)
Включая					
1 страх	35	59,3	12	57,1	47
2 страха	17	28,8	8	38,1	25
3 страха	7	11,9	1	4,8	8

Примечание: *** - значимость различий $p=0,0000$, $\chi^2=24,13$, d.f.=1

Учитывая данные таблицы 10, страхи значимо чаще выявлялись у детей с нарушениями зрения ($p=0,0000$, $\chi^2=24,13$), причем, как правило, имелось несколько страхов, среди самых типичных – страх темноты, страх оставаться дома в одиночестве (как правило, у детей младшего школьного возраста), страх собак.

Дети и подростки с сенсорными нарушениями, особенно в сочетании с нарушениями интеллекта и/или психологического развития, с трудом могут вербализовать собственные негативные эмоции, дать четкий и понятный

сигнал о наступлении усталости, о психологическом и физическом дискомфорте. Психологическое неблагополучие (грусть, подавленность, беспомощность, одиночество) слабослышащий или глухой ребенок выражает жестами, которые либо не понятны окружающим (не знающим жестовой и тактильной речи), либо ограничивают «масштаб» и «полноту» испытываемых переживаний. Дети могут внешне, вербально не демонстрировать переживания случающихся в семье жизненных событий, но некоторые невербальные знаки и/или их поведение, тем не менее, отражают растущий стресс и попытки адаптации к изменяющимся жизненным ситуациям.

Значимым является распознавание *невербальных признаков тревоги*, которые в клинической картине могут превалировать над вербальными (рисунок 8).



Рисунок 8. Клинические признаки повышенной тревожности у детей с сенсорными нарушениями

Имеющаяся тревога иногда снижается за счет так называемого «самоуспокаивающегося поведения». Описаны его различные проявления, у детей исследуемой группы чаще отмечались следующие варианты – навязчивые движения (оральные артикуляции) – ребенок грызет ручку, ногти, желание постоянно жевать жевательную резинку, раннее начало курения; разговор с самим собой; поглаживание самого себя. Корни такого реагирования лежат в раннем детстве, поиске чувства защищённости. Другими невербальными симптомами тревоги являются изменения поведения (плаксивость, раздражительность, грубость, упрямство, стал робким, боязливым, неуверенным), проблемы со сном и/или ухудшение состояния здоровья. Нередко выявлялись соматические признаки тревоги: боли в животе, головные боли, спазмы в горле. Один из критериев наличия тревоги – обнаруживаемые симптомы не связаны с общим состоянием здоровья, другим психическим расстройством или с эффектами приема психоактивных веществ. Изменения в поведении, эмоциональные, поведенческие проблемы у детей зачастую вызваны наличием психосоциального стресса (заболевание, изоляции, потери ключевой фигуры привязанности; адаптация к основным потребностям ребенка). Примером описываемых особенностей является клиническое наблюдение 1:

Клиническое наблюдение 1

Н., 8 лет, учащаяся 1 класса. Диагноз: Н90 сенсоневральная тугоухость II степени, F83 смешанное специфическое расстройство развития. Активно жалоб не предъявляет. Мама и бабушка отмечают изменение поведения – «в течение последних двух месяцев стала беспокойной, требует постоянного внимания и присутствия мамы, часто плачет «без видимых причин»; в школе ухудшилась успеваемость, стала невнимательной, несобранной». Ранее справлялась с программой, была активной, неконфликтной. Маме жаловалась на «головные боли». Обратились к неврологу (в анамнезе энцефалопатия смешанного генеза), назначены ноотропы, сосудистые, витамины. Через 2 недели – без динамики. Осмотрена отоларингологом, заключение – без патологии.

В анамнезе – перенесённая накануне появления жалоб стрессовая ситуация – внезапная смерть отца, который очень любил дочь, уделял много внимания, сопровождал на лечение и обследование. При клиническом осмотре психический статус девочки квалифицировался тревожным синдромом, речевым недоразвитием у ребенка с сенсоневральная тугоухостью.

Проводились психотерапевтические занятия с ребенком, психолого-педагогическая коррекция, консультация мамы и бабушки. Был назначен Тенотен детский по стандартной схеме на 1,5 месяца. В динамике выровнялось настроение и успеваемость, стала спокойней, внимательней в школе.

Следует подчеркнуть, что для детского и подросткового возраста характерно «мерцание», неустойчивость симптоматики, описываемые проявления часто не стабильны, отмечаются периоды их появления и угасания, что особенно актуально для детей с ограниченными возможностями здоровья.

Также изучалась частота различного вида психотравмирующих ситуаций или событий, значимых для изучаемого контингента (таблица 12). Самыми частыми стрессорными факторами для детей обеих групп были семейные конфликты, характерные для 51% детей и проблемы во взаимоотношениях со сверстниками – у 50%. Значимых различий частоты данных ситуаций между группами не выявлено, на одного ребёнка, в среднем, приходится 2,32 стрессорных фактора.

Таблица 12 – Виды психотравмирующих ситуаций, значимых для детей с сенсорными нарушениями

Психогении	Дети с нарушением зрения (n=182)		Дети с нарушением слуха (n=186)		Дети с сенсорными нарушениями (n=368)	
	абс	%	абс	%	абс	%
Семейные конфликты	86	47,25	102	54,84	188	51,1
Развод родителей	55	30,22	68	36,56	123	33,42
Смерть родителей, родственников, значимых близких	31	17	22	11,83	53	14,4
Проблемы во взаимоотношениях со сверстниками	83	45,60	102	54,84	185	50,3
Проблемы, обусловленные состоянием влюбленности	41	22,53	29	15,59	70	19
Учебные проблемы	67	36,81	67	36,02	134	36,4
Осознание собственного физического несовершенства,	69***	37,91	31	16,67	100	27,2

дефекта				
Среднее количество стрессорных факторов на 1ребёнка	2,37	2,26	2,32	

Примечание: *** - значимость различий $p=0,0000$, $\chi^2=20,98$, d.f.=1

37,9% детей с нарушениями зрения в той или иной степени отмечают влияние дефекта на их функционирование, более явно это осознаётся в подростковом возрасте. Осознание негативного влияния собственного дефекта отмечается ими значимо чаще в сравнении с детьми с нарушениями слуха. Детское отношение к собственному дефекту зрительного анализатора можно условно разделить на две группы, поясняя это деление примерами детских высказываний:

1. Констатирующие комментарии без эмоционального осознания и проекции на будущее. Характерны чаще для детей младшего школьного возраста и/или с нарушениями психологического развития. В старшем возрасте могут сопровождаться ощущением небезопасности взаимодействия с окружающим.

А., ВАР зрительного анализатора, 10 лет: «вижу не так, как надо, когда «засмотрюсь», все «плывёт»;

Н., ВАР зрительного анализатора с ухудшающимся в динамике зрением, 16 лет: «с 6-7 класса не вижу лиц людей вдалеке, знакомых часто узнаю по походке».

2. Ситуации, когда наличие дефекта воспринимается как психотравмирующая ситуация, могут сопровождаться эмоциональными проявлениями (колебанием или снижением настроения, аффективными вспышками), снижением самооценки, негативным видением будущего. Часто подростки расстраиваются при обсуждении вопросов о будущих перспективах, которые им могут быть недоступны, в отличие от их сверстников, например, возможность водить машину, обучаться в ВУЗе на определённой специальности или участия в каких-либо общественных мероприятиях. Проблемы знакомства и общения с противоположным полом (особенно если интересующее лицо оказывается с нормальным зрением и посещает обычную школу) могут показаться неразрешимыми и заставить

подростка чувствовать себя «некрасивой(ым)», «страшной(ым)», испытывать неуверенность в себе, низкую самооценку.

П., ВАР зрительного анализатора, ПДАС, 16 лет «раньше сильно депрессовал из-за своей болезни, это меня прямо «ело изнутри». Последний год настроение из-за этого меньше портится. Когда поступил в специализированную школу-интернат, долго привыкал, не хотел оставаться ночевать, чувствовал себя «брошенным детдомовским ребенком»;

Д., ВАР зрительного анализатора, F90, 9 лет, «всё, что хочу в жизни, нельзя – хотел записаться на ЮДИ, нельзя, я спрашивал у врачей – не разрешили, хотел пойти на бокс – тоже нельзя».

Я., ВАР зрительного анализатора, F 06., 9 лет, «на улице не различаю цвета светофора, не могу прочесть, что написано на вывесках; мне не нравится читать, т.к. когда долго читаю, начинают болеть глаза, затем голова, очень расстраиваюсь, злюсь». При чтении, письмо очень низко наклоняет голову к тетради или книге, при выборе цветовых эталонов теста Люшера подносит их близко к глазам.

Своевременное выявление и учёт особенностей психотравмирующих факторов являются одной из превентивных задач динамического наблюдения за детьми с сенсорными нарушениями, а терапия и коррекция нарушений психического здоровья, обусловленных данными факторами – частью разработанных реабилитационных программ (глава 7).

3.3 Депрессивные нарушения и особенности суицидального поведения подростков с сенсорными расстройствами

Депрессивные реакции у подростков с сенсорными нарушениями определялись в рамках нарушений адаптации F43.2 как кратковременная или пролонгированная депрессивная реакция, аффективных расстройств F33 как депрессивный эпизод легкой и средней степени и дистимического варианта донозологических нарушений. Причинами, приводящими к развитию депрессивных реакций у подростков с сенсорными нарушениями, чаще являлась внешние психотравмирующие ситуации, изменение социальной ситуации. Депрессивный эпизод лёгкой степени тяжести выявлен у 3 слабослышащих подростков (1,65%) и средней степени тяжести у одного слабослышащего подростка (0,5%).

В рамках проводимого исследования изучалось и суицидальное поведение подростков с нарушениями слуха и зрения. Нормативное развитие ребенка подразумевает целостный образ «Я», включая «Я телесное» и позитивное восприятие собственного тела, что является протективным в отношении самоповреждающего и суицидального поведения. У детей и подростков изучаемой группы можно выделить следующие особенности развития, воспитания, препятствующие адекватному телесному восприятию себя: нарушения восприятия (зрительного, слухового, пространственно-образного) как проявления сенсорного дефекта, недостаток тактильных проявлений любви значимыми близкими (патологические типы воспитания, материнская депривация, дети-сироты, воспитание в условиях-школы-интерната), наличие соматической и неврологической патологии и отсутствие адекватных моделей поведения, демонстрирующих образцы самопринятия, заботы о себе, поддержания определённого уровня безопасности. Сочетание этих особенностей ведет к недоразвитию защитной, «телесной любви» к себе у детей [225]. Проявлениями склонности к самоповреждениям и суицидальным действиям у обсуждаемой категории детей являются не только собственно суицидальные намерения и попытки (как активный вариант самоповреждающего поведения), но и культивирование неспособности заботиться о себе, нежелание приобретать навыки самостоятельности, а также раннее начало курения, употребления алкоголя, вовлечение в криминальные группировки, делинквентное поведение (как пассивный вариант самоповреждающего поведения). Таким образом, депрессивная реакция у подростков с сенсорными нарушениями может оцениваться в качестве индикатора нарушения целостности «Я» и угрозы позитивного переживания социального опыта и дальнейшего развития.

Помимо стандартных вопросов клинического интервью, использовался клинический опросник «Способ выявления суицидального риска у подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата и сенсорными

нарушениями, сопровождающимися расстройствами психологического развития, учащихся коррекционных школ» (приложение 4), который был разработан нами для различных категорий детей с ограниченными возможностями [118, 120]. Опросник предлагался 13-18летним учащимся, было опрошено 64 слабовидящих подростков и 65 учащихся с нарушениями слуха. Группой сравнения в данном случае была группа учащихся, обучающихся в общеобразовательной школе, сопоставимая по полу и возрасту, в количестве 60 чел. Результаты ответов (утвердительные) на некоторые вопросы представлены в таблице 13.

Таблица 13 – Результаты исследования суицидального риска по опроснику суицидального поведения

Вопросы	Учащиеся с нарушением зрения (n=64), абс/%	Учащиеся с нарушением слуха (n=65) абс/%	Учащиеся общеобразоват. школы (n=60) абс/%	Уровень значимости значения χ^2 при d.f.=1
Наличие суицидальных мыслей	25 чел***/ 39%	7 чел***/ 11%	18 чел / 30%	p=0,0002, $\chi^2=13,84$,
Бывает ли тебе так плохо, что хочется умереть?	35***чел / 55%	10 чел***/ 15,4%	23 чел / 38,3%	p<0,0000, $\chi^2=21,93$,
Наличие близкого человека, с которым можно поделиться бедами и удачами	52 чел / 81,3%	53 чел / 81,5%	50 чел / 83,3%	-
Пытался ли ты когда-нибудь, даже в шутку, убить себя?	2 чел***/ 3%	-	17 чел***/ 28,3%	P=0,0001, $\chi^2=15,17$,
Снижение настроения	43 чел***/ 67%	16чел***/24,6%	32 чел / 53,3%	p=0,0000, $\chi^2=23,55$
причины снижения настроения:				
- проблемы с родителями, опекунами, близкими	18 чел**/ 28%	36 чел**/ 55%	21 чел / 35%	p=0,0017, $\chi^2=9,85$
- проблемы, связанные с чувством влюблённости	18 чел / 28%	14 чел / 21,5%	15 чел / 25%	—

-одиночество	22 чел*** / 34,4%	6 чел*** / 9,2%	12 чел / 20%	p=0,0005, $\chi^2=12,00$
- проблемы в школе	32 чел / 50%	24 чел / 37%	37 чел / 61,7%	

Дети с нарушением зрения статистически чаще, чем учащиеся с нарушениями слуха, сообщали о наличии суицидальных мыслей (таблица 12). Сравнения с учащимися общеобразовательной школы значимых различий не выявляет ($p=0,289$). О том, что «бывает так плохо, что хочется умереть» также значимо чаще в сравнении с детьми с нарушениями слуха сообщали слабовидящие учащиеся, при этом также не наблюдалось значимых различий с учащимися общеобразовательной школы ($p=0,068$). Большинство учащихся во всех группах сообщали о наличии близкого человека (чаще сверстника), с которым можно разделить беды и неудачи, что является определённым «антисуицидальным фактором». При этом у части детей с нарушением зрения выявляется противоречие в ответе на данный вопрос (81,3%) с признанием о снижении настроения из-за чувства одиночества (34,4%). Можно предположить, что в первом ответе присутствует, скорее, желаемое, а второй в большей степени отражает реальную ситуацию.

Утвердительно на вопрос «Пытался ли ты когда-нибудь, даже в шутку, убить себя?» ответили 3% слабовидящих учащихся и, значимо чаще ($p=0,000$) 28,3% учеников общеобразовательной школы; среди слабослышащих и глухих подростков таких не оказалось. В качестве используемых способов учащиеся общеобразовательной школы называли отравление таблетками, попытки спрыгнуть с крыши, нанесение порезов и т.п. Причинами, ограничивающими учащихся коррекционной школы от самоповреждающих действий (несмотря на более часто возникающие суицидальные мысли и подавленное настроение), могут быть, как, с одной стороны, инфантильность, незрелость психики, трудности принятия решения, так, с другой стороны, проживание и обучение в условиях интерната, где

обеспечивается большой контроль со стороны взрослых, организованный досуг, возможность наблюдения.

О снижении настроения значимо чаще сообщали слабовидящие подростки (таблица 13); выявлены также значимые различия причин снижения настроения – для них, в сравнении с учащимися с нарушениями слуха, основными причинами были чувство одиночества и, на уровне тенденции, проблемы в школе. У учащихся с нарушениями слуха самой частой причиной сниженного настроения были проблемы во взаимоотношениях с семьёй, близкими. Часть подростков не смогла сформулировать причину ухудшения настроения.

Слабовидящие дети чаще испытывают негативные эмоции, вызванные дефекта и ограничением собственных возможностей (ежедневные трудности при передвижении по городу, «я не смогу поступить в ВУЗ из-за плохого зрения»). Это может являться причиной утвердительных ответов на вопросы об унылом настроении, суицидальных мыслях, чувстве одиночества.

По результатам скрининга (129 подростков с сенсорными нарушениями) выявлен средний уровень суицидального риска у 19,4% (25 человек) и высокий уровень суицидального риска у 6,9% (9 человек). При клиническом обследовании лиц с высоким уровнем суицидального риска выявлено психодезадаптационное состояние доклинического уровня – у 4 человек, расстройство адаптации (F43) – у 2 человек, легкий депрессивный эпизод (F32.00) – у 2 учащихся и депрессивный эпизод средней степени (F32.10) – у 1 подростка. Диагностированные психические нарушения доклинического и клинического уровня определили характер и объем лечебных и психокоррекционных мероприятий. Следующее клиническое наблюдение демонстрирует возможности применения разработанного клинического опросника.

Клиническое наблюдение 2

Алексей, 14 лет, учащийся коррекционной школы III вида, диагноз: врожденная аномалия развития органа зрения, F 43.20, нарушение адаптации, кратковременная депрессивная реакция.

При проведении скринингового обследования с помощью опросника суицидального риска подросток положительно ответил на вопросы о наличии сниженного настроения (1 балл), определил причину снижения настроения – «чувство одиночества, непонимание со стороны родителей» (1 балл), согласился с утверждением «я понимаю людей, которые не хотят жить дальше, если их предадут родные и близкие» – 2 балла, отметил, что «стал меньше общаться с друзьями» (1 балл), положительно ответил на вопрос о наличии суицидальных мыслей (2 балла), периодически возникающем состоянии, когда «так плохо, что хочется умереть» – 2 балла и наличии суицидальных планов («думал, как можно умереть») – 2 балла. Отрицательно ответил на вопросы о занятиях (увлечениях), от которых он получает удовольствия (1 балл) и наличии планов на будущее (1 балл). Сумма баллов составила 13, что соответствует высокому уровню суицидального риска.

При клиническом обследовании выявлено: колебания настроения, с тенденцией к снижению, раздражительность, снижение концентрации и объёма внимания, отвлекаемость, негативизм. Мальчик сообщил о проблемах в семье, из-за которых он чувствует себя ненужным, одиноким («меня никто не любит», «никто не понимает», «папа нас предал»). Из беседы с классным руководителем стало известно, что подросток в течение последнего месяца стал хуже учиться, пропускает первые уроки, на занятиях бывает вялым, сонливым, замкнулся в себе. Были приглашены на консультацию родители мальчика, при общении с мамой выяснилось, что в последние месяцы в семье участились конфликты между родителями, связанные с решением отца уйти из семьи. Отец стал меньше внимания уделять семье, часто приходит домой в состоянии опьянения, грубо разговаривает с женой и сыном. Мама пытается оказывать влияние на отца, манипулируя инвалидностью сына, вовлекая его в родительские конфликты.

Клиническое обследование подтвердило высокий уровень суицидального риска, выявленный при скрининге. Состояние подростка требовало проведения индивидуальной психотерапии, направленной на повышение стрессоустойчивости, формирование навыков адекватного эмоционального реагирования и разделения ответственности за происходящее в семье, отвлечение от ситуации, участие в занятиях со сверстниками (спорт, учеба, хобби). Кратность терапии 2 раза в неделю в течение первых трёх недель, затем 1 раз в неделю в течение 6 месяцев. В динамике – стабилизация настроения, подросток пережил ситуацию развода родителей, «принял» сложившуюся ситуацию, формально поддерживает отношения с отцом, стал больше внимания уделять учёбе, начал посещать секцию волейбола, где нашел друзей. Суицидальные мысли и намерения отрицает. Через 9 месяцев при повторном заполнении опросника уровень суицидального риска - низкий.

Для подростков, имеющих признаки аутоагрессивного поведения, были характерны некоторые особенности поведения и взаимоотношений с окружающими – внезапные аффективные вспышки, неадекватная оценка собственных возможностей и способностей, приступы вербальной или физической агрессии, чередующиеся с эпизодами отсутствия заботы о себе, неспособность отстаивать свои интересы, позволять себе достичь успеха, рассказы о своих несчастьях, преувеличенных или реальных, которые вызывают у слушателей эмоциональный отклик (жалость, вину, гнев), или стремление «помочь» и «отплатить» предполагаемым «обидчикам»

подростка. Иногда собственным неадекватным поведением подростки провоцируют негативное отношение к себе родителей, сверстников, педагогов, как бы подтверждая собственную роль «жертвы».

Как правило, самую важную роль в конфликтной ситуации подростка с признаками суицидального поведения играла патология отношений с родителями. Семейное неблагополучие, может быть как явным («внешним») – воспитание опекуном при лишении родителей родительских прав, психологическое или физическое насилие, аддиктивные проблемы у одного или обоих родителей, так и скрытым («внутренним») – дисфункциональные паттерны взаимодействия в семье, систематические конфликты, проблемы взаимодействия с неродным родителем, амбивалентное отношение к ребенку («слияние любви и агрессии»), не совсем или отчасти не осознаваемое родителями. В случаях суицидальных намерений или попыток на фоне длительного семейного конфликта и хронической стрессующей ситуации школьный конфликт или конфликт со сверстниками может быть «последней» значимой каплей. Примером суицидального поведения подростка с ограниченными возможностями может служить следующее клиническое наблюдение.

Клиническое наблюдение 3

Б., 17 лет, учащийся 11 класса областной школы-интерната I-II вида; диагноз: Н 90 нейросенсорная тугоухость II-III ст., F 83 смешанное специфическое расстройство развития, F 32.1. Сообщил классному руководителю в доверительной беседе, что намерен покончить с собой, и у него есть план, как и когда это сделать. Классный руководитель уведомила администрацию школы, которая обратилась за консультацией к врачу-психотерапевту, работающему в рамках научно-исследовательского договора с учащимися данной школы.

Ребенок от II беременности, II родов, переменность протекала на фоне повышения АД, явлений гипоксии в I и II триместрах, родился в срок. Раннее развитие дисгармоничное, нарушение слуха выявлено в 1,5 года, наблюдалось значительное отставание в развитии речи, мышления. Семья полная, мать педагог, отец – военный пенсионер. Подросток проживает в школе-интернате, поскольку семья живет в одном из отдаленных районов области, ездит домой только на каникулы. Второй ребенок в семье. Старший брат здоров, проживает отдельно в городе, учится в университете, куда поступил самостоятельно, является «единственной надеждой и гордостью родителей». Отношения с братом ровные, холодные, говорит о нем с легкой завистью. В семье двое приемных детей 10 лет, взятых на опеку. Б. сообщает, что «мама взяла их только ради денег, ради пенсии; а смотрит за ними плохо, они ходят плохо одетые, и их плохо кормят». В то же время заявляет: «Зачем родители их взяли, с ними столько проблем, все внимание только

им». Описаниями «плохой жизни сирот» делится со всеми в школе, каждый раз подкрепляя рассказ новыми подробностями.

В беседе так пояснил мотивы своего поведения следующим образом: «В мае у нашего класса будет последний звонок и выпускной вечер, все будут красивые, а мне нечего надеть» и, главное, «нет белого костюма, о котором давно мечтал и белых ботинок для выступления на сцене». (Планировалось его выступление на последнем звонке в нескольких номерах). Мама в телефонной беседе сказала сыну, что у нее нет денег, он может рассчитывать только на свою пенсию. «Если у меня не будет костюма и ботинок, в день последнего звонка я повешусь, я уже все продумал». В течение недели значительно снизился интерес к окружающему, равнодушен к мероприятиям, проводимым в школе, подготовке и написанию сценария выпускного вечера, хотя всегда отличался активностью в подобных делах, являлся неизменным исполнителем жестовых песен. Снизился аппетит, ограничил контакты с одноклассниками, заявляет о том, что «ничего не хочется».

Психический статус. Выглядит соответственно возрасту, выражение лица грустное. Голос тихий, печальный. В беседе долгое время напряжён, формален, отвечает на вопросы односложно, затем постепенно становится активнее, принимает более расслабленную позу. В жалобах акцент на сниженное настроение, нежелание жить. Сообщает, что решил «нет смысла жить», «мама меня не любит». При разговоре о маме аффектируется, на глазах слёзы «самое важное для человека, чтобы мама любила и понимала, а если это не так, что делать?». «Мама несправедливо относится к сыну-инвалиду в сравнении с другими своими детьми». В последние дни пришёл к выводу, что его никто не любит, чувствует собственную ненужность, в классе не понимают и не принимают. Настроение подавленное. Сон ухудшился в течение последних двух недель, часто просыпается, затем долго не может заснуть. Курит в течение двух лет, в последние две недели увеличилась ежедневная доза сигарет до 10-12. При обсуждении сложившихся мелких конфликтных ситуаций в классе себя видит в качестве «обиженного», виноват каждый раз кто-нибудь другой. Предложения поиска возможных компромиссов воспринимает отрицательно. В высказываниях присутствуют рентные установки «Я инвалид, почему я должен работать, почему у меня маленькая пенсия», «Что буду делать после 18 лет, когда пенсия уменьшится, наверное, даже на сигареты не хватит». Четких планов на будущее (выбор специальности и учебного заведения после окончания школы) не имеет – «подумаю потом, сейчас не хочу».

Речь фразовая, имеются дефекты произношения. Объем знаний об окружающем мире снижен, в большей степени ограничен бытовым уровнем. Способен выполнить методику «Классификация», переносный смысл пословиц понимает не всегда, словесно-логическое мышление сформировано не полностью. Обучается по программе VII вида, с программой справляется. Старается избегать физической активности, уроков физкультуры («не нравится»). Мотивационная сфера характеризуется преобладанием игровых мотивов над учебными, стремлением к получению удовольствия. Интересы связаны с выступлениями на концертах с жестовыми песнями (неоднократно занимал призовые места на различных конкурсах).

Из анкеты-опросника, которую заполняла его мама: «Нас с мужем радует то, что он у нас есть». На вопрос о способах поощрения и наказания, используемых в воспитании, ответила: «Мы его просто балуем, важно то, что ребёнок с первого класса в интернате, если бы жил дома, мы бы его так не баловали». Сына охарактеризовала спокойным, ответственным, отметила, что он может сопротивляться установленным правилам и отказываться подчиняться.

Уровень депрессии по шкале Марии Ковак у Б. высокий. Выявлены высокие показатели по шкале «негативное настроение» – общее снижения настроения, негативная оценка собственной эффективности в целом, ожидание неприятностей, повышенный уровень тревожности; «ангедония» – высокий уровень истощаемости, наличие чувства одиночества и «негативная самооценка» – негативная оценка собственной

неэффективности, наличие суицидальных мыслей. Тест Люшера демонстрировал поиск поддержки, понимания на фоне внешних проявлений «бунтарства», «драматизации» и «непомерных желаний», которые могут вылиться во вспышки импульсивного, излишне эмоционального (даже экстремального) поведения. В актуальном состоянии, согласно методике цветовых отношений, выявлена обидчивость, убеждение в том, что получает меньше, чем ему причитается, противоречие – требование внимания к себе, как к исключительной личности, и недостаток близких отношений, чувство изоляции.

Врачом-психотерапевтом направлен в психоневрологический диспансер для решения вопроса о стационарном лечении. Врач диспансера посчитал госпитализацию нецелесообразной, был назначен прием флуоксетина 20 мг ежедневно, соннапакса 10 мг 2 раза в день. Б. находился под наблюдением школьного педиатра, психолога, врача-психотерапевта, социального работника и педагогов. Целью психотерапии на данном этапе было преодоление суицидальной настроенности личности через разрешение внутриличностных и микросоциальных конфликтов [175]. Индивидуальная психотерапия осуществлялась с использованием приемов когнитивно-поведенческой психотерапии, арт-терапии. Обсуждались и затрагивались вопросы предотвращения фиксации когнитивной установки безвыходности и отсутствия смысла жизни, выявление чувств и эмоций, «шкалирование», работа по переоценке ценностей, поиску возможных решений, «планирование» дальнейших действий, «декатастрофизация», налаживание социальных контактов, повышения самооценки. На фоне приема антидепрессанта и психотерапевтической работы (в целом, в течение 3 месяцев) стабилизировалось настроение, стал общительнее, проявил заинтересованность в подготовке мероприятий, связанных с выпускным вечером. Мысли о возможности суицида продолжал высказывать еще в течение двух недель, однако, с меньшим аффективным напряжением и, как бы наблюдая производимый эффект. Во многом улучшению состояния способствовало беседа с мамой, разрешение значимой для Б. ситуации – приезд мамы и покупка белого костюма и белых ботинок. На выпускном вечере юноша эмоционально пел на сцене выбранную самостоятельно жестовую песню «Мама».

Катамнез спустя 1 год: после окончания школы поступил в училище на специальность «повар-кондитер», учиться нравится, с программой справляется, часто приходит в школу, сообщает, что «скучает», помогает преподавателям, участвует в концертах на школьных мероприятиях. С родителями отношения ровные, после окончания школы-интерната живет в Томске со старшим братом, периодически ссорятся, но ссоры не выходят за рамки бытовых. Настроение ровное, аффективных реакций не отмечалось. Спустя 2,5 года: окончил училище, устроился работать по специальности в столовую. Жалуется на невысокий заработок, планирует начать поиск нового места работы. Отрицательной динамики со стороны психического статуса не выявляется. В течение времени наблюдения не отмечалось суицидальных мыслей, намерений.

Анализ клинического наблюдения. Пример демонстрирует некоторые типичные проблемы, характерные для подросткового и юношеского возраста, а также детей с ограниченными возможностями. Во-первых, это кажущаяся несерьезность и незначительность мотивов, которыми объясняются причины для совершения суицида, с точки зрения взрослых. Имеющийся внутренний конфликт воспринимается Б. как крайне значимый и травматичный, вызывает внутренний кризис и драматизацию

событий. Во-вторых, в случаях имеющихся нарушений эмоционально-волевой сферы и интеллекта подросток демонстрирует инфантильную реакцию на возникающие проблемы. В приведенном наблюдении он пассивен, инертен, не готов к принятию ответственных решений (например, вопрос об обучении после окончания школы) и требователен к окружающим относительно внимания. Дети с нарушениями слуха часто ссылаются на свой дефект, чтобы избежать интеллектуальной деятельности, ответственности. Причинами инфантильности в данном случае могли быть избалованность, уход от реальности, страх ответственности, поиск наиболее выгодной позиции для себя. Это, в свою очередь, способствует стремлению к установлению контроля над окружающими и манипулированию ими, а также проявлению в поведении рентных установок, которые могут явиться препятствием к дальнейшему развитию личности.

Третьим важным моментом является отсутствие четких границ между истинной суицидальной попыткой и демонстративно-шантажирующим аутоагрессивным поступком, сложность дифференцирования истинных намерений и демонстративного поведения, в большей степени характерного для лиц с низким уровнем развития навыков социальной компетентности.

Благоприятный исход данного наблюдения во многом определялся своевременным реагированием со стороны окружения (классный руководитель, врач-психотерапевт, психолог, воспитатели). Тактика ведения данного случая строилась с учётом максимально серьезной оценки ситуации и вероятности неблагоприятных исходов.

Таким образом, в исследуемой выборке у слабослышащих учащихся чаще, чем у слабослышащих/глухих и учеников общеобразовательной школы возникали суицидальные мысли, подавленное настроение, чувство одиночества. Одной из возможных причин является осознание имеющихся проблем со здоровьем, дефекта, что должно являться мишенью для психокоррекционной и психотерапевтической работы. Меньшая частота суицидальных попыток детей с сенсорными нарушениями может быть

объяснена как индивидуальными особенностями таких детей (инфантильность, незрелость психики, трудности принятия решений), так и большим контролем и наблюдением в условиях специализированной коррекционной школы. Учащиеся в системе коррекционного обучения (как в относительно закрытом пространстве) нуждаются в длительной работе по формированию навыков психологической устойчивости и социальной компетентности.

3.4. Поведение и социальное взаимодействие детей с сенсорными нарушениями

Типы поведения детей с сенсорными нарушениями представлены в таблице 14. Достоверных отличий частоты встречаемости разных типов поведения между группами не выявлено ($p > 0,05$).

Таблица 14 – Поведение детей с сенсорными нарушениями

Фактор риска	Дети с нарушениями зрения (n=182)	Дети с нарушениями слуха (n=186)	Всего (n=368)
Упорядоченное поведение	118 чел (64,84%)	124 чел (66,67%)	242 чел (65,76%)
Агрессивное поведение	24 чел (13,19%)	26 чел (13,98%)	50 чел (13,59%)
Систематические прогулы, бродяжничество	1 чел (0,55%)	1 чел (0,54%)	2 чел (0,54%)
Систематические нарушения дисциплины	39 чел (21,43%)	31 чел (16,67%)	70 чел (19,02%)
Девиантное поведение	-	4 чел (2,15%)	4 чел (1,09%)

Нарушения поведения типичны для 34,24% детей с сенсорными нарушениями, чаще это дети, систематически нарушающие дисциплину в школе и/или проявляющие непослушание дома (19%) и дети с агрессивным поведением (почти 14%). Агрессия - это сложная по своей структуре реакция, включающая эмоциональный компонент (гнев, раздражение), моторный

поведенческий компонент (нападение, удары, укусы), вербально-когнитивный компонент (высмеивание, выражения отказа, препирательства, обзывания, споры, пререкания, поддразнивания и оскорбления), которые проявляются и меняются по мере взросления личности. Для детей младшего школьного возраста были более типичны эмоциональная и моторная составляющие. В подростковом возрасте доминируют вербальные выражения агрессии в форме высмеивания, унижения, обзывания и т.д., которые могут сопровождаться выраженной аффективной реакцией с криком, с проявлением гнева.

Отдельно были проанализированы некоторые характеристики группы детей с агрессивным поведением (50 чел) в сравнении с детьми с упорядоченным поведением (242 чел). Приводимые данные статистически значимо отражают имеющиеся отличия (таблица 15).

Таблица 15 – Клинико-психологические характеристики детей и подростков с сенсорными нарушениями с агрессивным и упорядоченным поведением

Характеристики	Подростки с сенсорными нарушениями, с агрессивным поведением (n=50)	Подростки с сенсорными нарушениями, упорядоченным поведением (n=242)	Уровень значимости	Значение χ^2 , при d.f.=1
Частота алкоголизации отца матери	38% (19 чел) 20% (10 чел*)	31,8% (77 чел) 9,1% (22 чел)	- p=0,012	- $\chi^2=6,25$
Состав семьи полная неполная воспитание опекуном детский дом неродной родитель приемная семья	58% (29 чел) 24% (12 чел) 2% (1 чел) 6% (3 чел*) 10% (5 чел) -	52,1% (126 чел) 30,6% (74 чел) 5,8% (14 чел) 0,8% (2 чел) 10,3% (25 чел) 0,4% (1 чел)	- - - p=0,0103 -	- - - $\chi^2=6,59$ -
Воспитание гармоничное гипоопека гиперопека противоречивое конфликтная семья	14% (7 чел) 36% (18 чел*) 10% (5 чел) 20% (10 чел) 20% (10 чел)	37,6% (91 чел*) 20,2% (49 чел) 19,8% (48 чел) 11,6% (28 чел) 10,7% (26 чел)	p =0,0013 p =0,0015 - - -	$\chi^2=10,35$ $\chi^2=5,82$ - - -
Адаптация				

к детскому саду к школе	80% (40 чел*) 80% (40 чел**)	61,6% (149 чел) 46,3% (112 чел)	p =0,013 p =0,0000	$\chi^2=6,16$ $\chi^2=18,88$
Без психич-х расст-в, включая ПДАС	4% (2 чел) 4% (2 чел)	27,7% (67 чел**) 12,8% (31 чел)	p =0,0003 -	$\chi^2=12,88$ -
Количество детей, имеющих диагноз умственная отсталость легкой степени	18% (9 чел*)	8,7% (21 чел)	p =0,048	$\chi^2=3,91$
Алекситимия согласно опроснику и клиническим проявлениям отсутствие риск алекситимии алекситимия	(n=37) ¹ 10,8% (4 чел) 27% (10 чел) 62,2% (23 чел**)	(n=180) ¹ 40,6% (73 чел**) 32,2% (58 чел) 27,2% (49 чел)	p =0,0006 - p =0,0000	$\chi^2=11,86$ - $\chi^2=16,90$
Уровень тревоги по шкале СМАС средний повышенный высокий	56% (28 чел) 22% (11 чел) -	54,5% (132 чел) 28,5% (69 чел) 4,1% (10 чел)		
Уровень депрессии по шкале М. Ковак средний повышенный высокий	(n=38) ¹ 58% (22 чел) 42% (16 чел**) -	(n=210) ¹ 77,6% (163 чел*) 18,6% (39 чел) 3,8% (8 чел)	p =0,0102 p =0,0013	$\chi^2=6,61$ $\chi^2=10,33$
Регулярное употребление алкоголя	14% (7 чел*)	4,1% (10 чел)	p=0,0067	$\chi^2=7,36$
Курение	30 % (15 чел)	19,4% (47 чел)	-	-
Семейные конфликты	82% (41 чел**)	41,3% (100 чел)	p=0,0000	$\chi^2=27,46$
Конфликты со сверстниками	88% (44 чел**)	32,6% (79 чел)	p=0,0000	$\chi^2=52,08$
Учебные проблемы	44 % (22 чел)	32,6% (79 чел)		
Физич. несостоятельность	8% (4 чел)	33% (80 чел**)	p=0,0004	$\chi^2=12,70$
Развод родителей	24% (12 чел)	32,6% (79 чел)		
Смерть родных	16% (8 чел)	14,5% (35 чел)		

Примечание: ¹ - количество заполнивших опросник на выявление алекситимии или шкалу депрессии.

Для детей с агрессивным поведением было характерно нарушение адаптации, как правило, на разных этапах развития – и к детскому саду и к школе. В этой группе также было значимо больше детей с повышенным уровнем депрессии по шкале М. Ковак. Таким образом, в соответствии с результатами (таблица 15), на формирование агрессивного поведения у детей с сенсорными нарушениями влияют

1. клинические характеристики (уровень психического здоровья, регулярное употребление алкоголя)
2. социально-психологические характеристики (воспитание, алкоголизация матери, сиротство, семейные конфликты, проблемные взаимоотношения со сверстниками)
3. психологические характеристики – алекситимия.

Выявленные особенности определяют мишени психотерапевтической и психокоррекционной работы у детей с агрессивным поведением.

Часто для подростков было характерны стабильные жалобы на физическое самочувствие в сочетании с характеристикой своего настроения как «негативное». При этом дети отрицали какие-либо психологические проблемы, страхи или вообще затруднялись говорить о собственном психическом состоянии. Так, например, девятиклассница с диагнозом ВАР зрительного анализатора (нистагм, парциальная атрофия диска зрительного нерва, астигматизм, амблиопия OD), заполняя шкалу тревожности, согласилась с утверждением «у тебя часто болит голова», прокомментировав «когда что-то раздражает, например, на уроке немецкого». Представляется необходимым понимать, почему ребенок не сообщает о собственных переживаниях, эмоциях, страхах – в связи нарушениями рецептивной речи, недоразвитием лексического запаса (включая эмоциональную лексику), отсутствием душевных (психологических) проблем или в связи с психологическими особенностями (алекситимия). Одним из клинко-психологических аспектов исследования была разработка клинических критериев алекситимии и инструмента диагностики, адаптированного для детей с интеллектуальными нарушениями и определение распространенности алекситимии у детей с нарушениями слуха и зрения, сочетающимися с нарушениями психологического развития и умственной отсталостью легкой степени. Были разработаны клинические, психологические и социальные критерии, позволяющие с высокой долей вероятности выявлять наличие алекситимических черт у детей с

интеллектуальными нарушениями (рисунок 9). Каждый из них в отдельности не является достаточным для определения алекситимии, но, при наличии совокупности клинических, психологических и социальных критериев с большой долей вероятности можно говорить об алекситимии.

Клинические, социальные и психологические критерии алекситимии у детей с сенсорными нарушениями		
<p>Клинические критерии:</p> <p>отсутствие жалоб или жалобы только на нарушения физического здоровья</p> <p>трудности идентификации чувств, как своих, так и окружающих</p> <p>трудности описания чувств</p> <p>определенная лексика, стиль разговора, отсутствие слов и фраз, характеризующий чувства и эмоции (такой ребенок не скажет «мне грустно», «я обиделся»).</p> <p>оценка настроения скорее как негативное</p>	<p>Психологические критерии:</p> <p>проблемы самораскрытия</p> <p>снижение способности к символизации</p> <p>бедность фантазии</p>	<p>Социальные критерии</p> <p>снижение способности к эмпатии</p> <p>недостаток эмоциональных составляющих вербального и невербального поведения (эмоциональной лексики, жестов, мимики)</p> <p>трудности в межличностных отношениях</p> <p>предпочтение виртуального общения (социальные сети, компьютерные сетевые игры) реальному</p>

Рисунок 9. Клинические, социальные и психологические критерии алекситимии у детей с сенсорными нарушениями

Алекситимия в контексте изучения эмоциональных состояний детей и подростков с сенсорными нарушениями может рассматриваться как недостаток в вербальном и невербальном поведении эмоциональных составляющих (эмоциональной лексики, жестов, мимики), что приводит к проблемам социального функционирования. Степень развития эмоциональных характеристик невербального поведения детей с нарушениями слуха и зрения зависит от таких факторов как реабилитационный потенциал семьи (воспитание, образовательный уровень), обязательное наличие речевой среды (актуально для слабослышащих), «Алекситимическое поведение» становится определяющим – практичным,

более ограниченным, формальным. Явления алекситимии также вносят вклад в формирование внутренней картины болезни ребёнка (подростка), обедняя ее, ограничивая эмоциональное реагирование на заболевание (дефект). Хорошим поводом избегания необходимости вербального общения служит Интернет-общение, поэтому оно более предпочтительно подростками с алекситимией.

Наши наблюдения показывают, что для большинства родителей, дети которых были оценены как имеющие алекситимию, также было характерны подобные черты, несмотря на отсутствие у них речевых и когнитивных расстройств. На консультации такие родители больше говорили о физическом самочувствии их детей, затруднялись или отказывались обсуждать эмоциональные характеристики, часто отрицая даже возможность душевного неблагополучия ребёнка. Обращала внимание некая «формальность» в обсуждении вопросов настроения, эмоциональных реакций, поведения, межличностных проблем, имеющих у детей. С большим воодушевлением родители обсуждали позиции продления статуса инвалида, стандартного лечения сопутствующих соматических расстройств, жаловались на недостаток внимания со стороны школы к ребёнку («плохо учат», «плохо объясняют», «мало занимаются» и т.п.). Эти наблюдения подтверждают правомочность предположения о том, что в генезе алекситимических проявлений у детей имеют значение не только биологические факторы (дефект первичный и вторичный), но и социальные [114].

Особенности коммуникации. В силу имеющихся речевых, интеллектуальных нарушений и расстройств важную роль в общении и поведении детей с сенсорными нарушениями приобретают невербальные средства коммуникации, например, жестовая речь, которая у некоторых, особенно при постоянном нахождении в среде глухих, остается основным способом общения. В связи со значительной задержкой речевого развития дети вынуждены опираться на невербальное общение. Жестовая речь,

отличается большей «простотой», меньшими выразительностью и художественностью. Особенно это касается качественных характеристик (прилагательных), абстрактных понятий, затрудненных для понимания еще и благодаря интеллектуальным нарушениям, характеристик эмоциональных состояний. Невербальное поведение (зрительный контакт, выразительность мимики, улыбка, интонации голоса, движения рук, тела) также оценивались во время клинического интервью, наблюдения за игровой и учебной деятельностью.

Для психического здоровья детей имеет большое значение удовлетворение потребности в общении и понимании, что особенно затруднено в семьях, где ребенок с нарушением слуха воспитывается нормально слышащими родителями. Как правило, дети имеют негативный опыт общения дома и/или в другой речевой среде. Родители, не владеющие дактильной, жестовой речью, часто недооценивают переживания, трудности и проблемы ребенка. 75% слабослышащих и 100% глухих детей используют язык жестов, но только 25% их нормально слышащих родителей считают себя компетентными в языке жестов и/или владеют дактильной речью.

Благодаря зрительному анализатору ребенок узнает о способах взаимодействия с другими людьми и моделировании невербального поведения. Нарушенное зрение не позволяет слабовидящим и слепым детям интерпретировать нюансы социальных отношений, различить «тонкие» невербальные средства общения, оцениваемые обычно зрительным анализатором, особенно оптико-кинестетические – мимику, жесты, позы; они не могут увидеть реакцию окружения на их поведение. Таким детям часто требуется дополнительное обучение социальным навыкам из-за их неспособности полагаться на визуальные подсказки. Дети со сниженным зрением затрудняются продемонстрировать своё отношение к собеседнику невербальным способом – мимикой, часто со стороны они производят впечатление малоэмоциональных.

Выявлены следующие особенности коммуникации исследуемой категории детей – снижены как возможности общения, так и, в ряде случаев, вторично потребность в общении; вероятно, это происходит на фоне понимания собственной неуспешности и собственных «ограниченных» возможностей. Часто такие ситуации возникают не без участия взрослых, дающих слишком резкие оценочные характеристики, либо не стимулирующих речевое общение.

Замкнутый мир специализированных школ, с одной стороны, определяет доступную среду для функционирования, с другой – создает иллюзию «нахождения в стабильном, понятном и принимающем мире» с нежеланием погружения в реальный, «слышащий» или «зрячий» мир. Большинство детей имеют в качестве друзей сверстников из своей же школы, секции или кружки посещают только 15% детей исследуемой выборки. 77% детей в качестве друзей назвали сверстников из своего же учебного заведения. Общение в социальных сетях у 85% детей с нарушением слуха и 67% детей с нарушением зрения также ограничено людьми, имеющими сенсорные расстройства.

Изучались также количественные (временные) и качественные характеристики, касающиеся внеурочной деятельности детей, в частности, времени, проведенном за компьютером, игровой приставкой, в Интернете. Чрезмерность использования компьютера определялась по совокупности следующих критериев: время, проведенное за компьютером (планшетом, игровой приставкой) более 3-4 часов в день, ограничение контактов в связи с этим, особенности качества контактов – темы разговоров, сводящиеся к игровой, интернетной сфере, снижение успеваемости, негативные поведенческие реакции при прекращении (вынужденном или насильственном) действия. Дети были условно разделены на три категории – в среднем, проводящие за экраном до 3 часов в день, 3-4 часа и более 5 часов (таблица 16). Среди первой категории значимо больше детей с нарушениями слуха ($p=0,0404$, $\chi^2=4,20$).

Таблица 16 – Количество времени, затрачиваемого детьми с нарушениями слуха и зрения на Интернет (компьютерные игры, социальные сети и т.п.)

	Дети с нарушениями зрения (n=182)		Дети с нарушениями слуха (n=186)		Итого (n=368)
	абс	%	абс	%	
до 3 час в день	26	14,29	42*	22,58	68 (18,48%)
3-5 час в день	88	48,35	95	51,07	183 (49,73%)
более 5 час в день	68*	37,36	49	26,34	117 (31,79%)

Среди детей, проводящих более 5 часов в день за компьютером (планшетом, смартфоном) значительно больше ($p=0,0233$, $\chi^2=5,15$) детей, имеющих нарушения зрения. Как правило, в этой группе дети использовали гаджеты (телефон, приставки, компьютер) до 7-9 часов в день. Если сравнивать значения среднего времени, которое дети проводят за экраном, эти дети с нарушением зрения также больше времени проводят за экраном на уровне тенденции; значимых отличий при этом не выявлено, $p=0,052$, по критерию U Манна-Уитни (таблица 17).

Таблица 17 – Среднее время, проводимое за компьютером (телефоном, планшетом, игровой приставкой)

Характеристики	Дети с нарушениями зрения (n=182)	Дети с нарушениями слуха (n=186)
Среднее время, проводимое за компьютером (телефоном, планшетом, игровой приставкой)	4,34±1,39 час	4,02±1,43 час

Основным и, часто, единственным мотивом «погружения» детей младшего школьного возраста являются игры. У детей среднего и старшего школьного возраста в динамике возрастает доля второй мотивации – общение в социальных сетях. Уходом в «виртуальную реальность» дети продляют собственный «детский» период функционирования, погружаются в

комфортный для них мир без проблем и ответственности, а также получают информацию, недоступную в реальных взаимоотношениях (по различным причинам – речевые и интеллектуальные нарушения, ограничения возможности общения средой интерната, отсутствием теплых доверительных отношений с родителями и т.д.). Качество и уровень получаемой в интернете информации не всегда соответствует возрастным, этическим и другим нормам. В условиях опосредованного общения в Интернете почти отсутствует перцептивная опора на невербальное экспрессивное поведение другого человека, а также затруднена реализация собственного невербального экспрессивного репертуара [160]. Недостаток практики непосредственного межличного общения, использования невербальных средств коммуникации, наряду с имеющимся сенсорным, когнитивным и речевым дефицитом, способствует задержке или недоразвитию различных аспектов невербальной экспрессии у подростков. Примером формирующейся компьютерной зависимости является клиническое наблюдение 5.

Клиническое наблюдение 4

Р., 8 лет, Н.90 двусторонняя сенсоневральная тугоухость II-III степени, F 83 смешанное специфическое расстройство развития, учащийся 1 класса. Жалоб не предъявляет. Жалобы со стороны матери: «постоянно играет в игровую приставку или в компьютер», при запрете пользоваться компьютером плачет, капризничает, отказывается от другой деятельности, «не слушается». Жалобы со стороны классного руководителя, педагога-психолога: в течение последнего месяца приносит игровую приставку в школу, все перемены проводит, играя; при необходимости выполнения общеклассных, творческих и других заданий в период между уроками стремится быстрее закончить, чтоб продолжить игру. Когда родители запретили носить игровую приставку в школу, просил у других детей приставки, сотовые телефоны с играми, при отказе отбирал; был эпизод, когда тайно унес домой игровую приставку одноклассницы.

Семейный анамнез: мама также страдает сенсоневральной тугоухостью, обучалась в специализированной школе, не работает. В семье двое детей, младшему брату 2 года, в момент наблюдения мама беременна третьим ребенком. Сыном занимается формально, ответственность за тягу к компьютерным играм возлагает на классного руководителя, рекомендации школьного психолога по воспитанию ребенка, режиму и распорядку дня не выполняются.

Психический статус: Настроение ровное. Эмоции адекватные. Объем знаний об окружающем снижен. Речь фразовая, присутствуют аграмматизмы. В беседе истошаем. При вопросе ребенку, чем он занимается после школы, отвечает «делаю уроки, играю в компьютер». Мама на данный вопрос говорит «вместе рисуем, лепим, гуляем». Ребенок не может пояснить, как и чем с ним занимаются родители. «Оживляется» при ответе на вопрос о любимых занятиях, описывает компьютерные игры, которые составляют весь круг интересов. Наблюдение за взаимодействием в классе показывает преобладание

игровых интересов, истощаемость во время учебной деятельности, область взаимодействия с одноклассниками – исключительно игровая тематика.

Таким образом, социальное взаимодействие детей часто ограничивается не только в связи с имеющимся сложным дефектом, но и в связи с формированием психопатологических симптомов и зависимых состояний. Были выделены следующие факторы риска формирования интернет-зависимости у детей с сенсорными нарушениями:

- Возможность бесконтрольного использования Интернета (часто в семьях с типом воспитания гипоопека, когда родителям «удобно», что ребенок «занят» и их не беспокоит, либо в ситуации «гиперопеки», когда потакающий родитель не может установить временные границы выхода в интернет)
- Семейная предрасположенность к формированию зависимости (как вариант самореализации личности по аддиктивному варианту или вариант совладания со стрессом путем ухода и избегания конфликтной (стрессовой) ситуации)
- Отсутствие в семье теплых эмоциональных отношений и культуры проведения досуга, хобби и т.д.
- Негативное влияние сверстников, что актуально в условиях проживания в интернате

Задача изучения формирования психических расстройств у детей с сенсорными нарушениями включала также изучение формирования и химических зависимостей – курения и употребления спиртных напитков. Случаев употребления наркотических веществ в период проведения исследования не зафиксировано.

О систематическом курении сигарет (ежедневно или, реже, 1 раз в 2-4 дня в течение, как минимум, 6 месяцев) сообщает каждый четвертый ребенок изучаемой выборки (таблица 18). Часть старшеклассников с нарушениями зрения (как мальчики, так девочки) сообщали о курении до 8-

10 сигарет ежедневно в течение последних месяцев. Не было выявлено достоверных различий как внутри групп по полу ($p>0,05$), так и в преобладании какой-либо категории детей (с нарушением слуха или зрения) в группе курящих.

Таблица 18 – Курение детей с сенсорными нарушениями

	Дети с нарушениями зрения (n=182, мальчики n=113, девочки n=69)		Дети с нарушениями слуха (n=186, мальчики n=114, девочки n=72)		Итого (n=368, мальчики n=227, девочки n=141)
	абс	%	абс	%	
Курение	48	26,37	45	24,19	93 (25,27%)
<i>Из них:</i> Мальчики	31	27,43	34	29,82	65 (28,63)
Девочки	17	24,64	11	15,28	28 (19,86)

Средний возраст курящего ребенка с сенсорными нарушениями – 15 лет, в диапазоне от 11 до 18 лет (таблица 19).

Таблица 19 – Средний возраст детей с сенсорными нарушениями, которые систематически курят и/или употребляют алкоголь

	N	Mean	Median	Min	Max	Quartile (25%-75%)
Курящие	93	15,47	16,0	11,0	18,0	14,0-17,0
Систематически употребляющие алкоголь	37	15,67	16,0	14,0	18,0	15,0-17,0

Среди всей исследуемой выборки детей 37 человек (10% от всей выборки) сообщили о регулярном (от 1-2 раз в неделю до 1 раза в две недели в течение, как минимум, 6 месяцев) приёме алкоголя (таблица 20). Как правило, это происходило в компании сверстников или старших ребят, иногда сопровождалось драками, элементами криминальных действий.

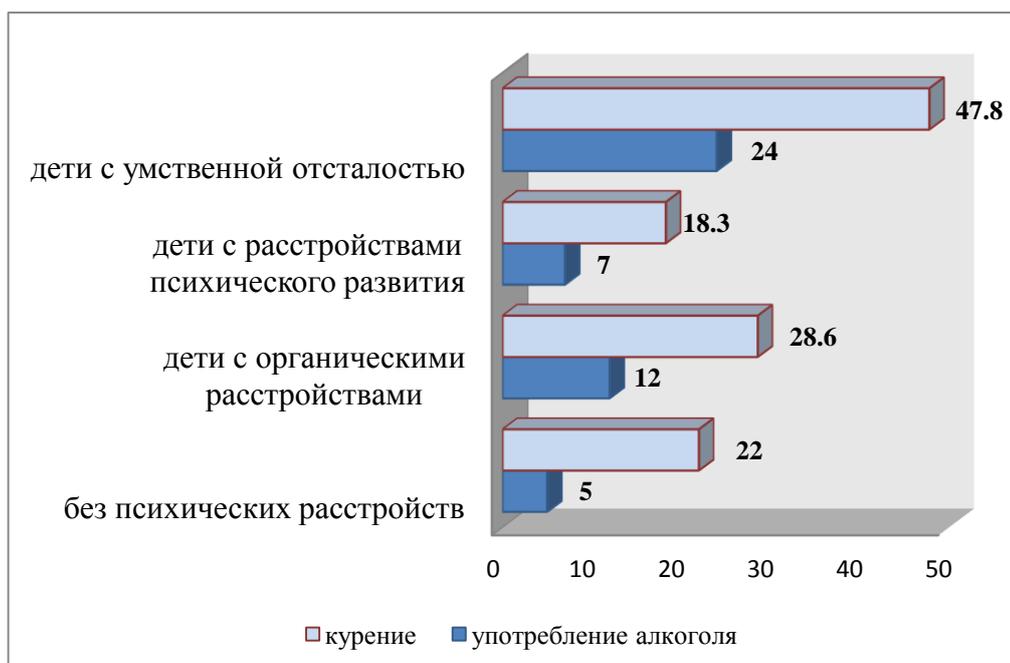
Таблица 20 – Количество детей с сенсорными нарушениями, сообщающих о регулярном употреблении алкоголя

	Мальчики	Девочки	Итого
	абс (%)	абс (%)	
Употребление алкоголя (всего)	22 (59,46%)	15 (40,54%)	37 чел (10%)
<i>Из них:</i> Дети с нарушением зрения	14 (63,64%)	8 (36,36%)	22чел (59,46%)
Дети с нарушением слуха	8 (53,33%)	7 (46,67%)	15чел (40,54%)

Не было выявлено статистически значимых различий ($p > 0,05$) как внутри групп по полу, так и в преобладании какой-либо категории детей (с нарушением слуха или зрения) в группе регулярно употребляющих алкоголь.

Уже было отмечено, что в Томской области наиболее высокий уровень распространенности потребителей алкоголя отмечается среди детей и подростков сельской местности [23]; в исследуемой выборке среди подростков, сообщающих о регулярном приеме спиртных напитков также большее количество – 70,2% – это дети, проживающие не в областном центре. Количество детей, которые употребляли алкоголь «однажды», «редко», «несколько раз», «пробовал как-то» среди всех учащихся 13-18 лет (196 чел) составило 60,2%.

Также изучалось курение и употребление алкоголя в зависимости от имеющихся психических расстройств (рисунок 10). В сравнении с группой без психических расстройств, дети с умственной отсталостью значимо чаще сообщали о регулярном употреблении алкоголя ($p = 0,0021$, $\chi^2 = 9,42$) и курении ($p = 0,003$, $\chi^2 = 8,82$) (рисунок 10). Значимых отличий в частоте курения и употреблении алкоголя между другими группами выявлено не было ($p > 0,05$).



Группа без психических расстройств 77 чел, с органическими расстройствами 49 чел, с расстройствами психического развития 158 чел, с умственно отсталостью 46 чел.

Рисунок 10. Курение и употребление алкоголя детьми с сенсорными и психическими расстройствами, %

Проведено сравнение некоторых клинических и психологических характеристик подростков, регулярно употребляющих спиртные напитки и не употребляющих алкоголь (Таблица 21).

Таблица 21 – Клинико-психологические характеристики подростков с сенсорными нарушениями, сообщающих о регулярном употреблении алкоголя

Характеристика	Дети и подростки с сенсорными нарушениями, регулярно употребляющие алкоголь (n=37)	Дети и подростки с сенсорными нарушениями, не употребляющие алкоголь (n=331)	Уровень значимости	Значение χ^2 При d.f.=1
Частота алкоголизации отца матери	54% (20 чел*) 37,8% (14 чел***)	33,8% (112 чел) 10,9% (36 чел)	p=0,015 p=0,0000	$\chi^2=5,91$ $\chi^2=20,61$
Частота встречаемости некоторых форм поведения агрессивного девиантного	18,9% (17 чел***) 40,5% (15 чел***)	13% (43 чел) 16,62% (55 чел)	p=0,0000 p=0,0004	$\chi^2=26,49$ $\chi^2=12,37$

Семейные конфликты	75,6% (28 чел**)	48,34% (160 чел)	p=0,0016	$\chi^2=9,95$
Конфликты со сверстниками	62,1% (23 чел*)	43,50% (144 чел)	p=0,0306	$\chi^2=4,67$
Проблемы с учёбой	48,6% (18 чел)	35% (116 чел)		
Развод родителей	45,9% (17 чел)	32% (106 чел)		
Смерть родных	18,9% (7 чел)	13,9% (46 чел)		
Количество детей, имеющих диагноз умственная отсталость легкой степени	29,7% (11 чел***)	10,57% (35 чел)	p=0,0008	$\chi^2=11,17$
Алекситимия согласно опроснику и клиническим проявлениям риск алекситимии алекситимия	(n=36) ¹ 32,4% (12 чел) 51,3% (19 чел*)	(n=235) ¹ 24,17% (80 чел) 23,56% (78 чел)	p=0,0225	$\chi^2=5,21$
Уровень тревоги по шкале СМАС средний повышенный	72,9% (27 чел*) 21,6% * (8 чел)	54,08% (179 чел) 26,88% (89 чел)	p < 0,05 -	$\chi^2=2,20$ -
Уровень депрессии по шкале М. Ковак средний повышенный высокий	70,2% (26 чел) 21,6% (8 чел) 5,4% (2 чел)	62,54% (207 чел) 17,22% (57 чел) 2,41% (8 чел)		

Примечание: ¹ - количество заполнивших опросник на выявление алекситимии

Родители подростков, сообщающих о регулярном употреблении спиртных напитков, значимо чаще также злоупотребляли алкоголем (таблица 20). В этиологии возможного формирования злоупотребления подростками в будущем данный фактор обладает двойной значимостью – являясь биологическим (генетическая предрасположенность) и социальным (моделирование аддиктивного стереотипа поведения) одновременно. В качестве психотравмирующих ситуаций для подростков, сообщающих о регулярном употреблении спиртных напитков, значимо чаще выявлялись семейные конфликты и конфликты со сверстниками, на уровне тенденции является большая частота разводов и смерти близких родственников. Также чаще у подростков, регулярно употребляющих алкоголь, обнаруживаются проблемы с учёбой. Диагноз «умственная отсталость легкой степени»

значимо чаще встречался у лиц, регулярно употребляющих алкоголь, в сравнении с не употребляющими детьми и подростками.

Таким образом, выделенная группа детей характеризуется наличием неблагоприятных асоциальных тенденций – семейное неблагополучие и/или семейная модель злоупотребления психоактивными веществами, нарушения поведения, конфликты со сверстниками, риск проблем с учебой при риске или клинически выраженной алекситимии. Эта группа нуждается в проведении превентивных психолого-психотерапевтических мероприятий.

До настоящего времени остаются неисследованными аспекты формирования внутренней картины болезни (ВКБ) у детей с наличием дефектов, у которых дефект проявляется с рождения или раннего возраста. Эти дети и подростки не имеют предшествующего болезни опыта «здоровья», однако определение понятия ВКБ у этой категории детей остается правомочным и важным, поскольку характеристика восприятия ребёнком своего дефекта является одним из значимых факторов, как в формировании и особенностях нарушений психического здоровья, так и в процессе реабилитации, играя ресурсную или препятствующую роль.

ВКБ оценивалась соответственно характеристике клинического статуса – характеристика уровня мышления и состояния основных его операций, настроения, эмоциональных реакций, поведения (соответствие поведения своему возрасту, диагнозу (дефекту), представления ребенка (подростка) о своём дефекте/заболевании, знания о возможностях лечения и особенностях функционирования в соответствии с имеющимся заболеванием (например, необходимость ношения слухового аппарата, очков, использование других тифло- и сурдотехнических средств), у старших школьников выяснялись планы на будущее, ориентация в возможном выборе профессии в соответствии с имеющимся дефектом. Также учитывались количественные и качественные характеристики клинических шкал и психологических опросников. Было выявлено, что на формирование ВКБ

детей и подростков с нарушениями слуха и зрения оказывают существенное влияние следующие факторы:

1. возраст (у детей младшего школьного возраста представления о болезни недостаточно сформированы, в большей степени определяются влиянием мнения родителя, учителя)

2. влияние социальной ситуации развития: а) семейного окружения, особенностей воспитания, особенностей родительского реагирования на дефект ребёнка; б) влияние специфической образовательной среды – условий специального образования, воспитания в школе-интернате.

3. Развитие в подавляющем большинстве случаев широкого спектра нарушений психической сферы – формирования сложного дефекта на фоне нарушений психического развития, умственной отсталости легкой степени, развитие психодезадаптационных состояний, невротических, аффективных реакций, нарушений поведения. Психические расстройства, выявленные у детей с сенсорными нарушениями – фактор, значимо влияющий на формирование ВКБ: снижение интеллектуального потенциала и недостаточная критичность к своему состоянию, незрелость, которую можно объяснить, помимо возрастных особенностей, явлениями инфантилизма. Эти проявления ведут к недооценке детьми и подростками серьёзности своего дефекта и своих возможностей.

4. Наличие сопутствующих хронических соматических расстройств, требующих специального лечения, госпитализаций, оперативного лечения и т.п.

Внутренняя картина болезни у детей и подростков оценивалась с разных позиций восприятия болезни – на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях (рисунок 11).



Рисунок 11. Внутренняя картина болезни детей и подростков с сенсорными нарушениями, сопровождающимися психическими расстройствами

Когнитивный уровень ВКБ представляет собой рациональное отношение к заболеванию/дефекту. Это совокупность представлений, убеждений о собственном состоянии здоровья, способах его сохранения, дальнейшем прогнозе, влиянии заболевания на различные стороны жизнедеятельности. На этом уровне выявлялись: искажённые представления о собственном дефекте, игнорирование или не серьёзное отношение к требованиям врачей (отказ носить очки, слуховой аппарат, отказ от занятий с сурдопедагогом, несоблюдение временных требований, касающихся работы с компьютером и т.п.), инфантилизм. Для детей с нарушениями слуха и зрения часто были характерны также изменения мотивационной сферы в аспекте снижения общего мотивационного потенциала, включая направленность на улучшение качества собственного функционирования.

Поведенческий уровень – это действия ребенка или подростка, направленные на преодоление заболевания и/или его последствий (либо

отсутствие каких-либо действий, либо действия, приносящие вред здоровью). Нарушения на этом уровне проявлялись неадекватным, несоответствующим своему заболеванию поведением, агрессией (включая аутодеструктивное поведение), формированием зависимостей (раннее начало употребления ПАВ, табакокурения, Интернет-зависимость).

Эмоциональный уровень – это эмоциональные реакции на болезнь, которые в разные возрастные периоды могут отличаться, чувства, возникающие в ответ на осознание и осмысление наличия дефекта. Это важная составляющая, поскольку у детей ВКБ формируется в основном на эмоционально-чувственном (неосознаваемом), а не на логическом (сознательном) уровне. Специфика эмоционального уровня внутренней картины болезни проявлялась колебаниями настроения, аффективными вспышками, алекситимией, развитием тревоги, депрессивных реакций. Часто (при обострении хронических и возникновении острых заболеваний, в кризисные периоды развития, при стрессовых ситуациях) отмечались длительные астенические состояния. Они проявлялись апатией, раздражительностью, слабостью, повышенной отвлекаемостью, трудностью сосредоточения, колебаниями настроения и общим снижением жизненной активности. Алекситимия также вносит значительный вклад в формирование ВКБ, обедняя ее, ограничивая эмоциональное реагирование на дефект.

При наличии недоразвития интеллектуальной сферы ВКБ формируется позднее, преобладают нарушения её когнитивной составляющей, формируется преимущественно гипо- или гипернозогностический варианты. При нормальном интеллектуальном развитии осознание своего дефекта чаще сопровождается тревогой или колебаниями настроения, снижается уровень качества жизни, в большей степени имеют место нарушения эмоциональной или поведенческой составляющей ВКБ, формируются гипо- или нормонозогностический её варианты. Выделенные типы отношения к болезни с учётом клинической картины и различных психологических характеристик (уровня тревоги, качества жизни, проективных методов) описаны в главе 6.2.

В последнее время в литературе всё чаще применительно к характеристике личности употребляется понятие «социальный капитал», характеризующий сформированность специфических черт, выражающих добросовестность, гражданскую честность, готовность к сотрудничеству, склонность к принятию нормативов общества [1]. Социальный капитал прежде накапливается личностью и, лишь затем, становится совокупным достоянием общества [469]. Дети, заканчивающие специализированные школы-интернаты, имеющие сенсорный дефект, часто сочетающийся с нарушениями психического здоровья и/или имеющими психологические проблемы, часто не способны свободно ориентироваться в открывающемся информационном пространстве, быть независимыми, сотрудничать с окружающими, иметь собственную гражданскую позицию. Они имеют серьезные проблемы в плане самоотношения, самовосприятия и идентификации. Например, вопросы «кем ты хочешь быть? Куда пойдешь учиться? Чем планируешь заниматься в будущем?» ставят в тупик более 90% учащихся 10-11 классов. Наиболее часто дети отвечают «подумаю завтра», «мама скажет», «решу после окончания школы», «не знаю». Такое отношение может быть обусловлено, как особенностями эмоционально-волевой сферы, мышления, так и защитными механизмами – нежеланием расставаться с предсказуемым и понятным миром, где основные вопросы решаются взрослыми, и нет необходимости самостоятельно принимать решения и быть за них ответственными. Формируются пассивность, инфантильность, несамостоятельность, сочетающиеся с требовательностью внимания и снисхождения от окружающих. Например, дети с нарушениями слуха часто ссылаются на свой дефект («я не слышал (не слышу)»), чтобы избежать деятельности, требующей интеллектуальных усилий. Причинами инфантильности являются выявленные патологические типы воспитания, «...уход от реальности, страх ответственности, поиск выгодной позиции для себя. Это, в свою очередь, способствует стремлению к установлению

контроля над окружающими и манипулированию ими, а также проявлению в поведении рентных установок» [166].

Примеры высказываний подростков:

«Мама несправедливо относится к сыну-инвалиду в сравнении с другими своими детьми».

«Я инвалид, почему я должен работать, почему у меня маленькая пенсия».

По определению М. А. Одинцовой, рентная установка – это особое состояние готовности к специфической реакции получения выгоды (материальной либо моральной) из своего неблагоприятного положения, возникающее на фоне необоснованной помощи и поддержки со стороны микро- и макроокружения и оказывающее деформирующее влияние на личность подростка и все его поведение [166]. Недостаточная устойчивость к стрессам, инфантилизм, склонность к блокированию эмоциональных переживаний, незрелость психологической защиты, неадекватное представление о себе – вот та основа, на которой легко возникают рентные установки, препятствующие личностному развитию ребенка, имеющего инвалидизирующее заболевание. Подросток поначалу может глубоко переживать наличие инвалидизирующего заболевания («не такой как другие»), стремится к изменениям в своей жизни, желает освободиться от стигмы, ищет помощи. Значимым фактором формирования и закрепления рентных установок является поведение родителей, считающих что «государство обязано», мало прилагающих собственных усилий к преодолению жизненных трудностей, а зачастую и ожидающих пенсии по инвалидности ребенка, чтобы потратить ее на собственные нужды и приобретение алкоголя (реальные факты из наблюдений). Вслед за родителями подростки начинают обвинять других (врачей, учителей, социальные службы, правительство) в своих неудачах, невзгодах и несчастьях, центрироваться на своих страданиях, жаловаться на несправедливость судьбы, демонстрировать свои несчастья. Формированию и закреплению рентной установки способствует и специфика воспитания и проживания в специальных, коррекционных учреждениях (ограничение

возможности принятия решений; многое происходит по расписанию, «само собой»; ограничение в выполнении бытовых обязанностей и получения необходимых жизненных навыков). Таким образом, можно предполагать низкий уровень развития компонентов социального капитала у исследуемой категории детей, проблемы социальной адаптации, низкую вовлеченность их в будущем в процессы модернизации общества.

Воспитание, обучение и проживание в системе «школа-интернат» многогранно влияет на формирующуюся личность ребёнка. С одной стороны, в подобных учреждениях создана специализированная среда, учитывающая особенности сенсорного дефекта (наглядность, специальное оборудование, учебные материалы, наличие спецпедагогов и т.д.), обеспечено толерантное отношение к наличию дефекта, обучение строится с учетом возможностей интеллекта. С другой стороны, пребывание в такой системе формирует определённую «изолированность», постоянное пребывание в публичном пространстве, четкую временную организацию, контроль со стороны воспитателей и учителей, минимум инициативы.

Поэтому одной из задач реабилитации данной категории детей является организация занятий и тренингов по формированию социальной компетентности, навыков общения, преодоления страха перед окружающим миром и рентных установок.

Дети с сенсорными нарушениями переживают явления депривации, причем часто сочетание ее различных видов. Так, специфика основного заболевания (дефекта) определяет наличие *сенсорной депривации* – среды, не дающей восприятию необходимых зрительных или слуховых раздражителей. Сенсорная депривация оказывает сложное системное влияние на психическое развитие ребенка, приводит ко вторичной, когнитивной депривации, и, вследствие неполных образов-представлений, искажает представление о мире и опосредованно разрушает контакт с окружающим, что, в свою очередь, приводит к эмоциональной и социальной депривации [244]. Воспитание и обучение в условиях интерната, части детей – в условиях

детского дома, опекунами, приемными семьями обуславливает развитие *социальной депривации* – ограничения возможностей для усвоения автономной социальной роли. Как вид эмоциональной депривации как недостаточной возможности установления эмоционально-личностного отношения к значимому близкому или утрата подобной связи в детском возрасте используется понятие *материнская депривация*, учитывая особую значимость отношений матери и ребенка. При описании факторов, влияющих на психическое здоровье детей исследуемой категории, этот вид депривации, проявляющейся в различных ситуациях, можно отметить достаточно часто. Это ситуации: отказ от ребенка в раннем возрасте, смерть матери, нахождение в условиях интерната детей, начиная с дошкольного или младшего школьного возраста в условиях «пятидневки» или в течение учебной четверти и т.д. Приведём пример материнской депривации.

М., 16 лет, Н 90, двусторонняя сенсоневральная тугоухость III-IV стадии, F 70 умственная отсталость легкой степени, учащийся восьмого класса. Проживает в сельской местности с бабушкой (являющейся опекуном) и дядей, недавно освободившимся из мест лишения свободы. Об отце ничего не знает, мать была лишена родительских прав, когда сыну было три года, видится с ним нерегулярно, злоупотребляет алкоголем. Психический статус характеризуется значительным интеллектуально-мнестическим недоразвитием, мышление конкретное. Курит с 11 лет, с 13 регулярно употребляет алкоголь, общается с компанией сверстников и взрослых, неоднократно совершающих противоправные действия. В школе регулярно нарушает дисциплину, срывает уроки, адистантен, грубит учителям, на замечания и беседы не реагирует. Во время психотерапевтических занятий на очередном сеансе подросток сообщил о том, что «мама появилась, предложила жить вместе с ней, сказала, что я ей должен помогать своей пенсией, а то она ждет ребенка и ей нужны средства».

При изучении семейного взаимодействия «родитель-ребенок» можно говорить и о скрытой материнской депривации – в ситуации отсутствия явной разлуки с матерью, но наличия внутреннего неприятия «ребенка с дефектом», девиантного или аддиктивного поведения матери, длительного стрессового ее состояния или физического/психического заболевания. Иллюстрацией скрытой материнской депривации служит следующий пример.

С., 10 лет, Н 90, двусторонняя сенсоневральная тугоухость III-IV стадии, смешанное специфическое расстройство развития F83, расстройство развития речи F80.88. Психический статус характеризуется значительным интеллектуально-мнестическим

недоразвитием, выраженными речевыми нарушениями. Фразовая речь не развита. Мышление конкретное. На занятиях быстро астенизируется. С программой обучения VII вида не справляется, это касается всех основных предметов – математики, русского языка, чтения. Доброжелателен, не конфликтен. Поведение упорядоченное. В беседе с мамой педагогами предложено направление на психолого-медико-психологическую комиссию для смены диагноза и определения коррекционной программы VIII вида. Мама, по характеру авторитарная, неласковая, строгая, постоянно требует от ребенка «учебных достижений», нанимает репетиторов, несмотря на отсутствие сдвигов в обучении. Отказалась от ПМПК, объясняя это следующим: «я человек с двумя высшими образованиями и карьерой, у меня не может быть умственно отсталого ребенка».

Ситуация *отцовской депривации* у изучаемой категории детей также актуальна. Она также негативно влияет на развитие детей, но в большей степени касается формирования ролевых жизненных установок и диспозиций [99]; проявляется в ситуациях неполных, конфликтных семей, аддиктивных проблем отцов, безработицы, нарушениях поло-ролевых отношений между родителями. Нередко дети сообщают о том, что «папа может ударить и накричать», «забирает пенсию, чтобы купить выпить», «папа постоянно ругается с мамой», «папа ушел к другой женщине и теперь приезжает в школу за ее сыном, а на меня даже не смотрит и не разговаривает». Депривации, переживаемые в детском возрасте, оказывают наиболее мощное патогенное действие.

Таким образом, специфической особенностью детей изучаемого контингента является наличие у большинства психических расстройств, которые можно отнести к стабильно протекающим; это расстройства психического развития, умственная отсталость легкой степени, органические расстройства, нарушение активности и внимания. Общее количество детей, имеющих психические расстройства – 291 чел – 79%. Среди детей и подростков без психических расстройств – 77 чел (21 от всей выборки) 44 человека (57%) имеют отдельные преходящие симптомы психопатологии – донозологические состояния. Имеющиеся индивидуально-психологические черты повышают вероятность акцентуирования характерологических особенностей и психопатоподобных проявлений в

дальнейшем при неблагоприятных условиях воспитания, обучения, социального окружения.

Были выделены следующие особенности детей изучаемой выборки, значимые для формирования их личности и социализации:

1. сниженная познавательная активность и сниженная мотивация к получению знаний, новой информации. Это касалось не только группы детей с интеллектуальными нарушениями (нарушения психического развития и умственная отсталость), при которых описываемый симптом наиболее часто встречается, но и остальных. Функциональные ограничения, вызванные нарушениями зрения и слуха, создают препятствия для независимости ребенка, ограничивают его взаимодействие с окружающей средой.

2. недостаточное чувство ответственности, равнодушие к мнению и чувствам окружающих. В стрессовых ситуациях характерна аффективная ригидность (фиксация на источнике конфликта).

3. трудности адаптации к «внешней среде» – ситуациям вне специализированной школы-интерната, где все относительно стабильно и предсказуемо. При столкновении с реальным «слышащим» или «зрячим» миром дети часто страдают от комплекса негативных состояний – неуверенности в себе, страха, гипертрофированной зависимости от близкого взрослого человека. Реакция детей на новые обстоятельства бывает разной по форме, но стереотипной по сути – в основе ее лежит страх ошибиться и тревога. В одних случаях детям проще сказать «я не слышу» или не «вижу», «я не знаю», «не умею», «не могу», в других – отказаться от общения или решения проблемы, либо – капризничать или проявить агрессию.

В таблице 22 представлено заключение по выявленным и описанным в данной главе клиническим особенностям детей с нарушениями зрения и слуха.

Таблица 22 – Сравнительные характеристики клинического статуса детей с сенсорными нарушениями

Параметры (характеристики)	Дети с нарушением зрения (n=182)	Дети с нарушением слуха (n=186)
Чаще встречающиеся психические расстройства	психодезадаптационные состояния 22,5%* расстройства психического развития -20,3% органические расстройства 19,23 %*	расстройства психического развития 64%* умственная отсталость 21,5%* органические расстройства 7,5%
Речевые расстройства	20,3%	94,6%*
Сочетанная патология	20,3% (37 чел)	38,2%*
Особенности расстройства психологического развития	чаще нарушения эмоциональной сферы, внимания, восприятия	сочетание симптомов нарушения мышления, познавательной и психомоторной сферы, внимания, восприятия и памяти.
Наличие страхов	32,4%*	11,3%
Отношение к собственному дефекту относительно повседневного функционирования	37,9%*	16,7%
Психогении	семейные конфликты 47,25% проблемы во взаимоотношениях со сверстниками 45,60% учебные проблемы 36,81%	семейные конфликты 54,84% проблемы во взаимоотношениях со сверстниками 54,84% развод родителей 36,56%
Наличие суицидальных мыслей в подростковом возрасте	39%	11%
Ощущение чувства одиночества	34,1%	10%
Сниженное настроение	67%	24%
>5 часов в день за экраном	37,4%*	26,3%

Таким образом, для изучаемой выборки детей с тяжёлыми нарушениями слуха и зрения характерна высокая распространённость психопатологии. Особенности клинического статуса детей с дефектами слуха и зрения является сочетание когнитивных, интеллектуальных, речевых нарушений с нарушениями эмоционально-волевой сферы, поведения, искажённым восприятием собственного дефекта. Необходимо учитывать незавершённость онтогенеза ребёнка, динамику клинических симптомов в процессе его развития, на что значимое влияние оказывают биологические (основной дефект, сопутствующие соматические заболевания, семейно-генетические факторы), психологические и социальные факторы. Для клинической динамики психических расстройств детей с нарушениями слуха характерно присоединение вторичных психических нарушений, прогрессирование недостаточности абстрактного мышления и психической работоспособности, формирование алекситимических черт и рентных установок, инфантилизация.

Клиническая динамика психических расстройств детей с нарушениями зрения характеризуется формированием страхов, тревоги (тревожной симптоматики), психологическими последствиями переживания наличия дефекта. Формирование аддиктивного поведения (курение, регулярное употребление алкоголя, Интернет-зависимость) характерно для учащихся обеих групп без значимых различий. При оценке клинической картины необходимо учитывать специфику изучаемого контингента. Имеющиеся речевые расстройства и относительно «стабильно» протекающие» расстройства развития, органические расстройства, хронические соматические заболевания могут быть «фасадом» тревожных и депрессивных реакций, длительно не фиксируемых детьми и их родителями. Особое внимание при квалификации психического статуса ребенка с сенсорным нарушением должно быть акцентировано на раннем выявлении аффективных, тревожных и поведенческих нарушений.

ГЛАВА 4

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕТЕЙ С СЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Психологическое исследование чрезвычайно важно в работе с детьми, имеющими нарушения развития; оно осуществляется с целью качественной и количественной оценки психологического и психиатрического статуса [246]. Максимальная индивидуализация конкретных проблем ребёнка, установление их иерархии, позволяет определить прогноз и, в последующем, приоритеты в коррекционной работе в каждом конкретном случае. Оценка детского нездоровья должна опираться на большее количество характеристик разных уровней, то есть особенностей, достаточных для снижения жизненных возможностей или качества и количества жизни ребёнка, с одной стороны, и особенностей, имеющих значение для принятия врачебных решений и рекомендаций, направленных на улучшение прогноза качества и количества жизни – с другой [30].

В исследовании применялись следующие методики:

- шкала явной тревожности CMAS (The Children's Form of Manifest Anxiety Scale),
- опросник Басса-Дарки (Buss-Durkey Inventory),
- шкала депрессии М. Ковак,
- опросник суицидального риска,
- шкала алекситимии,
- проективные методики (рисуночные тесты «Дом-Дерево-Человек» и рисунок семьи, тест Люшера).

При проведении психологического исследования был выявлен ряд особенностей, характерных для детей изучаемой категории. Эти особенности влияли на сам процесс диагностики, иногда затрудняли ее, значительно

ограничивая диапазон применяемых методов. *Для детей с нарушениями слуха были характерны:*

- высокая распространенность речевых расстройств, проявляющихся нарушениями произношения, ограничением словаря (как активного, так и пассивного) и т.д.; использование жестовой речи, которой, как правило, не владеют психологи и врачи-психиатры;
- непонимание ребенком обращенной к нему речи вследствие имеющихся сочетанных дефектов слуха и речи часто наблюдается
- высокая распространенность нарушений психического развития, определяющих особенности эмоционально-волевой сферы, недоразвитие интеллекта, нарушения формирования высших психических функций (воображение, внимание, мышление, память), существенно ограничивающих возможности применения большинства стандартных психологических методик.
- низкая коммуникационная способность

Особенности детей с нарушением зрения:

- часто отмечалась сниженная познавательная активность, сниженная мотивация к получению новой информации, причем это касалось не только детей с нарушениями психического развития; одной из причин которой могут быть ограничения, вызванные нарушениями зрения, создающие препятствия для независимости ребенка и ограничивающие его взаимодействие с окружающей средой.
- особенность работы с такими детьми – необходима «дозированная» нагрузка на орган зрения – нельзя загружать ребенка большим количеством шкал и опросников для

самостоятельного прочтения, необходимость крупного шрифта в наглядных материалах

Кроме того, при работе с учащимися с нарушениями зрения необходимо соблюдать следующие условия:

- обследование должно проходить в помещении с соответствующей освещенностью (общая освещенность помещения должна составлять 1000 лк, на рабочем столе ребенка - 400-500 лк);
- ограничение непрерывной зрительной нагрузки (5-10 мин в младшем и среднем дошкольном возрасте и 15-20 мин в старшем дошкольном и младшем школьном возрасте); режим зрительной работы устанавливается офтальмологом в соответствии с диагнозом и характером заболевания ребенка [189].

Таким образом, наличие сенсорных нарушений, часто сочетающихся с нарушениями речи и интеллекта, затрудняют психологическое обследование и значительно ограничивают выбор используемых методик у детей с нарушением развития. Измерение психиатрических симптомов часто представляется невозможным, поскольку многие из процедур оценки представляют собой вербальные тесты и стандартизированы для нормально развивающихся детей. Выявленные особенности влияют на процесс и саму процедуру клинико-психологического исследования. В нашем исследовании психологическое обследование всегда проходило в индивидуальном порядке и занимало достаточно длительное количество времени, поскольку включало чтение вслух текста опросника или шкалы, запись ответа ребенка, пояснение неизвестных слов. Профилактикой утомления служили игровые моменты, смена деятельности. При работе со слабослышащими или глухими детьми часто приходилось общаться «письменно» – задавать вопросы и ждать письменного ответа ребенка. Эти обстоятельства удлиняют процесс диагностики. Также следует иметь в виду истощаемость зрительного восприятия, высокую частоту сопутствующей неврологической и

соматической патологии у детей, которые обуславливают астению, снижение концентрации внимания (неврологическая патология выявлена у 75% детей с сенсорными нарушениями). В ситуации диагностики дети часто нуждались в большем количестве проб, чтобы освоить способ деятельности, относительно нормативно развивающихся детей и часто происходили быстрая потеря интереса к тестовым заданиям и снижение работоспособности.

Нарушения психического развития, мышления также оказывают внимание на возможность проведения вербальных тестов для детей с сенсорными нарушениями. Так, например, при предъявлении опросников (шкал) важно быть уверенным, что ребенок (подросток) понимает значение вопроса полностью, иначе результаты будут недостоверны. Уровень понимания текста не всегда можно с легкостью определить: ребенок может не знать какого-то ключевого слова в вопросе, а ответ по типу «да–нет» все же даст. Кроме того, на достоверность полученных данных влияет и общий уровень социального развития подростка, его осведомленность о социальных явлениях. Это, в особенности, касается детей-сирот, проживающих в интернате и детей из неблагополучных семей, испытывающих недостаток знаний по различным социальным вопросам. Поэтому при предъявлении опросников и шкал ребёнку задавался ряд вопросов, позволяющих определить, насколько он понимает значение слова или содержание ситуации. Если понимание оказывалось недостаточным, опросник не использовался. Поэтому использование таких шкал, как шкала тревожности СМАС, шкала депрессии Марии Ковак, шкала агрессивности Басса-Дарки было возможно не у всех детей исследуемой группы (таблица 23).

Таблица 23 – Количество детей с сенсорными нарушениями, заполнивших клинические шкалы и психологические тесты

Фактор риска	Дети с нарушениями зрения (n=182)	Дети с нарушениями слуха (n=186)	Всего (n=368)
--------------	-----------------------------------	----------------------------------	---------------

Шкала депрессии М. Ковак	173 чел (95%)	139 чел (74,7%)	312 чел (84,8%)
Шкала агрессии	164 чел (90%)	90 чел (48%)	254 чел (69%)
Шкала тревоги	176 чел (96,7%)	144 (77,4%)	320 чел (87%)
Шкала алекситимии*	134 чел (73,63%)	137 чел (68,82%)	271 чел(73,6%)
Тест Люшера	182 чел (100%)	186 чел (100%)	368 чел (100%)

Примечание: *шкала алекситимии не предлагалась детям до 10 лет

В целом, дети с нарушениями зрения смогли ответить на большее количество предлагаемых шкал в сравнении с детьми с нарушениями слуха. Данная характеристика является показателем уровня развития мышления (в том числе и абстрактного), воображения, восприятия и уровень общих знаний об окружающем мире.

Наиболее значимыми психологическими свойствами, влияющими на адаптацию в детско-подростковом и юношеском возрасте, являются особенности эмоционального статуса и эмоционального реагирования (эмоциональная устойчивость, уровень тревожности) и определяемые ими личностно-характерологические качества – сенситивность, стеснительность, робость, педантизм, застреваемость. Прогностически наиболее значимыми ориентирами являются показатели уровня тревожности, как личностной, так и ситуационной [40].

4.1 Изучение уровня депрессии у детей с сенсорными нарушениями

Для изучения уровня депрессии и выявления возможных доклинических её проявлений была использована шкала депрессии для детей Марии Ковак [391,392]. 27 пунктов шкалы сгруппированы автором в пять подшкал, характеризующих различные аспекты депрессивных проявлений – «негативное настроение», «межличностные проблемы», «неэффективность», «ангедония», «негативная самооценка». Вопросы включают заявления,

относящиеся к следующим характеристикам: печаль, пессимизм, самоуничижение, ангедония, неадекватное поведение, тревожность, ненависть к себе, ощущение собственной вины, суицидальные мысли, плаксивость, раздражительность, снижение социального интереса, нерешительность, негативное восприятие собственного тела, сложности школьного обучения, нарушения сна, усталость, снижение аппетита, соматические проблемы, одиночество, неприязнь школы, отсутствие друзей, снижение работоспособности, самоуничижение (путём сравнения с равными), ощущение себя нелюбимым, неповиновение [392].

Шкала была заполнена 95% детей с нарушениями зрения и 74,7% детей с нарушениями слуха. При исследовании уровня риска депрессии значимых различий между группами не выявлено (таблица 24).

Таблица 24 – Результаты анализа шкалы депрессии М. Ковак

Фактор риска	Дети с нарушениями зрения (n=173)	Дети с нарушениями слуха (n=139)	Всего (n=312)
Низкий уровень	4 чел (2,3%)	-	4 чел (1,3%)
Средний уровень	124 чел (71,7%)	109 чел (78,42%)	233 чел (74,8%)
Повышенный уровень	38 чел (22%)	27 чел (19,42%)	65 чел (20,8%)
Высокий уровень	7 чел (4%)	3 чел (2,16%)	10 чел (3,1%)

Доля учащихся с низким и средним уровнем риска депрессии суммарно составила 76,1% (237 чел) от числа ответивших на вопросы шкалы. Группа детей с повышенным (20,8%) и высоким (3,1%) уровнем риска депрессии нуждается в динамическом наблюдении, повторном клиническом и психологическом обследовании и превентивных психотерапевтических мероприятиях.

Согласно инструкциям к методике, сумму баллов, набранную ребёнком при ответе на вопросы, необходимо конвертировать в Т-показатели специальной таблицы с учётом возраста и пола ребёнка. Средние значения Т-показателей шкалы депрессии детей исследуемой группы представлены в

таблице 25. Согласно интерпретации уровней суммарного показателя после конвертации «сырых баллов», уровень 56-60 баллов (чуть выше среднего) и выше оценивается как проявление эмоционального неблагополучия. Согласно М. Kovacs, «50 баллов – это критическое значение, после которого глубина симптоматики нарастает». Проверка распределения данных с помощью критерия Колмогорова-Смирнова показало, что распределение отлично от нормального ($p < 0,01$), с учетом этого центральные тенденции и дисперсии этого представлены медианой и квантилями.

Таблица 25 – Средние значения, стандартное отклонение медиана и значения квантилей Т-показателей шкалы депрессии М. Ковак у детей с сенсорными нарушениями

	Дети с нарушениями зрения (n=173), Me[Q25%; Q75%]	Дети с нарушениями слуха (n=139), Me[Q25%; Q75%]
Общий показатель шкалы	54 [49;61]	53 [49;58]
Шкала А негативное настроение	50 [44;59]	50 [48;59]
Шкала В межличностные проблемы	57 [50;67]	56 [50;64]
Шкала С неэффективность	52 [44;58]	49 [48;54]
Шкала D ангедония	55* [50;58]	51 [48;56]
Шкала Е негативная самооценка	51 [46;60]	51 [46;60]

Обращает внимание, что самыми высокими (соответствующими уровню чуть выше среднего) оказались показатели шкалы «Межличностные проблемы». Сфера межличностного взаимодействия является проблемной для детей как в связи с возрастными аспектами, семейной ситуацией, так и с учетом трудностей коммуникации, связанными с наличием дефекта. Этот аспект должен учитываться в психотерапевтических и психокоррекционных мероприятиях.

Значимые различия средних баллов учащихся с нарушениями слуха и зрения по критерию U Манна-Уитни выявлены по шкале D «Ангедония»

($p=0,011$). Тест Колмогорова-Смирнова, помимо данных различий, выявляет также статистически значимые различия показателей шкалы С «Неэффективность», высокий уровень показателей также чаще ($p<0,05$) встречался у слабовидящих детей, чем у детей с нарушением слуха. Относительно значений разных уровней других шкал значимых различий не выявлено.

При анализе возможных различий ответов по полу, в целом выявлено, значимо более высокие баллы у девочек по общему показателю шкалы депрессии ($p=0,007$), шкале А «негативное настроение» ($p=0,005$), шкале «В» (межличностные проблемы) ($p=0,004$), шкале D «Ангедония» ($p=0,0157$) и шкале E «негативная самооценка» ($p=0,010$) по критерию U Манна-Уитни. Слабовидящие девочки показали значимо более высокие баллы в сравнении с мальчиками по общему показателю шкалы депрессии ($p=0,019$), шкале А «негативное настроение» ($p=0,0036$) и шкале E «негативная самооценка» ($p=0,037$) по критерию U Манна-Уитни. Девочки с нарушениями слуха показали значимо более высокие баллы в сравнении с мальчиками по общему показателю шкалы депрессии ($p=0,009$), шкале «В» (межличностные проблемы) ($p=0,0009$), шкале D «Ангедония» ($p=0,0132$) и шкале E «негативная самооценка» ($p=0,012$) по критерию U Манна-Уитни.

Был проведён сравнительный анализ данных выявления уровня депрессивности детей и подростков, полученных исследователями разных стран. Средние значения и краткие характеристики групп приводятся в таблице 26.

Не было найдено источников литературы, где бы приводились данные об уровне депрессивности детей с сенсорными нарушениями. Результаты изучения уровня депрессивности детей публикуются без учёта конвертации в T-показатели, поэтому для сравнения нами также рассматривались «сырые» баллы. Однако для определения уровня депрессивности с учётом пола и возраста необходимо придерживаться рекомендованного алгоритма пересчета баллов.

Таблица 26 – Сравнение средних показателей уровня депрессивности детей и подростков по данным разных исследований (с использованием шкалы депрессии для детей М. Ковак)

Авторы	Группа, возраст		Средние показатели (М) шкалы депрессии М. Covacs
М. Covacs (1992)	n=860;	8-14 лет 12-15 лет	М=9,28 М=9,72
Twenge J.M. (2002), метаанализ 310 исследований	13-16 лет	мальчики девочки	М=8,9 М=10,1
Белова А.П., Малых С.Б., Сабирова Е.З., Лобаскова М.М. (2008)	713 подростков 13-16 лет из Москвы, Бишкека, Ижевска	мальчики девочки	М=9,0 М=9,4
Холмогорова А.Б., Воликова С.В. (2012)	413 учащихся общеобразовательных школ, ср. возраст 13,4		М=11,91
Дети с сенсорными нарушениями,	13-18 лет	мальчики	М=14
	(n=190)	девочки	М=15
	7-12 лет	мальчики	М=14
	(n=122)	девочки	М=11

Учитывая данные таблицы 26, дети с сенсорными нарушениями имеют больший риск развития депрессии в сравнении с учащимися общеобразовательных школ, результаты обследования которых представлены в выше цитируемых исследованиях. Поэтому скрининг детей этой категории на уровень депрессии должен быть обязательным в дополнении к клиническому обследованию с целью выявления симптомов, часто не фиксируемых ни родителями, ни педагогами, ни самими детьми. Депрессивные состояния у подростков имеют свою специфику: они нередко плохо осознаются самими детьми именно как сниженное настроение и могут выражаться в нарастании агрессивного поведения, упрямства, оппозиционного поведения, ухода в себя [226]. Даже на доклиническом уровне депрессия может оказывать значительное негативное влияние на жизнь детей и подростков [448]. Доклинические проявления депрессии могут

сопровождать ребёнка или подростка месяцами или даже годами, оказывая разрушительное влияние на общение со сверстниками, обучение и другие жизненные сферы [15]. Подростки, которые имеют высокий уровень депрессивности, но не отвечают диагностическим критериям депрессии, зачастую страдают от столь же высокого уровня социальной дезадаптации, как и подростки с клинически диагностированной депрессией [352].

Большая сохранность интеллекта определяет более критическое отношение к собственному «Я» в подростковом возрасте, особенно при наличии дефекта. Проблемы самооценки могут быть крайне значимы и болезненно переживаются. Выявление этой особенности крайне значимо, поскольку негативное представление о себе является важным фактором в большинстве когнитивных моделей уязвимости депрессии и тревоги [524].

Сравнительный анализ групп детей с сенсорными дефектами без нарушений психического здоровья и с психическими расстройствами показал значимое преобладание группы со средним уровнем депрессии среди учащихся без психических расстройств и наличие тенденции к росту повышенного уровня депрессии в группе с психическими расстройствами (таблица 27).

Таблица 27 – Распространённость риска депрессии у детей с сенсорными нарушениями в группах без нарушений психического здоровья и психическими расстройствами

Уровень депрессии	Без психических расстройств (n=77), абс./%	Дети с психическими расстройствами (n=235) абс./%	Уровень значимости
низкий	1 (1,3%)	3 (1,3%)	-
средний	64* (83,1%)	169 (71,9%)	p=0,04, $\chi^2=3,85$
повышенный	10 (13%)	55 (23,4%)	p=0,05, $\chi^2=3,82$
высокий	2 (2,6%)	8 (3,4%)	-

Необходимо отметить, что иногда при количественных показателях шкал тревоги и депрессии, характерных для низкого или среднего уровней,

следует качественно анализировать ответы детей. Примером «настораживающих» ответов по шкале депрессии М. Ковак было согласие со следующими утверждениями – «я часто бываю грустный», «я часто испытываю беспокойство», «я часто (всегда) чувствую себя одиноким», «я не уверен в том, что меня кто-нибудь любит», «я чувствую себя одиноким с людьми». Если суммарный показатель набранных баллов дает количественную оценку спектра депрессивных симптомов - сниженного настроения, гедонистической способности, вегетативных функций, самооценки, межличностного поведения, то при значениях «средний» или «(чуть) ниже среднего» качественный анализ может дать ценную информацию о переживаниях ребёнка, как правило, не вербализуемых. Согласие с подобными утверждениями может явиться поводом для дополнительных (уточняющих или наводящих) вопросов и быть первым признаком внутреннего конфликта или беспокойства. В проводимом исследовании такая ситуация была характерна для детей с психодезадаптационными состояниями. Непостоянные или единичные клинические симптомы дополнялись несколькими «знаковыми» ответами в клинических шкалах, что может являться отражением, как преходящего дискомфорта, так и начальным этапом формирующегося пограничного расстройства. Эта группа детей нуждается в динамическом наблюдении.

Таким образом, для детей с сенсорными нарушениями, в целом были характерны показатели шкалы депрессии на уровне «норма»-«чуть выше среднего», с максимальными значениями по шкале «межличностные проблемы», девочки показали значимо более высокие баллы по нескольким шкалам. Для учащихся с нарушениями зрения значимо чаще характерны более высокие баллы по шкалам «ангедония» и «неэффективность», что необходимо учитывать при психотерапевтических занятиях. Помимо количественного анализа шкалы депрессии, особенно в ситуации ребёнка с речевыми, интеллектуальными нарушениями важен и качественный анализ ответов на вопросы шкалы депрессии.

4.2 Изучение уровня тревоги у детей с сенсорными нарушениями

Уровень тревоги определялся с помощью шкалы явной тревожности для детей СМАС (таблица 28). Данная шкала предназначена для детей 8-12 лет, однако применялась нами и у учащихся старшего возраста в связи с их интеллектуальными особенностями, инфантилизмом, наличием расстройств психического развития. Шкалу смогли заполнить 77,4% детей с нарушениями слуха и 96,7% с нарушениями зрения. Средние значения показателей двух групп учащихся представлены в таблице 28, соответствуют нормальному уровню тревоги у детей с нарушениями слуха и уровню «несколько повышенной тревожности» у детей с нарушениями зрения. Проверка распределения данных с помощью критерия Колмогорова-Смирнова показало, что распределение отлично от нормального ($p < 0,01$), с учетом этого центральные тенденции и дисперсии этого представлены медианой и квантилями.

Таблица 28– Средние значения (медиана и значения квантилей) показателей шкалы тревоги СМАС у детей с сенсорными нарушениями

	Дети с нарушениями зрения (n=176), Me[Q25%; Q75%]	Дети с нарушениями слуха (n=144), Me[Q25%; Q75%]
Баллы шкалы тревоги	17 [13;24]	14 [12;18]
Стены	5 [4;7]	4 [3;6]

Сравнение показателей по U критерию Манна-Уитни показало значимо более высокие показатели тревоги у учащихся с нарушениями зрения ($p=0,000007$).

Согласно данным, представленным в таблице 29, 66% детей с сенсорными нарушениями имеют средний и низкий уровень тревоги. Учащиеся с повышенным и высоким уровнем тревоги – 33% от всей группы – представляют группу риска и нуждаются в динамическом наблюдении, психокоррекционных и психотерапевтических мероприятиях.

Таблица 29 – Результаты анализа шкалы тревожности СМАС

Фактор риска	Дети с нарушениями зрения (n=176)	Дети с нарушениями слуха (n=144)	Всего (n=320)
Низкий уровень	4 чел (2,3%)	1 чел (0,7%)	5 чел (1,6%)
Средний уровень	97 чел (55,1%)	109 чел (75,7%)	206 чел (64,4%)
Повышенный уровень	63** чел (35,8%)	34 чел (23,6%)	97 чел (30,3%)
Высокий уровень	12 чел (6,8%)	-	12 чел (3,7%)

Примечание: **p=0,018, $\chi^2=5,57$, d.f.=1

Оптимальный уровень тревожности является одним из условий эмоционального комфорта, адаптации и продуктивной деятельности ребёнка. Среди детей с нарушениями зрения значимо выше, в сравнении с детьми с нарушениями слуха, выявляется повышенный уровень тревожности – у 35,8% (таблица 29). Повышенный уровень тревожности определяет напряжение психологических защит и мобилизацию внутренних ресурсов для своевременного реагирования на изменение окружающей ситуации и стресс, но существенно ограничивает ресурсы взаимодействия в новой ситуации. У 6,8% детей этой категории определялся высокий уровень тревоги, свидетельствующий о наличии тревожности как личностного образования, носящего «разлитой», генерализованный характер.

Уровень тревоги сравнивался также у учащихся разного пола. В целом, уровень тревоги девочек превышал уровень тревоги мальчиков ($p=0,0007$), это касалось как учащихся с нарушениями слуха ($p=0,0019$), так и с нарушениями зрения ($p=0,032$), по U критерию Манна-Уитни. Мальчики с нарушениями зрения значимо чаще имели повышенный уровень тревоги – 35 из 113 чел относительно 14 из 114 мальчиков с нарушениями слуха ($p=0,0007$, $\chi^2=11,46$).

Необходимо отметить, что иногда при количественных показателях шкал тревоги и депрессии, характерных для низкого или среднего уровней, следует качественно анализировать ответы детей. По шкале тревожности СМАС акцентировалось внимание на согласии с такими утверждениями как

«в глубине души ты многого боишься», «тебя все время мучает, всё ли ты делаешь правильно, так как следует», «тебе нередко снятся страшные сны», «ты чувствуешь, что тебя никто не понимает» и др.

Сравнительный анализ групп детей с сенсорными дефектами без нарушений психического здоровья и с психическими расстройствами показал отсутствие значимых различий в распространённости различных уровней тревоги у учащихся без психических расстройств и наличие тенденции к росту повышенного уровня депрессии в группе с психическими расстройствами (таблица 30).

Таблица 30 – Распространённость тревоги у детей с сенсорными нарушениями в группах без нарушений психического здоровья и с психическими расстройствами

Уровень тревоги	Без психических расстройств (n=77), абс./%	Дети с психическими расстройствами (n=243) абс./%
низкий	2 (2,6%)	3 (1,3%)
средний	50 (64,9%)	156 (71,9%)
повышенный	23 (29,9%)	74 (23,4%)
высокий	2 (2,6%)	10 (3,4%)

Повышенный и высокий уровень тревоги у детей с нарушениями зрения чаще встречается при расстройствах невротического и аффективного спектра, психодезадаптационных состояниях, а у детей с нарушениями слуха – при расстройствах психологического развития и органических расстройствах.

Для исследования связи повышенного и высокого уровня тревоги с качественными и количественными признаками и определения их причинного и прогностического значения для повышения уровня тревоги использовалась логистическая регрессия как один из методов нелинейного регрессионного анализа [187]. Статистически значимые результаты (значение p для модели в целом, отношение шансов, (odds ratio – OR), полученные при

анализе влияния различных признаков, и границы их доверительных интервалов 95% (confidence intervals – CI), а также степень достоверности (p) отличия этих величин от 1 представлены в приложении 6. Для детей с нарушениями зрения было получено множество вероятностей влияния признаков, из которых были выбраны те, отношения шансов которых являются наибольшими (наиболее отличными от единицы, определяя большую вероятность возникновения события и предоставляя наглядную информацию о взаимосвязи независимой переменной с исходом). Данные признаки были систематизированы и представлены на рисунке 12. Также учитывалось, что 95% CI не должно включать значение 1, поскольку в таком случае связь независимой переменной с исходом не может быть признана достоверной, сколь бы значение OR не отличалось от 1.

Так, например, нарушение структуры семьи увеличивает вероятность возникновения тревоги в 6,7 раз (ошибка шансов OR) при высокой значимости ($p=0,0003$) и 95% CI 2,9-13,5; семейные конфликты – в 1,8 раз при 95% CI 1,2-2,7 и $p=0,003$; развод родителей – в 2,5 раза при 95% CI 1,6-3,8 и $p=0,0000$; алкоголизация отца – в 1,7 раз при 95% CI 1,1-2,5 и $p=0,011$; алкоголизация матери – в 6,8 раз при 95% CI 3,8-12,2 и $p=0,0000$ (приложение 6, рисунок 12).



Рисунок 12. Признаки, определяющие повышенный и высокий уровень тревоги у учащихся с нарушениями зрения (согласно методу логистической регрессии)

Данные признаки относятся к семейно обусловленным, определяя необходимость превентивной работы с семьёй ребенка, имеющего зрительный дефект и ее основные направления – предупреждение и разрешение семейных конфликтов, работа с формирующимися (сформированными) аддикциями, профилактика разводов или адаптация ребёнка к ситуации развода. Помимо семейных признаков, влияющих на повышение уровня тревоги слабовидящего ребёнка, значимым является наличие симптомов депрессии, увеличивающих вероятность тревоги в 5,7 раз при 95% CI 3,2-10,1 и $p=0,0000$, а также переживания ребёнком последствий негативного влияния дефекта на его функционирование – в 2 раза при 95% CI 1,3-3,1 и $p=0,0006$. Это обуславливает настороженность по поводу симптомов тревоги при выявлении симптомов депрессии у детей, проведение скрининговых исследований, а также необходимость психокоррекционной и психотерапевтической работы с ребёнком на всех этапах сопровождения,

касающейся адаптации к дефекту и его принятия. Результаты статистического анализа также свидетельствуют о необходимости терапии и профилактики обострений хронической неврологической патологии (OR 2,6; $p=0,0000$), чему может способствовать ведение здорового образа жизни и достаточная физическая активность. Необходимо отметить, что среди детей, систематически и регулярно занимающихся в спортивных секциях вне уровня школы (борьба, хоккей, лыжи, кёрлинг и др.), не зависимо от их диагноза, не выявлено высокого и повышенного уровня депрессии и тревоги.

Для учащихся с нарушениями слуха также определялись признаки, значимо влияющие на возникновение тревоги (приложение 6), однако, несмотря на наличие значимого уровня p , отношения шансов (OR) не превышали 1, что определяет небольшую вероятность влияния признаков и предоставляет неоднозначную информацию о взаимосвязи независимой переменных с уровнем тревоги. Это соотносится полученными данными о значимо более высоких показателях тревоги у учащихся с нарушениями зрения (таблица 28) и, соответственно большей её «типичностью» для учащихся с нарушениями зрения в сравнении с детьми с нарушениями слуха.

4.3 Изучение алекситимии у детей с сенсорными нарушениями

Немаловажным представлялось определение наличия алекситимии у детей и подростков с сенсорными нарушениями. Одним из клинико-психологических аспектов исследования была разработка инструмента диагностики алекситимии, адаптированного для детей с интеллектуальными нарушениями и определение её распространенности у детей с нарушениями слуха и зрения, сочетающимися с расстройствами психического развития и умственной отсталостью легкой степени. Диагностировать алекситимию с помощью Торонтской шкалы и даже созданной на ее основе детской шкалы [474] часто не получается у детей с задержкой психического развития или умственной отсталостью, а адаптированные под данную категорию детей

шкалы отсутствуют. В большом количестве случаев дети затруднялись в понимании текста опросника, что снижало достоверность полученных ответов.

При составлении предложенной нами шкалы (приложение 5) сохранены пропорции включения вопросов, отражающие три составляющие алекситимии: трудности идентификации чувств (вопросы 1,3,6,7,8,15), трудности описания чувств (вопросы 2,4,10,11,14) и внешне-ориентированный тип мышления (вопросы 5,9,12,13,16). Ответы оценивались по степени клинической значимости от 1 до 3 баллов и, в соответствии с суммой результатов, были выделены следующие категории – «норма», группа риска, группа с алекситимическими проявлениями. Шкала использовалась у детей старше 10 лет.

Проверка распределения данных обеих групп с помощью критерия Колмогорова-Смирнова показало, что распределение отличается от нормального ($p < 0,05$). Поэтому в качестве центральных тенденций приводятся медиана и интерквартильный размах (25 и 75 квантили) – таблица 31.

Таблица 31 – Средние показатели (медиана и значения квантилей) показателей шкалы тревоги СМАС у детей с сенсорными нарушениями

	Дети с нарушениями зрения (n=134), Me[Q25%; Q75%]	Дети с нарушениями слуха (n=137), Me[Q25%; Q75%]
Баллы шкалы алекситимии	24 [19;30]	26 [23;34]

Примечание: 16-22 балла – «норма», 23-28 баллов – риск алекситимии, 29 баллов и выше – алекситимия.

Сравнение показателей по U критерию Манна-Уитни показало значимо более высокие показатели алекситимии у учащихся с нарушениями слуха ($p=0,000257$).

Распределение выделенных категорий у детей разных групп представлено на рисунке 13.

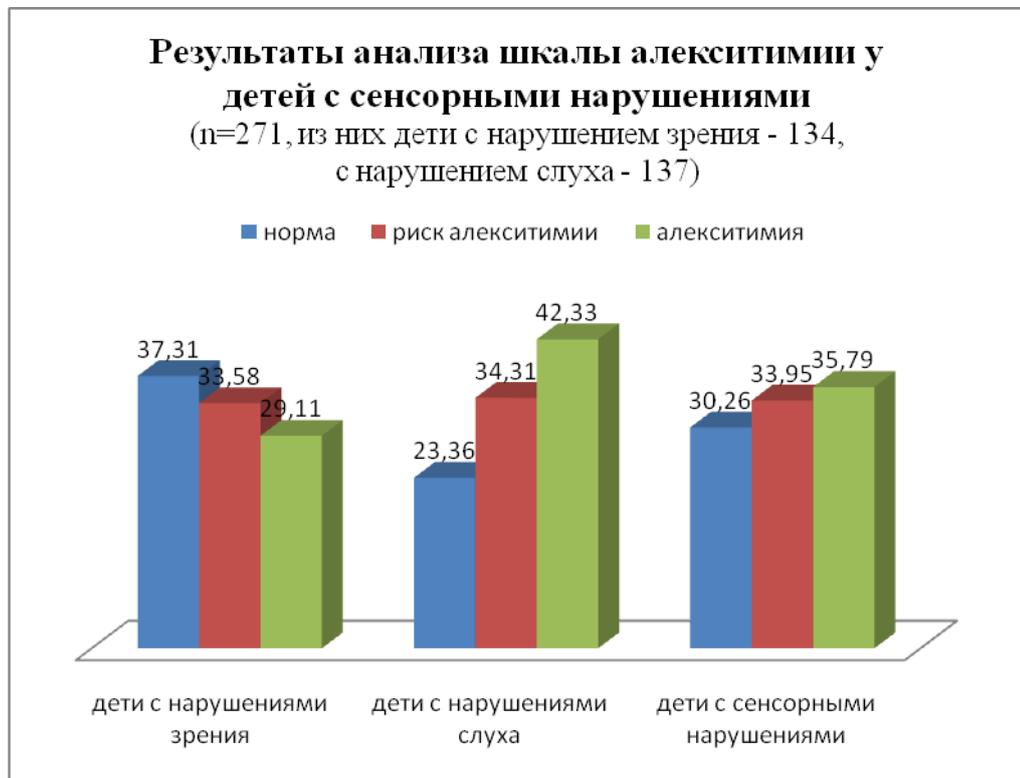


Рисунок 13. Результаты анализа шкалы алекситимии у детей с сенсорными нарушениями (%)

Если рассматривать всю группу детей с сенсорными нарушениями в целом, то три категории соответственно разработанной шкале распределились относительно равномерно (в среднем по одной трети), однако имеется тенденция к увеличению количества детей с риском алекситимии и собственно алекситимии (рисунок 13). Рисунок также демонстрирует преобладание группы алекситимии среди детей с нарушениями слуха (42,33%) и преобладание группы «нормы» среди детей с нарушениями зрения (37,31%). Значимость выявленных различий, определённая с помощью χ^2 -статистики, представлена в таблице 32.

Таблица 32 – Категории шкалы алекситимии у детей с нарушениями слуха и зрения

Фактор риска	Дети с нарушениями зрения (n=134)	Дети с нарушениями слуха (n=137)	Уровень значимости, при d.f.=1
«Норма»	50* чел	32 чел	p =0,012 $\chi^2=6,25$
Риск алекситимии	45 чел (37,%)	47 чел	-
Алекситимия	39 чел	58* чел	p =0,023 $\chi^2=5,16$

Примером использования предложенной шкалы служит следующее клиническое наблюдение.

Клиническое наблюдение 5

К., 13 лет, Н 90 двусторонняя нейросенсорная тугоухость IV степени, F 83 смешанное специфическое расстройство развития.

Результаты шкалы алекситимии. Согласился с утверждениями: «часто не понимаю, что я чувствую» - 3 балла, «мне трудно понять, что я чувствую внутри» - 3 балла, «мне трудно сказать, как я отношусь к людям» - 3 балла, «предпочитаю смотреть смешные телевизионные программы, а не фильмы, которые рассказывают о чужих проблемах» - 3 балла, «мне трудно сказать, что я чувствую, даже лучшему другу» - 3 балла. Не согласился с утверждениями: «я часто мечтаю о будущем» - 3 балла, «мне важно понимать, что я чувствую» - 3 балла, «когда я плачу, всегда знаю почему» - 3 балла.

Вариант «ни то, ни другое» был выбран при ответах на вопросы «у меня бывают ощущения в теле, которые не понятны даже врачам» - 2 балла, «могу легко сказать, что я чувствую» - 2 балла, «иногда не могу найти слов, чтоб сказать, что я чувствую» - 2 балла, «мне говорят, что я должен больше говорить о том, что чувствую» - 2 балла и «знать, как решать проблемы более важно, чем понимать причины этих проблем» - 2 балла.

Не согласился с утверждениями: «когда я расстроен, я не знаю, то ли мне грустно, то ли страшно, то ли я злюсь» - 1 балл, «предпочитаю разговаривать с людьми о делах, а не о чувствах» - 1 балл, согласился с утверждением «когда у меня проблема, я хочу знать, почему это случилось» - 1 балл.

Итоговая сумма баллов составила 37, что соответствует группе с клинически выраженными алекситимическими проявлениями.

Из анамнеза: третий ребенок из семи детей. Старший брат и одна из младших сестер также слабослышащие. Раннее развитие – с отставанием речи, моторных функций. Образование родителей среднее; отец – рабочий на стройке, мать домохозяйка. Дактильной и жестовой речью родители не владеют, с сыном общаются формально, односложно. Посещают секту «Свидетели Иеговы», пытаются приобщить к этому и детей. В школе неоднократно возникали ситуации, когда мальчик заставлял одноклассников приносить ему сладости, соки, деньги. На момент обследования в классе сложилась конфликтная ситуация – Костя и его младшая сестра, обучающаяся в этом же классе, регулярно обижают одноклассницу – обзывают, толкают, отбирают или портят её вещи. Девочка сильно переживает, постоянно плачет, отказывается посещать школу. Попытки классного руководителя, психолога и родителей девочки привлечь внимание Кости к эмоциональному состоянию и переживаниям девочки не вызывают отклика. Обращение педагога к родителям К. также не дало эффекта. На консультации у психотерапевта мама

не выразила интереса и беспокойства по поводу сложившейся ситуации, а также по поводу учебных проблем, поведения сына. Общение с врачом носило формальный характер, обсуждение эмоциональных и психологических проблем ребёнка, взаимоотношений в семье было затруднено из-за её односложных, формальных ответов.

Психический статус квалифицируется недоразвитием интеллектуально-мнестической сферы и речевых средств у ребенка с двусторонней нейросенсорной тугоухостью. На устные вопросы отвечает односложно, на письменные – предложениями из 2-3 слов, с аграмматизмами. Объем знаний об окружающем снижен, в основном, ограничен бытовым уровнем. Обучается по программе VII вида, с программой справляется. Настроение спокойное, ровное. В беседе несколько напряжён. Внимание устойчивое, хорошо концентрируется на предлагаемых заданиях. При наблюдении за ребенком, как в ситуации обследования, так и в повседневной жизни (учебная деятельность, общение со сверстниками), обращает на себя внимание внешняя «серьезность», формальный характер общения, отсутствие внешних проявлений эмоциональных состояний – радости, грусти (при наличии повода для испытываемых эмоций), мальчик практически не улыбается и не смеётся. Классный руководитель и воспитатель также отметили сниженную эмоциональность ребенка, недостаточную активность при обсуждении ситуаций, касающихся чувств, личного отношения к событиям или людям.

При психологическом обследовании определен средний уровень тревоги (по шкале СМАС), наличие межличностных проблем, чувства одиночества (по шкале депрессии М. Ковак).

Выявленные особенности определили объём психотерапевтических, психокоррекционных и психообразовательных мероприятий. Индивидуальные психотерапевтические занятия включали обсуждение школьных ситуаций, в которых акцентировалось внимание на чувства и проявления эмоций как своих, так и у сверстников при взаимодействии с ними. Групповая психотерапия включала участие в тренинге, на котором проигрывались проблемные ситуации взаимоотношений. Эффективным дополняющим инструментом для реализации психотерапевтических задач являлась арт-терапия. С педагогами и психологом школы проведена беседа о сути алекситимии, даны рекомендации по обучению навыкам определения эмоций и чувств у себя и окружающих (на уроках литературы, при внеклассном чтении, беседах, обсуждении возникающих конфликтных ситуаций) и воспитание навыков описания эмоций. Проведено консультирование родителей, им рекомендовалось обсуждать эмоциональные реакции в семье, уделять больше внимания сыну, выражать любовь и принятие ребенка (на словах, тактильно, с помощью жестов), помочь в организации досуга и выбора увлечения, хобби.

Анализ клинического наблюдения. У ребенка выявлены клинические (трудности идентификации чувств, как своих, так и окружающих, трудности описания чувств, не развита эмоциональная лексика), психологические (проблемы «самораскрытия») и социальные критерии (недостаток эмоциональных составляющих вербального и невербального поведения, трудности в межличностных отношениях) феномена алекситимии. Результаты тестирования по разработанной шкале соответствуют клиническим проявлениям. Формирование эмоциональной составляющей

поведения у данного ребёнка определялось и семейными факторами (гипоопека, низкий образовательный уровень и алекситимические черты родителей), а также отсутствием речевой среды. Выявленные особенности должны учитываться при проведении психотерапевтических, психокоррекционных и психообразовательных мероприятий.

Разработанная шкала оказалась доступной для подростков указанной категории, не требовала значительного количества времени, длительного напряжения органа зрения; может быть использована для проведения психологических и клинических исследований в условиях коррекционной школы.

Для изучения отличий между предложенными категориями алекситимии проведён пошаговый дискриминантный анализ (таблица 33). Учитывая, что значимость выявленных различий (таблица 32) невысока и достоверность увеличивается при большем объёме выборки, исследовалась вся группа детей с сенсорными нарушениями. Типичная для дискриминантного анализа задача – определение признаков, которые лучше всего дискриминируют (отличают) объекты, относящиеся к разным группам, решилась следующим образом.

Таблица 33 – Результаты анализа переменных, дискриминирующих группы норма-риск-алекситимия

Discriminant Function Analysis Summary (Spreadsheet52 in Основная база) Step 10, N of vars in model: 10; Grouping: алекситимия (3 grps) Wilks' Lambda: ,66252 approx. F (20,502)=5,7371 p< ,0000 Include condition: v2<3						
	Wilks'	Partial	F- remove	p-level	Toler.	1-Toler.
психиатр. диагноз	0,706536	0,937703	8,337665	0,000312	0,866235	0,133765
адаптация к дет.саду	0,700365	0,945966	7,168645	0,000938	0,881406	0,118594
воспитание	0,683909	0,968727	4,051420	0,018548	0,957958	0,042042
курение	0,680582	0,973462	3,421273	0,034202	0,954405	0,045595
физическая несостоятельность	0,690875	0,958959	5,371035	0,005199	0,873784	0,126216
тревога	0,686094	0,965642	4,465295	0,012429	0,869545	0,130455
травм, инт. в ран.возр	0,677862	0,977370	2,905890	0,056543	0,961843	0,038157

занятость мамы	0,672861	0,984634	1,958589	0,143207	0,912570	0,087430
конфликты со сверст	0,674781	0,981831	2,322390	0,100142	0,922322	0,077678
насл-ть по псих забол	0,671199	0,987071	1,643799	0,195318	0,907083	0,092918

Для переменных, выделенных в таблице, значение F – разности средних значений данной переменной, было большим (20,502); следовательно, для выделенных переменных различие групп является значимым. Статистическая значимость различий также высока ($p < 0,00001$). Исследовалось множество признаков (анамнестических, клинических, психологических). В разнообразии выявленных значимых признаков первым и с большей статистической значимостью был признак «психиатрический диагноз». Психический статус, наличие интеллектуальных нарушений и предпосылок интеллекта определяют своеобразие эмоциональной сферы ребенка с сенсорным нарушением. Действительно, алекситимия является нарушением когнитивно-аффективной сферы, снижающим способность вербализации аффекта. Среди других выявленных признаков – нарушение адаптации к детскому саду и тип воспитания – характеристики, особенно актуальные в период дошкольного возраста – период формирования эмоциональной сферы (стереотипов эмоционального реагирования, умения распознавать и дифференцировать эмоции). Определение тревоги, как дискриминантного признака, дифференцирующего категории «норма-риск-алекситимия», соотносится с данными исследований взрослых пациентов с пограничными психическими расстройствами [437] и психосоматической патологией [83], в которых была установлена положительная корреляционная связь между уровнем алекситимии и тревоги. Алекситимию можно рассматривать по аналогии с психологическими защитами, в частности, с вытеснением, удаляющим аффекты в неосознаваемый полюс, ограничивающим психические реакции, заменяя их более приемлемыми (или менее травматичными) физиологическими. Переживание – это основной элемент жизненного опыта; алекситимическое реагирование препятствует его получению, у рассматриваемого контингента усугубляя инфантилизм,

равнодушие и обедняя социальное взаимодействие. Можно предположить, при закреплении алекситимических черт у детей и подростков в будущем развитие заболеваний, относимых к разряду «психосоматических».

Характеристика «физическая несостоятельность», рассматриваемая как стрессовый фактор переживания собственного дефекта, актуальна преимущественно для детей с нарушением зрения, часто коррелирует с тревожностью. Решением проблемы внутреннего конфликта является попытка «отрицания проблемы», уход от негативных эмоций вытеснением осознания их наличия. Психотерапевтическая работа с такими детьми должна включать аспект принятия собственного дефекта, поиск различных вариантов социального взаимодействия, снижение уровня тревожности.

В выделенном комплексе дискриминирующих переменных курение рассматривается как фактор компенсации негативных переживаний и тревоги и внешняя демонстрация «благополучия» и «взрослости». Дети с алекситимией демонстрируют мнимое отсутствие внутренних конфликтов внешними атрибутами, в том числе, это может быть и курение. Подтверждением значимости вклада психиатрической патологии следуют данные, представленные в таблице 34. Среди детей, имеющих сочетанный дефект (сенсорный и психическое расстройство), количество детей с алекситимией значимо выше.

Таблица 34 – Распространённость алекситимии у детей с сенсорными нарушениями в группах без нарушений психического здоровья и с психическими расстройствами

Группа	Без психических расстройств (n=59), абс./%	Дети с психическими расстройствами (n=212) абс./%	Уровень значимости, при d.f.=1
«норма»	41 (69,5%)	41 (19,3%)	p=,0000 $\chi^2=55,01$
«риск»	14 (23,7%)	78 (36,8%)	-
«алекситимия»	4 (6,8%)	93 (43,9%)	p=0,0000 $\chi^2=27,63$

При изучении корреляционных взаимосвязей уровня алекситимии (корреляционный анализ по Спирмену) у детей с нарушением зрения выявлены положительные корреляции с уровнем тревоги, агрессии и шкал «негативная самооценка» и «неэффективность» шкалы депрессии (приложение 7). У детей с нарушением слуха выявлены положительные корреляции показателя алекситимии с агрессией и шкалами «межличностные отношения» и «неэффективность».

Таким образом, у 35% детей с сенсорными нарушениями выявлены алекситимические черты, 34% имеют риск развития алекситимии, значимо чаще алекситимические черты определяются у детей с нарушениями слуха. Основным признаком, позволяющим разграничить группы континуума «норма-риск-алекситимия» является наличие психиатрического диагноза, который значимо увеличивает вероятность наличия алекситимических черт как нарушения когнитивно-аффективной сферы. Другими выявленными дискриминантными признаками являются: тип воспитания, нарушения адаптации к детскому саду, уровень тревоги и психотравмирующий фактор «осознание физического дефекта».

4.4 Изучение уровня агрессии у детей с сенсорными нарушениями

Нами использовался опросник на выявление агрессивности Басса-Дарки, рассматривающий агрессию как комплексный феномен. Из общего количества обследованных его заполнили 69% детей с сенсорными нарушениями. Результаты представлены в таблице 35 и на рисунке 13.

Таблица 35 – Уровни агрессии по шкале Басс-Дарки у детей с сенсорными нарушениями

Уровень агрессии по шкале Басс-Дарки	Дети с нарушением зрения (n=164)		Дети с нарушением слуха (n=90)		Дети с сенсорными нарушениями (n=254)	
	абс	%	абс	%	абс	%
Низкий	3	1,8	-	-	3	1,2
Средний	124	75,6	73	81,1	197	77,6
Высокий	37	22,6	17	18,9	54	21,2
Итого	164	100	90	100	254	100

Значимых отличий между группами по встречаемости различных уровней агрессии не выявлено ($p>0,05$). Основная часть детей – 77,6% демонстрируют средний уровень агрессии. Для этой группы было типично равномерно среднее распределение показателей восьми шкал внутри общего показателя агрессивности.



Рисунок 14 Уровень агрессии у детей с сенсорными нарушениями

Низкий уровень агрессии выявлен у 1,2%, высокий уровень – у 21,2% детей с сенсорными нарушениями, причем имеется тенденция к большей распространённости повышенной агрессивности среди учащихся с нарушениями зрения. Результаты анализа ответов на опросник Баса – Дарки

подтверждали клинические наблюдения. Для детей с высоким уровнем агрессивности были характерны озлобленность, задиристость, эмоциональная лабильность, склонность к насильственным действиям. У детей с нарушениями зрения наиболее высокие баллы были по шкалам «раздражение», «вербальная агрессия» (у мальчиков и девочек), «физическая агрессия» (у мальчиков) и «обида» (у девочек). Для детей с нарушениями слуха наиболее высокие баллы соответствовали шкалам «подозрительность», «вербальная агрессия», «физическая агрессия».

Склонность к вербальной агрессии проявлялась вспышками раздражения, гнева, агрессивных вербальных выражениями, частое несоблюдение правил поведения и этических норм. Проявлениями физической агрессии были демонстрация физической силы или угрозы ее применения, несдержанность, низкий самоконтроль. Раздражительность проявлялась готовностью к проявлению негативных чувств (вспыльчивость, грубость и др.) при малейшем возбуждении. Для учащихся с высокими баллами по шкале «обида» были типичны недоверие к окружающим, определённая зависть к окружающим, негативные эмоции в отношении действительных и даже надуманных действий (родителей, учителей, сверстников). Выявленные особенности поведения свидетельствуют о наличии негативных эмоциональных переживаний, при этом они часто не осознаются детьми, однако значимо влияют на их социальное функционирование и качество жизни.

4.5 Изучение уровня качества жизни у детей с сенсорными нарушениями

Качество жизни детей с сенсорными нарушениями изучалось с помощью опросника качества жизни PedsQL 4.0 Generic Core Scales, Modules. Проверка распределения данных обеих групп с помощью критерия Колмогорова-Смирнова показало, что оно отличается от нормального

($p < 0,05$), поэтому в качестве центральных тенденций приводятся медиана и интерквартильный размах (25 и 75 квантили) – таблица 36.

Таблица 36 – Оценка качества жизни детьми с сенсорными нарушениями в соответствии с опросником качества жизни PedsQL 4.0 Generic Core Scales, Modules (медиана и квантили 25%, 75%)

	Дети с нарушениями зрения (n=144), Me., Q25%, Q75%	Дети с нарушениями слуха (n=152), Me., Q25%, Q75%
физическое функционирование	93,8; [67;100]	76,5 [67;100]
эмоциональное функционирование	70; [45;75]	80; [70;80]
социальное функционирование	55 ; [45;70]	75 [45;90]
школьное функционирование	60 ; [45;70]	62,5 [55;65]
когнитивные функции	70,8; [62,5;80]	58,3 [67;100]
общий показатель	70,2; [56;79]	72,3 [51;77,4]
психосоциальное функционирование	61,7[49;71]	73,5 [51,7;78,3]

Наиболее высоко дети обеих групп (с нарушениями зрения и слуха) оценивали своё физическое функционирование – 93,8 и 76,5 балла соответственно. Обращает внимание «неадекватно» высокое восприятие своего физического функционирования учащимися с нарушениями зрения и своего эмоционального функционирования учащимися с нарушениями слуха (80,0). Относительно высокую оценку эмоционального функционирования детьми с нарушениями слуха можно объяснить большей распространённостью алекситимии у данной категории детей. Высокую оценку физического функционирования учащимися с нарушениями зрения можно объяснить сравнением его с «более проблемным» социальным функционированием.

Для слабовидящих детей наиболее «проблемными» оказалось социальное функционирование и школьное функционирование. Дети с нарушениями слуха более низко оценили когнитивные функции и школьное функционирование. При сравнении показателей обеих групп по U критерию Манна-Уитни выявил значимые различия ($p=0,031$) в баллах шкалы «когнитивные функции». Показатель «психосоциальное функционирование», являющийся средним значением шкал эмоционального, школьного и социального функционирования, имеет тенденцию к более низким значениям у учащихся с нарушениями зрения, в основном, за счет низких значений социального и эмоционального функционирования. Вероятно, в этом играет роль социальная среда ребёнка, принадлежность к определённой общности, которой, в частности, является относительно закрытое сообщество глухих и слабослышащих. Общий язык (жестовый), общие проблемы являются «объединяющими» в относительно закрытое сообщество; как правило, дети с нарушениями слуха не страдают от одиночества, т.к. находят друзей и знакомых в коррекционной школе, социальных сетях, центрах общества глухих, а также вследствие малой психологической потребности в «социальных, зрелых эмоциях». Для людей с нарушениями зрения менее типично подобное чувство «идентичности», дети, подростки, а, впоследствии, и взрослые со зрительным дефектом менее объединены между собой. Ребенок с сохранным интеллектом при наличии зрительного дефекта в ситуациях социального функционирования более изолирован, остро переживает ограничения собственных возможностей.

Таким образом, для учащихся с нарушениями зрения наиболее «проблемными» оказалось социальное и школьное функционирование, с нарушениями слуха – когнитивные функции ($p=0,031$) и школьное функционирование. Определение уровня качества жизни использовалось как инструмент динамической оценки ребёнком своего функционирования. КЖ оценивалось до и после проведения реабилитационных мероприятий (глава 7.6).

4.6. Анализ результатов проективных методов

В отечественной психологии проективные методы рассматриваются в рамках деятельностного подхода, концепции личностного смысла и направлены на раскрытие целостности детской личности [171]. Они позволяют проследить в динамике такие особенности личности детей, как агрессивность, тревожность, демонстративность, интровертность-экстравертность, особенности общения, эмотивность, самооценку, творческие возможности. Проективные методики считаются особенно эффективными при выявлении скрытых, латентных или неосознаваемых сторон личности [4].

Достоинствами теста Люшера являются простота в применении, отсутствие интеллектуальных, языковых, возрастных ограничений. Тест выявляет не только осознанное, субъективное отношение испытуемого к цветовым эталонам, но, в основном, его неосознанные реакции, что позволяет применять эту проективную методику у детей с нарушенным развитием. При обосновании своего цветового выбора дети не опираются на предметные ассоциации цвета, а исходят из впечатления, производимого на них тем или иным цветовым стимулом [8]. Цветовые предпочтения и отвергаемые цвета детей с нарушениями зрения и слуха представлены в таблицах 37-38.

Таблица 37 – Частота выбора цветов теста Люшера детьми с нарушениями зрения (n=182)

Цвета	1-3 место		6-8 место	
	абс	%	абс	%
1 - синий	72	39,56	49	26,92
2 - зеленый	89	48,90	41	22,53
3 - красный	111	60,99	39	21,43
4- желтый	86	47,25	33	18,13
5- фиолетовый	70	38,46	59	32,42
6- коричневый	23	12,64	130	71,43
7-чёрный	57	31,32	94	51,65
0-серый	39	21,43	103	56,59

В обеих группах детей основные цвета «рабочей группы» по Люшеру, как в эталонном варианте, чаще встречаются на первых местах. Дети с нарушением слуха значимо чаще определяли фиолетовый на последние места ряда ($p=0,027$, $\chi^2=4,84$), других значимых отличий в выборах детей с сенсорными нарушениями выявлено не было ($p>0,05$). Также не выявлено значимых отличий выбора цвета в зависимости от пола ($p>0,05$).

Таблица 38 – Частота выбора цветов теста Люшера детьми с нарушениями слуха (n=186)

Цвета	1-3 место		6-8 место	
	абс	%	абс	%
1 - синий	62	33,33	53	28,49
2 - зеленый	101	54,30	26	13,98
3 - красный	117	62,90	31	16,67
4- желтый	95	51,08	41	22,04
5- фиолетовый	57	30,65	81*	43,55
6- коричневый	28	15,05	125	67,20
7-чёрный	66	35,48	87	46,77
0-серый	32	17,20	114	61,29

Обращает на себя внимание высокая частота выбора чёрного и фиолетового на первые позиции: у 31,3% и 38,5% детей с нарушениями зрения и, соответственно, у 38,5% и 30,6% детей с нарушениями слуха. К этим цветам в обеих группах детей выявляется амбивалентное отношение – они с высокой частотой встречаются на активных позициях – в начале и конце ряда (таблицы 37-38). Наличие чёрного на первых позициях свидетельствует о негативных аспектах восприятия действительности, в зависимости от соседних цветов может отражать чувство безнадёжности, угнетения, отчаяния, либо аффективные вспышки, гневное отношение к окружающему. Фиолетовый может отражать как эмоциональность, ранимость, потребность в защите, склонности к фантазиям, так и быть признаком тревоги и стресса. Выбор или отрицание этих цветов может

являться прогностическим маркером при условии наличия корреляционных связей их с результатами шкал тревоги, депрессии, агрессии, алекситимии (глава 6).

Вегетативный коэффициент (ВК) представляет собой отношение рангов основных четырех цветов, характеризующих вегетативное и эмоциональное состояние обследуемых. Его определение основано на тезисе о тесной связи между работой цветового анализатора и активацией вегетативной нервной системы, а также учёте баланса цветов теплой и холодной частей спектра в ряду предпочтения и связи этих предпочтений с балансом активности симпатической и парасимпатической ветвей нервной системы [230]. Предпочтение холодных цветов связано с «трофотропной» тенденцией, потребностью в отдыхе и накоплению энергии, что, в свою очередь, является следствием активации парасимпатической системы. Величина уменьшается при возрастании парасимпатического тонуса. Величина ВК определяется по формуле:

$$\text{ВК} = (18 - \text{Крас.} - \text{Желт.}) / (18 - \text{Син.} - \text{Зелён.}).$$

В норме коэффициент Шипоша стремится к единице. Значения ВК более 1 трактуются как эрготропное доминирование (преобладание возбуждения симпатической нервной системы), характеризует внутреннюю готовность к реализации сил в деятельности; значение выше 1,9 свидетельствует о перенапряжении, избыточном возбуждении, сопровождающимися низкой эффективностью действий, трудностями адаптации. Значения ВК менее 1, особенно менее 0,75 – говорит об парасимпатикотонии, доминирование трофотропных тенденций вследствие энергодефицита и астенизации [17], усталости, склонности к сохранению, накоплению сил [230], трудностях переносимости физических и психических нагрузок, низкой сопротивляемости инфекциям.

В среднем, ВК у слабовидящих составляет 1,23, по медиане 1, интерквартильная широта от 0,8 до 1,5; у детей с нарушением слуха – 1,24, по

медиане 1,1; интерквартильная широта от 0,8 до 1,4. Показатели вегетативного коэффициента представлены в таблице 39.

Таблица 39 – Характеристика показателей вегетативного коэффициента и его значения у детей с сенсорными нарушениями

	Стандартн. баллы	«Сырые» значения ВК	Интерпретация стандартных значений ВК	Показатели ВК у детей с нарушением зрения, абс./% (n=182)	Показатели ВК у детей с нарушением слуха, абс./% (n=186)
1	1-2 балла	0,2-0,4	Истощённость, установка на бездействие. Признаки хрон. переутомления. Пассивная реакция на трудности, неготовность к напряжению и адекватным действиям в стрессовых ситуациях.	5 чел (2,75%)	9 чел (4,84%)
2	3 балла	0,5-0,8	Установка на оптимизацию расходования сил. Умеренная потребность в восстановлении и отдыхе. В привычных спокойных условиях энергетич. потенциал достаточен для успешной деятельности, в стрессовых ситуациях – запаздывание ориентировки и принятия решений.	49 чел (26,92%)	40 чел (21,51%)
3	4-5 баллов	0,9-1,9	Оптимальная мобилизация физических и психических ресурсов, установка на активное действие. В экстрем. ситуациях – высокая скорость ориентировки, принятия решений, успешность и целесообразность действий.	104 чел (57,14%)	113 чел (60,75%)
4	6-7 баллов	2,0-5	Избыточное возбуждение, импульсивность, снижение самоконтроля. В экстрем. ситуациях – низкая эффективность действий, панические реакции.	24 чел (13,19%)	24 чел (12,90%)

Значимых различий частоты различных уровней ВК между группами не выявлено ($p > 0,05$). Определённую группу риска составляют дети, ВК теста Люшера которых равен 0,2-0,4 (1-2 стандартных балла) и 2,0-5 (6-7 стандартных баллов).

Эмпирически выявленный Вальнеффером ряд цветовых предпочтений – 3, 4, 2, 5, 1, 6, 0, 7 – был принят М. Люшером в качестве «аутогенной нормы» [182] и является эталоном нервно-психического благополучия (цифрами обозначены цвета: 0 – серый, 1 – синий, 2 – зеленый, 3 – красный, 4 – желтый, 5 – фиолетовый, 6 – коричневый и 7 – черный). Внутренний мир человека, последовательность выбора которого близка к эталонному ряду, как правило, отличается согласованностью потребностей и способностей, интересов и долга, отсутствием противоречащих мотивов поведения. Процедура численной оценки степени удаленности индивидуальных цветовых предпочтений от аутогенной нормы стандартизированное статистическое распределение этих оценок разработаны А.И. Юрьевым [219, 223]. Для расчета суммарного отклонения (СО) вычисляются разности между реально занимаемым местом и нормативным положением каждого цвета и суммируются их абсолютные величины. Значение СО изменяется от 0 до 32, может быть только чётным, отражает устойчивый эмоциональный фон, т.е. преобладающее настроение [230]. Если ребёнок выбирает цвета в порядке, обратном аутогенной норме, у него можно ожидать наличие выраженной непродуктивной нервно-психической напряженности, что будет проявляться в ограничении социальной активности, астенических симптомах, неуверенности в своих силах, при этом разрешение проблем субъективно кажется чем-то недостижимым. Поскольку внимание ребёнка постоянно направлено на напряженный внутренний мир, успешность основной деятельности (учебной) оказывается сниженной.

СО у слабовидящих составляет 16,15, по медиане 16, интерквартильная широта от 12 до 20; у детей с нарушением слуха, в среднем, составляет 16,20± по медиане также 16, интерквартильная широта от 12 до 20. Показатели суммарного отклонения представлены в таблице 40.

Таблица 40 – Характеристика показателей суммарного отклонения и его значения у детей с сенсорными нарушениями

Стандартные баллы	«Сырые» значения СО	Интерпретация стандартных значений СО	Показатели СО у детей с нарушением зрения, абс./% (n=182)	Показатели СО у детей с нарушением слуха, абс./% (n=186)
1-2 балла	0-6	Отсутствие непродуктивной нервно-психической напряженности. Испытуемый активен, его действия разнообразны, коэффициент полезного действия высокий. Эмоциональный настрой – оптимистичный. Развит волевой самоконтроль. При этом воля не является орудием подавления какой-то части личности, она лишь согласует различные, но не противоречивые желания испытуемого. В экстремальных ситуациях он эффективно мобилизуется и сосредотачивается на выполнении задачи.	13 чел (7,14%)	10 чел (5,38%)
3 балла	8-12	Незначительный уровень непродуктивной нервно-психической напряженности. Установка на активную деятельность. В условиях мотивированной (интересной) деятельности не испытывает трудностей с оперативным и долговременным запоминанием и воспроизведением информации. Из стрессовых ситуаций выходит с достоинством.	46 чел (25,27%)	56 чел (30,11%)
4 балла	14-20	Средний уровень непродуктивной нервно-психической напряженности. Испытуемый справляется со своими обязанностями в пределах средних сложившихся требований. В привычных условиях обычная деятельность не страдает. В случае необходимости способен преодолевать усталость волевым усилием, после чего характерен длительный период сниженной работоспособности. Для сохранения здоровья и работоспособности требуется относительно четкое субъективное разделение времени работы и отдыха.	83 чел (45,60%)	79 чел (42,4%)
5	22-26	Повышенный уровень непродуктивной	36 чел	33 чел

баллов		нервно-психической напряженности. Потенциал целесообразной активности невысок. Постоянно действующий волевой контроль усиливает переутомление. Общий эмоциональный фон характеризуется повышенной возбудимостью, тревожностью, неуверенностью. В стрессовой ситуации вероятен срыв деятельности и поведения.	(19,78%)	(17,74%)
6-7 баллов	28-32	Выраженная непродуктивная нервно-психическая напряженность. Повышенная утомляемость. Внимание снижено. «Застревание» на эмоциональных переживаниях. Отсутствие устойчивой иерархии мотивов. Выраженные колебания настроения. В эмоциональном состоянии преобладают тревога, предчувствие неприятностей, бессилие и апатия.	4 чел (2,20%)	8 чел (4,30%)

Значимых различий частоты различных уровней СО между группами не выявлено ($p > 0,05$).

Использование теста Люшера позволяло отследить особенности и динамику эмоциональных проявлений детей с сенсорными нарушениями. Наряду с рисуночными тестами, эта была единственная методика, доступная абсолютно всем детям с сенсорными и интеллектуальными нарушениями, позволяющая получить быструю информацию об актуальном состоянии эмоциональной сферы, адаптивности. Особенно важны проективные тесты при обследовании детей, которым в силу речевых и/или интеллектуальных нарушений не доступно выполнение других психологических методов.

Рисунки отражают возрастные и нозологические особенности различных сторон психической деятельности детей [131]. Рисуночные методики доступны и удобны в применении при психологическом обследовании детей с сенсорными нарушениями, они не зависят от желаний или возможностей вербально выразить эмоциональный конфликт. Золтан Вашш определяет проективные рисунки как «внутреннее содержание, выраженное посредством рисовальных движений, причем это внутреннее

содержание нельзя сводить лишь к отображению бессознательного материала» [37].

Процесс рисования способствовал установлению эмоционального контакта и доверительных отношений с ребенком, снимал напряжение, возникающее в ситуации обследования. Были использованы следующие методики – тест «Дом, дерево, человек (ДДЧ)», кинетический рисунок «Дом, дерево, человек» [289], «Рисунок семьи», которые выполнялись всеми детьми. Рисунок семьи позволяет получить представление о субъективной оценке ребенком своей семьи, своего места в ней, о его отношениях с другими членами семьи, о настроении, переживаемых эмоциях. Рисунок «Дом-дерево-человек» представляет собой зрительную метафору – взаимодействие между домом, деревом и человеком отражает действительно происходящее в жизни. Кинетический ДДЧ предполагает рисунок объектов на одном листе с целью оценки их взаимодействия как проекции взаимодействия ребёнка с окружающей средой, другими людьми и собственными представлениями о себе [26]. Валидность символизмов и показателей, полученных при использовании рисуночных тестов, должна быть подтверждена для каждого конкретного ребёнка другими методами, тестами и информацией из других источников.

Диагностическими характеристиками являются содержательные (тема, сюжет, герои, объекты и фон изображения) или формальные признаки рисунков (характер линий, нажим, пространственная организация, форма, пропорции и связи между объектами, композиция, цвет, тень, объем работы, стиль и стратегии рисования и др.), а также отношение ребенка к самой графической деятельности (способность понимать и следовать инструкции, устойчивость внимания, интерес к рисованию, длительность работы, попытки исправлений и др.) [55, 65, 229]. Например, в тесте «Дом, дерево, человек» оцениваются искажения, диспропорции, прозрачность, пропуски в изображении, использование края бумаги, симметрия, центр композиции, характер линии земли и неба, наличие облаков, солнца и др. [455].

Отсутствие деталей, либо дополнительные детали могут отражать личную значимость нарисованного, что позволяет выявлять конфликты, страхи, переживания рисующего.

Согласно тесту «Дом, дерево, человек», для исследуемой группы были характерны следующие особенности – трудности при стремлении раскрыться перед другими (особенно в домашнем кругу), усиленные защитные установки, внутренняя тревога, боязнь быть покинутым, нерешительность, недовольство собой, поиск удовольствия, прежде всего, в фантазиях. В изображении человека часто отмечалось изображение непропорционально большой головы, что является признаком недостаточных интеллектуальных способностей и стремлением определённой компенсации [42]. Нечёткое изображение носа или его отсутствие также указывает на наличие интеллектуальной недостаточности.

Примеры рисуночной деятельности детей с сенсорными нарушениями представлены на рисунках 15-23. Так, на рисунке 15 (Максим Н., 16 лет, нарушение слуха, расстройство психического развития, нарушение речи), в целом нарисованного бледно, схематично, в одной плоскости изображены более четкие, с нажимом четыре двигающихся в разных направлениях автомобиля с заштрихованными окнами и нарисованными черепами. При этом первый автомобиль нарисован на дороге, остальные три «висят» в пространстве. Рядом с прорисованным в деталях автомобилем изображен человек с нечеткими контурами без лица и рук, но с обозначением ремня на поясе. Мальчик занимается конструированием моделей машин, поведение внешне упорядоченное, почти не разговаривает, воспитывается гиперопекающей мамой в неполной семье. Рисунок отражает интересы ребенка, а также его эмоциональное состояние – наличие тревожности, неуверенности, «подвешенности», скрытых агрессивных тенденций, а также замкнутость и трудности в социальных контактах.



Рисунок 15. Максим Н., 16 лет. Диагноз: нейросенсорная тугоухость III степени, F 83, F 80.88. Рисунок «Дом, дерево, человек».

Детям предоставлялся весь необходимый инструментарий для рисования – цветные карандаши, фломастеры – но часть детей предпочитала оставить рисунок чёрно-белым.

В рисунках зачастую можно обнаружить признаки затруднений в общении. Так, на рисунке Владислава Т., 14 лет (нарушение слуха, расстройство психологического развития, нарушение речи) дом размещен над центром листа, что с большой вероятностью позволяет предполагать наличие внутренней напряженности, поиск удовлетворения в фантазиях (рисунок 16). Отсутствие двери отражает трудности при стремлении раскрыться перед другими (особенно в домашнем кругу). Маленькая дверь на крыше – символ закрытости, чувства несоответствия, неадекватности и нерешительности в социальных ситуациях. Нехватка психологической теплоты дома в рисунке проявляется отсутствием трубы. Выявленные затруднения общения могут объясняться имеющимся дефектом, немаловажное значение имеет семейная ситуация – периодические алкоголизации отца, связанные с этим конфликты между родителями, недостаток внимания с их стороны.

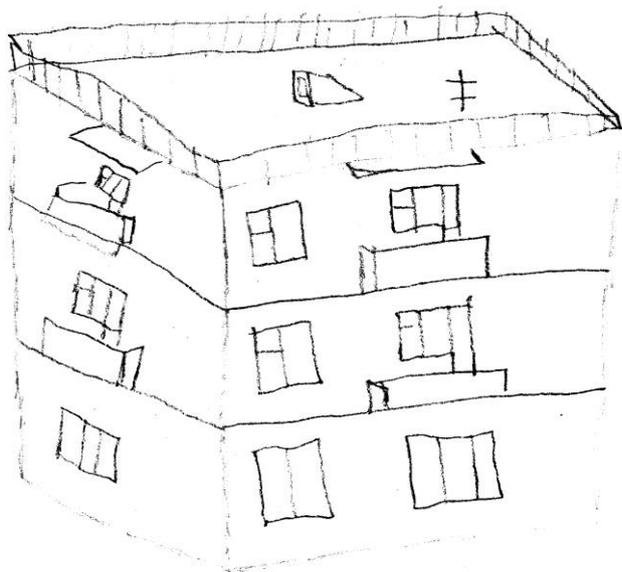


Рисунок 16. Владислав Т., 14 лет. Диагноз: нейросенсорная тугоухость III степени, F 83, F 80.88. Рисунок «Дом».

В интерпретации рисунка дерева К. Кох исходил из положений К. Юнга: дерево – символ стоящего человека, корни – коллектив, бессознательное, ствол – импульсы, инстинкты, примитивные стадии, ветви – пассивность или противостояние жизни. На рисунках Алексея К., Вячеслава Р. (по 13 лет) обращают на себя внимание некоторые общие признаки (рисунки 17-18). Мощный ствол, расширяющийся книзу, говорит о поиске надежного положения в своем кругу. Использование пространства листа почти целиком свидетельствует о желании быть замеченным, о самоутверждении, о стремлении найти опору в других людях. О незащищенности говорят подчеркнутые корни, их различная форма может быть связана с желанием жить, подавлять или выражать некоторые тенденции в незнакомом кругу или близком окружении.

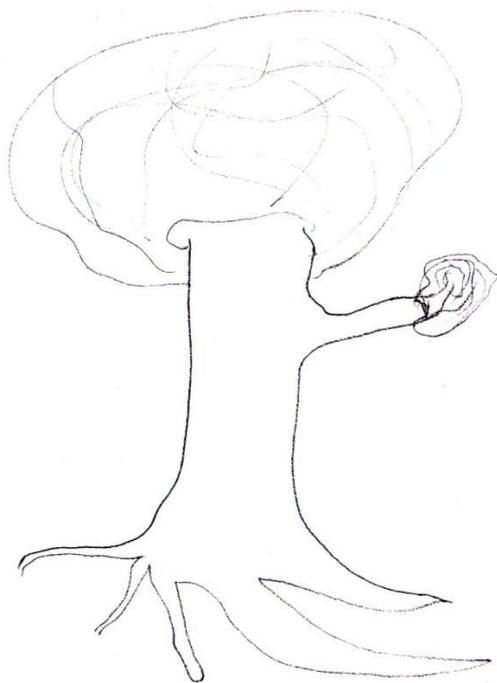


Рисунок 17. «Дерево». Алексей К., 13 лет нейросенсорная тугоухость III степени, F 83, F 80.88

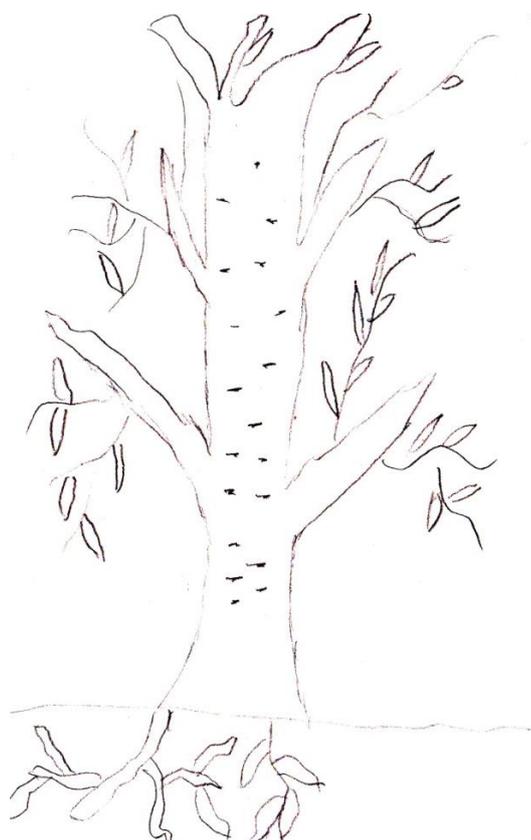


Рисунок 18. «Дерево». Вячеслав Р., 13 лет нейросенсорная тугоухость III степени, F83, F90

Круглая крона (рисунок 16) - признак экзальтированности и эмоциональности. Скрытую агрессивность можно предположить по закрытой густой листве. Формирующаяся сексуальность, фиксация на сексуальных проблемах отражается в нарисованной с акцентом дополнительной детали.

Пропорции рисунка иногда отражают психологическую значимость, важность и ценность вещей, ситуаций или отношений, представленных в рисунке. Тревожные дети склонны рисовать маленькие фигуры, которые занимают только небольшую часть листа. Напротив, уверенные, хорошо приспособленные дети рисуют с размахом, свободно. Рисунок человека (Саша Л., 13 лет, нарушение слуха, смешанное специфическое расстройство развития, синдром дефицита внимания с гиперактивностью) не соответствует возрастной норме, что отражает уровень психического развития (рисунок 19). Фигура изображена без одежды, но при этом на ногах нарисованы гетры и спортивная обувь с шипами, рядом – мяч. Подросток пояснил, что он любит

играть в футбол. Нечетко прорисованная линия основы (земли), недостаток симметрии, неровный, неодинаковый нажим, стирание являются признаками незащищенности, импульсивности, нестабильности и тревоги.

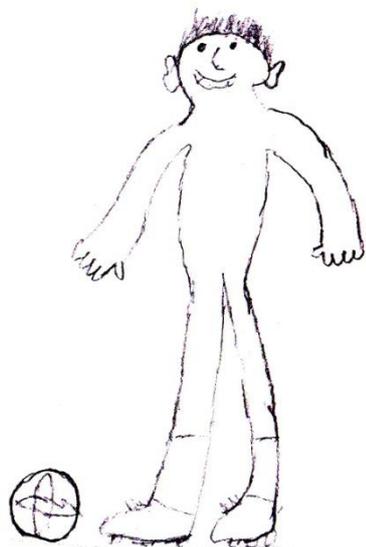


Рисунок 19. Саша Л., 13 лет.
Рисунок «Человек». Диагноз: нейросенсорная тугоухость III степени, F 83, F90

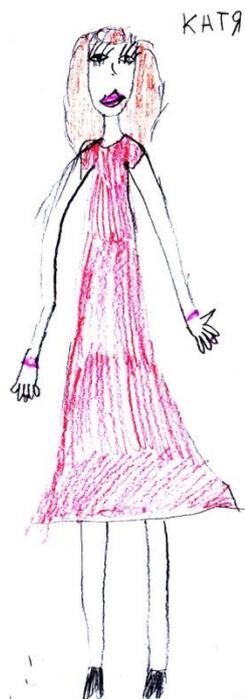


Рисунок 20. Карина Н., 10 лет
Рисунок «Человек». Диагноз: нейросенсорная тугоухость III степени F 83, F 80.88

Слишком крупные руки отражают сильную потребность в лучшей приспособляемости в социальных отношениях с чувством неадекватности и склонностью к импульсивному поведению. Пальцы без ладоней могут говорить о вытесненной агрессии, черствости. Ноги неодинаковых размеров свидетельствуют об амбивалентности в стремлении к независимости.

Общим в представляемых рисунках является их малая эмоциональность (черно-белые краски, стереотипность в рисунках, отсутствие эмоций у изображаемых людей, отсутствие типичного для детей «улыбающегося солнца» и т.д.).

Рисунок человека (Карина Н., 10 лет, нарушение слуха, смешанное специфическое расстройство развития) расположен у самого края листа, но на всю высоту – это может говорить о зависимости, неуверенности в себе и

компенсаторном превознесении себя в воображении (рисунок 20). О нерешительности, потребности в опеке, ощущении собственной малоценности свидетельствуют длинные, слабые руки и мелкие плечи. Неровный, неодинаковый, изменчивый нажим является признаком импульсивности, эмоциональной нестабильности, тревоги, незащищенности. Подчеркнутость лица, длинные ресницы говорят о сильной озабоченности отношениями с другими, своим внешним видом, демонстративности. Непропорционально мелкие ступни отражают скованность, зависимость. Разрывы линий, стертые детали, пропуски, акцентирование, штриховка при прорисовывании рук отражают сферу конфликта, главным образом в межперсональных отношениях. В кинетическом рисунке семьи девочка нарисовала только родителей, не изобразив себя, что также отражает отстраненность от семьи, нехватку теплоты в отношениях с родителями.

Если рисунок человека является инструментом для определения уровня интеллектуальной зрелости, то рисунок семьи рассматривается как неструктурированная проективная техника, раскрывающая чувства ребёнка в отношении тех, кого он считает самыми важными и чьё влияние, формирующее характер, наиболее значимо [65](Дилео Дж., 2009). С целью выявления представлений о своей семье и положении в ней детям предлагалось нарисовать рисунок семьи. Отмечались последовательность рисования деталей, стирания их, произвольные комментарии, эмоциональные реакции в связи с изображаемыми объектами.

При анализе рисунков семьи общим для многих детей является чувство небезопасности, отчуждения, отсутствия теплоты между членами семьи. Треть детей не нарисовала себя в составе семьи как крайний вариант ощущения собственной отверженности и неприятия. Характерно отсутствие совместной семейной деятельности, не выражены положительные эмоции у членов семьи, они хаотично изображены на плоскости листа, далеко отстоят друг от друга. Наличие сильной штриховки, маленькие размеры свидетельствовали об имеющейся тревожности, напряженности,

скованности, неблагоприятном физическом состоянии ребенка. Таким детям бывает трудно вербально отразить свои чувства. Слабое умение распознавать как собственные эмоции, так и чувства окружающих людей приводит к их неверной интерпретации, что является одним из факторов, способствующих отчуждению, тревожности, агрессии.

Примером является рисунок Андрея Г., 10 лет (нарушение слуха, смешанное специфическое расстройство развития, расстройство развития речи). Ребенок нарисовал всех членов семьи (рисунок 21). Первой нарисовал маму, как самого значимого для него человека, затем – отца и последним – себя. Разница в размерах изображённых мальчиком родителей является отражением существующей ситуации в семье, где явно доминирует мама, принимает все ответственные решения, подчас игнорируя мнение других членов семьи. Маленькие фигуры отца и самого себя могут отражать тревогу, эмоциональную зависимость, чувство дискомфорта, скованности, собственной малоценности и незначительности. У себя и отца мальчик нарисовал меньше пяти пальцев, что также может быть проявлением зависимости, бессилия. Признаками напряженности и тревоги являются сильный нажим и подчеркнутость линий. Наклон фигуры мальчика отражает состояние неустойчивости, неуверенности.



Рисунок 21. «Моя семья». Андрей Г., 10 лет Диагноз: нейросенсорная тугоухость IV степени F 83, F 80.88

Отсутствие ушей у папы и мальчика может говорить о стремлении защититься от чрезмерного давления мамы. Большая голова мамы также свидетельствует о её превосходстве и более высоком её социальном авторитете. Чрезмерно крупные, подчёркнутые плечи могут говорить о властности, силе. Непрорисованность ступней у мамы можно расценить как признак «неподвижности» (физиологической или психологической) в межперсональных отношениях. Следует отметить, что у мамы один глаз полностью закрыт волосами, возможно, в этом отражается стремление ребёнка избежать неприятного визуального воздействия. В качестве пояснения к ситуации стоит добавить, что мама, врач по образованию, реализованная в социальном и профессиональном плане, не может смириться с наличием дефекта у ребёнка, требуя успехов в школе, игнорируя его реальные возможности. Внутренний конфликт мамы мешает правильному формированию эмоциональной сферы у ее сына.

В рисунке семьи Марины П., 11 лет также присутствуют все члены семьи, причем себя девочка нарисовала в последнюю очередь (рисунок 22). Отражением её положения в семье является расположение себя внизу листа, малые размеры по сравнению с родителями и младшим братом и поза – сидящая на полу у ног папы с поднятыми вверх руками (в комментарии к рисунку объяснила, что она занимается танцами, изобразила себя на занятиях). В семье папа подавляет девочку, предъявляет завышенные требования, не учитывая особенности её развития, часто конфликтует по этому поводу с матерью, которая более лояльно относится к девочке. Рисунок отражает недостаток эмоционально «тёплого» общения в семье, стремление ребёнка избегать визуальных контактов с родителями, потребность в опоре, опеке.

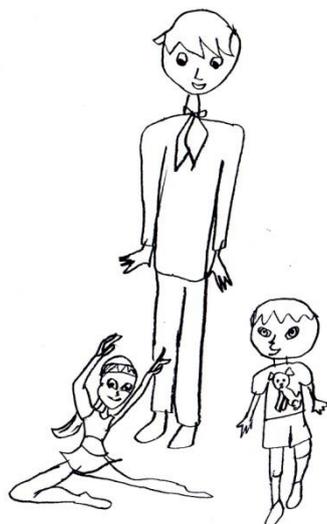


Рисунок 22. Марина П., 11 лет
 Диагноз: нейросенсорная тугоухость
 III степени F 83, F 80.88. Рисунок
 «Моя семья»



Рисунок 23. Оля В., 11 лет
 Диагноз: нейросенсорная тугоухость
 III-IV степени F 83, F 80.88. Рисунок
 «Моя семья»

Изменение ребёнком реального состава семьи заслуживает особого внимания, так как за этим почти всегда стоит эмоциональный конфликт, внутреннее недовольство семейной ситуацией. Так, Оля В., 11 лет (нарушение слуха, смешанное специфическое расстройство развития, расстройство развития речи) в рисунке семьи нарисовала маму и бабушку, не нарисовав себя и младшего брата, а также папу, с которым мама развелась полгода назад (рисунок 22). Невключенность в рисунок себя свидетельствует об отсутствии чувства общности либо отчуждения от других членов семьи, нехватке внимания. Отсутствие и брата в рисунке семьи может говорить о психологической общности с ним, в реальности дети имеют теплые доверительные отношения, часто остаются дома одни, так как мама очень много работает. Хотя мама нарисована первой, изображение бабушки отличается большим размером, что отражает ее значимость для девочки. Враждебное выражение лица мамы, выпученные глаза с выделенными ресницами говорят о стремлении девочки избегать визуального контакта с мамой, грубости и черствости по отношению к дочери. Незакрашенные

волосы, обрамляющие голову мамы и бабушки, пальцы без ладоней могут являться признаком скрываемых враждебных чувств девочки. Возможно, в рисунке мы видим отражение конфликтной ситуации между родителями в процессе развода. Мама была против общения дочери с отцом, препятствовала их встречам, при этом дочь очень привязана к отцу, тяжело переживает разрыв отношений, что сказывается на успеваемости в школе.

Характеризуя рисунки детей, следует отметить низкое их качество относительно возрастной нормы, частое отсутствие перспективы и основных деталей, неадекватные пропорции, что свидетельствует об отставании в умственном развитии. У детей из исследуемой группы чаще всего в рисунках семьи отмечались:

- отсутствие какого-либо члена семьи, что говорит о негативном к нему отношении, как правило, дети «забывали» нарисовать брата/сестру (в ситуации ревности за внимание родителей, ощущения, что им уделяется меньше внимания, отсутствии эмоционального контакта) или отца (в ситуации развода или конфликта родителей)

- очень частым явлением было отсутствие самого ребёнка в составе семьи, либо (реже) рисование себя последним в ряду членов семьи (имеет значение, когда ребёнок не самый младший, а семья располагается в хронологическом (по возрасту) порядке). Это говорит о низкой самооценке, малой вовлечённости в жизнь семьи, предпочтением родителями брата/сестры или чрезмерной критике. Следует отметить, что дети, не нарисовавшие себя на рисунке семьи, были из семей нормально слышащих родителей. Ощущая собственную «непохожесть» на родителей и братьев/сестёр и внутреннее неприятие себя, дети моделируют семейные отношения в рисунках.

- дети с нарушениями слуха рисуют человека, людей без ушей либо, реже, с маленькими ушами, как признак нарушения сенсорного контакта с действительностью.

При исследовании рисунков учащихся выпускных классов выявлена склонность избегать новых переживаний, желание уйти в прошлое или углубиться в фантазии. Подростки живут в собственном комфортном мире, при столкновении с окружающей реальностью чувствуют скованность, отчуждение, сомнения в способности достижения целей; отсутствует уверенность в социальных контактах.

По результатам обследования проводились беседы с родителями. При анализе семейной ситуации выявлены следующие причины развития тревожности: отсутствие у детей ощущения физической безопасности, отвержение со стороны взрослых, тревожность родителей, завышенные требования, предъявляемые к ребенку, авторитарный стиль общения взрослого с ребенком, неблагоприятные микросоциальные и бытовые условия, низкий материальный уровень семьи.

Таким образом, рисунки являются эффективной дополнительной диагностической методикой, используемой у детей с нарушениями развития и восприятия, эмоциональными и интеллектуальными расстройствами, позволяющей определить основные направления коррекционной работы с ребёнком и его семьёй.

Был отмечен ряд особенностей, которые необходимо учитывать при психологическом обследовании детей указанной категории:

1. Процесс психологической диагностики ребенка с нарушением слуха и зрения оптимальнее проводить индивидуально.
2. Спектр диагностических методик должен быть подобран с учетом возрастного периода, сенсорного расстройства, уровня развития мышления и интеллекта
3. Невербальные (проективные) методы оказываются эффективными в диагностике актуального эмоционального состояния, восприятия ребенком микросоциальной (семейной) ситуации при наличии сопутствующих нарушений интеллекта, психологического развития, речи.

Резюме по результатам описанных методов исследования представлено в таблице 41, в сравнительном аспекте относительно двух групп детей с сенсорным дефектом.

Таблица 41 – Сравнительные клинико-психологические характеристики детей с сенсорными нарушениями

Параметры (характеристики)	Дети с нарушением зрения (n=182)	Дети с нарушением слуха (n=186)
Общий уровень риска депрессии	повышенный уровень риска депрессии выявлен у 20,8%, высокий – у 3,1%, самые высокие показатели по шкале В «межличностные проблемы»	
Общий уровень риска депрессии	уровень показателей шкал Д «ангедония» и С «неэффективность» значимо выше	
Уровень депрессии в зависимости от пола	выше у девочек, чем у мальчиков, значимо по общему показателю, шкалам А «негативное настроение» и Е «негативная самооценка»	выше у девочек, чем у мальчиков, значимо по общему показателю, шкалам В «межличностные проблемы», Д «ангедония» и Е «негативная самооценка»
Уровень тревоги	значимо чаще выявляется повышенный и высокий уровень тревожности, как у мальчиков, так и у девочек	
Континуум норма-риск алекситимии-алекситимия	преобладание группы «нормы»	преобладание группы «алекситимии»
Уровень агрессии	чаще средний, высокий – у 22,6%	чаще средний, высокий – у 18,9%
Качество жизни	низкий уровень удовлетворённости социальным и школьным функционированием	низкий уровень оценки шкал «когнитивные функции» и социальное функционирование
Тест Люшера	высокая частота выбора чёрного и фиолетового на первые позиции: (примерно у трети детей), амбивалентное отношение к этим цветам – они с высокой частотой встречаются на активных позициях – в начале и конце ряда	
Рисуночные тесты	Признаки тревожности, недостаточного развития когнитивных функций и эмоциональной сферы. Признаки семейного неблагополучия, низкой самооценки, малой вовлечённости в жизнь семьи.	

Таким образом, психологическая диагностика детей с сенсорными нарушениями является важным дополнением к клиническому обследованию, помогая определить характер и объём коррекционных мероприятий. Изучаемые показатели могут служить основой для выделения отдельных групп детей и подростков, имеющих сходные психологические и социальные проблемы, особенности функционирования, что позволяет создать базу для формирования адресно-ориентированных реабилитационных программ и более целенаправленно осуществлять медико-психологическую помощь.

ГЛАВА 5

ОСОБЕННОСТИ СЕМЬИ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ (ПЕДАГОГИ), ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ С ОВЗ

Л.С. Выготский, следуя идеям А. Адлера и ряда других авторов, сформулировал теоретические основания культурно-исторически ориентированной дефектологии, в соответствии с которой дефектность органов оказывается стимулом к развитию обходных путей компенсации дефектной функции, а пути эти определяются взаимодействием индивида с социальной средой [49]. Социальная среда, в которой живет подросток, определяет характер становления идентичности и процесс поиска своего места в жизни [217]. Отклонение, инвалидность, неполноценность возможно рассматривать как социально сконструированные понятия: ограничения накладываются на людей не только и не столько физическими и психическими нарушениями, сколько окружающей социальной средой [50]. Неосведомленность о характере и причинах нарушений, «скрытость» от общества этих детей, серьёзная недооценка их потенциальных возможностей и способностей, а также другие препятствия на пути к обеспечению равных возможностей и равному обращению – все это создает благодатную почву для замалчивания проблем детей с ограниченными возможностями и их маргинализации [247], присваивания «ярлыков», стигматизации. Люди, которые непосредственно взаимодействуют со «стигматизированным» индивидом – родственники, друзья, социальные работники – нередко сами стигматизируются обществом [96].

Социальная среда во многом определяет как причины имеющихся нарушений здоровья ребёнка, так и может являться существенным ресурсом для компенсации нарушенного развития и формирования личности ребенка с ОВЗ, поэтому внимание в настоящем исследовании также уделялось родителям детей и педагогам коррекционных школ-интернатов.

5.1 Семья как патологический и ресурсный фактор, определяющий психическое здоровье ребёнка с сенсорным дефектом

В рамках настоящего исследования проведено клиническое обследование и консультирование 280 родителей, из них 170 родителей учащихся школы-интерната для слабослышащих и глухих детей и 110 родителей учащихся школы-интерната для слабовидящих и слепых детей. Участие в исследовании включало получение информации о целях и методах исследования и подписания информированного согласия.

Уровень образования матерей и отцов детей с сенсорными нарушениями представлен в таблице 42.

Таблица 42 – Уровень образования родителей детей с сенсорными нарушениями

Занятость	Родители детей с нарушениями зрения				Родители детей с нарушениями слуха				Всего	
	Матери		Отцы		Матери		Отцы			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Среднее	34	18,68	46	25,27	51*	27,42	59	31,72	190	25,82
Среднее специальное, среднее техническое	93	51,10	90	49,45	89	47,85	95	51,08	367	49,86
Высшее	55	30,22	46*¹	25,28	46	24,73	32	17,20	179	24,32
Итого	182	100	182	100	186	100	186	100	736	100

Примечание: значимость * $p=0,046$, $\chi^2=3,95$,

*¹ $p=0,031$, $\chi^2=4,61$, d.f.=1.

Отмечается значимое ($p=0,046$) преобладание матерей детей с нарушениями слуха, имеющих среднее образование, относительно матерей детей с нарушениями зрения и значимое ($p=0,031$) преобладание отцов с высшим образованием в группе отцов слабовидящих детей в сравнении с отцами детей с нарушениями слуха. В целом, обращал внимание общий низкий уровень образованности родителей (таблица 42), только четверть родителей имели высшее образование. При этом необходимо учитывать, что

Томск считается университетским городом, по данным на 2010-2011 в Томской области было 35% населения с высшим или незаконченным высшим образованием, а для городского населения доля лиц с высшим и неоконченным высшим образованием составляла 38,3% [207]. В целом, родители обследуемых детей со средним специальным/техническим образованием составили 50%, со средним – 25%. Категории занятости родителей представлены в таблице 43 и на рисунках 24-25. В целом, невысокий уровень образования определил и преобладание основных категорий занятости.

Таблица 43 – Категории занятости родителей детей с сенсорными нарушениями

Занятость	Родители детей с нарушениями зрения				Родители детей с нарушениями слуха				Всего	
	Женщины		Мужчины		Женщины		Мужчины			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Рабочие	67	36,81	94	51,65	73	39,25	117*	62,90	351	47,69
Служащие	73**	40,11	40**	21,98	48	25,81	22	11,83	183	24,85
Домохозяйки	12	6,59	-	-	35***	18,82	1	0,54	48	6,52
Индивидуальные предприниматели	9	4,95	23	12,64	4	2,15	15	8,06	51	6,93
Руководящие работники	-	-	4	2,20	1	0,54	3	1,61	8	1,09
Безработные	21	11,54	16	8,79	24	12,90	20	10,75	81	11,01
Пенсионеры	-	-			-	-	1	0,54	1	0,14
Отбывает наказание в местах лишения свободы	-	-	5	2,75	1	0,54	7	3,76	13	1,77
Итого	182	100	182	100	186	100	186	100	736	100

Примечание: * – значимость отличий $p < 0,05$, ** – $p < 0,001$, *** $p < 0,001$, χ^2 статистика

Анализ профессиональной принадлежности матерей выявил преобладание служащих ($p = 0,003$, $\chi^2 = 8,53$) в группе матерей детей с нарушениями зрения и домохозяек ($p = 0,0004$, $\chi^2 = 12,34$) в группе матерей детей с нарушениями слуха (рисунок 24).



Рисунок 24. Профессиональная занятость матерей детей с нарушениями слуха и зрения

Доля домохозяек и безработных выше среди матерей, имеющих детей с нарушениями слуха, частично это объясняется большей частотой их проживания в сельской местности и наследственным фактором. Как правило, матери, также являющиеся слабослышащими или глухими, по категории занятости относятся к домохозяйкам или безработным. Домохозяйками, как правило, являются женщины, не работающие в связи с уходом за ребенком до 3 лет или имеющие более трёх детей, при совместном решении супругов о трудовой незанятости жены. К категории безработных были отнесены женщины, не работающие в связи трудностями трудоустройства (часто на фоне низкого уровня образования), уволенные в связи с сокращениями на производстве. Небольшой удельный вес в группах матерей составили индивидуальные предприниматели (5% и 2% соответственно).



Рисунок 25. Профессиональная занятость отцов детей с нарушениями слуха и зрения

Анализ профессиональной принадлежности отцов детей с сенсорными нарушениями (рисунок 25, таблица 43), в целом, выявил преобладание рабочих среди отцов обеих групп детей. Большой уровень высшего образования отцов детей с нарушениями зрения определил и их более частую занятость в качестве служащих ($p=0,012$, $\chi^2=6,30$), в то время как в качестве рабочих были значимо чаще заняты отцы детей с нарушениями слуха ($p=0,029$, $\chi^2=4,76$).

В целом, к неблагоприятным факторам прогноза благополучия и здоровья ребёнка со стороны родителей являются: низкий уровень образования, большое количество родителей, занятых на рабочих специальностях и высокий процент безработных среди родителей – 11%. Ещё одним показателем неблагополучия является факт отбывания наказания в местах лишения свободы почти 2% родителей (13 человек).

Крайне важным для развития и формирования личности ребёнка с ограниченными возможностями здоровья представляется тип воспитания в семье (таблица 44). Гармоничное воспитание определено только в трети семей, помимо этого чаще выявляются гипоопека (значимо ($p=0,045$) чаще – в семьях, воспитывающих детей с нарушениями слуха) и гиперопека.

Таблица 44 – Типы воспитания в семьях, воспитывающих детей с тяжёлыми нарушениями слуха и зрения

Тип воспитания	Дети с нарушением зрения (n=182)		Дети с нарушением слуха (n=186)		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
Гармоничное	59	32,42	53	28,49	112	30,43
Гипоопека	40	21,98	58*	31,18	98	26,63
Гиперопека	33	18,13	30	16,13	63	17,12
Противоречивое	23	12,64	25	13,44	48	13,04
Конфликтная семья	27	14,84	20	10,75	47	12,77
Итого	182	100	186	100	368	100

Примечание: * $p=0,045$, $\chi^2=3,99$, d.f.=1

Негативное влияние семьи на здоровье ребенка с ограниченными возможностями здоровья может определяться различными факторами. В России важной негативной составляющей социальной жизни населения является злоупотребление алкоголем с вредными последствиями, бытовое пьянство и связанные с этим проблемы [163]. Среди родителей детей с сенсорными нарушениями выявлен достаточно высокий уровень употребления психоактивных веществ (ПАВ), в большей степени – отцами – 32% имеющих слабовидящих детей и 39% имеющих детей с нарушениями слуха (таблица 45). Основным ПАВ был алкоголь, наркомании были у двух матерей и одного отца, имеющих детей с нарушением слуха.

Таблица 45 – Распространенность злоупотребления алкоголем среди родителей детей с сенсорными нарушениями (n=736, из них 368 матерей и 368 отцов)

Родители, имеющие зависимость от ПАВ	Дети с нарушением зрения		Дети с нарушением слуха		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
Матери	23	12,6	27	14,5	50	13,6
Отцы	59	32,4	73	39,2	132	35,9

Достоверных отличий не выявлено ($p=0,17$), однако имеется тенденция к большей частоте злоупотребления алкоголем отцами детей с нарушением слуха. В целом по группе, злоупотребление ПАВ отмечалось у 182 родителей – это 24,7%, что также является ещё одним семейным фактором, негативно влияющим на развитие и формирование личности детей. Злоупотребление алкоголем одним или обоими родителями является неблагоприятным как биологическим фактором риска для ребёнка, так и социальным. Многочисленными исследованиями показано патологическое воздействие алкоголя на развивающийся плод [137, 205, 292, 443] и здоровье ребёнка [330, 401, 457, 544], повышают риск развития расстройств поведения и совершения правонарушений [394]. Злоупотребление алкоголем одним или обоими родителями проявлялось в дефектах воспитания (гипоопека, конфликты в семье, противоречивое воспитание), что неблагоприятно сказывается на развитии и реабилитации детей с ограниченными возможностями. Особенно значимым для неблагоприятного прогноза развития ребёнка является злоупотребление алкоголем матерью. Для таких матерей было характерно: отрицание факта пьянства, склонность к поискам сочувствия, стремление оправдать сложившуюся ситуацию «тяжелыми жизненными обстоятельствами», недостаток внимания ребёнку и отсутствие заботы о нем. Дети пьющих родителей с большой вероятностью сами станут злоупотреблять алкоголем [480]. Примером неблагоприятного влияния разнообразных факторов, в том числе и алкоголизма обоих родителей, на развитие и формирование личности ребёнка служит клиническое наблюдение 9.

Клиническое наблюдение 6

Оксана М., 17 лет. Диагноз нейросенсорная тугоухость II-III степени, F 70 умственная отсталость лёгкой степени, нарушение речи F 80.88. Из анамнеза жизни – родилась в одном из районов Томской области, родители систематически злоупотребляли алкоголем, во время беременности мать курила и не прекращала прием алкоголя. Ребенок из двойни, брат также имеет диагноз умственная отсталость, проживает в школе-интернате VIII вида. Родители разошлись, когда девочке было 6 лет. Материальный уровень семьи всегда был очень низким. Раннее развитие – с отставанием, нарушение слуха выявлено после трех лет, развитию ребенка родители уделяли мало внимания.

Детский сад не посещала. Областной психолого-медико-педагогической комиссией была направлена на обучение в школу-интернат для детей с нарушением слуха в Томск. Навыкам самообслуживания обучалась в школе. Училась по программе VIII вида, справлялась слабо. Мать продолжала алкоголизироваться, периодически не работала, умерла, когда Оксане было 14 лет. На момент наблюдения девочка воспитывается опекуном (дальней родственницей), отец лишён родительских прав, находится в местах лишения свободы. С 14 лет курит, регулярно в компании сверстников употребляет алкоголь. В течение последних двух месяцев девочка проживает в семье одноклассника, за которого собирается «выйти замуж».

Анализ случая. Представленное наблюдение демонстрирует неблагоприятное сочетание биологических и социальных факторов риска, влияющих на развитие девочки на протяжении всей жизни, начиная с внутриутробного периода (курение и алкоголизация матери во время беременности, злоупотребление алкоголем отцом, воспитание по типу «гипоопеки», развод родителей в 6-летнем возрасте, низкий материальный уровень семьи, непостоянная занятость матери, смерть матери в подростковом возрасте девочки, лишение отца родительских прав, воспитание опекуном). Наличие интеллектуальных, речевых нарушений и нейросенсорной тугоухости при поздней диагностике дефекта и отсутствии оптимальной своевременной медицинской реабилитации и поддержки со стороны семьи также затрудняют процессы социализации и личностного развития. Несмотря на проводимую в условиях специализированного образовательного учреждения коррекционную программу, можно предположить неблагоприятный прогноз. Девочка с трудом осваивает учебную программу, уже имеет постоянный опыт табакокурения и опыт употребления алкоголя, не определены профессиональные перспективы, отсутствует положительный пример межличностных и семейных отношений.

При медико-психологическом консультировании были выявлены следующие основные группы проблем родителей:

1. Отсутствие адекватного представления о заболевании ребенка – и о сенсорном дефекте и, в особенности, об имеющемся психическом расстройстве. Это могло проявляться в следующих формах:

- пассивное отношение к болезни ребёнка,

- игнорирование болезни как проявление защитного поведения, «стыдящееся» поведение (когда личностные особенности и поведение ребенка не отвечают ожиданиям родителей и, как следствие, вызывают раздражение, горечь, неудовлетворенность; часто родители стараются скрыть факт наличия психического расстройства ребенка от родственников и знакомых),
- трудности взаимодействия с ребёнком из-за речевых нарушений, эта проблема касается слышащих родителей, воспитывающих глухих/слабослышащих детей, например, только 25% родителей считают себя компетентными в языке жестов.

2. Рентные установки,

3. Гиперопека, результатом которой является ещё большая инфантилизация ребёнка, трудности социальной адаптации.

4. Синдром хронической усталости («эмоциональное выгорание родителей»), когда родители испытывают нервно-психическую и физическую нагрузку, усталость, напряжение, тревогу и неуверенность в отношении будущего ребенка.

5. Собственные проблемы родителей – проблемы взаимоотношения с супругом или другими родственниками, производственные конфликты, психические или соматические заболевания.

6. Алекситимические черты у родителей. Наши наблюдения показывают, что для большинства родителей, дети которых были оценены как имеющие алекситимию, также было характерны подобные черты, несмотря на отсутствие речевых и когнитивных расстройств. На консультации такие родители больше говорили о физическом самочувствии их детей, затруднялись или отказывались обсуждать эмоциональные характеристики, часто отрицая даже возможность душевного неблагополучия ребёнка. Обращала внимание некая «формальность» в обсуждении вопросов настроения, эмоциональных реакций, поведения, межличностных проблем, имеющих у детей. С большим воодушевлением родители обсуждали

позиции продления статуса инвалида, стандартного лечения сопутствующих соматических расстройств, жаловались на недостаток внимания со стороны школы к ребенку («плохо учат», «плохо объясняют», «мало занимаются» и т.п.). Эти наблюдения подтверждают правомочность предположения о том, что в генезе алекситимических проявлений у детей имеют значение не только биологические факторы, но и социальные.

Родителям предлагался опросник качества жизни («Роза качества жизни» по И. А. Гундарову [58]) с оценкой по 15 показателям (рисунок 26). Количественные категории рассматривались в диапазоне от 0 до 4 (полное неудовлетворение – 1; умеренное – 2; достаточное – 3; полное соответствие с желаемым – 4). Большую часть родителей, заполнивших данный опросник, составляли матери.



1-положение в обществе, 2-работа, 3-душевный покой, 4-семья, 5-дети, 6-здоровье, 7-условия в районе проживания, 8-жилищные условия, 9-питание, 10-сексуальная жизнь, 11-духовные потребности, 12-общение с друзьями, 13-развлечения, 14-отдых, 15-материальный достаток.

Рисунок 26. Качество жизни родителей детей с сенсорными нарушениями

Показатели социальной сферы (положение в обществе, работа, семья, дети) оцениваются родителями в диапазоне «умеренное-достаточное». В этой группе особенно показательна оценка характеристики «дети», которая в

сравнении с другими категориями опрашиваемых была оценена относительно низко, особенно матерями детей с нарушениями слуха. У матерей, низко оценивших показатель «дети», также низкий уровень имел показатель «семья». При анализе семейной ситуации выяснялось, что они воспитывали детей в неполной семье, дети имели сочетанные расстройства – нарушение слуха, речи и интеллекта. Это могло отражаться на социальном и внутрисемейном функционировании и являться одной из причин развода родителей, быть причиной снижения уровня принятия ребенка с таким дефектом.

Качество физической сферы жизни, кроме питания, (здоровье, жилищные условия, сексуальная жизнь, материальные условия) родители также оценивают на низком или среднем уровне, наименьшую удовлетворённость испытывая в отношении собственного материального положения и сексуальной жизни. Критерии, отражающие психологическую сферу жизни (душевный покой, духовные потребности, общение с друзьями, развлечения, отдых), практически совпадают в оценке матерей детей обеих групп, варьируют в диапазоне от 2 до 3 баллов, с наименьшими показателями отдых и развлечения.

На рисунке 27 представлена оценка уровня тревоги у родителей детей с сенсорными нарушениями по шкале Гамильтона.



Рисунок 27. Уровень тревоги родителей детей с сенсорными нарушениями

Основная часть родителей (68% (116 чел) имеющих детей с нарушениями слуха и 48% (53 чел) имеющих детей с нарушениями зрения) имели низкий уровень тревоги, значимо чаще ($p=0,0008$, $\chi^2=11,22$) низкий уровень тревоги был характерен для родителей, имеющих детей с нарушениями слуха. Большое количество родителей с низким уровнем тревоги может объясняться адаптацией к заболеванию ребенка, а также наличием сформировавшихся психологических защит. Средний уровень тревоги выявлен у 37% (40 чел) родителей детей с нарушениями зрения и 26% (44 чел) родителей детей с нарушениями слуха. Высокий уровень тревоги выявлен у 15% (17 чел) родителей детей с нарушениями зрения и 6% (10 чел) родителей детей с нарушениями слуха, значимо чаще ($p=0,008$, $\chi^2=7,02$) наблюдался у родителей, имеющих слабовидящих детей.

Таким образом, анализ биологических и социальных характеристик семей детей с сенсорными нарушениями выявляет изменения функционирования семей на психологическом, биологическом и социальном уровнях. Эти изменения требуют активной работы с семьей как основной средой, формирующей психическое здоровье ребенка. В целом, к неблагоприятным факторам прогноза благополучия и здоровья ребёнка со стороны родителей относятся: низкий уровень образования, занятость большого количества родителей, на рабочих специальностях, высокий процент безработных среди родителей (11%), злоупотребление алкоголем 13% матерей и 35% отцов, патологические типы воспитания почти в 70% семей.

5.2. Аспекты психического здоровья педагогов в контексте реабилитации детей с сенсорными нарушениями

Достойное качество жизни и психическое здоровье являются важными условиями, необходимыми для реализации педагогических задач и гарантирующими психическую безопасность и благополучие учащихся. Особенности труда школьного педагога являются: интенсивная нагрузка, повторение работы, концентрация на одной и той же задаче в течение длительного периода времени, необходимость интенсивного общения с коллегами, учащимися и родителями. В профессиональном менталитете учителей взаимодействуют как положительные, так и отрицательные качества [206]. К положительным относятся эмпатийность, толерантность, интеллектуальные и эмоциональные особенности межличностного взаимодействия, ориентация на общечеловеческие ценности, профессиональная рефлексия, панорамное видение ситуации и детских проблем. К отрицательным – назидательность, завышенная самооценка, самоуверенность, снижение критичности, догматизм, отсутствие коммуникативной гибкости, прямолинейность, педагогическое упрямство, ориентация на социальное одобрение.

Другим фактором, который необходимо учитывать, является значительное число женщин в профессии. Ситуация расширенного рабочего дня провоцирует эмоциональное разделение между рабочими требованиями и потребностями семьи, что вызывает чувство вины и приводит к возникновению психологических проблем и нарушениям психического здоровья.

Особенностями труда педагога коррекционной школы является необходимость эмоционального включения в коррекционный процесс при отсутствии быстро достигаемых результатов, достойной оплаты труда. На современном этапе при внедрении системы инклюзивного образования много говорится о состоянии детей, практически обходя вниманием учителя,

находящегося в состоянии явного стресса. Одной из причин является психологическая неготовность учителя (в большей степени обусловленная страхом быть некомпетентным, чем действительной профессиональной некомпетентностью). Это требует помощи в изменении сложившихся социальных стереотипов и формирования внутренней готовности к позитивному восприятию учеников с ограниченными возможностями здоровья.

В течение ряда лет сотрудниками отделения профилактической психиатрии НИИ психического здоровья проводилось комплексное изучение психического здоровья педагогов различных систем образования [115, 119, 248]. Результаты послужили сравнительным материалом при изучении уровня качества жизни, особенностей проявления синдрома эмоционального выгорания и педагогической позиции учителей. В школах, где обучаются дети с сенсорными нарушениями, обследовано 74 педагога (учителя, педагоги-психологи, воспитатели).

Специфика обучения и воспитания детей в коррекционной школе-интернате (наполняемость классов до 10-12 человек, пребывание ребенка с утра до вечера (городские дети) или в течение недели/четверти (сельские дети, дети-сироты)) предполагает тесное, длительное по времени общение, вовлеченность в жизнь детей, контакты с родителями, опекунами, социальными службами. При интенсивном хроническом напряжении растут раздражительность и разочарование, профессиональные, семейные и внутриличностные противоречия. Включается защитный «ограничительный механизм», который не осознается или осознается ретроспективно: «чувствую, что нет сил даже разговаривать, не то, что как-то реагировать», «хочется сбежать туда, где никого не будет», «забыла, когда разговаривала с собственными детьми «по душам», только с ребятами из своего класса». Многие педагоги отмечали у себя уныние, подавленность, апатию, разочарование в своей деятельности, хроническую усталость.

При изучении взаимодействия «учитель (воспитатель) – ученик с дефектом слуха (зрения)+психическое расстройство» в коррекционных школах были выявлены следующие особенности, которые могут иметь негативные последствия для психического благополучия, как учеников, так и самих педагогов (таблица 46).

Таблица 46 – Особенности взаимодействия «учитель (воспитатель) – ученик с дефектом слуха (зрения)+психическое расстройство» в системе коррекционного образования

Особенности педагогической позиции	Проявления	Последствия,
Амбивалентность педагогической позиции	традиционное отношение к ученику, сочетающееся с неосознанным навешиванием «ярлыков», попыткой «поставить диагноз». - «угроза» обращения к психиатру, как крайняя мера при конфликтах с учащимися	- в условиях коррекционной школы вполне объяснимое поведение, характерное в обычной жизни и для «обычных» детей (баловство, нарушение дисциплины и т.п.), интерпретируется педагогами или воспитателями как проявление «дефектности», - формирование негативного отношения у детей относительно обращения к психиатру (психотерапевту)
Игнорирование чувств, желаний и потребностей ребенка.	- «я знаю, как лучше», - убеждение, что ребенок «не поймет объяснений, поэтому можно ничего не объяснять, пусть делает так, как ему говорят»	- в условиях интерната для ребенка остаются скрытыми цели коррекционной работы, участие ребенка в оздоровительных мероприятиях, смысл многих видов деятельности. - формирование безынициативности, привычки делать «как говорят», бездумно, не анализируя ситуацию и возможные последствия.
Негативное, скрыто-агрессивное отношение к	- в общении допускаются критические оценки, некорректные замечания - постоянное чувство раздражения, испытываемое по отношению к	- тревожные, ответные агрессивные тенденции со стороны детей - усиление негативизма по отношению к рабочему процессу и результатам собственного

учащимся и их родителям	определённому ребёнку	труда.
Отсутствие дифференциации социальных ролей «мать» и «учитель»	<ul style="list-style-type: none"> - чувство «жалости» при знании проблем семейной ситуации, состояния здоровья, определяющее снижение требований, - помощь в ситуации, когда ребёнок, при дополнительном усилии, может справиться самостоятельно - стремление решить возникающие проблемы ребёнка, не предоставив ему даже возможности проявить самостоятельность 	<ul style="list-style-type: none"> - инфантилизация ребёнка - формирование рентных установок - снижение учебной мотивации, проблемы формирования желания добиваться успеха - снижение уважения учителя - разочарование педагога в результатах деятельности при подсознательном ожидании благодарности за «все, что я для него (неё) сделала»

Данные клинического обследования педагогов коррекционных школ были сопоставлены с данными, полученными при обследовании педагогов общеобразовательных и сельских школ. Достоверных различий не было выявлено ($p > 0,05$), у большинства педагогов во всех группах выявлялись доклинические формы психических нарушений – психодезадаптационные состояния (таблица 47).

Таблица 47 – Психическое здоровье педагогов, работающих в различных системах образования

	Группа здоровых и имевших полную производственную адаптацию	Донозологические состояния	Клинические проявления психических расстройств
педагоги коррекционных школ (n=74)	12,1%	74%	13,9%
педагоги городских общеобразовательных школ (n=270)	11,9%,	72,8%	15,3%,
педагоги сельских общеобразовательных школ (n=54)	17,3%,	68%	14,7%

В соответствии с анализом данных таблицы, независимо от системы образования, труд учителя, являясь напряжённым и ответственным, одинаково отражается на состоянии психического здоровья педагогов. Психодезадаптационные состояния были представлены в виде различных вариантов – астенического (с чувством усталости к концу дня, ощущением слабости, вялости), дистимического (от состояния легкого психического дискомфорта до агрессивной настроенности к окружающим), психовегетативного (с пароксизмальными вегетативными дисфункциями, преходящими головными болями, бессонницей). Педагоги не обращались за профессиональной помощью, продолжали учебный процесс без каких-либо срывов, но испытывали ощущения перенапряжения, слабости, сопровождающиеся чувством тревоги и беспокойства преходящего характера. Когнитивные нарушения проявлялись в невозможности уложиться в поставленные временные сроки, трудности концентрации внимания при изложении материала. Вегетативные проявления носили несистемный характер. Основное внимание в нашем исследовании уделялось именно этой группе педагогов, имеющей потенциальный риск возникновения и развития пограничных психических расстройств.

Психические расстройства были представлены, в основном, органическими расстройствами, расстройствами адаптации и рекуррентными депрессивными расстройствами.

Для выявления уровня тревоги и депрессии была использована госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, которая предназначена для первичного выявления тревоги и депрессии у пациентов (скрининга). Проверка распределения данных с помощью критерия Колмогорова-Смирнова показало, что распределение приближенно к нормальному ($p > 0,2$). Средние значения уровня тревоги и депрессии, в целом, соответствуют норме: среднее значение уровня депрессии $M(s) - 5,2 (2,2)$, ДИ 95% 4,7-5,8; уровня тревоги – 6,7 (2,9), ДИ 95% 6,1-7,4.

Имеется общая тенденция – уровень тревоги несколько выше уровня депрессии, средним значением стремясь к верхней границе нормы. Различия средних значений определяются разным количеством педагогов, имеющих субклинический и клинический уровень тревоги и депрессии (рисунок 28). Только у 2,7% (2 чел) выявлен клинический уровень депрессии (в соответствии со шкалой HADS), в то время как клинический уровень тревоги выявлен у 8% (6 чел).



Рисунок 28. Уровень тревоги и депрессии педагогов коррекционных школ по шкале HADS

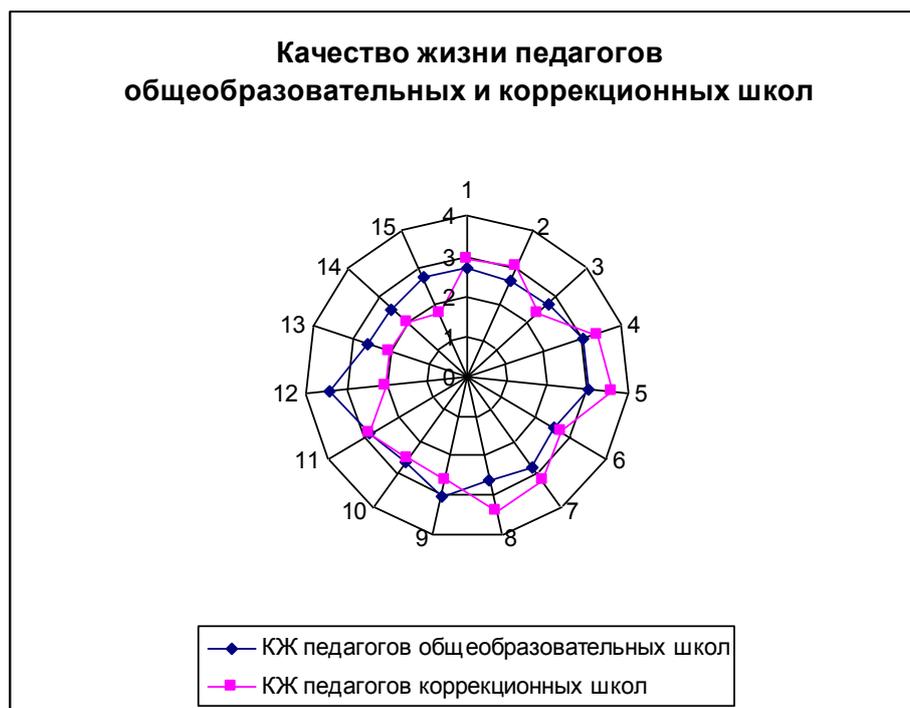
Субклинический уровень депрессии и тревоги выявлен соответственно у 12,6% (9 чел) и 27% (20 чел).

В качестве особенности тревоги следует отметить, что ее источником чаще являлись внешние обстоятельства – сложности взаимодействия с коллегами и/или администрацией, бытовые сложности, проблемы родственников. Эти причины как источники тревоги типичны для педагогов любой системы образования. Педагоги коррекционных школ причиной тревоги называли также озабоченность по поводу учащихся, взаимоотношений с их родителями, их семейные конфликты, состояние здоровья учащихся, решение вопросов их трудоустройства и обеспечения

жильем детей-сирот. Вопросы собственного здоровья, проблемы взаимоотношений с супругами или собственными детьми обсуждались крайне редко, «в последнюю очередь». Причиной этого было не отсутствие проблем со здоровьем и взаимоотношений с близкими, а описанная в таблице 46 позиция неразделения социальных ролей «матери» и «учителя». Выявленные особенности учитывались при проведении психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий. Еще Л.С. Выготский писал о том, что существующая система воспитания детей и подростков с теми или иными дефектами приносит ребенка в жертву его же болезни, и называл это «дефективной педагогикой». Воспитание, выстроенное только лишь на благих намерениях, готовит исполнителей, которые совершенно не умеют найти свое место в жизни. Активность и самостоятельность у них просто атрофируются за ненужностью. «Нет, нельзя строить теорию и систему воспитания на одних добрых пожеланиях, как нельзя строить дом на песке» [50].

Интегральной характеристикой, объединяющей физическое, социальное и психологическое функционирование человека, является качество жизни. Всемирная организация здравоохранения определяет качество жизни как индивидуальное соотношение человеком своего положения в жизни общества, в контексте его культуры и системы ценностей с целями данного индивида, его планами, возможностями и степенью неустройства [550]. Педагоги как социальная группа представляют интерес в аспекте их качества жизни, т.к. наряду с родителями и другими значимыми для ребенка взрослыми являются образцом для развития субъективных представлений о качественной жизни [78].

Для субъективной оценки общего уровня соматического и психического здоровья педагогам предлагался опросник качества жизни с оценкой по 15 показателям (рисунок 29). Количественные категории рассматривались в градации от 1 до 4 (полное неудовлетворение – 1; умеренное – 2; достаточное – 3; полное соответствие с желаемым – 4).



Критерии: 1- положение в обществе, 2 - работа, 3 - душевный покой, 4 - семья, 5 - дети, 6 - здоровье, 7 - условия в районе проживания, 8 - жилищные условия, 9 - питание, 10 - сексуальная жизнь, 11 - духовные потребности, 12 - общение с друзьями, 13 - развлечения, 14 – отдых, 15 - материальный достаток.

Рисунок 29. Качество жизни педагогов общеобразовательных и коррекционных школ

Относительно высоко педагогами коррекционных школ оцениваются такие показатели как «семья», «дети» и «жилищные условия» (3,4; 3,6 и 3,4 балла соответственно), в отличие от педагогов общеобразовательных школ, оценивших эти показатели на 3,0; 3,0; и 2,6 баллов соответственно. Минимально удовлетворенными у педагогов коррекционных школ являются «общение», потребности в отдыхе и развлечениях (по 2 балла) и «материальное положение» (1,7). Эти же показатели педагогами общеобразовательных школ оцениваются намного выше (3,4; 2,5; 2,6 и 2,7 баллов соответственно). Равнозначно низко оцениваются в обеих группах показатели «душевный покой» (2,4 и 2,7 балла), «здоровье» (2,7 и 2,5 балла) и «питание» (2,6 и 2,9 балла). Следует отметить, что общий показатель качества жизни соответствует среднему уровню удовлетворенности и достоверно не отличается в обеих группах (40,2 балла у педагогов

коррекционных школ и 41,9 балла у педагогов общеобразовательных школ). Более выраженные различия отмечаются в распределении степени удовлетворенности по сферам качества жизни. У педагогов общеобразовательных школ наблюдаются равномерно средние показатели в психологической, социальной и физической сферах – 14, 14,5 и 13,4 баллов соответственно. Тогда как у педагогов коррекционных школ выявляется низкий уровень удовлетворенности показателями психологической и физической сфер (11,2 и 12,9 баллов) при высокой степени удовлетворенности показателями социальной сферы – 16,1 балла. Такое распределение может свидетельствовать, с одной стороны, о субъективном восприятии семьи и детей как преобладающей ценности. С другой стороны, высокая оценка социальных показателей «положение в обществе» и «работа» может быть компенсаторной, защищающей от разочарования в собственной деятельности и мотивирующей на ее продолжение.

Переживаемые в течение длительного времени напряженность, повышенная тревожность, проявляющаяся в психологической и соматической сфере, отражаются на субъективном восприятии и степени удовлетворенности различными аспектами жизни – основной деятельностью, здоровьем, семьей, отдыхом.

Педагогическую деятельность целесообразно рассматривать как стрессогенную, несущую в себе повышенный риск негативного влияния на субъектов профессионального взаимодействия, способствующую развитию профессиональной деформации личности, в частности эмоционального выгорания [107]. Профессиональная деформация снижает эффективность педагогической деятельности, а также уровень функционирования личности в целом.

Мы рассматриваем признаки психической дезадаптации у педагогов как проявления синдрома эмоционального выгорания. Для выявления степени эмоционального выгорания использовался опросник «Диагностика синдрома профессионального выгорания» К. Маслач, С. Джексон, в

адаптации Н.Е. Водопьяновой. Результаты представлены на рисунке 30. Все педагоги (74 человека) имеют те или иные признаки СЭВ. По степени его сформированности выделены две группы: с формирующимся СЭВ (73,3%) и уже сформировавшимся СЭВ (26,7%). Прослеживается тенденция изменения соотношения симптомов в зависимости от возраста – у педагогов со стажем работы до 10 лет преобладают признаки эмоционального истощения и деперсонализации. У педагогов со стажем более 15 лет преобладает редукция профессиональных достижений.



Рисунок 30. Степень сформированности синдрома эмоционального выгорания у педагогов коррекционных школ

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) у педагогов характеризовался личностной отстраненностью, расширением сферы экономии эмоций, игнорированием индивидуальных особенностей учащихся. Это оказывает достаточно сильное влияние на характер профессионального общения учителя. Многие педагоги отмечали у себя наличие симптомов, дестабилизирующих профессиональную деятельность (тревожность, уныние, подавленность, апатия, разочарование, хроническая усталость).

Пытаясь установить взаимосвязь между отношением учителя к своему здоровью, его потребности в соблюдении здорового образа жизни и

реализацией соответствующего воспитательного воздействия на своих учеников, на практике мы сталкиваемся с тем, что сами учителя говорят о том, что они не могут быть примером ведения здорового образа жизни для своих воспитанников. Чем ниже уровень грамотности педагога в вопросах сохранения и укрепления здоровья, тем менее эффективно педагогическое воздействие на учащихся.

Полученные в результате проведённого исследования данные обуславливают необходимость проведения психопрофилактических мероприятий с педагогическим коллективом и используются при консультировании учителей, позволяя оптимизировать деятельность педагогов. Исходя из этого, нами предложена система валеологических образовательных программ, целью которых является повышение грамотности педагогов по вопросам здорового образа жизни и стрессоустойчивости.

Данные направления определяют пути сохранения психического здоровья и повышения педагогического мастерства учителя через первоначальное осознание собственных проблем и их особенностей, их психологическую проработку и освоение на этой основе методов эффективного здоровьесберегающего педагогического взаимодействия с учащимися.

Система подготовки учителя к работе в условиях инклюзивного образования должна включать выработку психологических навыков «здоровьесбережения» не только в отношении учащихся, но и в отношении собственного психического здоровья, поощрение таких качеств как креативность, творчество, оптимизм, чувство юмора. Для изменения сложившихся социальных стереотипов и формирования психологической готовности педагога к работе в инклюзивном пространстве большую роль играют индивидуальное консультирование, психологические тренинги, мастер-классы, стажировки в школах, уже имеющих опыт инклюзии.

По запросу проводилась индивидуальная психотерапия, которая включала анализ негативных эмоций, жизненных стереотипов, разбор трудных жизненных ситуаций, конфликтов, изменение отношения к своим поступкам, мыслям, эмоциям, побуждение к эмоциональному реагированию событий, повлекших психологические проблемы.

Одним из средств профилактики СЭВ является непрерывное психолого-педагогическое образование педагога, повышение его квалификации и формирование культуры профессионального роста и развития. Анализируя проблему современной личности в образовании, следует отметить, что развитие адаптивного потенциала личности, социальных и коммуникативных составляющих профессиональной деятельности является индикатором внутреннего благополучия педагога и позитивного отношения к самому себе [144]. Сохранение психического и физического здоровья самими педагогами является одной из составляющих профилактики психических нарушений у их подопечных.

Изучение составляющих качества жизни педагогов и профилактика синдрома эмоционального выгорания необходимы для помощи в адаптации к профессии, а также для выявления ресурсов, сохраняющих психическое и физическое здоровье. обстоятельное изучение проявлений профессиональной деформации делает возможным проведение мероприятий по психопрофилактике и коррекции этого явления у педагогических работников. Выявленные особенности требуют принятия мер по сохранению и укреплению здоровья учителя.

ГЛАВА 6

ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ С СЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Главной целью психодиагностического процесса в современном понимании является постановка диагноза, не только констатирующего, но и позволяющего сформировать концепцию и инструменты для решения наличествующих проблем [28, 75]. Задачи терапии и социальной адаптации детей с нарушениями в развитии, а также решение вопросов, связанных с клиническим и социальным прогнозом, требуют, чтобы клинико-нозологический диагноз был дополнен так называемым функциональным диагнозом [98, 110, 111] или характеристиками, включёнными в Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Определение клинического диагноза часто не представляет полной информации о степени нарушения социального функционирования ребенка и возможностях преодоления нарушения (заболевания) [287]. В комплексном плане действий ВОЗ в области психического здоровья детей на 2013-2020 годы основное внимание уделяется таким аспектам развития, как положительное осознание своей личности, способность совладать с эмоциями и строить социальные отношения, способность учиться и приобретать знания, что, в конечном итоге, помогает обеспечить их всестороннее участие в жизни общества [558].

В настоящее время актуальна разработка моделей, охватывающих сложные динамические составляющие [500], которые должны включать все необходимые области значимой информации, использовать все соответствующие описательные и измерительные инструменты и, при необходимости, формулировать многоуровневые схемы диагностики [145, 305, 383, 509].

6.1 Комплексная оценка внутренней картины болезни детей с сенсорными нарушениями

Характеристика ВКБ детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья актуальна в контексте биопсихосоциального подхода к оценке здоровья, а также понимания возможности преодоления врожденного дефекта, необходимости адаптации ребенка к социальной среде. Характеристика ВКБ позволяет оценить отношение к своему дефекту, особенности его восприятия на различных уровнях – когнитивном, эмоциональном, поведенческом, выявить особенности мотивации. Опора на ресурсы и своевременная коррекция «проблемных сторон» ребенка и его социального окружения является базисом для формирования комплайенса, адекватного восприятия болезни ребенком и его семьей, адаптации к ограничению возможностей и улучшению качества социального функционирования. ВКБ рассматривалась как одна из психологических характеристик комплексной модели психического здоровья детей с сенсорными нарушениями (глава 6.3).

Адекватное восприятие заболевания/дефекта тесно связано с адаптацией ребенка или подростка – к социальным условиям (к детскому саду, школе-интернату), с адаптацией в критические возрастные периоды и к возникающим стрессовым ситуациям. Адаптивность также является многоуровневой, и проявления ее могут быть как саногенного характера (приспособление к определенному ограничению возможностей функционирования, формирование мотивации на здоровый образ жизни), так и патогенного – создание условий для прогрессирования основного заболевания, вторичных расстройств и развитие дисфункциональных паттернов функционирования и поведения. В соответствии с содержанием внутренней картины болезни и степени соответствия этого содержания объективным данным были выделены следующие типы отношения детей и подростков с сенсорными нарушениями к болезни/дефекту (таблица 48):

Таблица 48 –Типы отношения к болезни детей и подростков с сенсорными нарушениями

	Дети и подростки с нарушениями зрения (n=182)	Дети и подростки с нарушениями слуха (n=186)	Уровень значимости, при d.f.=1
Диснозогнозия/ Анозогнозия	17% (31 чел)	23% (43 чел)	
Диснозогнозия с амбивалентным отношением к болезни (дефекту)	10% (18 чел)	26% (48 чел*)	p=0,0001, $\chi^2=11,22$
Нормозогнозия	73%(133 чел***)	51%(95 чел)	p=0,0000, $\chi^2=11,22$
• при сохранном интеллекте	67%(122 чел***)	4% (7 чел)	p=0,0000, $\chi^2=161,75$
• при интеллектуальных нарушениях	6%(11 чел***)	47% (88 чел*)	p=0,0000, $\chi^2=79,67$

1. **Подростки с искажённой внутренней картиной болезни – диснозогнозия или анозогнозия – отрицающие или не осознающие тяжесть своего заболевания.** Для них характерно практически полное отсутствие знаний о своем дефекте, а также отсутствие желания получать эти знания, негативное или равнодушное отношение к проводимым реабилитационным мероприятиям (в специализированной школе, лечебных учреждениях), частое несоблюдение врачебных рекомендаций, отсутствие четких ориентиров в будущей профессии. Мотивационный компонент внутренней картины болезни в данном случае характеризуется анозогнозическим отношением к болезни в целом, выражающемся в неадекватно позитивной оценке собственного «Я», своего настоящего и будущего. Как правило, это дети с нарушениями психологического развития, умственной отсталостью или органическими расстройствами. Характерны защитные явления типа «ухода в фантазии», в последнее время актуально уход в виртуальную реальность – компьютерные игры или общение в социальных сетях. Значимых различий в распространённости данного типа

ВКБ между группами детей с нарушениями зрения и слуха не было выявлено.

Для детей и подростков с данным типом ВКБ при клинико-психологическом обследовании было характерно: низкий или средний уровень тревожности по шкале СМАС, необъективно высокий общий уровень качества жизни (диссонанс с реальной картиной), с максимальными баллами по шкалам «физическое функционирование», «настроение», «школьное функционирование» и минимальными – по шкале «когнитивные функции». Закономерностей в результатах проективных методов не отмечено.

2. Подростки с искажённой внутренней картиной болезни – диснозогнозия – которые болезнь (дефект) воспринимают амбивалентно. Наряду с восприятием негативных сторон заболевания, значимыми являются аспекты, связанные с получением вторичной выгоды – определённых преимуществ «как инвалиду» и ослабление различных требований (учебных, воспитательных, социальных и т.п.). У этих детей также нет адекватного представления о своём заболевании, вся поступающая информация воспринимается в «одностороннем» контексте – с оценкой возможности получения льгот, послаблений. Для таких детей и подростков характерен завышенный уровень притязаний, пассивность, представления о будущем не сформированы, подростки часто не готовы к принятию ответственных решений, требовательны к окружающим относительно внимания. Например, дети с нарушениями слуха часто ссылаются на свой дефект, чтобы избежать интеллектуальной деятельности, ответственности. Избалованность, уход от реальности, страх ответственности, поиск выгодной позиции для себя способствуют стремлению к установлению контроля над окружающими, манипулированию ими, приводят к формированию и закреплению рентных установок. Примеры высказываний подростков: «Мама несправедливо относится к сыну-инвалиду в сравнении с другими своими детьми», «Я инвалид, почему я должен работать, почему у меня маленькая пенсия».

Данный тип ВКБ значимо чаще встречался у детей с нарушениями слуха (таблица 48).

Дефект при его неадекватном восприятии становится центральным звеном в социальной ситуации развития, препятствует развитию социальной зрелости. Дети не способны свободно ориентироваться в современном информационном пространстве, быть независимыми, сотрудничать с окружающими, иметь собственную гражданскую позицию. Недостаточная устойчивость к стрессам, инфантилизм, склонность к блокированию эмоциональных переживаний, незрелость психологической защиты, неадекватное представление о себе являются основой, на которой легко возникают рентные установки, препятствующие личностному развитию ребенка, имеющего инвалидизирующее заболевание.

При клинико-психологическом обследовании не было выявлено преобладание какого-либо уровня тревоги (примерно в равной степени встречались низкий, средний и высокий), общий уровень качества жизни был чаще средний или низкий, выше оценивались показатели шкалы «физическое функционирование», «когнитивные функции», ниже – шкал «школьное функционирование», «настроение». Проективные методы, как правило, выявляли состояние относительного психологического благополучия.

3. Подростки с реальной оценкой заболевания (дефекта), с активно формирующейся ВКБ – нормозогнозия. Данный вариант проявляется несколько различно в зависимости от наличия/отсутствия интеллектуальных нарушений. В целом, он значимо чаще встречался у детей с нарушениями зрения; однако, если рассматривать его особенности, то при сохранном интеллекте этот вариант встречался чаще у слабовидящих детей, при сниженном – у слабослышащих и глухих. Данное распределение объясняется особенностью выборки и спецификой вторичных дефектов – при нарушениях слуха умственная отсталость и нарушения психологического развития наблюдались значимо чаще (глава 3).

Для детей с нормальным интеллектом в контексте формирования ВКБ характерно понимание факта наличия дефекта слуха или зрения, определённая познавательная активность в контексте своего заболевания, определенное понимание цели осуществляемых лечебных процедур, адаптация к имеющемуся ограничению возможностей функционирования, оперирование реальными категориями будущего. При клинико-психологическом обследовании у таких детей чаще остальных выявлялся повышенный (18%) и высокий (3%) уровень тревоги, средний или низкий уровень качества жизни. Выше оценивались шкалы «физическое функционирование», «когнитивные функции»; низкое количество баллов отмечено по шкалам «школьное функционирование», «настроение». Результаты проективных методов не имели достоверных отличий от других групп, однако имелась тенденция к более частому наличию состояний дезадаптации согласно тесту Люшера и признаков тревоги в рисуночных тестах.

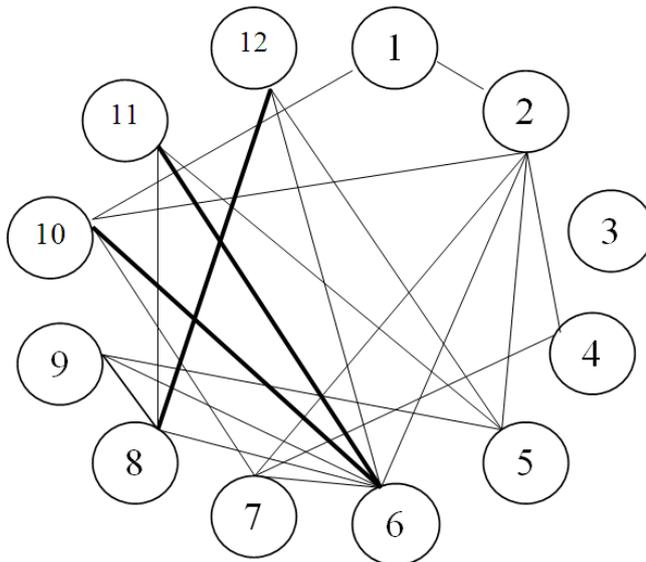
Для детей с интеллектуальными нарушениями при нормонозогнозии было характерно максимально адекватное в рамках интеллектуального дефицита восприятие собственного дефекта (сочетанного), приспособление к сенсорному дефекту, соблюдение врачебных рекомендаций и требуемых режимных моментов. При клинико-психологическом обследовании, определялось средний или низкий уровень тревоги, средние или высокие баллы по шкале качества жизни (с максимальными показателями шкалам «физическое функционирование», «настроение», средними – по шкале «школьное функционирование» и минимальными – по шкале «когнитивные функции»).

Следует подчеркнуть, что для детского и подросткового возраста характерно «мерцание», неустойчивость симптоматики, описываемые проявления часто не стабильны, отмечаются периоды их появления и угасания, что особенно актуально для детей с ограниченными возможностями здоровья. Это также затрудняет определение ВКБ у данной

категории детей. Важность понимания представлений ребенка о его дефекте является одним из условий для успешности психотерапевтических и психокоррекционных воздействий. Основные направления коррекции различных составляющих ВКБ представлены в главе 7.

6.2 Факторы, определяющие клиническую специфичность психического статуса детей с сенсорными расстройствами

С целью выявления наиболее значимых факторов, вносящих вклад в формирование клинической специфичности психического статуса и внутренней картины болезни детей с сенсорными нарушениями, исследовались взаимосвязи изученных клинических и психологических характеристик. Для оценки связи между количественными переменными с распределением, отличным от нормального, использовался корреляционный анализ с расчетом непараметрического коэффициента Спирмена (R), который показывал направление и степень выраженности взаимосвязи переменных (приложение 7). Учитывались высокие, средние и слабые корреляционные связи (рисунки 31-32). На рисунке 31 представлены корреляции количественных клинических и психологических характеристик детей с нарушениями зрения.



Коррелограмма статистически значимых связей количественных переменных группы детей с нарушениями зрения

Уровни значимости:

— средняя корреляционная связь (до 0,7)

— слабая корреляционная связь (до 0,5)

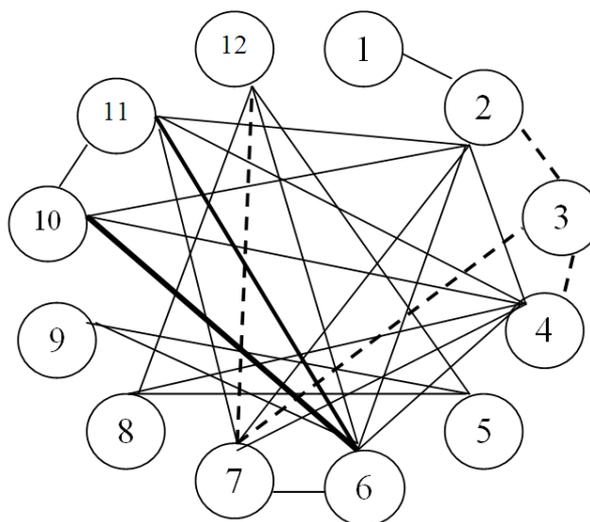
1 – количество страхов, 2 – уровень тревоги, 3 – ВК, 4 – СО, 5 – уровень алекситимии, 6 – уровень депрессии, 7 – шкала А негативного настроения, 8 – шкала В межличностных отношений, 9 – шкала С «неэффективность», 10 – шкала Д «ангедонии», 11 – шкала Е «негативная самооценка», 12 – уровень агрессии

Рисунок 31. Коррелограмма статистически значимых связей количественных переменных группы детей с нарушениями зрения

Наибольшее количество корреляционных связей имеют переменные «уровень депрессии» и «уровень тревоги». Самые тесные корреляционные связи (среднего и высокого уровня) выявлены у общего показателя шкалы депрессии с показателями шкал, его составляющих, и максимально значимые из них были с переменными «ангедония» ($R=0,695$, $p<0,05$), «негативная самооценка» ($R=0,845$, $p<0,05$) и «межличностные отношения» ($R=0,656$, $p<0,05$), которые, очевидно, и являются основным «наполнением», определяющим показатель депрессии у детей с нарушениями зрения. Эти характеристики должны в первую очередь учитываться как психотерапевтические мишени в реабилитационных программах. Также значимые корреляционные связи определяются у показателя шкалы «межличностные отношения» со шкалой агрессии ($r=0,507$, $p<0,05$) и шкалой «негативная самооценка» ($R=0,525$, $p<0,05$). Взаимосвязь отражает нехватку

навыков социальной компетентности и решение проблем межличностного взаимодействия с помощью агрессивных действий (возможны разные варианты агрессии – от вербальной, косвенной до физической и аутоагрессии).

Переменная «уровень тревоги» имеет множественные, хотя и слабые прямые корреляционные связи. Эти связи отражают «наполнение» или «базис» для тревожных реакций – страхи, негативное настроение, проблемы межличностного взаимодействия, депрессивную настроенность, алекситимию. Взаимосвязь с этой последней переменной, вероятно, отражает одну из особенностей компенсации тревоги. Наличие алекситимии как предиктора агрессивного поведения отражает имеющаяся положительная взаимосвязь соответствующих переменных. Рисунок 32 демонстрирует корреляции количественных клинических и психологических характеристик детей с нарушениями слуха.



Коррелограмма статистически значимых связей количественных переменных группы детей с нарушениями слуха

Уровни значимости:

- высокая корреляционная связь (выше 0,7)
- средняя корреляционная связь (до 0,7)
- слабая корреляционная связь (до 0,5)
- - - - обратная корреляционная связь

1 – количество страхов, 2 – уровень тревоги, 3 – ВК, 4 – СО, 5 – уровень алекситимии, 6 – уровень депрессии, 7 – шкала А «негативного настроения», 8 – шкала В «межличностных отношений», 9 – шкала С «неэффективность», 10 – шкала D «ангедонии», 11 – шкала Е «негативная самооценка», 12 – уровень агрессии

Рисунок 32. Коррелограмма статистически значимых связей количественных переменных группы детей с нарушениями слуха

Наибольшее количество корреляционных связей помимо переменных «уровень депрессии» и «уровень тревоги» имеют переменные «сумма отклонений» и «шкала негативного настроения». Самые тесные корреляционные связи выявлены у общего показателя шкалы депрессии с переменными «ангедония» ($R=0,776$, $p<0,05$), «негативная самооценка» ($R=0,827$, $p<0,05$) и «негативное настроение» ($R=0,686$, $p<0,05$), которые, как и у предыдущей группы детей, определяют уровень показателя депрессии. Сумма отклонений, как количественный показатель теста Люшера, отражает эффективность и продуктивность нервно-психической напряжённости. Учитывая множественные, пусть и слабые корреляционные связи, уровень непродуктивной нервно-психической напряжённости у детей с нарушениями слуха определяется повышением показателей шкалы депрессии, включая шкалы: негативного настроения, межличностные отношения, ангедония, негативная самооценка, уровня тревоги (прямые корреляционные связи) и снижением вегетативного коэффициента (обратная корреляционная связь), как реакции утомления, снижения адаптационных ресурсов. Клинически это может проявляться утомляемостью, эмоциональной лабильностью, снижением настроения, неэффективностью основной деятельности (учебной), трудностями сосредоточения, концентрации внимания, снижением стрессоустойчивости. Данная клиническая картина может быть ранним признаком развития депрессивных и тревожных реакций и состояний и требует расширенного клинико-психологического обследования.

Рассчитанная корреляционная матрица являлась исходным элементом для дальнейших расчётов с помощью факторного анализа. С его помощью полученное количество переменных сводилось к меньшему числу независимых влияющих величин – факторов. В один фактор объединялись переменные, сильно коррелирующие между собой. Для создания упрощенной структуры и лучшей интерпретации использовалось метод варимакс-вращения факторов, который упрощает описание фактора за счёт

группировки вокруг него только тех переменных, которые в большей степени с ним связаны [73, 153].

С позиции индивидуального подхода в реабилитационной тактике представлялось важным статистически уточнить характеристики, которые в большей степени определяют клиническую картину (феноменологию), внутреннюю картину болезни и психологические характеристики при различных психиатрических диагнозах. Поэтому факторы определялись у детей с разными психиатрическими диагнозами (таблицы 49-55).

Объясняя клинико-психологическое «содержание» факторов самой многочисленной среди детей с нарушением слуха категории – **дети с расстройствами психологического развития**, определены следующие факторы (таблица 49). Фактор 1 объясняет 41,006% суммарной дисперсии, второй фактор – 25,338%, третий фактор – 11,271% и четвертый – 10,134. В итоге четыре отобранных фактора суммарно объясняют 88,950% дисперсии.

Таблица 49 – Распределение переменных по факторам, характеризующим детей с нарушением слуха с расстройствами психологического развития

Фактор 1: Низкая эмоциональная чувствительность

<i>Величина корреляции</i>	<i>Переменная</i>
-0,899046	депрессия
-0,922390	шкала D «Ангедония»
-0,869777	шкала E «Негативная самооценка»
• Фактор 2: Агрессивное поведение	
0,865405	шкала B «Межличностные проблемы»
0,898318	агрессия
• Фактор 3: Личная неэффективность	
-0,909018	вегетативный коэффициент
0,756976	сумма отклонений
0,711622	шкала C «Неэффективность»
• Фактор 4: Страхи	
-0,871272	возраст

0,760857	страхи
----------	--------

Первый фактор (собственное значение 5,330) собрал однонаправленные переменные, относящиеся к составляющим шкалы депрессии М. Ковак. Учитывая преимущественно низкий и средний по количественным показателям уровень депрессии (фактически) у детей данной категории и отрицательные коэффициенты корреляции, фактор обозначен как «*Низкая эмоциональная чувствительность*», характеризует специфичность недоразвития эмоциональной сферы у детей с расстройствами психологического развития при тяжёлых нарушениях слуха. Данный фактор определяет основную терапевтическую и коррекционную мишень – развитие эмоциональной сферы, умений быть чувствительным к «внешним воздействиям».

Второй фактор (собственное значение 3,338) объединил позитивные корреляционные коэффициенты двух переменных (шкала В «Межличностные проблемы» и агрессия), характеризующие трудности во взаимоотношениях, агрессивное поведение, и был обозначен как «Агрессивное поведение». Неумение решать межличностные конфликты также может быть обусловлено недоразвитием эмоциональной сферы, неумением сочувствовать и сопереживать, поэтому приоритетным направлением в терапии и психокоррекции должно быть воздействие на эмоциональную сферу; помимо этого, требуется научение эффективным поведенческим стратегиям.

Третий фактор (собственное значение 1,465) включает переменные, характеризующие «энергетические» и эмоциональные ресурсы, соотношение процессов возбуждения/торможения, убеждение в неэффективности деятельности. На отрицательном полюсе расположена переменная «вегетативный коэффициент» (ВК), при низких значениях свидетельствующий о потребности в отдыхе, пассивной реакции на трудности, минимизации собственных усилий, соотносится с

доминированием парасимпатической нервной системы. На положительном полюсе находятся переменные «сумма отклонений» (СО) и показатель шкалы С «Неэффективность». Высокие показатели СО также свидетельствуют об истощаемости, утомляемости, непродуктивной нервно-психической напряжённости, что проявляется убеждением в неэффективности собственной деятельности. Показатель назван «*Личная неэффективность*».

Четвёртый показатель, названный «*Страхи*», (собственное значение 1,039) объединяет позиции возраста и количественную переменную страхи. Определенно, для детей младшего возраста характерно большее количество страхов, которое уменьшается по мере взросления ребёнка.

Выделенные факторы обнаруживают взаимосвязь между собой, определяют основные направления медико-психологической реабилитации категории детей с нарушением слуха и расстройствами психологического развития – сочетание фармако- и психотерапии, коррекция межличностных отношений, самооценки, работа со страхами.

Ещё одной группой детей с нарушением слуха, у которых удалось выявить факторы на основании корреляционной матрицы, были дети с **органическими расстройствами**. Фактор 1 объясняет 34,985% суммарной дисперсии, второй фактор – 27,611%, третий фактор – 15,526% и четвертый – 10,436%. В итоге, четыре отобранных фактора суммарно объясняют 88,559% дисперсии. «Наполнение» каждого фактора представлено в таблице 50.

Таблица 50 – Распределение переменных по факторам, характеризующим детей с нарушением слуха и органическими расстройствами

• **Фактор 1: Эмоциональная нечувствительность**

<i>Величина корреляции</i>	<i>переменная</i>
-0,752774	шкала В «Межличностные проблемы»
-0,894325	шкала D «Ангедония»
-0,885954	шкала E «Негативная самооценка»

-0,888187	тревога
•Фактор 2: Колебания настроения	
0,776120	депрессия
0,806604	шкала А «Негативное настроение»
-0,909288	агрессия
•Фактор 3: Низкий энергетический потенциал	
-0,946668	Вегетативный коэффициент
0,957462	Сумма отклонений
•Фактор 4: Бедность эмоционального потенциала	
-0,842782	страхи
-0,788119	алекситимия

Все четыре фактора отражают проблемы эмоциональной сферы на различных уровнях и определяют соответствующие направления в психокоррекционной и психотерапевтической работе. Первый фактор (собственное значение 4,548) включает три переменные, включающие показатели шкалы депрессии – «межличностные проблемы», «ангедония», «негативная самооценка» и переменную «тревога», все отрицательные. Фактически низкие показатели тревоги и депрессии подтверждают обусловленную органическим поражением ЦНС «нечувствительность», «неразвитость» эмоциональной сферы. Это подтверждает клинические данные, полученные при наблюдении за такими детьми – отсутствие тревоги, эмоциональных реакций в ситуациях, когда это обусловлено объективными обстоятельствами.

Второй фактор (собственное значение 3,589) включает разнонаправленные переменные: положительные – «депрессия» и «негативное настроение» и отрицательную – «агрессия». При фактически низких показателях шкалы депрессии и агрессии у данной группы детей речь идёт об отсутствии стабильности в психоэмоциональном состоянии и колебаниях эмоционального статуса – от снижения активности до неэффективной (агрессивной активности). Третий фактор (собственное значение 2,018) «Низкий энергетический потенциал» включает переменные,

характеризующие «энергетические» и эмоциональные ресурсы, соотношения процессов возбуждения/торможения. Характеристика данного фактора представлена при анализе факторов, определённых для предыдущей категории детей. Общность наличия этого фактора отражает общие этиопатогенетические и клинические проявления (неврологическая симптоматика, снижение тонуса, астения и т.д.).

Четвёртый показатель, названный *«Бедность эмоционального потенциала»*, (собственное значение 1,356), включает две отрицательные переменные – «алекситимия» и «страхи». При клинически выраженной алекситимии и других проявлениях эмоциональной «нечувствительности» отрицательный показатель переменной «алекситимия» вызывает сомнения в чувствительности применяемой методики у детей с органическими расстройствами (вероятно, в силу интеллектуального снижения, речевого и эмоционального недоразвития ответы на вопросы шкалы были не корректны). Основными направлениями в терапии и коррекции детей с органическими расстройствами при тяжёлых нарушениях слуха являются развитие эмоциональной сферы, эмоциональная поддержка, формирование эмоциональной лексики. Определение факторов в группах детей с нарушениями слуха и другими психическими расстройствами не представлялось возможным либо в силу малой численности группы (дети с ПДАС или СДВГ), либо из-за того, что большинство детей в группе не смогли ответить на вопросы предлагаемых шкал (дети с умственной отсталостью).-

Распределение исходных переменных по факторам, выявленным в группе слабовидящих детей с психодезадаптационными состояниями, представлено в таблице 51. Фактор 1 объясняет 31,760% суммарной дисперсии, второй фактор – 20,097%, третий фактор – 16,436% и четвертый – 10,477%. В итоге четыре отобранных фактора суммарно объясняют 80,596% дисперсии.

Таблица 51 – Распределение переменных по факторам, характеризующим детей с нарушением зрения с психодезадаптационными состояниями

• **Фактор 1: Низкий энергетический потенциал**

<i>Величина корреляции</i>	<i>переменная</i>
-0,821888	вегетативный коэффициент
0,958991	сумма отклонений

• **Фактор 2: Стабильный эмоциональный фон**

-0,879979	депрессия
-0,899200	шкала А «Негативное настроение»
-0,752970	шкала D «Ангедония»

• **Фактор 3: Низкая самооценка**

-0,708987	страхи
-0,776554	шкала С «Неэффективность»
0,750414	шкала Е «Негативная самооценка»

• **Фактор 4: Эмоционально-вербальная зрелость**

-0,702204	возраст
0,953327	алекситимия

Первый фактор (собственное значение 4,128) «*Низкий энергетический потенциал*» является проявлением вегетативных симптомов при сопутствующем неврологическом заболевании либо после перенесённого инфекционного или соматического заболевания. Второй фактор (собственное значение 2,612) сформирован из отрицательных корреляционных коэффициентов «депрессия», «ангедония» и «негативное настроение» и, с учётом, клинического состояния детей (действительного отсутствия депрессивных симптомов), назван «*Стабильный эмоциональный фон*».

Фактор три (собственное значение 2,136) включает два полюса переменных, на отрицательном находятся позиция «страхи» и «неэффективность» и на положительном «негативная самооценка». Данный фактор представляет основную мишень для психокоррекционной работы –

повышение уровня самооценки и адекватное восприятие себя и своего дефекта.

Четвёртый показатель, названный «*Эмоционально-вербальная зрелость*», (собственное значение 1,599), также включающий два разнополюстных показателя, предполагает обратную зависимость выраженности алекситимии относительно возраста ребенка. Проявления алекситимии могут быть свойственны детям младшего возраста, и по мере взросления, нивелироваться. Подобные проявления являются нормативными для развития ребёнка, поэтому фактор назван «*Эмоционально-вербальная зрелость*».

Распределение переменных по трём факторам, выявленным в группе **слабовидящих детей с невротическими и аффективными расстройствами**, представлено в таблице 52. Фактор 1 объясняет 50,825% суммарной дисперсии, второй фактор – 16,819%, третий фактор – 16,070%. В итоге три фактора суммарно объясняют 83,715% дисперсии.

Таблица 52 – Распределение переменных по факторам, характеризующим детей с нарушением зрения с невротическими и аффективными расстройствами

• **Фактор 1: Компенсаторно-агрессивный компонент**

<i>Величина корреляции</i>	<i>переменная</i>
-0,899534	страхи
-0,809117	вегетативный коэффициент
0,889090	сумма отклонений
0,700732	агрессия

• **Фактор 2: Депрессия**

0,879979	депрессия
0,899200	шкала В «Межличностные проблемы»
0,752970	шкала С «Неэффективность»
0,815564	шкала D «Ангедония»

0,822951	шкала Е «Негативная самооценка»
•Фактор 3: Эмоционо-вербальная зрелость	
-0,702204	возраст
0,953327	алекситимия

Первый фактор (собственное значение 6,607) «Компенсаторно-агрессивный компонент» является проявлением эмоционального дисбаланса, утомляемости, низкой нервно-психической продуктивности, компенсации внутреннего дискомфорта и страхов агрессивными реакциями разной направленности (внутри или на окружающих). Это фон, на который «наслаиваются» депрессивные или тревожные симптомы. Второй фактор (собственное значение 2,186) сформирован из позитивных корреляционных коэффициентов «депрессия» и четырех подшкал («межличностные проблемы», «ангедония», «неэффективность» и «негативное настроение»). С учётом психиатрического диагноза (депрессивного эпизода, расстройства адаптации с депрессивной реакцией), данный фактор отражает наиболее типичные клинические проявления.

Третий фактор, названный «Эмоционо-вербальная зрелость», (собственное значение 2,089), является, в большей степени «фоновым», определяет разнообразие эмоциональных реакций, уровень развития эмоциональной сферы и возможности вербализации эмоциональных состояний. Имеет то же объяснение, как в предыдущем случае (у детей с ПДАС).

Распределение переменных по факторам, выявленным у детей с **нарушениями зрения и органическими расстройствами**, представлено в таблице 53. Фактор 1 объясняет 42,105% суммарной дисперсии, второй фактор – 22,226%, третий фактор – 12,985% и четвертый – 10,002%. В итоге четыре выделенных фактора суммарно объясняют 87,320% дисперсии.

Таблица 53 – Распределение переменных по факторам, характеризующим детей с нарушением зрения с органическими расстройствами

• **Фактор 1: Онтогенетический компонент**

<i>Величина корреляции</i>	<i>переменная</i>
-0,824630	тревога
0,810198	возраст
-0,703757	алекситимия

• **Фактор 2: Субдепрессивное состояние**

0,933606	депрессия
0,828010	шкала D «Ангедония»

• **Фактор 3: Компенсаторно-агрессивный компонент**

-0,730624	страхи
-0,721555	шкала А «Негативное настроение»
0,932352	шкала В «Межличностные проблемы»
0,892918	шкала С «Неэффективность»
0,908721	агрессия

• **Фактор 4: Эмоциональный дисбаланс**

-0,978373	вегетативный коэффициент
-----------	--------------------------

Рассмотрим, какие позиции «наполняют» каждый фактор. Первый фактор (собственное значение 5,473), включающий три разнополюстных переменные, предполагает обратную зависимость выраженности алекситимии и тревоги относительно возраста ребенка, назван «*Онтогенетический компонент*».

Второй фактор (собственное значение 2,889) сформирован из корреляционных коэффициентов «депрессия» и «ангедония», назван «*Субдепрессивное состояние*» как проявление соматического неблагополучия, астении, других неврологических симптомов. Этот фактор также является «мишенью» для реабилитационных мероприятий.

Третий фактор (собственное значение 1,688) «*Компенсаторно-агрессивный компонент*» включает переменные, отражающие спектр межличностных проблем, агрессивные тенденции, сопровождающиеся

ощущением собственной неэффективности. Агрессия включается как защитный механизм от страхов, сниженного настроения, ощущения собственной неэффективности (неполноценности) при наличии интеллектуальных возможностей для критического отношения к наличию у себя дефекта. Результатом являются проблемы межличностных отношений. Этот фактор необходимо учитывать при формировании индивидуальной реабилитационной программы, в которую включать приемы снятия страхов, отреагирования отрицательных эмоций, повышение уровня самооценки, формирование навыков эффективного сотрудничества, интересов, хобби.

Четвёртый показатель, названный «*Эмоциональный дисбаланс*», (собственное значение 1,300) включает одну переменную «ВК»,

Распределение переменных по факторам, выявленным у детей с **нарушениями зрения и расстройствами психологического развития**, представлено в таблице 54. Фактор 1 объясняет 36,153% суммарной дисперсии, второй фактор – 20,906%, третий фактор – 17,026% и четвертый – 10,812%. В итоге четыре выделенных фактора суммарно объясняют 83,240% дисперсии.

Таблица 54 – Распределение переменных по факторам, характеризующим детей с нарушением зрения с расстройствами психологического развития

- **Фактор 1:** *Агрессия как компенсация тревоги*

<i>Величина корреляции</i>	<i>переменная</i>
0,901022	тревога
0,802339	страхи
-0,859199	шкала В «Межличностные проблемы»
-0,741839	агрессия

- **Фактор 2:** *Низкая самооценка*

-0,880463	депрессия
-0,847858	шкала D «Ангедония»
0,760962	шкала E «Негативная самооценка»

• **Фактор 3:** *Алекситимия*

0,904390	Алекситимия
----------	-------------

• **Фактор 4:** *Высокий энергетический потенциал*

0,778004	вегетативный коэффициент
-0,933727	шкала С «Неэффективность»

Первый фактор (собственное значение 4,700) объединил четыре переменные, расположенные на разных полюсах: позитивные «тревога» и «страхи», и негативные «агрессия» и «межличностные проблемы». Вероятно, агрессия является компенсаторным механизмом снятия тревоги и уменьшения страха, однако агрессивное поведение приводит к нарастанию проблем межличностного взаимодействия. Фактор назван «Агрессия как компенсация тревоги»,

Второй фактор (собственное значение 2,717) сформирован из отрицательных корреляционных коэффициентов «депрессия», «ангедония» и положительного – «негативная самооценка»; назван «*Низкая самооценка*». Этот фактор также является «мишенью» для реабилитационных мероприятий.

Третий фактор (собственное значение 2,213) «*Алекситимия*» отражает значимость данной характеристики в клиническом и психологическом статусе детей с нарушениями зрения и расстройствами психологического развития и определяет возможность его влияния на другие переменные. Должен являться основной психотерапевтической и коррекционной мишенью.

Четвёртый показатель, названный «*Высокий энергетический потенциал*», (собственное значение 1,190) включает положительную переменную «ВК» и отрицательную – «неэффективность». Оптимальное повышение ВК определяет мобилизацию физических и психических ресурсов, установку на активное действие, что и определяет низкие показатели «неэффективности».

Ещё одной группой детей с нарушением зрения, у которых удалось выявить факторы на основании корреляционной матрицы, были дети с синдромом гиперактивности и дефицитом внимания. Четыре сформированных фактора суммарно объясняют 94,036% суммарной дисперсии, из них фактор 1 – 51,611%, фактор 2 – 21,197%, фактор 3 – 12,853% и фактор 4 – 8,373%. Распределение переменных каждого фактора представлено в таблице 55.

Таблица 55 – Распределение переменных по факторам, характеризующим детей с нарушением слуха с гипердинамическим синдромом

• **Фактор 1: Непродуктивная активность**

<i>Величина корреляции</i>	<i>Переменная</i>
-0,886696	депрессия
-0,729886	шкала В «Межличностные проблемы»
-0,704056	шкала D «Ангедония»
-0,938133	шкала E «Негативная самооценка»
-0,740371	агрессия
0,838809	сумма отклонений

• **Фактор 2: Стабильный эмоциональный фон**

-0,753237	тревога
-0,961555	алекситимия

• **Фактор 3: Риск перевозбуждения**

0,781634	вегетативный коэффициент
-0,960234	шкала А «Негативное настроение»

• **Фактор 4: Онтогенетический компонент**

-0,742790	страхи
0,917726	возраст

Первый фактор (собственное значение 6,709) включает сочетание отрицательных переменных, характеризующих общий уровень депрессии и шкалы «межличностные проблемы», «ангедония», «негативная самооценка»

с переменной «агрессия», что определяет риск импульсивных аутоагрессивных поступков при возникновении межличностных конфликтов. Психотерапевтической задачей при работе с такими детьми является «смягчение» импульсивности, тренинг навыков планирования, социального взаимодействия и решения конфликтных ситуаций, повышение самооценки.

Второй фактор (собственное значение 2,755) включает две однонаправленные отрицательные переменные, «тревога» и «алекситимия», низкие показатели которых определяют относительное благополучие в эмоциональной сфере. Третий фактор (собственное значение 1,670) «*Риск перевозбуждения*» включает переменные, характеризующие «энергетические» и эмоциональные ресурсы, соотношения процессов возбуждения/торможения. В контексте имеющегося диагноза необходимо сделать акцент на динамике ВК, мониторируя его как индикатор от оптимального уровня активности до уровня перевозбуждения, гиперактивности. Оптимальный уровень физических и психических ресурсов определяет низкие показатели «неэффективности».

Четвёртый показатель, названный «*Онтогенетический компонент*» (собственное значение 1,088), отражает наличие страхов, количество которых уменьшается с возрастом.

Подводя итог статистическому анализу факторов, влияющих на формирование психического здоровья детей с нарушениями слуха и зрения, следует отметить, что психиатрические проблемы определяются не только наличием сенсорного дефекта и соматического (неврологического) неблагополучия, но и психологическими характеристиками (алекситимия, агрессия, тревога), влиянием макро- и микроокружения (семья, сверстники, образовательная среда), сферы активности ребёнка и его участием в социальной среде. Знание факторов, определяющих формирование и развитие психических расстройств у детей с тяжёлыми нарушениями слуха и зрения, дополняет их клинико-феноменологическое описание, позволяет прицельно определить психотерапевтические, психокоррекционные и

психопрофилактические «мишени» и расширить спектр реабилитационных задач и возможностей. Основное клинико-феноменологическое различие при описании эмоциональной сферы детей с сенсорными нарушениями определяет нормативное снижение уровня алекситимии по мере взросления, выявляемое у детей с нарушениями зрения и различным уровнем психического здоровья, в отличие от детей с нарушениями слуха, у которых когнитивное снижение и речевые расстройства, напротив, способствуют стабилизации алекситимических черт и недоразвитию эмоциональной сферы в целом.

Выделенные факторы определяют приоритеты в психотерапевтических и психопрофилактических программах для детей с различным уровнем психического здоровья (глава 7.2).

6.3. Модель психического здоровья ребёнка с сенсорными нарушениями, базирующаяся на принципах Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

Для оценки детской инвалидности в соответствии с концепцией биопсихосоциальной модели Всемирная организация здравоохранения наряду с МКБ рекомендует использовать Международную классификацию функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (ISF), которая является способом документирования характеристик инвалидности, определения профиля функционирования и приоритетных реабилитационных направлений, включая стратегию раннего вмешательства [493, 494]. Основная цель профессиональной реабилитации детей с ограниченными возможностями предполагает обеспечение участия ребёнка в повседневной деятельности. Стандартные клинические исследования не характеризуют взаимодействие ребенка с его семьей, средовыми, экологическими и степень его участия в повседневной деятельности [400]. Позиция «Участие» в МКФ представляет собой сложное явление, поэтому

важно определять, как личные, средовые и семейные факторы влияют на участия ребенка в повседневной деятельности.

МКФ была использована как научная основа для понимания и изучения показателей психического здоровья, определения объема и направлений реабилитационного вмешательства. Методология и принципы МКФ явились определенным «каркасом» для систематизации информации, полученной при изучении психического здоровья детей с сенсорными нарушениями. Основным преимуществом является возможность интеграции всех аспектов жизни ребёнка, медицинских и социальных составляющих состояния здоровья (развитие, участие и окружающая среда), вместо исключительного акцента на диагноз. Таким образом обобщая данные проведённого исследования были выделены следующие составляющие психического здоровья детей (рисунок 33).



Рисунок 33. Модель психического здоровья детей с сенсорными нарушениями

Психическое здоровье ребёнка с сенсорным дефектом можно представить как взаимодействие между различными составляющими – психический статус, сенсорный дефект, соматическое здоровье, психологические характеристики и средовые факторы (микро- и

макросреждение). Любое ограничение жизнедеятельности, врожденный или приобретенный дефект, даже компенсированный оперативным путем, может модифицировать состояние здоровья ребенка.

При изучении психического здоровья детей с нарушениями развития представилось целесообразным сделать акцент на психическом статусе, выделив его в отдельный блок (*«Психические функции»*), объединив остальные характеристики соматического здоровья в соответствующе названный блок (*«Соматическое здоровье»*), признавая важность его влияния на психические функции и формирование психопатологии. Эта составляющая характеризует наличие или отсутствие сопутствующих соматических хронических заболеваний, частоту обострений, астению, уровень физической активности. Составляющая *«Психические функции»* включает характеристику психического статуса ребенка или подростка, наличие психических нарушений или расстройств.

Составляющая *«Сенсорный дефект»* выделена в контексте особенностей изучаемого контингента, включает характеристику основного дефекта, способность соблюдения личной безопасности, возможности самостоятельного передвижения, коммуникации (например, у слабослышащих детей – уровень овладения жестовой речью, уровень развития речевых навыков, у слепых – уровень владения чтением по Брайлю).

Личностные факторы – социальный статус, жизненный опыт и т.д., в настоящее время в МКФ не классифицируются, но при работе с классификацией пользователи могут их применять. Представилось целесообразным выделить блок *«Психологические характеристики»*, включающий такие позиции как отношение ребенка к собственному заболеванию (ВКБ), уровень качества жизни, тревоги, депрессии, агрессии, эмоциональные характеристики актуального состояния, особенности мотивации.

Непременным условием полноценного развития ребенка является участие его в соответствующей возрасту деятельности, чему часто препятствуют имеющиеся физические дефекты, вторично развивающиеся расстройства психологического развития, особенности социальной среды. Составляющая *«Активность и участие»* оценивает вовлечение ребенка в жизненную стандартизированную ситуацию и способности выполнения различных задач или действий. У детей с сенсорными нарушениями оценивается способности и возможности обучения (общеобразовательная или специальная программа, успеваемость), применения получаемых навыков и знаний на практике – чтение, письмо, счет, общие знания об окружающем. Значимыми также являются выполнение повседневного распорядка, способности к самообслуживанию, заботе о собственном здоровье. При характеристике общения учитывается способности восприятия устных, письменных сообщений, умение поддержания разговора, особенности формальных, неформальных, семейных отношений, умение проявлять заботу в отношении близких людей, друзей.

Факторы окружающей среды характеризуют среду отношений и установок, в которой живет и воспитывается ребенок с нарушениями слуха или зрения. Представляется целесообразным выделить «уровень микроокружения или непосредственного окружения» и «уровень макроокружения или общественных служб и систем».

а) «Уровень микроокружения» включал семью, особенности образовательной среды – коллектив сверстников и педагогов, а также особенности контактов с родственниками, знакомыми, посторонними людьми. Например, поддержка родителей, их компетентность в реализации реабилитационных мероприятий, гармоничное воспитание, активное вовлечение слабослышащего ребенка в речевую среду и стимуляция формирования речевых навыков способствует развитию коммуникационных способностей, расширению активности, способности к самообслуживанию и повышению уровня личной безопасности. Родительская позиция отрицания

серьёзности основного дефекта и наличия нарушений психического здоровья снижает вероятность благоприятного прогноза, ограничивая формирование коммуникационных навыков, способствует развитию психопатологических черт личности. При наличии у педагога, работающего в коррекционной школе, сформированного синдрома эмоционального выгорания или невыявленного невротического или депрессивного расстройства отмечалась повышенная тревожность, аффективные и агрессивные реакции у учеников, быстрая их истощаемость на уроках, нарушения взаимодействия с учащимися, родителями; в классах таких педагогов чаще возникали конфликтные ситуации.

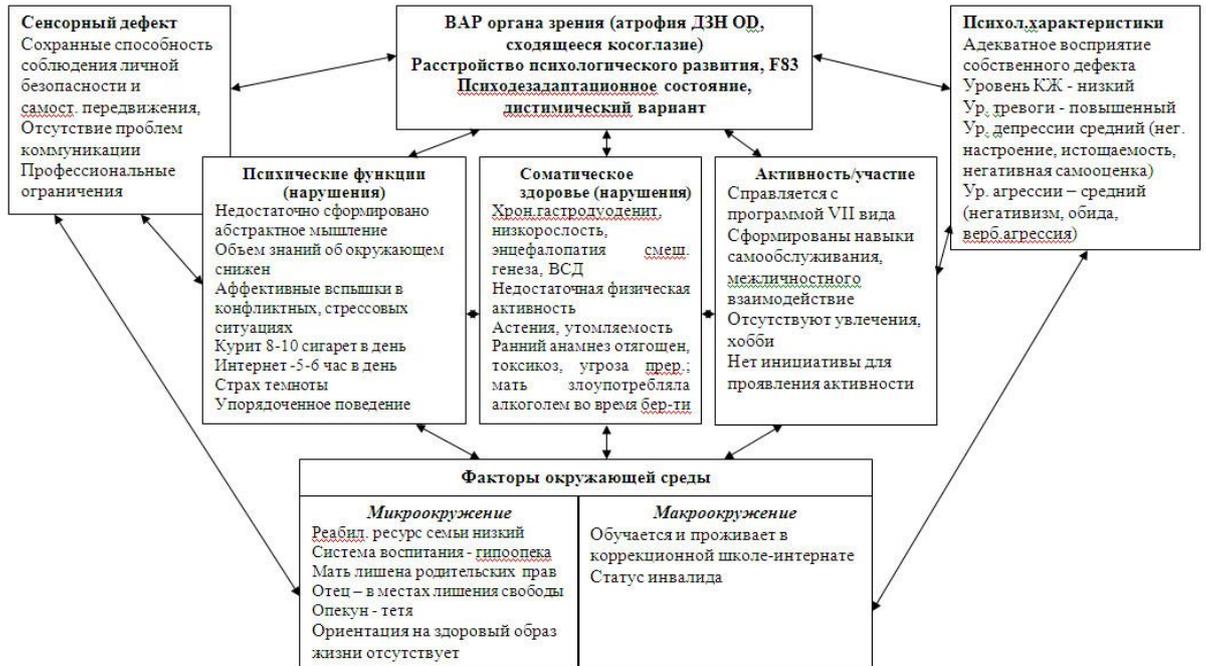
б) «Уровень общественных служб и систем» включает характеристику медицинских, образовательных, социальных организаций и служб, определяющих (экономически, политически, общественным влиянием) функционирование ребенка и его семьи, а также особенности правовой системы. Для реабилитации и сохранения здоровья детей с нарушениями слуха и зрения необходимо своевременное и адекватное обеспечение современным медицинским сурдо- и тифлотехническим оборудованием (слуховые аппараты, очки, книги и учебная литература, клавиатура со шрифтом Брайля и т.п.), финансовая поддержка с целью своевременного лечения основного заболевания (например, выделение квот на оперативное вмешательство (кохлеарные имплантанты, операции по замене хрусталика и т.п.). На данном уровне необходимо оценивать и сформированный в обществе уровень толерантности к лицам, имеющим дефекты развития.

Таким образом, охват различных составляющих, влияющих на психическое здоровье и формирующих его, позволяет индивидуализировать реабилитационные программы, находя «точки-мишени» и ресурсные стороны. На рисунке 34 представлено клиническое наблюдение как пример применения подобного системного подхода.

Клиническое наблюдение 7

В., 15 лет. Диагноз – ВАР органа зрения (атрофия ДЗН OD, сходящееся косоглазие), смешанное специфическое расстройство развития F83, психодезадаптивное состояние, дистимический вариант).

Основные «проблемные» позиции выявлены в блоках «психические функции», «соматическое здоровье», «психологические характеристики» и «факторы окружающей среды». Необходимо подчеркнуть, что в данном случае семья не может являться базисом для реабилитационных мероприятий.



Клиническое наблюдение. В., 15 лет. Диагноз – ВАР органа зрения (атрофия диска зрительного нерва OD, сходящееся косоглазие), расстройство психического развития F83, психодезадаптивное состояние, дистимический вариант).

Рисунок 34. Составляющие психического здоровья ребенка с нарушением зрения

Основной акцент в ресурсе микроокружения был сделан на систему взаимоотношений подросток-психолог-психотерапевт-педагог, причем педагог (классный руководитель) также нуждалась в психотерапевтической помощи и коррекции в связи с наличием сформированного синдрома эмоционального выгорания, повышенного уровня тревоги на фоне психодезадаптационного состояния. В качестве ресурсных моментов отмечены – сохранные возможности коммуникации и самостоятельного передвижения, сформированные навыки самообслуживания, отсутствие проблем с обучением, в целом, упорядоченное поведение.

Были сформулированы следующие направления в индивидуальной реабилитационной программе:

- Индивидуальная (работа со страхом, снижение уровня тревоги, повышение самооценки, тренинг эмоциональной устойчивости, формирование мотивации на получение знаний, поиск хобби и увлечений) и групповая (коммуникативный тренинг) психотерапия
- Укрепление физического здоровья, повышение физической активности, ориентация на здоровый образ жизни (формируемая психологом, педагогами, врачом-психотерапевтом).

- Консультации опекуна, ознакомление с закономерностями и этапами психического развития, обучение навыкам и приемам общения с подростком, формирование благоприятного психологического микроклимата и здорового образа жизни
- Консультации педагогов о психологических особенностях детей с нарушениями зрения и расстройствами психологического развития, сути пубертатного периода.
- Превенция психических расстройств у педагогов, социально-психологические тренинги.

Таким образом, включение методологии МКФ в изучение психического здоровья детей с нарушениями слуха и зрения позволило более полно представить проблемные зоны физического и психического состояния, а также ресурсный модуль. Традиционно медицинский подход рассматривает дефект (заболевание) и/или вторичные нарушения, определяет терапевтическую тактику. Прогноз строится с опорой на динамику симптомов и применение средств медикаментозной или специальной (кохлеарные имплантанты, слуховые аппараты, оптические средства) реабилитации. Социальная и психологическая составляющие вносят чёткое понимание «проблемных» и ресурсных сторон ребенка и его социального окружения (семья, учебная среда – сверстники и педагоги) – психологических характеристик, особенностей межличностного взаимодействия, мотивации, уровня физической активности, т.е. базиса, который будет значимо влиять на возможности реабилитации и определять прогноз вместе с клиническими характеристиками. Реабилитационное вмешательство определяется совокупностью работы с «негативными составляющими» каждого домена, с опорой на «позитивные» или ресурсные. Задачи реабилитационных программ, разработанных с учетом принципов Международной классификации функционирования, носят мультидисциплинарный характер и могут быть успешно решены только при участии представителей различных специальностей: психиатров, педиатров, клинических и социальных психологов, педагогов, социальных работников, логопедов и др., поэтому реабилитационные программы включают активное взаимодействие различных специалистов. Особенно актуальным и значимым

в реабилитации детей с сенсорными нарушениями представляется использование ресурсов социального окружения ребенка – семьи, сверстников (группа, класс), педагогов (воспитателей).

6.4 Определение уровней психического здоровья детей с сенсорными нарушениями

В соответствии с положением ВОЗ, уровень психического здоровья человека определяется сочетанием биологических, социальных и психологических факторов. ВОЗ определяет психическое здоровье как сочетание трех компонентов – отсутствие явных психических нарушений, наличие определённого ресурса для преодоления стрессов и состояние равновесия между человеком и окружающей средой. При определении уровня психического здоровья детей с ограниченными возможностями необходимо учитывать, что наличие дефекта является постоянной и, часто, не подлежащей терапии, характеристикой ребёнка и однозначно не может определять его уровень здоровья и функционирования. При наличии биологических, средовых, психологических ресурсов и достаточной адаптации к социальной среде ребенок с дефектом может иметь высокий уровень психического здоровья, что и должно являться конечной целью любого реабилитационного процесса. Категории психического здоровья детей с сенсорными нарушениями были определены, во-первых, с позиции трёх упомянутых составляющих психического здоровья и, во-вторых, с учётом социальных, психологических и биологических факторов, участвующих в формировании клинической специфичности психического статуса детей с сенсорными нарушениями, описанных в главе 6.2 (таблица 56).

Таблица 56 – Уровни психического здоровья детей с сенсорными нарушениями в соответствии с изученными психическими и психологическими характеристиками

	Критерии отнесения	Категории детей в соответствии с нозологической квалификацией
В Ы С О К И Й	<ul style="list-style-type: none"> • Отсутствие активных жалоб на психическое здоровье. • Отсутствие клинической симптоматики • Низкий/средний уровень тревоги, депрессии, агрессии • Низкий уровень суицидального риска • Отсутствие алекситимии или риск • Отсутствие данных феноменов в рисунках при невозможности заполнить тесты. • Эмоционально-вербальная зрелость • Высокий/средний уровень качества жизни • Нормонозогнозия • Достаточный уровень физической активности • Отсутствие хронических соматических заболеваний или частых обострений, ориентация на поддержание физического здоровья • Удовлетворительный уровень адаптации к социальной ситуации (школа, сверстники, учебная деятельность), высокий/средний уровень социальной активности • Адекватное воспитание, стабильная семейная ситуация, достаточный семейный ресурс 	<ul style="list-style-type: none"> • Без психических расстройств • Психические расстройства в стадии ремиссии при социальной адаптации
С Р Е Д Н И Й	<ul style="list-style-type: none"> • Преходящая клиническая симптоматика • Средний уровень тревоги, агрессии, депрессии, суицидального риска • Группа риска алекситимии, алекситимия • Проблемы, связанные с восприятием собственного дефекта, самооценкой • Проблемы межличностных отношений • Средний/низкий уровень качества жизни • Низкая физическая активность • Проблемы адаптации, связанные с микро- или макроокружением • Патологические типы воспитания 	<ul style="list-style-type: none"> • Донозологические состояния • Психические расстройства в стадии неполной ремиссии, ситуации дезадаптации в социальной ситуации

Н	<ul style="list-style-type: none"> • Психопатологическая симптоматика • Сочетанная психическая патология 	<ul style="list-style-type: none"> • Психические расстройства в стадии декомпенсации
И	<ul style="list-style-type: none"> • Проблемы межличностных отношений в течение длительного времени 	
З	<ul style="list-style-type: none"> • Высокий уровень тревоги, депрессии, агрессии, суицидального риска 	
К	<ul style="list-style-type: none"> • Алекситимия • Диснозогнозия/Анозогнозия 	
И	<ul style="list-style-type: none"> • Низкий/средний уровень качества жизни • Серьёзные соматические заболевания 	
Й	<ul style="list-style-type: none"> • Низкая физическая активность или её отсутствие • Проблемы адаптации, связанные с микро- или макроокружением • Патологические типы воспитания • Алкоголизация родителей, асоциальные семьи 	

В соответствии с критериями таблицы 56 были определены уровни психического здоровья для каждого ребенка (рисунок 35).



Рисунок 35. Различные уровни психического здоровья в группах детей с сенсорными нарушениями

Характеризуя изучаемую выборку в целом, доля детей с низким уровнем психического здоровья является наибольшей – 43,5%, со средним уровнем – 37,5%, с высоким – 19%. Анализируя критерии отнесения ребёнка в ту или иную группу, можно отметить преобладание критериев,

характеризующих психологические характеристики, неврологическую и аффективную симптоматику для детей с нарушениями зрения; и критериев, характеризующих когнитивные нарушения, астеническую симптоматику и семейное неблагополучие для детей с нарушениями слуха. Значимых различий между соотношениями групп не выявлено. Полученные результаты подтверждают необходимость изучения психического здоровья данной категории детей и разработки реабилитационных программ и динамического наблюдения.

Таким образом, представленная модель психического здоровья детей с сенсорными нарушениями, включающая такие домены как психический статус, сенсорные функции, соматическое здоровье, психологические характеристики, активность и участие, микро- и макроокружение, является основой для разработки комплексных реабилитационных программ. Как одна из важнейших психологических характеристик, учитывается типология внутренней картины болезни (ВКБ), определённая при анализе клинических и психологических данных. Выделенные с помощью факторного анализа основные факторы, определяющие клиническую картину при различных психических состояниях и расстройствах, позволяют определить основные направления психотерапевтической и психокоррекционной работы (глава 7). Сформулированы критерии определения уровней психического здоровья детей, опирающиеся на наличие/отсутствие психических нарушений, характер взаимодействия ребёнка с социальной средой, уровень адаптации и наличие ресурсов (индивидуальных, средовых).

ГЛАВА 7

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С СЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

На современном этапе оказания психиатрической помощи, с учётом профилактической направленности здравоохранения, актуален переход от медицинской (монодисциплинарной) модели реабилитации детей с нарушениями в развитии к полипрофессиональной модели, основанной на биопсихосоциальном подходе [29], а также понимание важности психосоциальной реабилитации как результирующего итога усилий специалистов [103, 558]. В области психиатрии, неврологии, педиатрии, психологии есть беспрецедентная возможность для продвижения междисциплинарного подхода в научных исследованиях и клинической практике и, таким образом, более глубокое понимание нарушений развития [472]. Мультидисциплинарный характер самой детской психиатрии требует участия в охране психического здоровья и оказании лечебной и реабилитационной помощи различных смежных специалистов – педиатров, неврологов, психологов, логопедов, дефектологов, воспитателей, педагогов, социальных работников [29]. Однако проблема форм и методов взаимодействия медиков, педагогов, психологов, социальных работников, правоохранительных органов в отношении профилактики психосоциальной дизадаптации личности в кризисные периоды онтогенеза до настоящего времени не разрешена, несмотря на значительно возрастающую в последние годы роль макросоциальных факторов риска [232].

Международные исследования факторов, определяющих результаты в области охраны психического здоровья, показывают, что, несмотря на развитие многих новых методов, результаты, достигнутые в исследованиях 30 лет назад, аналогичны тем, которые были достигнуты сейчас [520]. На сегодняшний момент недостаточно разработаны и описаны модели оказания

комплексной помощи детям при различных нарушениях развития. Одним из примером может являться описанная С. А. Missiuna с соавторами модель многоуровневого подхода к реабилитации детей с нарушениями развития координации. Потенциал модели специализированной полипрофессиональной помощи детям обеспечивается за счет создания партнерских отношений терапевта с педагогами и родителями, охват всех сфер жизни и активности ребенка, мониторинг и, как один из действенных моментов, использование трудотерапии [431]. Несмотря на широкую распространенность сенсорных нарушений и частое их сочетание с нарушениями эмоционально-волевой сферы, интеллекта, в настоящее время существует недостаток фактических научных данных, касающихся принципов построения эффективных психосоциальных программ реабилитации и сопровождения таких детей.

В Межведомственном центре психического здоровья НИИ психического здоровья (2009-2011) нами была разработана стратегия координации различных служб с целью сохранения психического здоровья детей с ограниченными возможностями [117]. Модель межведомственного взаимодействия представлена на рисунке 36.



Рисунок 36. Межведомственное взаимодействие специалистов, обеспечивающих медико-психолого-педагогическое сопровождение детей с сенсорными нарушениями и психическими расстройствами

Специалисты НИИ психического здоровья изучают характеристики психического здоровья детей с ОВЗ, пато- и саногенные факторы, его определяющие, особенности социальной ситуации, на основе этих данных разрабатываются научно обоснованные программы медико-психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ, внедряемые на базе коррекционных учреждений [61, 116]. Также осуществляется сопровождение педагогического процесса (работа с педагогическим коллективом) и консультирование родителей. Терапию основного заболевания (дефекта) осуществляют врачи-специалисты различного профиля, проводящие мониторинг состояния физического здоровья, подбор оптимального метода лечения. Психолого-медико-педагогическая комиссия (ПМПК) осуществляет экспертизу и диагностику, определение образовательных потребностей детей с ОВЗ, формирование базы данных детей и подростков с отклонениями в развитии, консультирование детей и родителей, оценку динамики развития учащихся и контроль эффективности рекомендованных образовательных условий.

В течение 2009-2015 года активно осуществлялась образовательная деятельность в Томском Государственном педагогическом университете и на базе Томского Областного института повышения квалификации работников образования (ТОИПКРО). Разработаны образовательные спецкурсы для подготовки специалистов, которые будут работать в системе коррекционного, инклюзивного и общего образования (педагоги-психологи, логопеды, дефектологи, социальные педагоги, педагоги дошкольного образования), направленные на особенности воспитания и обучения различных групп детей с ОВЗ – с ранним детским аутизмом, задержкой психического развития, умственной отсталостью, нарушениями речи, слуха и зрения. Особенности психического здоровья детей указанных категорий обсуждались на научно-практических конференциях, семинарах, курсах повышения квалификации.

7.1 Основные направления реабилитации детей с нарушениями слуха и зрения, выделенные с учетом модели психического здоровья

Основой успешной социальной адаптации детей с нарушениями слуха и зрения является мультимодальный подход, сочетающий медицинское, психолого-педагогическое и социальное вмешательство, которые учитывают ресурсы личности самого ребёнка и его микроокружения – семьи, общества сверстников и образовательного учреждения. Структура психических расстройств, психологические характеристики детей с сенсорными нарушениями и особенности их социальной ситуации развития определяют особенности организации медико-психологической помощи с преобладанием психотерапевтических, психопрофилактических и психокоррекционных и методов.

Основой для создания реабилитационных программ послужила разработанная модель психического здоровья детей с нарушениями слуха и зрения, базирующаяся на принципах МКФ (глава 6.3). Принималась во внимание специфика проводимого исследования – ребёнок, находящийся в «естественных условиях» – образовательной и семейной среде (не в условиях медицинского учреждения); реабилитационная работа строилась с расчетом долгосрочных рекомендаций, охватывающих все сферы жизни ребёнка. Для определения индивидуальной траектории развития ребенка должна быть учтена и, при необходимости, скорректирована каждая составляющая разработанной модели. Как с самим ребёнком, так и с родителями и педагогами в той или иной мере обсуждались проблемы, ресурсы и необходимые мероприятия по каждому выделенному блоку. Основные направления реабилитации представлены в таблице 57.

Таблица 57 – Направления реабилитации, соответствующие основным блокам модели формирования психического здоровья детей с сенсорными нарушениями

Блок	Направления реабилитации
Сенсорный дефект	Профильное терапевтическое лечение (оперативное, обеспечение сурдо- и тифлотехническими средствами) Мониторинг основного заболевания Навыки самообслуживания, личной безопасности, коммуникации Профессиональная ориентация
Психические функции	Преодоление или стабилизация выявленных нарушений психической сферы Раннее выявление психопатологических симптомов Фармако- и психотерапия психических расстройств Коррекция эмоционально-волевой сферы Коррекция поведения, тренинг новых поведенческих паттернов Превенция суицидального поведения Профилактика и коррекция аддиктивного поведения Консультирование семьи (терапия и коррекция психопатологических и аддиктивных проявлений)
Соматическое здоровье	Терапия хронических и острых соматических заболеваний, профилактика обострений Физическое воспитание Ориентация на ЗОЖ
Психологические характеристики	Формирование адекватной ВКБ Снижение тревожности, агрессивности Формирование учебной, познавательной мотивации Формирование эмоционального восприятия, навыков распознавания эмоций с опорой на невербальные средства взаимодействия Выявление и активизация психологических ресурсов Развитие коммуникативных умений и навыков, освоение эффективных техник взаимодействия со сверстниками и взрослыми
Активность и участие	Ориентация на активность в «речевой», «слышащей», «зрячей» среде Формирование бытовых и трудовых навыков, навыков межличностного взаимодействия. Формирование навыков планирования внеучебной, досуговой деятельности, поиск хобби. Тренировка социальных навыков, формирование стереотипов помощи окружающим
Микроокружение	Работа с семьёй (тип воспитания, коррекция реакции семьи на болезнь, определение семейных ресурсов) Работа с педагогическим коллективом (психообразовательные программы, превенция психических расстройств у педагогов, профилактика СЭВ)
Макроокружение	Образовательные семинары, лекции, тренинги, выступления на конференциях для специалистов, работающих в сфере образования и здравоохранения Повышение уровня толерантности общества к лицам с ОВЗ

Реабилитационное вмешательство определяется совокупностью работы с «негативными составляющими» каждого домена разработанной модели (глава 6.3), с опорой на «позитивные» или ресурсные при учете клинической специфики психических расстройств у детей с тяжёлыми нарушениями слуха и зрения. Задачи реабилитационных программ, разработанных с учетом принципов Международной классификации функционирования, носят мультидисциплинарный характер и могут быть успешно решены только при участии представителей различных специальностей: психиатров, педиатров, клинических и социальных психологов, педагогов, социальных работников, логопедов и др., поэтому реабилитационные программы включают активное взаимодействие различных специалистов.

Медицинское сопровождение детей и подростков с нарушениями слуха и зрения, помимо традиционных (наблюдение офтальмолога, сурдолога, педиатра), должно включать **психиатрическую составляющую**, которая обеспечивает:

- выявление ранних признаков тревоги, депрессии, суицидальных тенденций в поведении, т.е. группы риска по развитию психических расстройств и определение спектра превентивных мероприятий;
- психотерапевтические программы;
- консультирование семьи ребенка с сенсорными нарушениями, оказание психотерапевтической помощи родителям, коррекция детско-родительских отношений, психофармакологическую помощь при выявлении психических расстройств у родителей;
- проведение образовательных семинаров для педагогов и социальных работников с целью ознакомления с особенностями психического развития детей с различными нарушениями онтогенеза;

- скрининг психического здоровья педагогического коллектива, помощь при выявлении синдрома эмоционального выгорания.

Психологическая составляющая реабилитационных программ включает:

- занятия и тренинги по развитию социальной компетентности – моделирование различных ситуаций и проигрывание возможных вариантов поведения с последующим обсуждением;
- формирования умения дифференцировать эмоции и чувства, обсуждение эмоционального реагирования на различные (в т.ч. стрессовые) ситуации;
- решение проблем межличностного общения;
- работа с проявлениями агрессии (с определением ее причин в каждом конкретном случае);
- содействие формированию таких положительных психосоциальных черт личности, как оптимизм, стойкость, чувство собственного достоинства как профилактика психопатологии и адаптация к критическим, стрессовым событиям в жизни;
- работа с семьёй.

Социальная составляющая реабилитационных программ должна расширять границы общения детей и подростков, обеспечивать уход от привычных стереотипов. «Инклюзию» необходимо начинать с внешкольной деятельности – участие в мероприятиях (спортивных, культурных, образовательных), организованных для «обычных» детей, с посильным участием при сопровождении социального педагога, родителей. Профессиональная ориентация как часть социальной адаптации должна начинаться раньше, чем стандартно в выпускных классах и включать практический компонент – демонстрацию детям реальных условий и возможностей деятельности – экскурсии на предприятия, фабрики, мастерские и т.п. Значительную часть социального направления

реабилитации занимает работа с семьей (организация встреч родителей, обмен опытом, проведение совместных мероприятий и т.д.).

Были сформулированы следующие **принципы организации реабилитационного воздействия:**

1. *Многоуровневость*: охват всех уровней функционирования ребёнка как члена социума – макросоциального, микросоциального, индивидуального.

2. *Мультидисциплинарность* – междисциплинарное сотрудничество психиатра с врачами другого профиля, педагогами, дефектологами, психологами, логопедами. Сотрудничество начинается на стадии диагностики и продолжается весь реабилитационный период; обеспечивая преемственность с учетом возрастной специфики.

3. *Ориентация терапии на конкретные изменения психического статуса и общего функционирования* (поведение, активность, коммуникация, успеваемость, патопсихологические симптомы, уровень качества жизни), которые подлежат мониторингу и динамической оценке.

4. *Вовлечение в процесс реабилитации значимых лиц*. Терапия детей с ОВЗ невозможна без участия родителей, учителей и воспитателей. Принцип способствует целенаправленному изменению условий социальной ситуации развития ребёнка (рекомендации членам семьи относительно воспитания и развития, содействие развитию ребёнка в специализированном коррекционном учреждении).

5. *Проведение терапии в естественных условиях* (семья, школа-интернат).

6. *Ориентация на развитие* – оптимизация нарушенного развития с опорой на ресурсы (индивидуальные, средовые).

7.2 Комплексные реабилитационные программы для детей с сенсорными нарушениями с разным уровнем психического здоровья

С учетом данных клинического, психологического обследования, статистического анализа были разработаны три комплексные реабилитационные программы для детей с сенсорными нарушениями, имеющими различный уровень психического здоровья. Основанием для выбора реабилитационной программы служило определение у ребёнка того или иного уровня психического здоровья (глава 6.4), критериями которого служили выявленные клинические и психологические характеристики. Проведённое исследование показало, что дети, имеющие одинаковый психиатрический диагноз, могут иметь различия и в клинической картине, и в психологических показателях, и в показателях общего функционирования. В соответствии с этим объем и направления помощи будут разными (таблица 58). Внутри каждой программы также существовал определённый диапазон объёма помощи в зависимости от особенностей клинического статуса ребёнка и выявленных факторов, оказывающих негативное влияние на психическое здоровье. Важна ступенчатость – каждый следующий этап включает объём мероприятий предыдущего и дополнительную помощь в зависимости от тяжести психопатологии.

Таблица 58 – Комплексные реабилитационные программы для детей с сенсорными нарушениями в зависимости от уровня психического здоровья

Уровень	Направления реабилитации	Дети с нарушениями зрения	Дети с нарушениями слуха
В Ы С О К И	Превентивное	<ul style="list-style-type: none"> -определение основных механизмов сано- и патогенного реагирования, - выявление факторов риска развития психопатологии и их коррекция, <li style="padding-left: 20px;">- мониторинг психического здоровья детей, <li style="padding-left: 20px;">- определение прогноза - профилактика развития рентных установок 	
	Психогигиеническое	<ul style="list-style-type: none"> - сохранение и укрепление психического здоровья, - формирование мотивации и установок на ведение 	

Й		<p>здорового образа жизни,</p> <ul style="list-style-type: none"> - оптимальный уровень физической нагрузки, - изучение влияния социальной среды на психическое здоровье детей с сенсорным дефектом, - предупреждение формирования компьютерной зависимости 	
	Психопрофилактическое	<p><i>А) первичная психопрофилактика:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - формирование у взрослых представления о гармоничном воспитании детей и рисках (в т.ч. суицидальном) патологических типов воспитания, - своевременная и правильная профориентация, - снижение нервно-психических нагрузок, <p>- предупреждение семейных конфликтов, консультации и помощь в ситуации острых конфликтов в семье.</p>	
		Снижение уровня депривации, связанной с наличием дефекта	Стимуляция речевого и интеллектуального развития
		<p><i>Б) вторичная психопрофилактика</i> своевременное выявление и лечение психических нарушений и заболеваний, применение эффективных методов лечения, длительная поддерживающая терапия.</p> <p><i>В) третичная психопрофилактика</i> предупреждение тяжелых осложнений и социальных последствий</p>	
Психообразовательное	<ul style="list-style-type: none"> - обеспечение информацией о психических расстройствах, способах их преодоления, возможных прогнозах и способах терапии - обучение принципам и техникам взаимодействия с ребенком, имеющим сенсорный дефект и психическое расстройство - информирование о правовых и этических аспектах психиатрической помощи, - обучение ребенка приемам коммуникации в обществе, поведенческой этике 		
С Р Е Д Н И Й	Психотерапевтическое Психокоррекционное (техники арт-терапии, поведенческой, семейной терапии)	<ul style="list-style-type: none"> - навыки распознавания и дифференциации эмоций - навыки оптимальной коммуникации со сверстниками и взрослыми, - повышение стрессоустойчивости, коррекция агрессивных тенденций, коррекция детско-родительских отношений, работа с семейными конфликтами, формирование антисуицидальных факторов личности выявление ранних признаков аддикций и их коррекция 	
		<ul style="list-style-type: none"> -повышение самооценки -снижение уровня депривации, связанной с наличием дефекта и связанной с ним тревоги 	<ul style="list-style-type: none"> коррекция эмоциональной сферы, формирование эмоц. лексики, эмпатии, способности вербализации чувств, -коррекция познавательной сферы, мышления, внимания -формирование

			адекватной ВКБ
	Обеспечение оптимального уровня социальной активности	вовлечение в общественную деятельность, укрепление авторитета среди сверстников, организация досуга, хобби	
Н И З К И Й	Психотерапевтическое (мультимодальный подход: техники арт-терапии, поведенческой, семейной терапии)	- работа с неадекватными стереотипами поведения, - снижение уровня депрессии, тревоги, - коррекция детско-родительских отношений, - коррекция агрессивных тенденций, - формирование навыка решения межличностных проблем, - выявление ранних признаков аддикций, их коррекция	
		- снижение уровня тревоги - повышение самооценки, коррекция восприятия «Я». - отреагирование переживаний по поводу наличия дефекта, снижение его стигматизирующего влияния.	-психотерапия и коррекция алекситимических проявлений, профилактика соматизации психопатологических симптомов, - формирование адекватной ВКБ
	Психофармакотерапия – по показаниям	ноотропы, сосудистые, метаболические препараты, противотревожные, антидепрессанты	

Программы учитывали статистически выявленные факторы, определяющие клиническую специфичность психических расстройств при нарушениях слуха и зрения в детском возрасте (глава 6.3). Реабилитационная тактика включала длительное наблюдение ребёнка и его семьи специалистами различного профиля, решение задач терапии, профилактики психических нарушений с опорой на выявленные индивидуальные и средовые ресурсы. Важная роль на всех уровнях реабилитации отводится психогигиеническим и психопрофилактическим мероприятиям, на наш взгляд, являющимся основой реабилитации, строящейся на формировании культуры психического здоровья и предупреждении формирования пограничных и аддиктивных расстройств. Не менее важны психообразовательные мероприятия, проводимые на различных уровнях и для разных контингентов – дети, родители, педагоги, врачи, общество в целом. Психообразование увеличивает объём знаний, обеспечивает психосоциальную поддержку, способствует выработке новых стратегий

разрешения проблем, повышает уровень социальной успешности и функционирования [59].

7.3. Особенности психотерапии детей с сенсорными нарушениями и направления коррекции основных клинико-психологических характеристик психического здоровья у детей

В контексте понимания цели реабилитации как «опосредование через личность больного лечебно-восстановительных мероприятий» [88], важнейшим и наиболее адекватным методом психореабилитации является психотерапия в её многообразных формах [90]. Основной акцент в медицинском аспекте реабилитационных мероприятий был направлен на улучшение клинического состояния ребенка, что достигалось, в основном, психотерапевтическими методами, как более адекватными для детского возраста; в некоторых случаях использовалась психофармакотерапия. Учитывая наличие сенсорных, речевых и когнитивных нарушений, арсенал методов психотерапии, используемых в работе с детьми и подростками данной категории, отличается от такового при работе с нормально развивающимися детьми и взрослыми. При этом детско-подростковая психотерапия также должна отвечать специфическим потребностям каждого возрастного периода [245].

Клинические и психологические особенности детей обсуждаемой категории, значимые для выбора психотерапевтических методов, представлены в таблице 59.

Таблица 59 – Особенности детей, имеющих тяжелые нарушения слуха и зрения, требующие особых подходов психотерапии

Общие черты	
<ul style="list-style-type: none"> • высокая распространенность нарушений психологического развития, определяющих особенности эмоционально-волевой сферы, недоразвитие интеллекта, нарушения формирования высших психических функций (воображение, внимание, мышление, память), существенно ограничивающих возможности применения большинства стандартных психотерапевтических методов. • в силу частой соматической отягощенности в сочетании с резидуальной церебрально-органической недостаточностью дети с ограниченными возможностями здоровья быстрее астенизируются в процессе терапии. • вхождению ребёнка с ограниченными возможностями здоровья в групповой процесс значительно препятствуют инфантилизация эмоционально-волевой и социально-личностной сферы 	
Особенности детей с нарушением слуха:	Особенности детей с нарушением зрения:
<ul style="list-style-type: none"> • высокая распространенность речевых расстройств, проявляющихся нарушениями произношения, ограничением словаря (как активного, так и пассивного) и т.д.; использование жестовой речи, которой, как правило, не владеют психологи и врачи-психиатры; • вследствие имеющихся сочетанных дефектов слуха и речи часто наблюдается непонимание или затрудненное понимание ребенком обращенной к нему речи • специфическое недоразвитие эмоциональной сферы, определяющее эмоционально-вербальную незрелость, алекситимические черты • низкая коммуникационная способность, дефицит коммуникативных навыков 	<ul style="list-style-type: none"> • сниженная познавательная активность, сниженная мотивация к получению новой информации; причиной которой могут быть ограничения, вызванные нарушениями зрения, создающие препятствия для независимости ребенка и ограничивающие его взаимодействие с окружающей средой. • необходима «дозированная» нагрузка на орган зрения – нельзя загружать ребенка большим количеством шкал и опросников для самостоятельного прочтения, необходимость крупного шрифта в наглядных материалах

С глухими и слабослышащими детьми, у которых отмечалась выраженное речевое недоразвитие, несформированность как устной, так и письменной речи, диагностические и терапевтические сеансы проводились с участием сурдопереводчика. В сравнении со стандартным клиническим обследованием и психотерапевтическим сеансом, ситуация «третьего лица»

представляется неоднозначной, поскольку в качестве сурдопереводчиков выступали известные детям педагоги, к которым уже у ребёнка сформировано определённое отношение и которые не всегда держались «нейтрально». В некоторых ситуациях они оказывали реальную помощь, обращали внимание на определенные жесты ребенка, эмоционально не «включаясь», дистанцировались от ситуации врач-пациент. В других ситуациях педагоги вносили своё эмоциональное (вербально и невербально) отношение, что не способствовало откровению ребёнка и желанию отвечать на вопросы. В таких ситуациях психотерапевтическая составляющая реабилитационной программы заметно сокращалась и, как правило, отсутствовала выраженная динамика. Перспективой развития психотерапевтической помощи для глухих является, вероятно, налаживание службы взаимодействия врача и профессионального сурдопереводчика, либо, по возможности, специализация психотерапевта в знании жестового языка.

Моделью для психотерапевтической работы послужил мультимодальный подход «BASIC I.D.» Арнольда Лазаруса, учитывающий соотношение и взаимную зависимость семи модальностей – поведение (Behavior), эмоции (Affect), ощущения (Sensation), представления (Imagery), когниции (Cognition), межличностные отношения (Interpersonal) и лекарственная и другие зависимости (Drugs/Biology) [125]. При разработке программ психотерапевтической помощи в соответствии с моделью психического здоровья, базирующейся на принципах МКФ, детям с нарушениями в развитии представлялось перспективным применить данный подход. Для полноты оценки пристального внимания требуют все семь областей, но биологическая и межличностная модальности, возможно, являются особенно значимыми [125]. Биологическая модальность оказывает сильное влияние на другие модальности, сенсорный дефект определяет наличие вторичных дефектов – речевых, интеллектуальных, нарушений эмоционально-волновой сферы и т.д. В контексте мультимодального подхода психотерапевтическая работа строилась на основе выбора методов в

соответствие с клинико-психологическим профилем ребёнка. Использовались поведенческие техники, игровая терапия, арт-терапия (рисуночная терапия, сказко-терапия, библиотерапия, элементы музыкотерапии и т.д.). В зависимости от специфики выявленных психических нарушений техники поведенческой терапии применялись с различными целями – уменьшение частоты проявления симптомов (например, фобии, навязчивые состояния, агрессивность), стимулирование желательного поведения с использованием систематических подкреплений, формирование навыков и умений (при расстройствах психологического развития, органических расстройствах и умственной отсталости) [126]. Использовались приёмы формирования поведения (шейпинг), подготовки новых форм поведения, тренинга социальных навыков, моделирования, а также систематического стимулирования поведенческого прогресса.

При эмоциональных нарушениях, социальной дезадаптации, гиперкинетических расстройствах часто использовались терапевтические домашние задания, выводящие реабилитационный процесс за пределы кабинета терапевта. Чаще всего домашние задания осуществляются с помощью родителей и воспитателей, которые контролировали их выполнение, динамику формирования навыка и т.п. Особенно эффективна эта форма работы в случаях, когда наблюдение за ребенком и терапия проводится в реальной социальной среде – в ситуации школы-интерната. Примеры домашних заданий: протоколирование проблемного поведения ребенка, выполнение упражнений по развитию речи, побуждение социально изолированного ребенка к установлению игровых контактов, модификация ситуации в семье (выполнение школьных заданий, домашних обязанностей и т.д.). Данная форма работы, наряду со структуризацией учебного процесса, являлась важной для учащихся с гиперкинетическими расстройствами при учёте специфических факторов «непродуктивная активность» и «риск перевозбуждения».

Учитывая выделенный фактор «компенсаторно-агрессивный компонент» при невротических и аффективных расстройствах у слабовидящих учащихся, проводился анализ агрессивного поведения, сопутствующих астено-вегетативных симптомов, часто являющихся «фасадом» указанных расстройств. При терапии депрессивных и тревожных расстройств использовались такие приёмы, как «декатастрофизация», «дискуссия с самим собой», обучение навыкам релаксации и асертивного поведения. Подобные приёмы использовались, как правило, у лиц с (относительно) сохранными интеллектуальными способностями и оказывались более эффективными при отсутствии инфантилизации и рентных установок. Психотерапевтическая и психокоррекционная помощь при **повышенной тревожности** включала:

- снижение общей тревожности ребенка (например, техника «Талисман» [41], включающая игровой и релаксационный компоненты, методики «Уничтожения страха», «Гармонизация рисунка» и т.п.);
- обучение техникам преодоления стресса (работа с дыханием);
- формирование уверенности и адаптированности (обучение навыкам асертивного поведения);
- работа с агрессивностью как компенсаторным механизмом при страхах, тревоге;
- расширение спектра социальных контактов, «моделирование» уверенного поведения, преодоление «личной неэффективности»;
- работа с родительскими установками и коррекция внутрисемейных отношений.

В реабилитации детей с сенсорными нарушениями активно использовалась арт-терапия. Для ребёнка с речевыми расстройствами и эмоциональными нарушениями изобразительная деятельность является вариантом коммуникации, позволяющим ему преодолеть страх (дискомфорт) общения и сообщить об имеющихся переживаниях, проблемах и т.п. Поэтому

арт-терапия являлась одним из наиболее востребованных и эффективных компонентов терапевтических программ. Арт-терапия применялась при: повышенной тревожности, наличии страхов, семейных проблем, низкой самооценке, у детей с алекситимическими чертами. Арт-терапия как часть мультимодального подхода служит также способом построения доверительных терапевтических отношений с ребёнком – обеспечение безопасного эмоционального пространства, в котором ребенок исследует свои отношения с окружающей средой.

Психотерапевтическая и психокоррекционная помощь при повышенной **агрессивности** включала:

1) отреагирование проблемных ситуаций, тренинг навыков саморегуляции, контроля и управления негативными переживаниями (индивидуальные консультации и занятия, разбор проблемных ситуаций в группе, арт-терапия, использование дыхательных техник, релаксационные паузы для снятия напряжения, элементы психогимнастики и т.д);

2) формирование эмпатии, обучение навыкам распознавания чувств и эмоций у себя и окружающих, обсуждение возможностей вербального и невербального проявления эмоций, формирование эмоциональной зрелости;

3) коррекция агрессивного поведения через творческое самовыражение (рисование, конструирование, другие видами творческой деятельности); различные формы активного поведения (занятия спортом, физический труд). Предпочтительны групповые виды спорта, требующие навыков сотрудничества – футбол, хоккей, баскетбол;

4) формирование новых моделей поведения, развитие коммуникативных умений (упражнения, игры на развитие навыка регуляции поведения, осознания отрицательных черт характера, индивидуальные терапевтические домашние задания с привлечением родителей, педагогов.

Определение и коррекция **представлений ребёнка о его дефекте** является одним из условий успешности психотерапевтических и

психокоррекционных воздействий. Основные направления коррекции ВКБ представлены в таблице 60.

Таблица 60 – Направленность психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий при формировании адекватной ВКБ у детей и подростков с сенсорными нарушениями

Уровни реагирования на дефект	Возможности психотерапии и психокоррекции
Когнитивный	Формирование реальных представлений о своем дефекте Формирование ориентации на будущее в соответствии с имеющимися ограничениями физических возможностей
Эмоциональный	Обучение распознаванию и дифференциации эмоций, чувств. Обучение описанию переживаемых эмоциональных состояний. Отреагирование переживаний по поводу наличия дефекта.
Поведенческий	Коррекция агрессивного (аутодеструктивного) поведения. Понимание и преодоление избегающего поведения Профилактика развития зависимостей. Ориентация на здоровый образ жизни. Адекватное соотношение физических и умственных нагрузок.

Задачами когнитивного блока являлись формирование адекватных представлений о своем дефекте, поиск и осознание ребенком своих интеллектуальных, личностных и эмоциональных ресурсов, содействие познанию окружающего мира, новых понятий и представлений. Эмоциональный блок включал обучение распознавания эмоций у себя и окружающих людей, формирование позитивного эмоционального отношения к себе и социальной среде, работу с прошлым эмоциональным опытом, акцент на возможности получения позитивного эмоционального опыта. Акцент также делался на использовании психологических ресурсов, таких как оптимизм, личный контроль, которые позволяют противостоять критическим событиям жизни. Психологическое благополучие содействует

здоровому поведению, оптимистичному видению будущего и склонности иметь здоровые и сознательные привычки.

Поведенческая составляющая подразумевала преодоление неадекватных стереотипов поведения, «моделирование» уверенного поведения, мотивацию к поиску новых форм и их закрепление, повышение уровня физической активности. Важным аспектом всех блоков и этапов является выработка навыков самообслуживания, общения с окружающими, трудовой деятельности, т.е. социально-бытовой адаптации и социально-средовой ориентации. Значимым является расширение возможностей получения доступной для понимания информации (Интернет, СМИ, литература, занятия, семинары) в различных областях знаний, в том числе, об особенностях собственного заболевания, способах компенсации дефекта, возможностях достижений в различных областях – творчестве, спорте, компьютерных технологиях.

Необходимой, а иногда и основной составляющей коррекции ВКБ у детей является коррекция отношения родителей к дефекту ребенка (семейная терапия), а также просветительская деятельность в образовательном коррекционном учреждении. Родители, педагоги, воспитатели, медицинский персонал школы формируют информационное поле, которое является источником неадекватных представлений ребенка о своем заболевании, лежащих в основе искаженной внутренней картины болезни. Осуществлялись следующие формы работы: консультации, лекции и семинары для педагогов коррекционных учреждений в период повышения квалификации, выступления на родительских собраниях, педагогических советах, научно-практических конференциях и семинарах для педагогов о психологических особенностях и сохранении психического здоровья детей с ограниченными возможностями здоровья.

Коррекция суицидального поведения. При анализе суицидального поведения детей с сенсорными нарушениями с помощью специально разработанного опросника (глава 3, приложение 4) была выявлена

относительно высокая частота суицидальных мыслей, сниженного настроения, при отсутствии суицидальных попыток среди учащихся с нарушениями слуха и имеющих в анамнезе суицидальные попытки 3% слабовидящих учащихся. Инфантильность, незрелость психики, трудности принятия решения и больший контроль со стороны взрослых в условиях школы-интерната определяют меньшую частоту суицидальных намерений и самоповреждающих действий учеников в сравнении с учащимися общеобразовательной школы. Однако наличие даже небольшого количества подростков, высказывающих суицидальные намерения и клинические случаи, подобные наблюдению 3, описанному в главе 3.3, свидетельствуют о необходимости включать в динамическое наблюдение и реабилитационные программы мероприятия по профилактике и коррекции суицидального поведения, причем объектами данных мероприятий должны стать не только подростки, но и взрослые – родители и педагоги. Основные направления работы со всеми участниками педагогического процесса, касающиеся как превентивных и психопрофилактических, так и терапевтических мероприятий, представлены в таблице 61.

Таблица 61 – Направления работы с детьми, родителями и педагогами по профилактике и коррекции суицидального поведения

Учащиеся	Семья	Педагоги
<ul style="list-style-type: none"> • Выявление ранних признаков психических расстройств • Формирование регуляции и самоконтроля поведения, позитивного опыта преодоления жизненных трудностей. Повышение стрессоустойчивости и мотивации к общению и обучению, познанию окружающего мира, • Эмоциональная 	<ul style="list-style-type: none"> • Консультирование родителей, чьи дети проявляют признаки суицидальной активности. • Консультирование семьи в ситуации повышенной тревоги ребенка – разрешение/уменьшение семейных конфликтов, адаптация в ситуации развода, терапия аддиктивных состояний родителей. 	<ul style="list-style-type: none"> • Информирование о причинах и проявлениях суицидального поведения детей и подростков, • Обсуждение тактики взаимодействия с детьми и подростками с суицидальным поведением

поддержка, формирование уверенности в себе • Фармакотерапия.	• Образовательные лекции и семинары	
<p>Формирование антисуицидальных факторов личности, снижающих риск совершения суицида - эмоциональная привязанность к родным и близким людям; семейные традиции; наличие актуальных жизненных ценностей, целей; проявление интереса к жизни; планирование своего ближайшего будущего и перспектив жизни; наличие жизненных, творческих, семейных и других планов, замыслов; психологическая гибкость и адаптированность, умение компенсировать негативные личные переживания.</p>		
<p>Обсуждение работы служб, которые могут оказать помощь в ситуации, сопряженной с риском для жизни; записать соответствующие номера телефонов; записать рабочие номера телефонов родителей, других людей, которым родители доверяют.</p>		
<p>Обучение ребенка принятию ответственности за свои поступки и решения, предвидение последствий поступков, формирование потребности задаваться вопросом: «Что будет, если...»</p>		

Клиническое наблюдение ребёнка с нарушением слуха с суицидальными намерениями и терапевтическая тактика обсуждено в главе 3.3. Наши наблюдения выявляют недостаточную психологическую готовность педагогов, как коррекционных, так и общеобразовательных школ к взаимодействию с учащимися с суицидальными мыслями и/или намерениями. Часто педагоги не знают, как вести беседу с таким подростком, высказывая замечания «другие живут еще хуже» или «ты понимаешь, что будет с твоими родителями?», демонстрирующие страх и внутреннее осуждение, испытываемые взрослым и провоцирующие ещё большую подавленность, замкнутость и нежелание общения. Была разработана памятка для педагогов коррекционных школ, содержащая алгоритм общения с ребёнком, проявляющим те или иные признаки суицидального поведения.

Психотерапия и психокоррекция алекситимии. Выявленные у значительного числа детей наблюдаемой группы ограниченная способность распознавать, называть и выражать эмоции, а также контролировать их (глава 4) и определение значимости недоразвития эмоциональной сферы в формировании клинической картины психических расстройств (глава 6.2) требовали включение в сопровождение ребёнка отработку данных навыков и

повышение уровня эмоциональной зрелости. Акценты в психотерапевтическом и психокоррекционном воздействии на детей, имеющих риск алекситимии или алекситимические проявления, ставились на следующих позициях:

1. Эмоциональная поддержка, обеспечивающая подготовку к вербальным способам взаимодействия.

2. Использование специальных приемов, создающих условия для осознания собственного внутреннего состояния и расширения способности вербального выражения эмоций (обсуждение различных ситуаций, с акцентом на чувствах и проявлениях эмоций как своих, так и окружающих (индивидуально и в условиях группового тренинга), арт-терапия)

3. Обязательная опора на невербальные средства взаимодействия.

4. Формирование эмоциональной лексики как компонента эмоционально-вербальной зрелости.

5. Работа с родителями (рекомендации обсуждения эмоциональных состояний с ребёнком, выражение любви и принятия ребенка (на словах, тактильно, с помощью жестов), организация досуга и выбора увлечения, хобби) и педагогами (рекомендации по обучению навыкам определения эмоций и чувств у себя и окружающих (на уроках литературы, при внеклассном чтении, беседах, обсуждении возникающих конфликтных ситуаций) и воспитание навыков описания эмоций).

Использовались также поведенческие техники, например, использование самоотчетов или дневников, где ребёнок фиксирует свои чувства и мысли в разных ситуациях. Это даёт ценную диагностическую информацию об эмоциональном состоянии ребёнка, помогает преодолевать эмоциональное недоразвитие и предоставляет ключевые позиции для психотерапевтической беседы.

Обязательным условием было сотрудничество специалистов различного профиля – педагогов, психолога, логопеда и родителей, с которыми также обсуждалась необходимость уделения внимания

эмоциональному состоянию ребенка, его обсуждению и закреплению в активном словаре эмоциональной лексики. В некоторых семьях родительская составляющая была наиболее «слабым звеном» – родители сами демонстрировали алекситимические черты, затруднялись в проявлениях и характеристике чувств, эмпатии.

Примером терапевтической тактики в отношении ребенка с алекситимическими проявлениями служит клиническое наблюдение 8, обсуждаемое в главе 4. Ниже предлагается описание клинического наблюдения ребёнка, имеющего риск развития алекситимических черт.

Клиническое наблюдение 8

Евгения, 14 лет, Н 90 двусторонняя нейросенсорная тугоухость III-IV степени, F 83 смешанное специфическое расстройство развития.

Анализ ответов на опросник алекситимии. Согласилась с утверждением «предпочитаю смотреть смешные телевизионные программы, а не фильмы, которые рассказывают о чужих проблемах» - 3 балла.

Вариант «ни то, ни другое» был выбран при ответах на вопросы: «часто не понимаю, что я чувствую» - 2 балла, «мне трудно сказать, что я чувствую внутри» - 2 балла, «когда у меня проблема, я хочу знать, почему это случилось» - 2 балла, «когда я расстроен, я не знаю, то ли мне грустно, то ли страшно, то ли я злюсь» - 2 балла, «иногда не могу найти слов, чтоб сказать, что я чувствую» - 2 балла, «мне важно понимать, что я чувствую» - 2 балла, «предпочитаю разговаривать с людьми о делах, а не о чувствах» - 2 балла, «знать, как решать проблемы более важно, чем понимать причины этих проблем» - 2 балла.

Не согласилась с утверждениями: «у меня бывают ощущения в теле, которые не понятны даже врачам» - 1 балл, «мне трудно сказать, как я отношусь к людям» - 1 балл, «мне говорят, что я должен больше говорить о том, что чувствую» - 1 балл, «мне трудно сказать, что я чувствую, даже лучшему другу» - 1 балл. Согласилась с утверждениями: «могу легко сказать, что я чувствую» - 1 балл, «я часто мечтаю о будущем» - 1 балл, «когда я плачу, всегда знаю почему» - 1 балл.

Итоговая сумма баллов составила 26, что соответствует *группе риска алекситимии*.

Из анамнеза: старшая из двух детей в семье, младший брат и мама также слабослышащие, мама обучалась в специализированной школе. Отец работает монтажником, мама – младший воспитатель в коррекционном детском саду. Отношения между родителями напряженные, конфликтные, воспитание носит противоречивый характер – отец жесткий, требовательный, «деспотичный», незэмоциональный, часто повышает голос на жену и детей; мама мягкая, уступчивая, принимающая, при взаимодействии с дочерью старается понять эмоциональное состояние ребенка, активно интересуется жизнью детей.

При клиническом обследовании психический статус квалифицируется умеренным недоразвитием интеллектуально-мнестической сферы у ребенка с двусторонней нейросенсорной тугоухостью. Речь фразовая, без аграмматизмов, с некоторыми дефектами произношения. Объем знаний об окружающем приближается к нижней границе возрастной нормы. Обучается по программе VII вида, с программой справляется хорошо. Настроение спокойное, ровное. Активно участвует в беседе, рассказывает о себе,

в большей степени излагая фактологические данные, с трудом отвечает на вопросы о своих чувствах и переживаниях, при этом хорошо передает настроение и переживания в рисуночной деятельности. Не смотря на определённые успехи в учебной деятельности, о себе отзывается негативно, безэмоционально, повторяя «фразы взрослых», планы на будущее не строит. Внимание устойчивое, хорошо концентрируется на предлагаемых заданиях. Любит рисовать. Неконфликтная, в школе держится особняком, среди сверстников друзей не имеет, часто является предметом насмешек (из-за внешности), на насмешки одноклассников внешне не реагирует, выглядит безучастной. При наблюдении в ситуации обследования и в повседневной жизни (учебная деятельность, общение со сверстниками) производит впечатление исполнительской, замкнутой, малообщительной и малоэмоциональной. Клинические проявления соответствовали результатам тестирования по шкале алекситимии

Клиническую специфичность психического статуса определяли такие факторы как «низкая эмоциональная чувствительность», характеризующий особенности недоразвития эмоциональной сферы у детей с расстройствами психологического развития при тяжёлых нарушениях слуха; «личная неэффективность», проявляющийся в утомляемости, непродуктивной нервно-психической деятельности, убеждением в неэффективности собственной деятельности.

Выявленные особенности определили объём психотерапевтических, психокоррекционных и психообразовательных мероприятий. С ребенком проведен ряд занятий с использованием техник арт-терапии, поведенческих техник. Целью терапии являлось расширение сферы проявления эмоций и активизация эмоциональной лексики. Рекомендовано принять участие в работе школьного творческого коллектива, на что она активно откликнулась, стала декларировать стихи, участвовать в сценических постановках, предпочитая, однако, индивидуальные выступления и сцены с малым количеством участников. Поддерживающая психокоррекция включала обсуждение выученных текстов в аспекте характеристики эмоций (от чувств героев к чувствам ребенка), прочитанных книг и жизненных ситуаций.

С педагогами и психологом школы проведена беседа о сути алекситимии, даны рекомендации по обучению навыкам определения эмоций и чувств у себя и окружающих (на уроках литературы, при внеклассном чтении, беседах, обсуждении возникающих конфликтных ситуаций) и воспитание навыков описания эмоций. На приглашение прийти на прием родителей откликнулась только мама, с ней проведена психотерапевтическая беседа. Рекомендовано выражать любовь и принятие дочери с учетом ее взросления (на словах, тактильно, с помощью жестов), обращение к семейному психотерапевту за помощью в разрешении межличностных проблем между родителями. Консультации мамы по вопросам здоровья и функционирования ребёнка проводились с интервалом 1 раз в 2-3 месяца.

В динамике спустя 1,5 года – продолжает участвовать в деятельности школьного творческого коллектива, занимала призовые места на конкурсах, со слов педагога «раскрылась» в этой деятельности, стала более общительной, контактной, появились друзья в школе, расширился словарь, касающийся эмоциональных состояний. Повторно было предложено ответить на опросник алекситимии, сумма баллов – 22, что на 4 меньше первоначального ответа и является границей категорий нормы и группы риска.

Профилактика аддиктивного поведения. Полученные данные (глава 3) демонстрируют наличие группы риска по формированию аддиктивной патологии – это подростки, регулярно употребляющие алкоголь и дети и подростки, у которых выявляются отдельные клинические

симптомы Интернет- или игровой зависимости. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости проведения психопрофилактических и психотерапевтических мероприятий у данной группы детей с целью предупреждения закрепления аддиктивных тенденций. В научных исследованиях наблюдается отсутствие чётких указаний по профилактике и лечению аддиктивных расстройств у лиц с интеллектуальной недостаточностью [298, 499]. Психотерапевтические и психопрофилактические мероприятия с детьми с сенсорными нарушениями, семьей и педагогами в аспекте профилактики аддикций включали:

- формирование мотивации на разноплановую занятость, расширение спектра увлечений, хобби, социальных контактов
- консультирование ребёнка при наличии психологических проблем (тревога, проблемы коммуникации и т.п.), их коррекция
- семейное консультирование и терапия – коррекция детско-родительских отношений, акцент на демонстрацию и проявление родительской любви, принятие ребенка, восприятие его как полноправного, значимого члена семьи; формирование или возобновление семейных традиций, ритуалов
- психообразовательные семинары и консультации родителей, обеспечение родительского контроля за ребенком, информация о его друзьях, времяпровождении
- психообразовательные семинары и консультации педагогов, информирование о ранних признаках формирования аддикций у подростков
- контроль времени, проводимого за компьютером (планшетом), качеством игр и программ, используемых ребёнком, контактами в социальных сетях

Использовались поведенческие, арт-терапевтические техники. Психотерапевтические мероприятия по коррекции различных клинических симптомов были ориентированы на отдалённый результат – перенос закреплённых навыков взаимодействия и стереотипов поведения на сверстников и взрослых из знакомого «поля» семьи, коррекционной школы, в

дальнейшем – на сверстников и взрослых «внешней», «слышащей», «зрячей» среды, успешную интеграцию в общество.

Примером применения психотерапевтических и психокоррекционных методов в комплексном сопровождении ребенка с нейросенсорной тугоухостью является клиническое наблюдение 9.

Клиническое наблюдение 9

Н. 15 лет, Диагноз: Н 90 двусторонняя сенсоневральная тугоухость II-III ст, ДЦП, F 83 смешанное специфическое расстройство развития.

Жалобы со стороны родственников (мать, бабушка) и педагогов на частые посещения секты «Свидетели Иеговы», трудности в общении со сверстниками. В течение двух недель при попытках запретить посещение молитвенного дома отмечаются аффективные вспышки, гнев, раздражительность, неустойчивое настроение, головные боли. Подросток активно жалоб не предъявляет, при расспросе отмечает трудности во взаимоотношениях со сверстниками и проблемы в семье.

Анамнез. Проживает с мамой, отчимом и младшим сводным братом (5 лет), часто по несколько дней в неделю проводит с бабушкой («у нее лучше, там не матерятся, меня не ругают, не придираются»). Мама (медсестра в стоматологической клинике) по характеру спокойная, эмоционально холодная, вопросами воспитания сына занимается непоследовательно, больше внимания и теплоты уделяя второму ребенку. «Мама все время работает, мной больше занимается бабушка». С отчимом отношения натянутые. Родного отца не знает, родители развелись, когда мальчику было два года. О младшем брате отзывается с недовольством «он меня бьет, командует, а мама не разрешает его ударить в ответ, говорит, что он здесь главный».

В анамнезе энцефалопатия смешанного генеза, ДЦП, хронический гастрит с частыми обострениями, по поводу чего 1-2 раза в год лечится в специализированном стационаре.

По характеру всегда был спокойный, неконфликтный. В школу пошел с восьми лет, адаптировался с трудом, часто болел простудными заболеваниями, сложно было наладить контакты с одноклассниками. В классе держался особняком, не имел друзей, часто был предметом насмешек. Часто пропускал занятия в связи с необходимостью лечения в стационаре или в связи с простудными заболеваниями. Обучался по программе VII вида, в основном с программой справлялся. В 6 классе (14 лет) после отсутствия в школе по болезни в течение четверти (сначала находился на лечении в отделении гастроэнтерологии, потом болел респираторной инфекцией, затем не посещал школу в связи с морозами) возникли проблемы с математикой. Дома во время болезни не занимался, домашние задания не делал. Трудности в учебе комментировал «я же болел, мне не надо было учиться», «были морозы, я не ходил в школу, далеко ездить, уроки мне не надо было делать. Пусть теперь учитель со мной занимается». «Алгебру не понимаю, и никто дома помочь не может», однако при тщательном расспросе было выяснено, что никаких попыток, как самостоятельно, так и с чьей-то помощью справиться с заданиями подросток не предпринимал. В школе возникла конфликтная ситуация, когда мама и бабушка пожаловались директору, что «ребенок ничего не понимает, учитель должен отдельно с ним заниматься», однако дома ни ребенком, ни взрослыми не было приложено никаких усилий по выполнению заданий.

В этот период ежедневно до 4-5 часов проводил в социальных сетях, общался, как правило, с людьми старше по возрасту. Мамой случайно были выявлены эпизоды общения с взрослым мужчиной, склоняющим подростка к гомосексуальным отношениям. В школе подросток объяснял: «я, наверное, особый, меня лучше понимают мужчины, буду

общаться с ними», «я нашел понимание, доброту». Без критики к собственным суждениям и, не думая о возможной реакции со стороны сверстников, сообщал о новом знакомом и своей возможной ориентации в школе. Назревающий конфликт и травля подростка в детском коллективе были прекращены усилиями педагогов школы, с ребёнком, мамой и бабушкой неоднократно проводились беседы психологом, врачом-психотерапевтом и педагогами. Доступ подростка к интернету был временно прекращён.

В период летних каникул после 6 класса (15 лет) начал посещать секту «Свидетели Иеговы»; узнал о ней от случайных людей, которые остановили на улице и пригласили на службу, мотивируя, что «там хорошо и все добрые». В течение трех месяцев, дважды в неделю, несмотря на запреты мамы и бабушки, посещает молитвенный дом. Пояснял, что там «всё понимают, не ругаются, не матерятся; объясняют, что надо молиться и всё будет хорошо». Со слов учителей, начал проводить «агитацию» в школе, читать много «специальной» литературы.

Психический статус. Выглядит соответственно возрасту. Слегка прихрамывает при ходьбе (остаточные явления ДЦП). Контактует охотно, на вопросы старается отвечать подробно. В месте, времени, собственной личности ориентируется. Доброжелателен. Настроение ровное. Внимание неустойчивое, отвлекаем. Речь фразовая, словарный запас ниже возрастного уровня, в большей степени ограничен бытовыми понятиями, имеются дефекты произношения. Во время рассказа о своем новом увлечении оживляется, цитирует наизусть выдержки из Библии, пересказывает изложенные там события в правильной последовательности. Аффектируется, рассказывая о непонимании семьей его нового увлечения, высказывания резкие, на глазах слёзы. Неоднократно подчёркивает, что «там (в церкви) все добрые, хорошие, не ругаются».

Уровень сформированности основных мыслительных операций – анализа, обобщения недостаточный, выявляются трудности перехода к абстрактно-аналитическим формам мышления. Переносный смысл пословиц определяет не всегда. Суждения поверхностны, инфантильны. Характерной чертой является стремление избежать «лишнего» интеллектуального усилия – ищет любой повод, чтоб не выполнить какое-либо задание, часто пользуется объяснениями «болит голова», «я болею», чтобы не идти на урок или выполнить меньший объём заданного. Со сверстниками отношения ровные, старается избежать конфликтов, как правило, держится особняком; сообщает, что «не нравится, когда они матерятся, шумят». В психомоторной сфере отмечаются трудности в овладении двигательными навыками, нарушения координации движений. Продуктивная симптоматика не выявляется. Наличие суицидальных мыслей отрицает.

Самостоятельно планы на будущее не строит, рассуждения «на перспективу» недоступны. Пример диалога с подростком:

«Что ты планируешь делать после окончания школы?»

«Не знаю, не думал, мама скажет».

«А ты кем хочешь стать?»

«Художником».

«Ты умеешь рисовать? Ходишь куда-нибудь специально этому учиться?»

«Нет. Мама сказала, когда мне будет 18 лет, пойду».

«Как ты представляешь себе, как ты будешь работать художником?».

«Сяду, нарисую что-нибудь и буду это продавать».

При психологическом обследовании выявлено: повышенный уровень тревоги по шкале СМАС, средний уровень агрессии (ближе к нижнему уровню), с наибольшими баллами по шкалам «негативизм», «раздражительность», «косвенная агрессия». Общий показатель уровня депрессии по шкале Марии Ковак средний, однако, обращают на себя внимание относительно высокие показатели по шкале «негативное настроение», «неэффективности» и «негативная самооценка». По шкале алекситимии баллы соответствуют наличию алекситимических проявлений. В рисунке семьи выявляются

признаки тревожности, не нарисовал себя, как признак ощущения собственной изоляции, ненужности.

Таким образом, психический статус квалифицировался умеренным интеллектуально-мнестическим недоразвитием, недоразвитием речевых средств у ребёнка с сенсоневральной тугоухостью II-III вида в рамках F83 Смешанные специфические расстройства развития.

Клиническую специфичность психического статуса определяли такие факторы как «низкая эмоциональная чувствительность», характеризующий особенности недоразвития эмоциональной сферы у детей с расстройствами психологического развития при тяжёлых нарушениях слуха; «личная неэффективность», проявляющийся в утомляемости, непродуктивной нервно-психической деятельности, убеждением в неэффективности собственной деятельности; «агрессивное поведение», в данном случае при низкой агрессивности проблемы межличностного общения сопровождаются агрессивными вспышками, конфликтностью, негативизмом. Уровень психического здоровья оценен как низкий, с учетом наличия следующих критериев – субдепрессивная симптоматика, алекситимические черты, умеренное интеллектуально-мнестическое недоразвитие, длительные проблемы взаимоотношений с семьей и сверстниками, конфликтная семья, проблемы адаптации, связанные с микроокружением, сопутствующие сомато-неврологические заболевания (ДЦП, частые респираторные инфекции, частые обострения хронического гастрита), недостаточная физическая активность.

При психотерапевтической и психокоррекционной работе учитывались особенности эмоционально-волевой сферы и мышления, недоразвитие воображения, трудности представить определенные «воображаемые» события и их последствия. Направления реабилитации касались всех блоков, оказывающих влияние на психическое здоровье ребенка, и осуществлялись в сотрудничестве с психологом, педагогами и семьей ребенка (таблица 62).

Таблица 62 Направления комплексной реабилитации учащегося Н. (15 лет, диагноз: Н 90 сенсоневральная тугоухость IV степени слева, F 83 смешанное специфическое расстройство развития)

Блок	Направления реабилитации
Сенсорный дефект	Наблюдение сурдолога. Занятия с сурдопедагогом. Профессиональная ориентация
Психические функции	<i>Психотерапия и психокоррекция.</i> Коррекция эмоционально-волевой сферы, поведения. Развитие навыков общения с окружающими. (семья, учителя, окружающие). Стимулирование расширения круга общения и участия подростка в различных формах внешкольных занятий, поиск новых увлечений, хобби Проработка вероятных проблемных ситуаций, создание игровых учебных ситуаций и ситуаций в сфере общения с обсуждением возможных вариантов поведения и реагирования. Коррекция имеющейся позиции по отношению к школе и понимания роли ученика («иметь определённые обязанности»), формирование позитивной мотивации на познавательную деятельность, систематическое обучение Создание нового, более продуктивного с точки зрения задач развития, образа «Я», восприятия собственного дефекта. Профилактика суицидального поведения, профилактика и коррекция

	<p>аддиктивного поведения</p> <p>Использовались техники арт-терапии, поведенческой терапии.</p> <p><i>Консультирование семьи:</i> объяснение матери причин проблем общения, имеющихся у её сына, коррекция стиля семейного воспитания и общения в семье. Информирование о необходимости проведения совместных семейных мероприятий с участием сына, удовлетворения потребности в любви, принятии, поддержке, ощущении «дома», что позволило бы прекратить поиск удовлетворения данной потребности вне семьи. Создание для сына речевой социально приемлемой среды, общения, ориентированного на перспективу (предлагалось, например, разрешить посещать художественную школу, учитывая желания и склонности подростка).</p>
Соматическое здоровье	<p>Наблюдение невролога.</p> <p>Профилактика обострений хр. гастрита (соблюдение режима питания, диеты и т.п.).</p> <p>Физическое воспитание, лечебная физкультура.</p> <p>Ориентация на ЗОЖ</p>
Психологические характеристики	<p>Формирование адекватной ВКБ</p> <p>Снижение тревожности.</p> <p>Формирование учебной, познавательной мотивации</p> <p>Формирование эмоционального восприятия, навыков распознавания эмоций с опорой на невербальные средства взаимодействия</p>
Активность и участие	<p>Ориентация на активность в «речевой», «слышащей» среде</p> <p>Формирование навыков планирования внеучебной, досуговой деятельности, поиск хобби.</p> <p>Тренировка социальных навыков, формирование стереотипов помощи окружающим</p>
Микроокружение	<p><i>Работа с семьёй</i> (тип воспитания, коррекция реакции семьи на болезнь, определение семейных ресурсов)</p> <p><i>Работа с педагогическим коллективом:</i> формирование учебной мотивации, оптимизация отношений с одноклассниками, индивидуальный подход, дополнительные занятия по предметам</p>
Макроокружение	<p>Образовательные семинары, лекции, тренинги, выступления на конференциях для специалистов, работающих в сфере образования и здравоохранения</p> <p>Повышение уровня толерантности общества к лицам с ОВЗ</p> <p>Психообразовательная работа с населением – повышение уровня осведомлённости в вопросах психического здоровья</p>

Катамнез через 1 месяц: в динамике стал спокойнее, настроение ровное, дома реже возникают конфликты, в течение двух недель не отмечалось аффективных вспышек. Продолжает посещать молитвенный дом, однако последние две недели – реже (1 раз в неделю), с меньшим «воодушевлением». Удалось убедить маму в необходимости поощрять формирующееся увлечение сына и разрешить посещать художественную школу. Проводилось консультирование классного руководителя и завуча школы. Была даны рекомендации по вопросам воспитания, обучения, взаимодействия с семьей. Стоит отметить, что позиция учителей (формирование учебной мотивации, оптимизация отношений с одноклассниками, индивидуальный подход, дополнительные занятия по предметам) являлась одним из ресурсов, на которых строилась реабилитация. Позиция

семьи, в частности, матери и отца, напротив, отличалась ригидностью и отсутствием желания вносить изменения в семейное «распределение ролей».

Реабилитационная программа включала психотерапевтические, психокоррекционные, психообразовательные, психопрофилактические и психогигиенические мероприятия (объект – ребёнок, семья, педагоги) продолжалась в течение всего учебного года. Помимо коррекции психического статуса, был сделан акцент на укреплении физического здоровья, профилактике ОРЗ и обострений патологии ЖКТ, усиленной физической нагрузке (посещении уроков физкультуры с выполнением доступной нагрузки).

Катанез через 1 год. Проживает вместе с бабушкой, в семью мамы «ходит в гости», количество открытых конфликтов снизилось. Со школьной программой, в основном, справляется, задолженностей нет, сформирован стереотип выполнения домашних заданий самостоятельно. В течение года посещает художественную школу (4 раза в неделю после занятий), сообщает, что учиться «очень нравится», «там интересно». На вопрос о «Свидетелях Иеговых» отвечает «некогда туда ходить, очень редко бываю». В социальных сетях проводит небольшое количество времени.

В целом, настроение ровное, спокойное. Отношения со сверстниками выровнялись, хотя близких друзей, по-прежнему нет. Педагогами стал чаще привлекаться к участию в школьных мероприятиях, на что откликается положительно.

Анализ клинического наблюдения. У подростка определён низкий уровень психического здоровья в соответствии со следующими критериями – наличие психопатологической симптоматики (снижение настроения с аффективными реакциями, недостаточное развитие абстрактно-логического мышления, недостатками эмоционально-волевой сферы), проблемы во взаимоотношениях со сверстниками и взрослыми в течение длительного времени, патологический тип воспитания, повышенный уровень тревоги, отсутствие усиленной физической активности. Неудовлетворённая в семье базовая потребность в любви, принятии, поддержке, ощущении «дома», вынуждает подростка искать альтернативные и не всегда для него безопасные способы её удовлетворения. Основные направления психотерапевтической помощи соответствовали факторам, определяющим клинико-феноменологическую специфику психического статуса: «низкая эмоциональная чувствительность», характеризующий особенности недоразвития эмоциональной сферы у детей с расстройствами психического развития при тяжёлых нарушениях слуха; «личная неэффективность», проявляющийся в утомляемости, непродуктивной нервно-психической деятельности, убеждением в неэффективности собственной деятельности;

«агрессивное поведение», в данном случае проявляющееся агрессивными вспышками, конфликтностью, негативизмом при возникновении проблем межличностного взаимодействия. В качестве «ресурсов» для реабилитации определена позиция педагога, отличающаяся компетентностью и готовностью к сотрудничеству, со стороны подростка – умеренность когнитивного недоразвития, доброжелательность, контактность, наличие мотивации к формированию увлечений. К проблемным сторонам, в которых отсутствовала динамика, относится позиция матери и отца, отличавшаяся ригидностью и нежеланием восприятия сына как полноправного члена семьи, что, конечно не способствовало формированию адекватной самооценки и эмоциональной зрелости подростка.

Для работы с детьми, имеющими сочетанную патологию и находящимися на домашнем/дистанционном обучении, проживающими в сельских или отдаленных районах, имеющими ограничения доступа к специализированным услугам в связи с особенностями инвалидизирующего заболевания, семейными обстоятельствами и проблемами с транспортом нами была разработана технология дистанционного консультирования [395]. Дистанционно могут быть также проконсультированы родители детей указанной категории.

Противопоказания для использования дистанционного консультирования – наличие у ребёнка проявлений психических расстройств, требующих стационарного лечения; выраженные интеллектуальные нарушения (умственная отсталость средней, тяжелой стадии); обострение хронической или наличие острой соматической патологии; отказ родителей ребенка или самого ребенка от обследования и отсутствие технических возможностей для реализации технологии. Материально-техническое обеспечение включает наличие помещения, оборудованного компьютером с выходом в Интернет, веб-камерой и установленной программой Skype.

Дистанционно было проконсультировано 7 человек. Причинами домашнего или дистанционного обучения являлись неврологическая

патология, последствия травм, послеоперационные состояния, сочетающиеся с сенсоневральной тугоухостью III-IV степени, расстройствами психологического и речевого развития (F83, F80). Длительность наблюдения и частота сеансов определялась актуальным состоянием учащегося, его мотивированностью на такой вид помощи (1-4 консультирования). Часть детей в дальнейшем возвращались к очной форме обучения, мониторинг их состояния здоровья проводился уже в условиях школы. В зависимости от показаний давались рекомендации: по методам обследования, по обращению к специалистам других медицинских профилей или в социальные, правоохранительные службы, реабилитационные центры.

Использование современных технологий предоставляет возможность получения доступа к специализированной медицинской и психологической помощи детям с сочетанными дефектами развития и их родителям без транспортных и других затрат (материальных и временных). Данная форма может быть временной, осуществляясь в течение одного периода, а может включать длительное консультирование. Технология реализуется во взаимодействии с психолого-педагогическими службами коррекционных учреждений

7.4. Психофармакотерапия психических расстройств у детей с сенсорными нарушениями

Принципами и условиями применения психофармакотерапии были:

1. Применение психофармакопрепаратов как составной части комплексной реабилитации, как правило, не основной.
2. Информирование родителей и ребенка о цели назначения препарата, ожидаемого результата, возможных побочных эффектов и т.п.
3. Учёт терапии сопутствующей неврологической и соматической патологии, совместимости препаратов, недопустимость полипрагмазии.

При высоком уровне тревоги назначался противотревожный препарат «Тенотен детский», оказывающий анксиолитическое, ноотропное, стресс-протекторное, антиастеническое, антигипоксическое, нейропротекторное действие [13, 64, 235, 236]. Учитывалось отсутствие противопоказаний для его применения (за исключением индивидуальной непереносимости лактозы), хорошая сочетаемость препаратами других групп, что особенно важно при наличии сопутствующих сомато-неврологических заболеваний и регулярного поддерживающего лечения. Тенотен назначался по 1 таблетке 3 раза в день на период от трех недель (при страхах, повышенном уровне тревоги) до 2-3 месяцев (при расстройстве адаптации, синдроме гиперактивности, тиках). Еще одним показанием для применения Тенотена детского был адаптационный период к детскому коллективу (детскому саду, школе). При наличии в анамнезе нарушений адаптации, у тревожных, часто болеющих детей препарат назначался профилактически на 2-3 недели с началом приема за 7-10 дней до поступления в ДДУ или школу.

Данным препаратом было пролечено 50 детей и подростков, при наличии динамики и показаний повторные курсы препарата назначались через 3-6 месяцев. Эффект после проведенной терапии (в комплексе с психотерапевтическими и психокоррекционными мероприятиями) проявлялся в снижении уровня тревоги (вербальных, невербальных, соматических её признаков, уровня тревоги по шкале СМАС – рисунок 37), стабилизации настроения, повышении концентрации внимания, памяти и улучшение успеваемости.



Рисунок 37. Динамика уровня тревоги учащихся по шкале СМАС на фоне приема Тенотена детского.

Адаптационный период на фоне приёма Тенотена проходил без осложнений. Таким образом, препарат «Тенотен» может быть рекомендован для терапии тревожных состояний у детей с ограниченными возможностями здоровья.

Детям и подросткам с органическими расстройствами назначались препараты ноотропного, сосудистого, нейротрофического действия курсами (как правило, весной или осенью), ежегодно или 2 раза в год. При расстройствах психологического развития, снижении способности к обучению, нарушениях памяти и мышления, задержке психомоторного и речевого развития, тикозных расстройствах назначался препарат кортексин, оказывающий ноотропное, нейропротекторное, антиоксидантное действие [162, 168, 211, 234]. Препарат назначался курсами 10 дней внутримышечно, в дозе 20 мг, при необходимости использовался повторно через 6-9 месяцев. Эффект терапии кортексином проявлялся в уменьшении астении, раздражительности, повышении концентрации внимания, положительной динамике речевых расстройств, например, улучшении звукопроизношения.

Эффективными при наличии речевых расстройств и расстройств развития оказывались также пантокальцин, пантогам.

Антидепрессанты (флуоксетин) применялись только в одном случае – у подростка с депрессивным эпизодом средней степенью тяжести в течение трёх месяцев.

7.5 Направления работы с родителями и педагогическим коллективом коррекционных школ

Взаимодействие семьи и школы как образовательной, воспитательной и здоровьесберегающей среды будет оптимальным при обоюдном понимании целей воспитания и развития ребенка, взаимном доверии, чёткой договоренности о степени соучастия каждого в создании необходимых условий успешного обучения, воспитания. Частой причиной нарушений

этого взаимодействия является попытка возложить профессиональные функции воспитания на родителей и перекладывать родительские обязанности на педагогов. Основные направления взаимодействия с родителями и учителями представлены в таблице 63.

Таблица 63 – Основные направления работы с семьёй и педагогическим коллективом

Семья	Педагоги
Формирование адекватного образа ребенка, адекватной картины болезни ребенка, принятие семьёй дефекта или заболевания ребёнка с пониманием роли семьи в реабилитации, формирование активной жизненной позиции в лечебно-реабилитационном процессе	Ознакомления с особенностями психического развития детей с различными нарушениями онтогенеза
Коррекция родительских ожиданий и воспитательных установок в отношении подростка, что способствует нормализации семейного микроклимата и позволяет избегать декомпенсации состояния ребенка	Консультирование в конфликтных ситуациях (проблемы взаимоотношений с детьми, родителями)
Психотерапия: эмоциональная стабилизация родителей, работа со страхами, тревогой, повышение самооффективности	Информирование о ранних признаках пограничных психических расстройств, особенностях симптомов синдрома эмоционального выгорания у педагогов
Упорядочивание отношений внутри семьи	Повышение стрессоустойчивости (семинары, тренинги)
Помощь в преодолении самоизоляции и самостигматизации	Консультирование по вопросам психического здоровья, по показаниям – психотерапия, психофармакотерапия, направление в клиники НИИ психического здоровья
Формирования антисуицидальных факторов личности	
Формирование атмосферы здорового образа жизни	
Обеспечение максимально оптимального развития ребёнка	

Часто родительская позиция (в большей степени это касается отцов, но отмечались и случаи среди матерей) отличается нежеланием идентифицировать себя с больным ребенком и закрытостью. При таком «стыдящемся» поведении необходим анализ процесса стигматизации и её снижение, принятие родителями психического и/или физического дефекта ребенка и формирование ответственности за него. Позитивное влияние оказывает организованное общение с другими родителями детей-инвалидов (встречи, общения на интернет-форумах), участие в различных мероприятиях.

При пассивном отношении к болезни обсуждались негативные последствия для ребенка от пассивности родителей, совместный поиск альтернативных подходов. При наличии рентных установок обсуждались «фиктивные» цели и возможности их замены «реальными», более продуктивные способы решения проблем своих и ребенка.

При выявлении игнорирования болезни как проявления защитного поведения психокоррекционная работа включает убеждение в необходимости постоянных активных, комплексных действий и усилий, заботы о развитии ребенка, поощрение даже минимальных усилий со стороны родителей. При сложившейся подобной ситуации в семье необходимо больше «обратной связи» педагога, психолога, врача, других специалистов с семьей.

Гиперопека со стороны родителей, «культивирование» вторичных дефектов развития ребенка, препятствует освоению ребенком новых навыков. Причиной гиперопеки часто является страх родителей за жизнь ребенка и страх оказаться нелюбящими и не принимающими. Здесь необходимо построение других моделей поведения. Во время психотерапевтических занятий необходима переориентация родителей на собственную жизнь, раскрытие неиспользованных возможностей. Сформировавшийся синдром хронической усталости («эмоциональное выгорание родителей») требует определения прогноза психического и

физического здоровья родителей, коррекции появляющихся нарушений здоровья, формирование позитивного отношения к себе, усиление внутренних ресурсов супружеской пары.

В качестве собственных проблем родителей выявлены негармоничные супружеские отношения, и выраженный эмоциональный дискомфорт. Родители меньше удовлетворены своими супружескими отношениями, как правило, не уверены в себе в вопросах воспитания, хотя не всегда склонны это признавать. Собственные проблемы и постоянное напряжение, связанное с ребенком, матери склонны для снятия внутреннего напряжения и дискомфорта проявлять враждебность и застревать на проявлениях своей беспомощности и невозможности справиться с ситуацией. Отцы больше ориентированы на игнорирование проблем («копинг, ориентированный на избегание») или конфронтацию – враждебность. Таким образом, поведение обоих родителей отличается враждебностью как одним из проявлений агрессии.

В целом, родители обнаруживали недостаток способности дифференцировать собственное состояние, демонстрируя внешнее благополучие и отсутствие проблем личного характера, и эмоциональное состояние ребенка.

Программы медико-психологического сопровождения семьи включали информирование об возрастных особенностях и проблемах, результатах медико-психологического обследования, об организациях, оказывающих помощь детям с особым развитием. По показаниям проводилось обследование и лечение родителей в НИИ психического здоровья, индивидуальная и семейная психотерапия. Примером применения описанных реабилитационных программ является следующее клиническое наблюдение.

Клиническое наблюдение 10

Артем К., 8 лет, учащийся 1 класса. Диагноз: Н 90 сенсоневральная тугоухость IV степени слева, Н 91 сенсоневральная глухота справа, F 83 смешанное специфическое расстройство развития, F 90.0 Нарушение активности и внимания.

Жалоб активно не предъявляет. Жалобы со стороны мамы: неусидчивость, непослушание, повышенная подвижность – «часто громко кричит, бегаёт по квартире, громко топает (жалуются соседи)». Классный руководитель: «в классе неусидчив, не соблюдает дисциплину, отвлекает весь класс, трудности в усвоении учебного материала. Бывает агрессивным, в порыве гнева может кусать детей». Не самостоятелен, не полностью сформированы навыки самообслуживания (мальчику трудно самостоятельно застегивать пуговицы, замки-молнии).

Из анамнеза: Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Мама ребенка – глухая с рождения, по характеру спокойная, мягкая, терпеливая. Из-за наличия нейросенсорной тугоухости также окончила специализированную школу для детей с нарушением слуха, затем получила среднее образование. Работает дизайнером в художественной мастерской. Отец был одноклассником мамы (слабослышащий), родители поженились сразу после окончания школы, через год родился сын; на фоне бытовых трудностей и конфликтов через год разошлись. После этого отец уехал в Москву к родственникам, с ребёнком и его мамой общение прекратил.

С семьёй проживает бабушка по линии матери, по характеру авторитарная, властная. Бабушка воспитывала свою дочь одна, очень тяжело переживала наличие дефекта дочери («мама стеснялась, что я не слышу, немного отстаю в развитии от других, много занималась со мной, но душевных разговоров не было никогда»). В семье отсутствовали какие-либо послабления в связи с болезнью дочери, «не было тепла, ласки, понимания». Требовала выполнения уроков, кричала, «била линейкой по голове», если дочь не могла справиться с заданием. Когда дочь выросла, была крайне против её замужества и, особенно, рождения внука – «я не хочу, чтобы ты рожала такого же глухого, как ты». Когда действительно обнаружилось, что ребенок глухой и от дочери ушел муж, бабушка заняла доминирующую позицию, требуя воспитывать внука так, как она скажет. «Она не разрешает мне его обнимать и целовать на ночь, говорит, что это его испортит». В течение последних месяцев бабушка стала наказывать внука при непослушании. Так, когда мальчик бегаёт, шумит, не реагирует на замечания, бабушка закрывает его в ванной без света «чтобы успокоился». На этом фоне появился страх темноты, усилились проявления гиперактивности.

Родился от 1 беременности, 1 родов. Беременность протекала без особенностей. Роды в срок, вес 3650, закричал сразу. Психомоторное развитие с задержкой. В раннем возрасте наблюдался педиатром и неврологом с диагнозом «Последствия ППЦНС, нейрогенная кривошея, миотонический синдром», «Энцефалопатия, миотонический синдром» (данные амбулаторной карты). Отличался чрезмерной возбудимостью, быстрой истощаемостью, рос беспокойным и капризным ребенком, много плакал «без видимой причины».

Посещал детский специализированный сад при школе-интернате для слабослышащих и глухих детей. В саду адаптировался хорошо, однако отличался повышенной подвижностью, недисциплинированностью, с детьми контактировал охотно, но часто был агрессивен, первым инициировал драки. Отмечались трудности в освоении речевых навыков, несмотря на регулярные занятия с сурдопедагогом.

В школе адаптировался длительно, успеваемость низкая, материал осваивает с трудом, отсутствует интерес к учёбе, имеются трудности в соблюдении правил поведения в школе, подчинения определенным рамкам («трудно высидеть урок спокойно»). Сохраняются трудности речевого общения, освоения навыков письма и чтения. К концу уроков отмечается выраженное утомление, усиливается гиперактивность, невнимательность, может становиться несдержанным, агрессивным.

Психический статус: в контакт вступает легко, но контакт этот носит нестабильный характер (из-за трудностей речевого общения, отвлекаемости). Сначала проявляет заинтересованность ситуацией обследования, но быстро теряет интерес к предлагаемым заданиям, вопросам. Эмоции адекватны ситуации обследования. При

наблюдении за ребёнком в школьной ситуации отмечаются периоды жизнерадостности, яркости эмоций, чередующиеся с аффективными вспышками гнева, агрессии, в эти моменты лезет в драку, кричит. Отсутствует чувство вины за проступок, жалости, сочувствия к чужому горю. К похвале и порицанию равнодушен. Фразовая речь отсутствует. Активный словарь значительно ограничен. Чтение и письмо не сформировано.

Отмечаются сложности понимания инструкций даже в простых заданиях. Интерес к заданиям выборочный: либо поверхностный, либо пропадающий из-за низкой работоспособности. Импульсивен, задания выполняет необдуманно, быстро, не заинтересован в результате. Речевая регуляция заданий отсутствует. Для выполнения заданий, как правило, нужна активная помощь. Очень быстро истощаем. Внимание поверхностное, плохая концентрация.

Наблюдается неловкость пальцевой моторики, нарушение координации движений. Это проявляется как при письме и рисовании, так и бытовых навыках (с трудом сам застегивает пуговицы и замки). Ведущая рука правая. «4 лишней» – практически все варианты выполнены неверно. Не способен обосновать выбранный вариант решения. Причинно-следственные связи не улавливает.

Психологическое обследование. В силу речевых и интеллектуальных нарушений не смог ответить на вопросы психологических шкал и тестов.

Специфику клинической картины определяют все факторы, статистически выделенные для детей с нарушениями слуха и расстройствами психологического развития (глава 6.2): «низкая эмоциональная чувствительность», обуславливающая специфичность недоразвития эмоциональной сферы, «агрессивное поведение», проявлением которого являются агрессивное поведение и проблемы в межличностных отношениях, «личная неэффективность» (истощаемость, утомляемость, непродуктивная нервно-психическая активность) и «страхи». Уровень психического здоровья оценен как низкий с учетом следующих критериев – наличие симптомов интеллектуально-мнестического недоразвития и недоразвития эмоциональной сферы, агрессивное поведение, симптомы гиперактивности, проблемы межличностных отношений, нарушение школьной адаптации, противоречивое воспитание в семье.

Направления реабилитации касались всех блоков, оказывающих влияние на психическое здоровье ребенка, и осуществлялись в сотрудничестве с психологом, педагогами и семьей ребенка (таблица 64).

Таблица 64 Направления комплексной реабилитации учащегося А. (8 лет, с диагнозом: Н 90 сенсоневральная тугоухость IV степени слева, Н 91 сенсоневральная глухота справа, F 83 смешанное специфическое расстройство развития, F 90.0 Нарушение активности и внимания)

Блок	Направления реабилитации
Сенсорный дефект	Наблюдение сурдолога. Занятия с сурдопедагогом. Формирование навыков самообслуживания, коммуникации Обучение дактильному языку как базу для чтения и письма Подготовка к профессиональной ориентации
Психические функции	<i>Фармакотерапия:</i> 1) пантокальцин (улучшение метаболизма и трофики мозговой ткани, психоречевое развитие и снижение моторной возбудимости) курсом 2 месяца, суточной дозировкой 75 мг. 2) Тенотен детский (устранение (смягчения) нарушений поведения,

	<p>повышение концентрации внимания, снижение тревожности) 3 таб./день в течение двух месяцев.</p> <p><i>Психотерапия и психокоррекция:</i> эмоционально-волевой сферы, поведения, тревожности: работа со страхом темноты, повышение самооценки, приобретение навыков распознавания эмоциональных состояний и отреагирование агрессии. В качестве психотерапевтического метода, в основном, использовалась арт-терапия (работа с рисунком) и сказко-терапия.</p> <p><i>Консультирование семьи:</i> маме объяснялась природа психических нарушений сына, необходимые действия по формированию и развитию эмоциональной зрелости (обсуждение чувств и эмоций своих и окружающих, чтение и обсуждение литературы, вербальное и невербальное выражение любви и принятия ребенка и т.д.).</p>
Соматическое здоровье	<p>Физическое воспитание, дозирование и чередование физической и умственной нагрузок.</p> <p>Соблюдение распорядка дня.</p> <p>Исключить продукты питания «возбуждающего характера» (газированные напитки, шоколад, продукты с высоким содержанием красителей и пищевых добавок и т.п.).</p> <p>Ориентация на ЗОЖ</p>
Психологические характеристики	<p>Формирование адекватного восприятия тугухости</p> <p>Формирование учебной, познавательной мотивации</p> <p>Формирование эмоционального восприятия, навыков распознавания эмоций с опорой на невербальные средства взаимодействия</p> <p>Развитие коммуникативных умений и навыков, освоение эффективных техник взаимодействия со сверстниками и взрослыми</p>
Активность и участие	<p>Ориентация на активность в «речевой», «слышащей» среде, расширение контактов.</p> <p>Формирование бытовых и трудовых навыков.</p> <p>Поиск хобби (спортивные секции).</p> <p>Формирование стереотипа помощи окружающим</p>
Микроокружение	<p><i>Работа с семьёй:</i> определение семейных ресурсов – мать ребенка, повышение её собственной самооценки, подтверждение правильности ее родительской позиции по отношению к сыну, поиск путей взаимодействия с собственной матерью – бабушкой мальчика.</p> <p><i>Работа с педагогическим коллективом:</i> психообразовательные беседы (объяснение особенностей психического развития ребёнка), рекомендации по построению учебного процесса (спрашивать в начале дня и в начале урока, давать четкие, короткие инструкции к заданиям, устраивать перерывы в работе, чередовать умственную и физическую нагрузку, по возможности, на переменах не ограничивать его физическую активность, поощрять конструктивное взаимодействие с одноклассниками, формирование эмоциональной зрелости).</p>
Макроокружение	<p>Образовательные семинары, лекции, тренинги, выступления на конференциях для специалистов, работающих в сфере образования и здравоохранения</p> <p>Психообразовательная работа с населением – повышение уровня осведомлённости в вопросах психического здоровья</p>

Катамнез через 1 месяц. На фоне приема препаратов и проводимых коррекционных мероприятий стал более усидчивым, внимательным, более ответственно

относился к выполнению домашних заданий, реже конфликтовал с одноклассниками. Мама старалась больше времени проводить с ним, было выделено время на ежедневные совместные прогулки с поощрением физической активности. Мама стала поощрять и стимулировать речевые высказывания, что крайне важно для ребёнка с нарушением речи. Бабушка отказалась прийти на консультацию, продолжала негативно относиться к необходимости корректировать воспитание внука, однако, видя более уверенную позицию мамы, перестала закрывать внука в ванной и меньше кричала на него. Продолжались занятия с сурдопедагогом, классным руководителем были учтены рекомендации по построению учебного процесса.

Катамнез через 6 месяцев. Мама самостоятельно обратилась для проведения повторного курса терапии. В динамике расширился словарный запас (активный и пассивный), адаптировался к рамкам обучения в школе, реже возникали конфликты со сверстниками. Стал контактным, послушным, начал выражать привязанность к матери (как правило, невербально), потребность в эмоциональных контактах с ней. Комплексное медико-психолого-педагогическое сопровождение учащегося было продолжено.

Анализ клинического наблюдения. Состояние ребёнка определяется расстройством психологического развития, коморбидным с синдромом гиперактивности и дефицитом внимания и расстройством развития речи, возникшими на фоне основного заболевания (сенсоневральной тугоухости), проявляющимися нарушениями когнитивных функций, недоразвитием речи и эмоционально-волевой сферы. Нарушению психического развития мальчика способствовали: наследственная предрасположенность по основному заболеванию (по линии матери), нарушение слуха, отставание психомоторного развития в раннем детстве, перинатальное поражение ЦНС, нарушение развития речи, нарушение семейных взаимоотношений (развод родителей, противоречивое воспитание мамы и бабушки). Все это способствовало социальной дезадаптации ребёнка, а именно, школьной дезадаптации. Она проявлялась сниженной успеваемостью, агрессивностью, сложностями в межличностных отношениях со сверстниками и педагогами, приводящими к конфликтам. Данное наблюдение является наглядным примером взаимодействия клинико-психологических факторов, определяющих особенности психического статуса детей с нарушениями слуха и расстройствами психологического развития (глава 6.2): «низкая эмоциональная чувствительность», обуславливающая специфичность недоразвития эмоциональной сферы, «агрессивное поведение», проявлением которого являются агрессивное поведение и проблемы в межличностных

отношениях, «личная неэффективность» (истощаемость, утомляемость, непродуктивная нервно-психическая активность) и «страхи». Выделенные факторы определили направления и задачи реабилитации. Сочетание фармако- и психотерапии, включение мамы и педагога в коррекционный процесс позволили достигнуть стабилизации эмоционального состояния ребёнка и улучшения школьного функционирования. Программа медико-психолого-педагогического сопровождения мальчика и его семьи включала повторные курсы медикаментозной терапии, направленные на коррекцию неврологического статуса и речевых нарушений, занятия с сурдопедагогом, психотерапевтическое воздействие, целью которого является формирование эмоциональной зрелости, помощь в построении межличностных отношений со сверстниками, умении справляться с агрессивными импульсами, а также поддержка мамы в воспитании ребёнка с трудностями в развитии. Динамическое наблюдение показало, что предложенная реабилитационная программа была эффективной. Положительная динамика состояния достигнута, прежде всего, вследствие изменения социально-психологических факторов и, в меньшей степени, за счет коррекции биологического фона. Более стабильная динамика возможна при длительном медико-психолого-педагогическом сопровождении ребенка и его семьи.

Сочетание педагогического и психокоррекционного воздействия, включение семьи позволяют достигнуть стабилизации эмоционального состояния ребёнка и улучшают его школьное функционирование и возможности социальной адаптации.

Помощь педагогическому коллективу является комплексной и определяется наличием и степенью выраженности признаков психических расстройств и синдрома эмоционального выгорания. При наличии отдельных его признаков проводились психообразовательные и психокоррекционные программы, включая обучающие семинары. При сформировавшемся СЭВ дополнительно предлагалось участие в специально разработанном для педагогов тренинге, включавшем работу с телом, навыки саморегуляции и

релаксации. Большое внимание уделялось созданию позитивной оценки своей деятельности, формированию адекватной самооценки. Зная себя, свои потребности и способы их удовлетворения, человек может более эффективно, рационально распределять свои силы в течение каждого дня и учебного года. Педагогам предлагались общие рекомендации для преодоления повседневных стрессов и профилактики синдрома эмоционального выгорания. Участие в тренинге позволяло педагогу лучше узнать самого себя как личность, такой вид работы особенно эффективен для начинающих учителей с целью повышения их уровня самосознания и развития личности.

7.6 Оценка эффективности разрабатываемых реабилитационных программ

Критерием оценки эффективности является динамика интегративных (субъективных и объективных) характеристик степени адаптации ребёнка в ситуации его жизнедеятельности и динамика уровня качества жизни, в классической модели критерием эффективности является изменение психического статуса – улучшение состояния, без изменений, ухудшение состояния.

При оценке эффективности реабилитации детей с сенсорными нарушениями необходимо учитывать специфику контингента – высокой частоты «стабильной» психопатологии, речевых расстройств, особенности формирования высших психических функций. Профилактическая и превентивная направленность разработанных реабилитационных программ обуславливает сложности в расчёте экономической эффективности. Более важным аспектом является их медико-социальная эффективность. Динамика показателей уровня психического здоровья детей с сенсорными нарушениями представлена в таблице 65.

Таблица 65 – Динамика уровней психического здоровья после проведения реабилитационных программ

Категория	Уровень психического здоровья	Исходный	После реабилитации	Уровень значимости
Дети с нарушениями зрения (n=182)	низкий	82 чел - 45%	39*** чел - 21%	p=0,0000, $\chi^2=22,89$
	средний	60 чел - 33%	85 **чел - 47%	p=0,0022, $\chi^2=9,40$
	высокий	40 чел - 22%	58* чел - 32%	p=0,033, $\chi^2=4,52$
Дети с нарушениями слуха (n=186)	низкий	78 чел - 42%	38*** чел - 20%	p=0,0000, $\chi^2=20,04$
	средний	78чел - 42%	96 чел – 52%	—
	высокий	30 чел - 16%	52** чел - 28%	p=0,0059, $\chi^2=7,57$
Дети с сенсорными нарушениями (n=368)	низкий	160 чел - 43,5%	77***чел - 21%	p=0,000, $\chi^2=42,87$
	средний	138 чел - 37,5%	181** чел - 49%	p=0,0014, $\chi^2=10,23$
	высокий	70 чел - 19%	110*** чел - 30%	p=0,0006, $\chi^2=11,77$

Соотношение уровней значимо поменялось – до проведения реабилитационных программ большее количество детей соответствовало низкому уровню психического здоровья, высокий уровень психического здоровья отмечался только у 19% от группы.

После комплексных реабилитационных мероприятий группа детей с высоким уровнем психического здоровья составила 30%. Улучшение психического здоровья отмечалось за счёт редукции невротической, астенической симптоматики, стабилизации настроения, эмоционального фона, коррекции детско-родительских отношений, создания «здоровой» педагогической среды. В более общем аспекте, речь идет об интегральной стратегии в каждом конкретном клиническом случае с учетом биологических, клинических, психологических, макро-и микросредовых факторов.

Эффективность психотерапии оценивалась по следующим критериям:

- улучшение эмоционального состояния

- расширение сферы общения
- снижение агрессивных тенденций в поведении
- проявление установки к сотрудничеству
- возрастание инициативы,
- уровня социально-психологической адаптации
- динамика уровня качества жизни.

Уровень качества жизни также имел тенденции к повышению, выраженная динамика отмечалась по наиболее «проблемным» видам функционирования – эмоциональное и школьное у детей с нарушениями зрения и школьное функционирование у детей с нарушениями слуха (таблица 66). Динамика шкалы когнитивные функции была менее показательна.

Таблица 66 – Динамика качества жизни у детей с нарушениями слуха и зрения на фоне проведенных реабилитационных программ

	Дети с нарушениями зрения, (Me., Q25%, Q75%), до/после реабилитации		Дети с нарушениями слуха, (Me., Q25%, Q75%), до/после реабилитации	
физическое функционирование	93,8; [67;100]	94,2	76,5 [67;100]	82,2
эмоциональное функционирование	70; [45;75]	76,2	80; [70;80]	73,2
социальное функционирование	55 ; [45;70]	64,5	75 [45;90]	78,8
школьное функционирование	60 ; [45;70]	68,4	62,5 [55;65]	73,6
когнитивные функции	70,8; [62,5;80]	72,2	58,3 [67;100]	62,0
общий показатель	70,2; [56;79]	75,1	72,3 [51;77,4]	74,0

Некоторое снижение показателя эмоциональное функционирование у учащихся с нарушением слуха является, в целом, позитивным аспектом, поскольку является отражением более «осознанной», «чуть более эмоционально зрелой» оценки своего состояния и некоторое уменьшение алекситимических проявлений у данной категории детей. Работа с эмоциональной сферой должна быть продолжена всеми специалистами (психотерапевт, психолог, педагог, дефектолог) на всех этапах комплексного сопровождения ребёнка с ОВЗ для формирования его эмоциональной зрелости.

Разработанный подход к выделению уровней психического здоровья определил объём реабилитационных мероприятий. Предложенная модель формирования психического здоровья детей с сенсорными нарушениями обозначает круг основных направлений, которые должны быть учтены в реабилитационном процессе. Описанные факторы (глава 6.3), уточняя специфику психического статуса детей с тяжёлыми нарушениями слуха и зрения, определяют основные «мишени» терапии и выбор необходимых методов терапии и коррекции. Эффективность реабилитации детей с ограниченными возможностями определяется сочетанием медицинских, психосоциальных, педагогических, мероприятий при достаточном реабилитационном потенциале семьи. Четко разделить вклад и грань лечебно-психотерапевтических, коррекционных психологических, педагогических и социализирующих воздействий можно лишь с большой степенью условности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Методом сплошной выборки обследовано 368 учащихся 7-18 лет специализированных специальных (коррекционных) школ Томской области, включая 186 учащихся школы-интерната I-II вида и 182 учащихся школы-интерната III-IV вида, 280 родителей учащихся специальных школ и 74 педагога (педагоги, педагоги-психологи, дефектологи, классные руководители, воспитатели). В качестве основных методов использовались клинический и психологический (с использованием клинических шкал и опросников, включая разработку двух опросников, адаптированных для исследуемой категории детей).

В исследование было включено 227 мальчиков (62%) и 141 девочка (38%), в обеих изучаемых группах преобладали мальчики. Среди детей с сенсорными нарушениями большая часть – почти 70% – жители областного центра, 30% - жители сельской местности. Значимо чаще в селах проживали дети с нарушениями слуха. Только 50% детей воспитываются в полных семьях, 30% – в неполной семье, 10,6% детей – неродным родителем, 5,4% - опекунами. Беременность матери в 81,8% случаев протекала с осложнениями, осложнённое течение родов отмечалось в 74%. Семейная отягощённость по сенсорному заболеванию выявлена у 16% детей, 12,5% родителей имели психические расстройства, значимо чаще – родители детей с нарушениями слуха. В раннем возрасте 60,3% детей перенесли тяжелые интоксикации или травмы. Все дети исследуемой группы, помимо основного заболевания, имели сопутствующую соматическую патологию, чаще встречались: неврологическая патология (75,27%), болезни опорно-двигательной системы (43,5%), хронические респираторные заболевания (41%). У большей части детей отмечалось отставание в раннем развитии или дисгармоничное развитие.

В имеющейся когорте детей было выделено две группы – дети с сенсорными нарушениями без психических расстройств 77 чел – 20,9%

(включая 68 детей с нарушениями зрения и 9 детей с нарушениями слуха) и дети с сенсорными нарушениями, имеющие те или иные психические расстройства – 291 чел – 79,1% (включая 114 детей с нарушениями зрения и 177 детей с нарушениями слуха). Среди детей, относящихся к группе «без психических расстройств», 57% детей имели патологию донозологического уровня.

Для изучаемой выборки детей с тяжёлыми нарушениями слуха и зрения была характерна высокая распространенность психопатологии. Среди слабослышащих и глухих детей психические расстройства выявлены у большинства учащихся; преимущественно это смешанные специфические расстройства развития (64%), умственная отсталость (21%). У детей с нарушением зрения чаще отмечались донозологические состояния (22,5%), гиперкинетические расстройства (13%), органические расстройства (19%). Спецификой дефекта детей с нарушениями слуха является высокая частота возникновения речевых расстройств – у 94,6% выявлены расстройства речевого развития. У 29,3% детей с сенсорными нарушениями выявлялась сочетанная патология, значимо ($p=0,002$) чаще – у детей с нарушениями слуха.

Психодезадаптационные состояния (12%), невротические и аффективные расстройства (3,5%) у детей с сенсорными нарушениями характеризовались высоким уровнем тревожности, проявляющейся нарушением поведения, снижением успеваемости, агрессивным поведением (вербальной, косвенной агрессией, негативизмом); депрессивными реакциями, проявляющимися негативной самооценкой, снижением настроения, нарушением коммуникации; эмоциональным дисбалансом. У слабовидящих детей это коррелирует с наличием признаков депривации, связанной с нарушением зрения. Для детей изучаемой группы определены три категории признаков тревоги – вербальные, невербальные и соматические, причём в клинической картине невербальные и соматические, как правило, преобладают.

Также была изучена частота различного вида психотравмирующих ситуаций. Самыми частыми для детей обеих групп были семейные конфликты (51%) и проблемы во взаимоотношениях со сверстниками (50%), без значимых различий между группами. Одним из часто встречающихся (37,9%) стрессорных факторов у детей с нарушением зрения является осознание собственного дефекта, она значимо чаще отмечается ими в сравнении с детьми с нарушениями слуха.

С целью изучения суицидального поведения подростков с сенсорными нарушениями, сопровождающимися интеллектуальными нарушениями, был разработан специальный опросник, с помощью которого обследовано 129 подростков с сенсорными нарушениями и группа сравнения – 60 учащихся общеобразовательной школы. Средний уровень суицидального риска выявлен у 19,4% (25 человек), высокий уровень – у 6,9% (9 человек). При клиническом обследовании лиц с высоким уровнем суицидального риска выявлялись донозологические нарушения, расстройство адаптации (F43), депрессивный эпизод (F32.00) легкой и средней степени. Дети с нарушением зрения статистически чаще ($p=0,0002$, $\chi^2=13,84$), чем учащиеся с нарушениями слуха, сообщали о наличии суицидальных мыслей и о том, что «бывает так плохо, что хочется умереть» ($p<0,0000$, $\chi^2=21,93$), при этом не выявлялось значимых различий ($p=0,289$; $p=0,068$) с учащимися общеобразовательной школы.

Нарушения поведения типичны для 34,24% детей с сенсорными нарушениями, чаще это дети, систематически нарушающие дисциплину в школе и/или проявляющие непослушание дома (19%) и дети с агрессивным поведением (14%). Доля детей с агрессивным поведением, в сравнении с группой без психических расстройств, значимо больше была в группе детей с умственной отсталостью ($p=0,0007$), расстройствами психического развития ($p=0,0019$), органическими расстройствами ($p=0,03$) и синдромом дефицита внимания с гиперактивностью ($p=0,0003$). На формирование агрессивного поведения у детей с сенсорными нарушениями влияют клинические (уровень

психического здоровья, регулярное употребление алкоголя), социально-психологические (воспитание, алкоголизация матери, сиротство, семейные конфликты, проблемные взаимоотношения со сверстниками) и психологические характеристики (алекситимия). Выявленные особенности определяли мишени психотерапевтической и психокоррекционной работы у детей с агрессивным поведением.

Были изучены также аспекты формирования химических зависимостей – курения и употребления спиртных напитков. О систематическом курении сигарет (ежедневно или 1 раз в 2-4 дня в течение, как минимум, 6 месяцев) сообщает каждый четвертый ребенок изучаемой выборки. Часть старшеклассников с нарушениями зрения (как мальчики, так девочки) сообщали о курении до 8-10 сигарет ежедневно в течение последних месяцев. Среди всей исследуемой выборки детей 37 человек (10% от всей выборки) сообщили о регулярном (от 1-2 раз в неделю до 1 раза в две недели в течение, как минимум, 6 месяцев) приеме алкоголя. В сравнении с группой без психических расстройств, значимо чаще сообщают о регулярном употреблении алкоголя ($p=0,0021$) и курении ($p=0,003$) дети с умственной отсталостью. Значимых отличий в частоте курения и употреблении алкоголя между двумя группами и внутри групп по полу выявлено не было. Группа детей, сообщающих о регулярном употреблении алкоголя, характеризовалась наличием неблагоприятных асоциальных тенденций – семейное неблагополучие и/или семейная модель злоупотребления психоактивными веществами, нарушения поведения, конфликты со сверстниками, проблемы с учебой при риске или клинически выраженной алекситимии. 31,8% детей проводят более 5 часов (как правило, 7-8 часов) в день за компьютером (планшетом, смартфоном), среди них достоверно больше ($p=0,0233$) учащихся с нарушениями зрения. О формирующейся компьютерной зависимости можно судить по совокупности клинических признаков и временных затрат. Недостаток практики непосредственного межличного общения, преимущественное использование невербальных средств

коммуникации, наряду с имеющимся сенсорным, когнитивным и речевым дефицитом, способствует задержке или недоразвитию различных аспектов невербальной экспрессии у детей и подростков.

Также изучалась внутренняя картина болезни (ВКБ) у детей с тяжелыми нарушениями слуха и зрения, учащихся коррекционных школ. ВКБ оценивалась с разных позиций восприятия болезни – на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях. Было выявлено, что на формирование ВКБ детей и подростков с нарушениями слуха и зрения оказывают существенное влияние следующие факторы: возраст, социальная ситуация развития (семейная, влияние специфической образовательной среды), наличие нарушений психической сферы и формирование сложного дефекта, сопутствующие хронические соматические расстройства. В соответствии с содержанием внутренней картины болезни и степени соответствия этого содержания объективным данным были выделены три типа отношения детей и подростков с сенсорными нарушениями к болезни/дефекту: диснозогнозия/ анозогнозия; диснозогнозия с амбивалентным отношением к болезни (дефекту), чаще наблюдаемая у детей с нарушением слуха ($p=0,0001$), и нормозногнозия при сохранном интеллекте (чаще – у детей с нарушением слуха, $p=0,0000$) и при интеллектуальных нарушениях (чаще – у детей с нарушением зрения, $p=0,0000$).

При исследовании уровня риска депрессии по шкале М. Ковак значимых различий между группами не выявлено. Выделенная группа детей с повышенным (20,8%) и высоким (3,1%) уровнем риска депрессии нуждается в динамическом наблюдении, повторном клиническом и психологическом обследовании и превентивных психотерапевтических мероприятиях. В целом, самой «проблемной» (соответствующей уровню чуть выше среднего) является шкала «межличностные проблемы».

При определении уровня тревоги с помощью шкалы явной тревожности для детей СМАС у детей с нарушениями зрения значимо чаще

($p=0,000007$) выявлялся повышенный уровень тревожности – у 35,8%, определяющий напряжение психологических защит и мобилизацию внутренних ресурсов, и высокий уровень тревоги (6,8%), свидетельствующий о наличии тревожности как личностного образования, носящего «разлитой», генерализованный характер. В целом, среди учащихся с сенсорными нарушениями 33% составляют дети с повышенным и высоким уровнем тревоги, что требовало динамического наблюдения и проведения психотерапевтических/психокоррекционных мероприятий. Повышенный и высокий уровень тревоги у детей с нарушениями зрения чаще встречается при расстройствах невротического и аффективного спектра, психодезадаптационных состояниях, а у детей с нарушениями слуха – при расстройствах психологического развития и органических расстройствах. К определённым с помощью метода логистической регрессии факторам, увеличивающим уровень тревоги учащихся с нарушениями зрения, относятся: семейные факторы (нарушение структуры семьи (OR 6,7, $p=0,0003$), семейные конфликты (OR 1,8, $p=0,003$), развод родителей (OR 2,5, $p=0,0000$); алкоголизация отца (OR 1,7, $p=0,011$); алкоголизация матери (OR 6,8, $p=0,0000$); симптомы депрессии (OR 5,7, $p=0,0000$); переживания ребёнком последствий негативного влияния дефекта на его функционирование – (OR 2, $p=0,0006$). Выявленные факторы являются прогностически значимыми и определяют необходимость превентивной работы с семьёй ребенка, имеющего зрительный дефект, скрининга на симптомы тревоги (включая невербальные и соматические) при выявлении симптомов депрессии и психокоррекционной и психотерапевтической работы с ребенком на всех этапах сопровождения, касающейся адаптации к дефекту и его принятия.

Одним из клинико-психологических аспектов исследования была разработка клинических критериев алекситимии, инструмента диагностики, адаптированного для детей с интеллектуальными нарушениями, и определение распространенности алекситимии у детей с нарушениями слуха

и зрения, сочетающимися с нарушениями психологического развития и умственной отсталостью легкой степени. Были разработаны клинические, психологические и социальные критерии, позволяющие с высокой долей вероятности выявлять наличие алекситимических черт у детей с интеллектуальными нарушениями. На основе Торонтской шкалы алекситимии ТАС-20 была разработана адаптированная шкала алекситимии, позволившая выделить три категории детей – «норма», «риск алекситимии», «алекситимические проявления». У 35% детей с сенсорными нарушениями выявлены алекситимические черты, 34% имеют риск развития алекситимии, значимо чаще ($p=0,023$) алекситимические черты определялись у детей с нарушениями слуха – у 42,33%); среди детей с нарушениями зрения чаще ($p=0,012$) преобладала группа «нормы» – 37,31%. Основным дискриминирующим признаком, позволяющим разграничить группы континуума «норма-риск-алекситимия», является «наличие психиатрического диагноза», который значимо ($p<0,001$) увеличивает вероятность наличия алекситимических черт как нарушения когнитивно-аффективной сферы. Другими выявленными дискриминантными признаками являются: тип воспитания, нарушения адаптации к детскому саду, уровень тревоги и психотравмирующий фактор «осознание физического дефекта». У детей с нарушением зрения выявлены положительные корреляции уровня тревоги, агрессии и шкал «негативная самооценка» и «неэффективность» шкалы депрессии. У детей с нарушением слуха выявлены положительные корреляции показателя алекситимии с агрессией и шкалами «межличностные отношения» и «неэффективность».

При изучении уровня агрессии по шкале Басса-Дарки значимых отличий между группами по встречаемости различных уровней агрессии не выявлено, высокий уровень выявлен у 21,2% детей, причем имеется тенденция к большей распространённости повышенной агрессивности среди учащихся с нарушениями зрения. У этих детей наиболее высокие баллы были по шкалам «раздражение», «вербальная агрессия» (у мальчиков и девочек),

«физическая агрессия» (у мальчиков) и «обида» (у девочек). Для детей с нарушениями слуха наиболее высокие баллы соответствовали шкалам «подозрительность», «вербальная агрессия», «физическая агрессия».

Эффективной дополнительной диагностической методикой являются проективные рисуночные тесты, особая значимость которых определялась при исследовании детей, которые в силу интеллектуальных и речевых расстройств не могли ответить на вопросы шкал и опросников. В рисунках выявлялись признаки эмоционального неблагополучия, тревожности, агрессивности, особенности межличностного (семейного) взаимодействия.

Определялись «проблемы» и «ресурсы» социального окружения (родители, педагоги). К неблагоприятным факторам прогноза благополучия и здоровья ребёнка со стороны родителей относятся: низкий уровень образования, большое количество родителей, занятых на рабочих специальностях и высокий процент безработных среди родителей – 11%, достаточно высокий уровень употребления психоактивных веществ (24,7%), в большей степени – отцами – 32% имеющих слабовидящих детей и 39% имеющих детей с нарушениями слуха. Гармоничное воспитание определено только в трети семей, помимо этого чаще выявляются гипоопека (значимо ($p=0,045$) чаще – в семьях, воспитывающих детей с нарушениями слуха) и гиперопека. Родители, в целом, оценивали свой уровень качества жизни в диапазоне «умеренное-достаточное» и имели низкий/средний уровень тревоги.

У педагогов коррекционных школ в 73,3% выявлен формирующийся синдром эмоционального выгорания, в 26,7% - сформированный. В клиническом статусе 74% педагогов выявлялись отдельные психопатологические симптомы в рамках донозологических нарушений и у 13,9% были выявлены психические расстройства (органические, аффективные, расстройства адаптации).

С целью выявления наиболее значимых для психического здоровья детей с сенсорными нарушениями факторов исследованы корреляционные

взаимосвязи изученных клинических и психологических характеристик (корреляционный анализ с расчетом непараметрического коэффициента Спирмена). Основные корреляционные связи переменных, характеризующих детей с нарушениями зрения, отражали нехватку навыков социальной компетентности и решение проблем межличностного взаимодействия с помощью агрессивных действий. Выявленные основные корреляционные связи переменных, характеризующих группу с нарушением слуха, отражали симптомы эмоциональной лабильности, снижения настроения, неэффективности; расценивались как ранние признаки развития депрессивных и тревожных реакций и состояний. Рассчитанная корреляционная матрица являлась исходным элементом для дальнейших расчётов с помощью факторного анализа. Статистически было подтверждено, что проблемы психического здоровья детей с нарушениями слуха и зрения определяются не только наличием сенсорного дефекта и соматического (неврологического) неблагополучия, но и психологическими характеристиками (алекситимия, агрессия, тревога), влиянием макро- и микроокружения (семья, сверстники, образовательная среда), сферы активности ребёнка и его участием в социальной среде. Выделено три основные группы факторов, характеризующих специфичность клинического статуса детей с сенсорными нарушениями: характеризующие эмоциональную сферу, астено-вегетативные и соматические симптомы, аффективную и тревожную симптоматику. Наиболее уязвимой в психическом статусе детей с сенсорными нарушениями является эмоциональная сфера, и основное клинико-феноменологическое различие при её описании определяет нормативное снижение уровня алекситимии по мере взросления, выявляемое у детей с нарушениями зрения и различным уровнем психического здоровья, в отличие от детей с нарушениями слуха, у которых когнитивное снижение и речевые расстройства, напротив, способствуют стабилизации алекситимических черт и недоразвитию эмоциональной сферы в целом. Фасадом недоразвития эмоционально-волевой сферы при специфических

расстройствах психического развития и органических расстройствах является агрессивное поведение и проблемы межличностных отношений. Выделенные факторы определяют приоритеты в психотерапевтических и психопрофилактических программах для детей с различным уровнем психического здоровья.

Основной задачей создания *модели формирования психического здоровья детей* с сенсорными нарушениями было расширение традиционной «медицинской» его характеристики с включением психологических и социальных показателей при ориентации на перспективы психосоциальной реабилитации. В качестве научной основы для построения такой модели была использована Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Выделены следующие составляющие данной модели: «Психические функции», «Сенсорный дефект», «Соматическое здоровье», «Психологические характеристики», «Активность и участие» и «Факторы окружающей среды», включающий уровень микро- и макроокружении. Описание составляющих, которые определяют психическое здоровье, дает информацию как об «проблемных» моментах (например, высокий уровень тревоги, депрессии, нарушения поведения, недостаток физической активности, отсутствие достаточного круга общения), которые в будущем являются мишенями для психотерапии, психокоррекции; так и о позитивных, ресурсных сторонах, которые могут являться опорой для реабилитационных программ (например, сохранность абстрактного мышления, способности к самообслуживанию, мотивация на развитие, адекватное отношение к собственному дефекту). Особенно актуальным и значимым в реабилитации детей с сенсорными нарушениями представляется использование ресурсов социального окружения ребенка.

С учётом социальных, психологических и биологических факторов, участвующих в формировании психического здоровья детей были определены уровни психического здоровья детей с сенсорными нарушениями. При этом учитывалось, что наличие дефекта является

постоянной и, часто, не подлежащей терапии, характеристикой ребёнка и однозначно не всегда определяет его уровень функционирования. При наличии психологических, биологических и социальных ресурсов и достаточной адаптации к окружающей среде ребенок с дефектом может иметь высокий уровень психического здоровья, что и должно являться конечной целью любого реабилитационного процесса. В целом, с высоким уровнем психического здоровья было 19% детей, со средним – 37,5%, с низким – 43,5%. Тот или иной уровень психического здоровья ребенка определял объём необходимых реабилитационных мероприятий.

Основой для создания реабилитационных программ послужила разработанная модель формирования психического здоровья детей с нарушениями слуха и зрения, базирующаяся на принципах МКФ. Для определения индивидуальной траектории развития ребенка должна быть учтена и, при необходимости, скорректирована каждая составляющая разработанной модели. Реабилитационное вмешательство определяется совокупностью работы с «негативными составляющими» каждого домена разработанной модели, с опорой на «позитивные» или ресурсные. Задачи реабилитационных программ носят мультидисциплинарный характер и могут быть успешно решены только при участии представителей различных специальностей: психиатров, педиатров, клинических и социальных психологов, педагогов, социальных работников, логопедов и др. С учетом высокой распространённости психических расстройств медицинский аспект сопровождения детей и подростков с нарушениями слуха и зрения, помимо традиционного (наблюдение офтальмолога, сурдолога, педиатра), включал психиатрический компонент диспансеризации.

Реабилитационные программы включали консультирование семьи, коррекцию детско-родительских отношений, психофармакологическую помощь при выявлении психических расстройств у родителей; проведение образовательных семинаров для педагогов и социальных работников с целью ознакомления с особенностями психического развития детей с различными

нарушениями онтогенеза; скрининг психического здоровья педагогического коллектива, помощь при выявлении синдрома эмоционального выгорания.

Были сформулированы следующие принципы организации реабилитационного воздействия: многоуровневость, мультидисциплинарность, ориентация терапии на конкретные изменения психического статуса и общего функционирования, вовлечение в процесс реабилитации значимых лиц, проведение терапии в естественных условиях (семья, школа-интернат), ориентация на развитие.

С учетом данных клинического, психологического обследования, статистического анализа были разработаны три комплексные реабилитационные программы для детей с сенсорными нарушениями, имеющими различный уровень психического здоровья. Основанием для выбора реабилитационной программы служило определение у ребёнка того или иного уровня психического здоровья. Внутри каждой программы имелся определённый диапазон объёма помощи в зависимости от особенностей клинического статуса ребёнка и выявленных факторов, оказывающих негативное влияние на психическое здоровье. Программа для детей с высоким уровнем психического здоровья включала комплекс превентивных, психогигиенических, психопрофилактических, психообразовательных мероприятий. Для детей со средним уровнем психического здоровья программы дополнялись психотерапевтическими и психокоррекционными мероприятиями, а также решением вопросов, касающихся обеспечения оптимального уровня активности ребёнка. При работе с детьми с низким уровнем психического здоровья расширялся спектр психотерапевтических задач, по показаниям использовалась психофармакотерапия.

Реабилитационная тактика включала длительное наблюдение ребёнка и его семьи, решение задач терапии, профилактики психических нарушений с опорой на выявленные индивидуальные и средовые ресурсы. Важная роль на всех уровнях реабилитации отводится психогигиеническим и психопрофилактическим мероприятиям, на наш взгляд, являющимся основой

реабилитации, строящейся на формировании культуры психического здоровья и предупреждении формирования пограничных и аддиктивных расстройств. Не менее важны психообразовательные мероприятия, проводимые на различных уровнях и для разных контингентов – дети, родители, педагоги, врачи, общество в целом. Основной акцент в медицинском аспекте реабилитационных мероприятий был направлен на улучшение клинического состояния ребенка, что достигалось, в основном, психотерапевтическими методами, как более адекватными для детского возраста; в некоторых случаях использовалась психофармакотерапия.

Были выделены клинические и психологические особенности детей обсуждаемой категории, которые должны быть учтены при выборе психотерапевтических методов. Это речевые нарушения, в большей степени типичные при нарушениях слуха, специфическое недоразвитие эмоциональной сферы, определяющее эмоционально-вербальную незрелость, алекситимические черты, недоразвитие интеллекта, нарушения формирования высших психических функций (воображение, внимание, мышление, память), снижение мотивации, необходимость «дозированной» нагрузки на орган зрения для слабовидящих детей. Учёт этих особенностей существенно ограничивает арсенал методов психотерапии или требует их модификации. В аспекте мультимодального подхода психотерапевтическая работа строилась на основе выбора методов в соответствии с клинко-психологическим профилем ребёнка. Использовались поведенческие техники, игровая терапия, арт-терапия (рисуночная терапия, сказко-терапия, библиотерапия, элементы музыкотерапии и т.д.). В зависимости от специфики выявленных психических нарушений техники поведенческой терапии применялись с различными целями – уменьшение частоты проявления симптомов (например, фобии, навязчивые состояния, агрессивность), стимулирование желательного поведения с использованием систематических подкреплений, формирование навыков и умений (при

расстройствах психологического развития, органических расстройствах и умственной отсталости

Проведенное исследование показало, что перспектива данного направления – это сосредоточение внимания не только на специализированной медицинской и психолого-педагогической помощи детям, но и на проведении различных психосоциальных и психообразовательных программ, необходимость включения в реабилитационные программы родителей, педагогов.

Сочетание психотерапевтических, психофармакологических, психокоррекционных, психогигиенических и психообразовательных мероприятий, подобранных в зависимости от уровня психического здоровья детей, включение семьи и педагогов позволило в 30% достигнуть высокого ($p=0,0006$) и 49% среднего ($p=0,0014$) уровня психического здоровья, стабилизировать эмоциональное состояние детей и расширить возможности их социальной адаптации. Традиционная медицинская модель ориентируется на коррекцию актуального состояния ребёнка, в отличие от разработанной в данном исследовании модели, ориентирующейся не только на коррекцию клинического состояния, но и коррекцию психологических характеристик, оптимизацию уровня активности и участия, работу с непосредственным окружением ребенка и макроокружением (психообразование, повышение уровня толерантности). Комплексное воздействие на составляющие всех блоков обеспечивает более длительную стабилизацию клинического состояния, обеспечение длительной и стабильной ремиссии.

Разработанный подход к выделению уровней психического здоровья определяет объём реабилитационных мероприятий. Предложенная модель психического здоровья детей с сенсорными нарушениями обозначает круг основных направлений, которые должны быть учтены в реабилитационном процессе. Описанные факторы, уточняя специфику психического статуса детей с тяжёлыми нарушениями слуха и зрения, определяют основные «мишени» терапии и выбор необходимых методов терапии и коррекции.

ВЫВОДЫ

1. Исследование психического здоровья 368 учащихся специализированных (коррекционных) школ-интернатов I-II и III-IV вида 7-18 лет выявило высокую распространённость психических расстройств (79%), среди которых чаще встречаются смешанные специфические расстройства развития (53,6%), органические расстройства (16,8%) и умственная отсталость легкой степени (15,8%).

2.1. В структуре психического здоровья у детей с нарушениями слуха значимо ($p=0,0000$) преобладают специфические расстройства психического развития (64%), речевые расстройства (94%) и умственная отсталость (21%); тогда как у детей с нарушениями зрения определяется значимое преобладание органических ($p=0,001$; 19%), гиперкинетических расстройств ($p=0,0001$; 13%) и донозологических состояний ($p=0,0000$; 22,5%).

2.2. Сочетанная психическая патология встречается у 27,7% детей с сенсорными нарушениями, значимо чаще ($p=0,002$) – у детей с нарушениями слуха.

3. Развитие сенсорного дефекта и психической патологии определяется влиянием ряда онтогенетических, семейно-генетических и социально-демографических факторов.

3.1. Патология беременности и родов отмечалась у 81,8% и 74,5% матерей детей с нарушениями слуха и зрения соответственно, в раннем возрасте 60,3% детей перенесли тяжёлые интоксикации или травмы, все дети имеют сопутствующую соматоневрологическую патологию, чаще выявляли неврологические расстройства (75,3%), болезни опорно-двигательной системы (43,5%) и хронические респираторные заболевания (41%).

3.2. Почти 50% детей с сенсорными нарушениями воспитывается в семьях с нарушенной структурой, чаще это неполная семья (29,6%), семья с неродным родителем (10,6%) и опекуном (5,4%).

3.3. У 16% детей с сенсорными нарушениями выявляется семейная отягощённость по основному заболеванию, которая у детей с нарушением слуха определяет значимое ($p < 0,01$) повышение частоты алекситимии, а у детей с нарушениями зрения – частоты повышенного уровня тревоги ($p < 0,05$) и страхов ($p < 0,01$). У родителей 12,5% детей с сенсорными нарушениями имелись психические расстройства, значимо чаще ($p = 0,0058$) – у родителей детей с нарушениями слуха (17,2%). У данной группы детей чаще определялась алекситимия ($p < 0,01$), признаки аддиктивного поведения – они чаще курили ($p < 0,001$) и регулярно употребляли алкоголь ($p < 0,05$).

4. Особенности психофеноменологического (клинического) статуса детей с дефектами слуха и зрения является сочетание когнитивных, интеллектуальных, речевых нарушений с нарушениями эмоционально-волевой сферы, поведения, искажённым восприятием собственного дефекта (неадекватной внутренней картины болезни).

4.1. Для клинической динамики психических расстройств у детей с нарушениями слуха характерно наличие сочетанной психической патологии, прогрессирование недостаточности абстрактного мышления и психической работоспособности, формирование алекситимических черт и рентных установок, инфантилизация.

4.2 Клиническая динамика психических расстройств у детей с нарушениями зрения характеризуется развитием страхов, тревоги (тревожной симптоматики), последствиями переживания наличия дефекта (37,91%).

4.3 Формирование аддиктивного поведения (курение, регулярное употребление алкоголя, Интернет-зависимость) характерно для учащихся обеих групп без значимых различий.

5. При исследовании клинических и психологических характеристик психического здоровья детей изучаемой группы выявлен ряд особенностей, определяющих динамику и феноменологию психических расстройств.

5.1 Повышенный и высокий уровень тревоги значимо чаще ($p=0,018$) выявлен у слабовидящих детей, у которых чаще встречался при расстройствах невротического и аффективного спектра, психодезадаптационных состояниях ($p<0,01$), а у детей с нарушениями слуха – при специфических расстройствах психического развития ($p<0,001$) и органических расстройствах. В целом, для девочек был характерен более высокий уровень тревоги ($p=0,0007$).

5.2. В формировании высокого уровня тревоги у детей с нарушениями зрения играют роль семейно-генетические факторы: нарушение структуры семьи (OR 6,7; $p=0,0003$), семейные конфликты (OR 1,8; $p=0,003$); развод родителей (OR 2,5; $p=0,0000$); алкоголизация матери (OR 6,8; $p=0,0000$), алкоголизация отца (OR 1,7; $p=0,011$), а также наличие симптомов депрессии (OR 5,7; $p=0,0000$), сопутствующей неврологической патологии (OR 2,6; $p=0,0000$) и переживание ребёнком последствий негативного влияния дефекта на его функционирование (OR 2; $p=0,0006$). Выделенные факторы определяют направления превенции и коррекции тревоги у детей с нарушениями зрения.

5.3. Повышенный и высокий уровень депрессии выявлен соответственно у 20,8% и 3,1% детей с сенсорными нарушениями, без значимых различий между группами. Наиболее высокими являются показатели шкалы «межличностные проблемы»; у слабовидящих детей значимо чаще ($p=0,0058$) отмечается высокий уровень показателей шкалы «ангедония». В целом, у девочек определяются значимо более высокие баллы по общему показателю шкалы депрессии ($p=0,007$) и шкале «негативная самооценка» ($p=0,010$); слабовидящие девочки показали значимо более высокие баллы в сравнении с мальчиками по шкале «негативное настроение» ($p=0,0036$), а девочки с нарушениями слуха – более высокие баллы по шкале «межличностные проблемы» ($p=0,0009$).

5.4. С помощью специально разработанной шкалы для определения алекситимии как недостатка в вербальном и невербальном поведении

эмоциональных составляющих выделены три группы детей: «норма», «риск алекситимии» и «алекситимические проявления». Дискриминантными признаками ($F = 20,502$, $p < 0,00001$) являются: наличие психиатрического диагноза, тревога, тип воспитания и нарушение адаптации в дошкольном возрасте. Алекситимия значимо чаще ($p = 0,023$) выявлялась у детей с нарушениями слуха.

5.5. По результатам скрининга с помощью специально разработанного опросника средний уровень суицидального риска выявлен у 19,4% и высокий уровень суицидального риска у 6,9% детей с сенсорными нарушениями. Слабовидящие учащиеся чаще отмечали у себя наличие суицидальных мыслей ($p = 0,0002$) и сниженного настроения ($p = 0,0000$) в сравнении с учащимися с нарушениями слуха.

5.6. Высокий уровень агрессии выявлен у 21% детей с сенсорными нарушениями, доля детей с агрессивным поведением в сравнении с детьми без психических расстройств была значимо больше в группе детей с умственной отсталостью ($p = 0,0007$), расстройствами психологического развития ($p = 0,0019$), органическими расстройствами ($p = 0,03$) и синдромом дефицита внимания с гиперактивностью ($p = 0,0003$).

5.7. С позиции характеристики качества жизни, наиболее «проблемными» для слабовидящих детей являются эмоциональное и школьное функционирование, дети с нарушениями слуха низко оценивают когнитивные функции и школьное функционирование.

5.8. Для характеристики актуального психоэмоционального состояния детей, которым в силу речевых и интеллектуальных нарушений недоступно понимание вербальных психологических методов, эффективным является использование проективных методов (тест Люшера и его количественные характеристики, рисуночные тесты).

6. К неблагоприятным семейным факторам прогноза благополучия и здоровья ребёнка с сенсорным дефектом относятся: низкий уровень образования родителей (только четверть родителей имели высшее

образование), занятость на рабочих специальностях (60%), высокий процент безработных среди родителей (11%), злоупотребление алкоголем (13% матерей и 35% отцов), патологические типы воспитания (70% семей).

7. Основным преимуществом разработанной модели формирования психического здоровья и психических расстройств детей с сенсорными нарушениями, основанной на принципах Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, является возможность интеграции медицинских и социальных аспектов функционирования ребенка – психический статус, сенсорный дефект, активность и участие, соматическое здоровье, психологические характеристики и средовые факторы (микро- и макроокружение).

7.1. Выделена типология внутренней картины болезни детей с сенсорными нарушениями, как психологической характеристики комплексной модели психического здоровья: диснозогнозия или анозогнозия, встречающаяся у 17% детей с нарушениями зрения и 23% детей с нарушениями слуха, диснозогнозия с амбивалентным отношением к болезни – 10% и 48% соответственно, значимо ($p=0,0001$) чаще – у детей с нарушениями слуха, и нормонозогнозия при интеллектуальных нарушениях – 6% и 47% и при сохранном интеллекте 67% и 4% (чаще ($p=0,0005$) – у детей с нарушениями зрения).

7.2. При анализе клинических и психологических характеристик детей с сенсорными нарушениями выделены корреляционные взаимосвязи общего показателя шкалы депрессии с показателями шкал, его составляющих – «ангедония» ($R=0,776$ при нарушениях слуха и $R=0,695$ при нарушениях зрения, $p<0,05$) и «негативная самооценка» ($R=0,827$ и $R=0,845$ соответственно, $p<0,05$), определяющие депрессивные тенденции у этой группы; и взаимосвязь показателя шкалы «межличностные отношения» и шкалы агрессии у учащихся с нарушениями слуха ($R=0,507$, $p<0,05$), отражающую нехватку навыков социальной компетентности и решение проблем межличностного взаимодействия с помощью агрессивных действий.

8. Исследование взаимосвязи клинических и психологических характеристик (факторный анализ) определяет три основные группы факторов, характеризующих специфичность клинического статуса детей с сенсорными нарушениями: характеризующие эмоциональную сферу, астено-вегетативные и соматические симптомы, аффективную и тревожную симптоматику. Фасадом недоразвития эмоционально-волевой сферы при специфических расстройствах психического развития и органических расстройствах является агрессивное поведение и проблемы межличностных отношений. Факторная модель имеет структурное сходство у учащихся с нарушениями слуха и зрения, что позволяет предположить сходство патогенетических механизмов дизонтогенеза, при имеющейся тенденции к большей выраженности нарушений эмоциональной сферы у детей с нарушениями слуха

9. Уровень психического здоровья детей с сенсорными нарушениями определяется сочетанием изученных биологических, психологических и социальных характеристик. Доля детей с низким уровнем психического здоровья является наибольшей – 43,5%, со средним уровнем – 37,5%, с высоким – 19%.

10. Реабилитационные программы, основывающиеся на определении уровня психического здоровья и характеристике всех составляющих модели формирования психической патологии у детей с сенсорными нарушениями, включающие психопрофилактические, психогигиенические, психотерапевтические и психофармакологические мероприятия, в контексте принципов психосоциальной реабилитации, обеспечивают значимую динамику высокого ($p=0,0006$) и среднего ($p=0,0014$) уровня психического здоровья детей с сенсорными нарушениями. Повышение уровня качества жизни отмечалось по наиболее «проблемным» видам функционирования – эмоциональное и школьное у детей с нарушениями зрения и школьное функционирование у детей с нарушениями слуха, в меньшей степени – по шкале когнитивные функции.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВК	вегетативный коэффициент (Люшера)
ВКБ	внутренняя картина болезни
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВАР	врождённая аномалия развития
ДДЧ	дом, дерево, человек
ДЦП	детский церебральный паралич
ЗПР	задержка психического развития
КЖ	качество жизни
МКБ-10	Международная классификация болезней 10 пересмотра
МКФ	Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья
ОВЗ	ограниченные возможности здоровья
ПАВ	психоактивные вещества
ПДАС	психодезадаптационный синдром
ПМПК	психолого-медико-педагогическая комиссия
СДВГ	синдром нарушения внимания с гиперактивностью
СО	суммарное отклонение
СЭВ	синдром эмоционального выгорания
УО	умственная отсталость
ЦНС	центральная нервная система
ICF	International Classification of Functioning, Disability, and Health
χ^2	хи-квадрат
ТАС-20	Toronto Alexithymia Scale

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акимова, М. А. Социальный капитал личности: нормативный подход к изучению и диагностике / М. А. Акимова, Е. И. Горбачева // Вопросы психологии. – 2014. – № 1. – С. 58–67.
2. Александровский, Ю. А. Инновации в современной психиатрии и взаимодействие клинической, биологической и социальной психиатрии при изучении непсихотических психических расстройств / Ю. А. Александровский // Российский психиатрический журнал. – 2012. – № 6. – С. 28–33.
3. Алёхин А. Н. Клинические факторы психической адаптации пациентов с сердечно–сосудистой патологией (на примере легочной артериальной гипертензии и фибрилляции предсердий) / А. Н. Алёхин, И. О. Чумакова, Е. В. Андреева [и др.] // Вестник Южно-Уральского гос. университета. Сер. Психология. – 2012. – № 6 (265). – С. 66–72.
4. Анастаси, А. Психологическое тестирование / А. Анастаси, С. Урбина. – Санкт-Петербург : Питер, 2002. – 688 с.
5. Анохин, П. К. Эмоции и здоровье // Будущее науки / П. К. Анохин, К. В. Судаков. – Москва, 1973. – С. 190–211.
6. Антоновский, А. В. Психическое здоровье учителя как основа качества жизни [Электронный ресурс] / А. В. Антоновский // Материалы заочной международной научно-практической интернет-конференции «Здоровье специалиста: проблемы и пути решения». – 2011. – Режим доступа: <https://sites.google.com/site/zdrovespecialista/home/teoria/antonovskij>
7. Асмаковец, Е. С. Эмоциональная гибкость как ресурс стрессоустойчивости учителя / Е. С. Асмаковец // Актуальные проблемы современного образования: развитие, здоровье, эффективность : материалы VII Междунар. науч.-практ. конференции. – Москва : ПИ РАО : МГППУ, 2011. – С. 88–91.
8. Базыма, Б. А. Психология цвета: теория и практика / Б. А. Базыма. – Санкт-Петербург : Речь, 2005. – 205 с.
9. Барабанов, Р. Е. Социально-психологические особенности семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии / Р. Е. Барабанов //

- Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2014. – № 2. – С.118–123.
10. Баранов, А. А. Состояние здоровья детей и подростков в современных условиях. Проблемы и пути решения / А. А. Баранов // Российский педиатрический журнал. – 1998. – № 1. – С. 5–8.
 11. Баранов, А. А. Методы определения и показатели качества жизни детей подросткового возраста : пособие для врачей / Баранов А. А., Альбицкий В. Ю., Валиуллина С. А. [и др.]. – М., 2005. – 30 с.
 12. Баранов, А. А. Оценка нервно-психического здоровья и психофизиологического статуса детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах : пособие для врачей / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева [и др.]. – М., 2005. – 109 с.
 13. Бархатов, М. В. Применение препарата Тенотен детский в терапии хронических головных болей напряжения / М. В. Бархатов, С. Ю. Бархатова [и др.]. // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2009. – Вып. 8. – С. 85–87.
 14. Бекезин, В. В. Состояние тревоги и депрессии у детей и подростков с ожирением в зависимости от уровня инсулинорезистентности / В. В. Бекезин, Л. В. Козлова // Материалы 1-го международного научного конгресса «Психосоматическая медицина-2006». – Санкт-Петербург, 2006. – С. 30–31.
 15. Белова, А. А. Оценка депрессивности в подростковом возрасте / А. А. Белова, С. П. Малых, Е. З. Сабирова [и др.] // Вестник ЮУрГУ. – 2008. – № 32. – С. 10–18.
 16. Белопольская, Н. Л. Диагностика психологического неблагополучия детской и подростковой личности через анализ единиц самосознания // Материалы V Международного конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья», Москва, 24-27 сентября 2013 г. / под ред. А. А. Северного, Ю. С. Шевченко. – Москва : ONEBOOK.RU, 2013. – С.1–2.
 17. Белостоцкая, Ж. И. Особенности личности и депрессивных расстройств у жителей сельской местности / Ж. И. Белостоцкая // Медицинская

- психология. – 2007. – Т. 2, № 4. – С. 28–33.
18. Бойко, В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других / В. В. Бойко. – Москва : Филин, 1996. – 87 с.
 19. Бондаренко, С. М. Особенности внутренней картины болезни у детей и подростков, больных сахарным диабетом I типа / С. М. Бондаренко, В. В. Смирнов, О. В. Даниленко [и др.] // Педиатрия. – 2006. – № 4 – С. 22–27.
 20. Боскис, Р. М. Глухие и слабослышащие дети / Р. М. Боскис. – Москва: Советский спорт, 2004. – 304 с.
 21. Борисова, Ю. М. Шаг навстречу / Ю. М. Борисова // Социализация ребенка. Психологические и педагогические проблемы / Ю. М. Борисова, Т. А. Колоколова. – Санкт-Петербург, 1999. – С. 11–13.
 22. Бортникова, Е. Г. Оценка роста агрессивности населения при нарушении баланса экономической безопасности (на примере исследования подростков) [Электронный ресурс] / Е. Г. Бортникова, Г. Е. Алпатов // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 1. – Режим доступа: www.science-education.ru/121-17663 (дата обращения: 27.08.2015).
 23. Бохан, Н. А. Региональный профиль подросткового наркотизма: величина проблемы, мониторинг, актуальные паттерны формирования / Н. А. Бохан, А. И. Мандель, Л. Л. Трефилова // Психическое здоровье. – М. : Гениус. – 2006. – №10. – С. 11–16.
 24. Бохан, Н. А. Организационная модель профилактики аддиктивных состояний у несовершеннолетних в условиях территориально-образовательного кластера / Н. А. Бохан, С. С. Титов, Г. М. Усов, О. А. Чащина // Наркология. – 2011. – Т. 10. – № 6 (114). – С. 16–22.
 25. Брель, Е. Ю. Проблема изучения алекситимии в психологических исследованиях / Е. Ю. Брель // Вестник КемГУ. – 2012. – № 3 (51). – С. 173–176.
 26. Бремс, К. Полное руководство по детской психотерапии / К. Бремс ; пер. с англ. Ю. Брянцевой. – Москва : ЭКСМО-Пресс. – 2002. – 640 с.
 27. Бук, Дж. Тест «Дом, Дерево, Человек» (ДДЧ) / Дж. Бук // Проективная психология. – Москва : ЭКСМО-пресс, 2000. – С. 260–344.

28. Бурлачук, Л. Ф. Психодиагностика / Л. Ф. Бурлачук. – Санкт-Петербург : Питер, 2002. – 352 с.
29. Буторин, Г. Г. Теоретико-методологические основы реабилитации детей и подростков с психическими и поведенческими расстройствами / Г. Г. Буторин, Н. Е. Буторина // Сибирский психологический журнал. – 2010. – № 35. – С. 25–28.
30. Буторин, Г. Г. Содержание понятийного континуума «здоровье–нездоровье» ребёнка с позиций «медицины детства» / Н. Е. Буторина, Г. Г. Буторин // Уральский журнал психиатрии, наркологии и психотерапии. – 2014. – Т. 2. – Вып. 4. – С. 65–74.
31. Буторина, Н. Е. Органическое расстройство личности и многоосевая классификационная система / Н. Е. Буторина, И. В. Куприн // Российский психиатрический журнал. – 2002. – № 5. – С. 7–11.
32. Буторина, Н. Е. Резидуально-органический психосиндром в клинической психиатрии детского и подросткового возраста / Н. Е. Буторина. – Челябинск : АТОКСО, 2008. – 192 с.
33. Буторина, Н. Е. Клинические особенности резидуально-органических нервно-психических расстройств у детей младшего школьного возраста: полидисциплинарные аспекты / Н. Е. Буторина, Н. А. Благинина. – Челябинск : Сити-Принт, 2011. – 260 с.
34. Вайзе, К. Функциональный диагноз как клиническая основа восстановительного лечения и реабилитации психически больных / К. Вайзе, В. М. Воловик // Клинические и организационные основы реабилитации психически больных. – Москва : Медицина, 1980. – С. 152–206.
35. Валитова, Г. М. Медико-социальное исследование суицидов среди детей и мероприятия по их профилактике : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва, 2010. – 25 с.
36. Варшал, А. В. Развитие проблемного поведения у детей : эмпирическое исследование / А. В. Варшал, Е. Р. Слободская // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2012. – Т. 5, № 1. – С. 6–13.
37. Вашш, З. Фенотипы проективных рисунков у лиц с делинквентным поведением и агрессивных пациентов, страдающих психическими

- расстройствами [Электронный ресурс] / З. Вашш // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. – 2014. – № 1 (24). – Режим доступа: <http://mprj.ru> (дата обращения 28.04.2014).
38. Велиева, С. В. Диагностика психических состояний и отношений дошкольников в семье // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2014. – № 10. – С. 38–59.
39. Великанова, Л. П. Донозологическая диагностика и профилактика пограничных нервно-психических расстройств. Сравнительно-возрастной аспект : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 19.00.04 / Великанова Людмила Петровна. – М., 2008. – 44 с.
40. Великанова, Л. П. Стратегия и организационно-методические подходы к профилактике психогенных (невротических и психосоматических) расстройств / Л. П. Великанова // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2013. – № 2 (13). – С. 46–51.
41. Венгер А. Л. Культурно-историческая психотерапия [Электронный ресурс] / А. Л. Венгер, Е. И. Морозова // Психологический журнал Международного университета природы, общества и человека «Дубна». – 2012. – № 3. – С. 1–19. – Режим доступа: <http://www.psyanima.ru/journal/2012/3/2012n3a1/2012n3a1.1.pdf> (дата обращения 16.02.14)
42. Ветрила, Т. Г. О взаимосвязи между состоянием семейных отношений и психического здоровья родителей, воспитывающих ребёнка с нарушением психического развития, и их детей / Т. Г. Ветрила, М. В. Маркова // Український вісник психоневрології. – 2009. – Т. 17. – Вип. 3 (60). – С. 28–35.
43. Винярская, И. В. Качество жизни детей как критерий оценки состояния здоровья и эффективности медицинских технологий (комплексное медико-социальное исследование) : дис. ... д-ра мед. наук :14.00.33, 14.00.09. / Винярская Ирина Валериевна. – М., 2008. – 285 с.
44. Воликова, С. В. Валидизация опросника детской депрессии М. Ковак / С. В. Воликова, О. Г. Калина, А. Б. Холмогорова // Вопросы психологии. – 2011. – № 5. – С. 121–132.

45. Волкова, В. М. Влияние семьи на проявление тревожности у детей подросткового возраста с нарушениями слух [Электронный ресурс] / В. М. Волкова // Сибирский вестник специального образования. – 2012. – № 3 (7). – Режим доступа: <http://sibsedu.kspu.ru/upl/05-2012/5.pdf> (дата обращения 23.02.15)
46. Воловик, В. М. Функциональный диагноз в психиатрии и некоторые спорные вопросы психиатрической диагностики / В. М. Воловик // Теоретико-методологические основы клинической психоневрологии. – Ленинград, 1975. – С. 79–90.
47. ВПА Образовательная программа по депрессивным расстройствам (ред. 2008 г.). Т. 2 : Популяционные группы и профилактика суицида / пер. на рус. яз. под ред. В. Н. Краснова. – Москва, 2010. – 303 с.
48. Всемирная организация здравоохранения. Проект комплексного плана действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг. Шестидесят шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения 16 мая 2013 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_10Rev1-ru.pdf.
49. Выготский, Л. С. Психология развития как феномен культуры / Л. С. Выготский ; под ред. М. Г. Ярошевского ; Ин-т практ. психологии. – Воронеж : Модек, 1996. – 512 с.
50. Выготский, Л. С. Основы дефектологии / Л. С. Выготский. – Санкт-Петербург : Лань, 2003. – С. 22–59, 99–129.
51. Гартфельдер, Д. В. Социально-психологические и личностные факторы патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний [Электронный ресурс] / Д. В. Гартфельдер // Медицинская психология в России. – 2010. – № 1 (2). – Режим доступа: http://medpsy.ru/mprij/archiv_global/2010_1_2/nomer/nomer08.php (дата обращения: 07.12.2014).
52. Гейер, Т. А. Трудоспособность при шизофрении / Т. А. Гейер // Современные проблемы шизофрении. – Москва : Медгиз, 1933. – С. 106–111.
53. Голубева, М. С. Совладающее поведение родителей, воспитывающих детей с тяжелыми сенсорными нарушениями : дис. канд. психол. наук : 19.00.13 / Голубева Марина Сергеевна. – Кострома, 2006. – 296 с.

54. Грегг, М. Тайный мир рисунка / М. Грегг. – Санкт-Петербург : Деметра, 2014. – 165 с.
55. Гудман, Р. Обсуждение и создание детских рисунков : практикум по арт-терапии / Р. Гудман ; под ред. А. И. Копытина. – Санкт-Петербург : Питер, 2000. – С.136–158.
56. Гудман, Р. Детская психиатрия : пер. с англ. / Р. Гудман, С. Скотт. – 2-е изд. – Триада-Х, 2008. – 405 с.
57. Гудонис, В. П. Основы и перспективы социальной адаптации лиц с пониженным зрением / В. П. Гудонис. – Москва : Москов. психол.-социал. ин-т ; Воронеж : МОДЭК, 1998. – 228 с.
58. Гундаров, И. А. Роза качества жизни / И. А. Гундаров // Сибирское здоровье. – 1995. – № 1. – С. 15–16.
59. Данилова, С. В. Роль психообразования в улучшении качества психиатрической помощи / С. В. Данилова // Российский психиатрический журнал. – 2011. – № 4. – С. 36–40.
60. Данилова, Л. Ю. Психотропные препараты, рекомендованные к применению у детей и подростков / Л. Ю. Данилова, И. П. Киреева // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2012. – № 1 (12). – С. 109–123.
61. Дашиева, Б. А. Клинико-психологическая характеристика подростков с детским церебральным параличом / Б. А. Дашиева, И. Е. Куприянова, С. С. Баяртуева // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 3 (66). – С. 41–43.
62. Дашиева, Б. А. Этнокультуральные особенности суицидального поведения у подростков с ограниченными возможностями здоровья бурятской и русской национальностей / Б. А. Дашиева // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 6 (81). – С. 64–67.
63. Делягин, В. М. Задержка речевого развития у детей / В. М. Делягин // Русский медицинский журнал. – 2013. – № 24. – С. 1174–1177.
64. Джанумова, Г. М. Опыт применения тенотена при лечении тикозных гиперкинезов у детей / Г. М. Джанумова, Л. Б. Иванов, А. В. Будкевич // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2010. – № 1. – С.54-57

65. Дилео, Дж. Детский рисунок: диагностика и интерпретация / Дж. Дилео ; пер. с англ. Е. Фатюшиной. – Москва : Апрель Пресс : Психотерапия, 2009. – 256 с.
66. Дмитриева, Т. Б. Расстройства аффективной сферы у детей и подростков : (обзор литературы) / Т. Б. Дмитриева, Е. В. Макушкин, М. А. Федина // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – Т. 3. – № 5. – С. 1-5.
67. Дмитриева, Т. Б. Интегративный подход в терапии и профилактике психических расстройств у детей и подростков / Т. Б. Дмитриева // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 4. – С. 8–10.
68. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за 2014 год [Электронный ресурс]. – Москва, 2015. – 161 с. – Режим доступа: <http://www.rosminzdrav.ru/> (дата обращения 22.11.2015)
69. Емельянов, А. А. Комплексная оценка состояния здоровья детей с нарушениями зрения и оптимизация условий их воспитания и оздоровления в специализированных дошкольных образовательных учреждениях : дис. ... канд. мед. наук. – Москва, 2009. – 157 с.
70. Ениколопов, С. Н. Психометрический анализ русскоязычной версии Опросника диагностики агрессии А. Басса и М. Перри / С. Н. Ениколопов., Н. П. Цибульский // Психологический журнал. – 2007. – № 1. – С. 115–124.
71. Ересько, Д. Б. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах : пособие для психологов и врачей / Д. Б. Ересько, Г. Л. Исурина, Е. В. Кайдановская [и др.]. – Санкт-Петербург : Типография СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. – 25 с.
72. Ерзин, А. И. Гендерные различия в реактивной и проактивной агрессии у студентов / А. И. Ерзин // ВВ: Психология и психотехника. – 2013. – № 3. – С. 326–337.
73. Ермолаев, О. Математическая статистика для психологов : учебник / О. Ермолаев. – 6-е изд, стер. – Москва : Финита, 2014. – 336 с.
74. Заваденко, Н. Н. Новые подходы к диагностике синдрома дефицита внимания и гиперактивности / Н. Н. Заваденко, Н. В. Симашкова // Журнал

- неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2014. – № 114 (1, вып. 2). – С. 45–51.
75. Заседа, Ю. И. Современные представления о психотерапевтическом процессе с позиций персонализированной медицины / Ю. И. Заседа // Международный медицинский журнал. – 2014. – № 1. – С. 8–12.
76. Заседа, Ю. И. Диагностические механизмы психотерапии в контексте представлений о психофеноменологическом профиле / Ю. И. Заседа // Український вісник психоневрології. – Т. 22. – Вип. 2 (79). – 2014. – С. 165–168.
77. Захаров, А. И. Происхождение детских неврозов и психотерапия / А. И. Захаров. – Москва : ЭКСМО-Пресс, 2000. – 448 с.
78. Звягина, В. В. Качество жизни педагогов юга Тюменской области / В. В. Звягина // Успехи современного естествознания. – 2007. – № 5. – С. 59–60.
79. Зелинская, Д. И. О состоянии детской инвалидности и реализации Федеральной целевой программы «Дети-инвалиды» / Д. И. Зелинская // Российский педиатрический журнал. – 2001. – № 2. – С. 4–7.
80. Землянова, Е. В. Прогноз показателей инвалидности детского населения России на период до 2020 года / Е. В. Землянова, Ж. И. Войцеховская // Информационно-аналитический вестник. Социальные аспекты здоровья населения. – 2009. – № 1.
81. Зиньковский, А. К. Психическое здоровье как основа качества жизни / А. К. Зиньковский // Человеческий фактор: проблемы психологии и эргономики. – 2009. – № 3/1. – С. 24–27.
82. Зиньковский, А. К. Психологическая характеристика подростков с задержкой психического развития, страдающих психосоматическими заболеваниями / А. К. Зиньковский, В. В. Кочегуров // Вестник ТвГУ. Серия «Педагогика и психология». – Вып. 3. – 2011. – С. 76–83.
83. Иванова, Г. Л. Роль алекситимии в формировании психобиологических показателей у больных с диффузной формой тиреоидита Хашимото / Г. Л. Иванова, Л. Н. Горобец // Российский психиатрический журнал. – 2011. – № 3. – С. 75–82.
84. Иовчук, Н. М. Современные проблемы диагностики в детской психиатрии /

- Н. М. Иовчук // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2013. – № 2 (13). – С. 30–34.
85. Исаев, Д. Н. Психосоматические расстройства у детей : руководство для врачей / Д. Н. Исаев. – Санкт-Петербург : Питер, 2000. – 500 с.
86. Исаев, Д. Н. Формирование внутренней картины болезни у детей и психосоматическая медицина / Д. Н. Исаев // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2001. – № 1. – С. 20–26.
87. Исаев, Д. Н. Психогенные расстройства у умственно отсталых детей / Д. Н. Исаев, Е. В. Войцешко, А. А. Карбасова // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2005. – № 2 (5). – С. 12–19.
88. Кабанов, М. М. Реабилитация психически больных / М. М. Кабанов. – 2-е изд., доп. и перераб. – Ленинград : Медицина, 1985. – 216 с.
89. Калашникова, С. А. Личностные репрезентации «образа мира» в условиях слуховой депривации / С. А. Калашникова, О. В. Гофман // Молодой ученый. – 2012. – № 10. – С. 265–268.
90. Карвасарский, Б. Д. Медицинская психология / Б. Д. Карвасарский. – Ленинград : Медицина, 1982. – 272 с.
91. Кекелидзе, З. И. Больше 70% российских школьников имеют психические расстройства, заявили в институте имени Сербского [Электронный ресурс] / З. И. Кекелидзе. – Режим доступа: <http://www.newsru.com/russia/09oct2015/phsiho.html> (дата обращения 09.10.2015).
92. Келина, М.Ю. Алекситимия и ее связь с пищевыми установками в неклинической популяции девушек подросткового и юношеского возраста [Электронный ресурс] / М. Ю. Келина, Т. А. Мешкова // Клиническая и специальная психология. – 2012. – № 2. – Режим доступа: <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n2/52628.shtml> (дата обращения: 13.02.2015).
93. Ким, Дж.-О. Факторный анализ: статистические методы и практические вопросы : сборник работ «Факторный, дискриминантный и кластерный анализ» / Дж.-О. Ким, Ч. У. Мьюллер ; пер. с англ. под. ред. И. С. Енюкова. – Москва : Финансы и статистика, 1989. – 215 с.

94. Кирьянова, Е. М. Социальное функционирование и качество жизни психически больных – важнейший показатель эффективности психиатрической помощи / Е. М. Кирьянова, Л. И. Сальникова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20. – Вып. 3. – С. 73–75.
95. Киселева, М. В. Арт-терапия в работе с детьми : руководство для детских психологов, педагогов, врачей и специалистов, работающих с детьми / М. В. Киселева. – Санкт-Петербург : Речь, 2006. – 160 с.
96. Клепикова, А. А. Социальное конструирование отклонений развития в системе специальных интернатных учреждений : дис. ... канд. социол. наук : 22.00.06 / Клепикова Анна Александровна. – Саратов, 2014. – 178 с.
97. Ковалёв, В. В. Психиатрия детского возраста : руководство для врачей / В. В. Ковалёв. – Москва : Медицина, 1979. – 608 с.
98. Ковалёв, В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков / В. В. Ковалёв. – Москва : Медицина, 1985. – 288 с.
99. Ковалевская, О. Б. Проблема депривации в свете концепции ядерных аффектов / О. Б. Ковалевская // Вопросы психологии. – 2014. – № 1. – С. 49–57.
100. Копытин, А. И. Арт-терапия детей и подростков / А. И. Копытин, Е. Е. Свистовская. – Москва : Когито-Центр, 2007. – 197 с.
101. Корень, Е. В. Психосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами в современных условиях / Е. В. Корень // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18. – № 4. – С. 5–14.
102. Корень, Е. В. Опыт применения МКБ-10 в российской детской психиатрии в перспективе пересмотра международной классификации / Е. В. Корень, И. Н. Татарова, А. М. Марченко [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т. 19. – № 4. – С. 34–41.
103. Корень, Е. В. Перспективы классификации в детской психиатрии / Е. В. Корень, В. В. Ковалёв // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т. 21. – Вып. 1. – С. 37–42.
104. Корень, Е. В. Бремя семьи у детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра / Е. В. Корень, Т. А. Куприянова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22. – № 4. – С. 46–50.

105. Корнева, В. В. Использование Тенотена детского в лечении астеновегетативного синдрома у детей : (обзор литературы) / В. В. Корнева // Современная педиатрия. – 2010. – № 2 (30). – С. 63–66.
106. Коробейников, И. А. Нарушения развития и социальная адаптация / И. А. Коробейников. – Москва : ПЕР СЭ, 2002. – 192 с.
107. Корытова, Г. С. Профессиональная деформация личности в педагогической деятельности // Вестник ТГПУ. – 2014. – № 1 (142). – С. 13–20.
108. Косова, С. А. Реабилитационная активность семей как критерий эффективности медико-социальной помощи детям инвалидам / С. А. Косова, А. А. Модестов, Л. С. Намазова // Педиатрическая фармакология. – 2007. – № 6. – С. 34–36.
109. Котлярова, А. Б. Особенности внутренней картины болезни у детей и подростков с опухолями головного мозга на фоне комплексного лечения / А. Б. Котлярова // Сибирский онкологический журнал. – 2009. – Прил. 2. – С. 107–108.
110. Коцюбинский, А. П. Функциональный диагноз в психиатрии : сообщение 1 / А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина, Н. А. Пенчул // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15. – Вып. 4. – С. 67–71.
111. Коцюбинский, А. П. Функциональный диагноз в психиатрии : сообщение 2 / А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина, Н. А. Пенчул // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т. 16. – Вып. 4. – С. 87–89.
112. Краснова, П. Отражение проблем суицидов и суицидального поведения на XXII Европейском конгрессе психиатров / П. Краснова, М. Денисенко // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2014. – Т. 16. – № 5. – С. 54–58.
113. Кузин, А. Ю. Современные подходы в психотерапии семейных отношений / А. Ю. Кузин // Психическое здоровье семьи в современном мире : сборник тезисов II Российской конференции с международным участием (Томск, 7-8 октября 2014 г.) / под ред. Н. А. Бохана. – Томск : Иван Фёдоров, 2014. – С. 73–75.
114. Кулаков, С. А. Основы психосоматики / С. А. Кулаков. – Санкт-Петербург : Речь, 2003. – 288 с.
115. Куприянова, И. Е. Качество жизни и превентивная психиатрия /

- И. Е. Куприянова, В. Я. Семке. – Томск, 2007. – 186 с.
116. Куприянова, И. Е. Психическое и соматическое здоровье учащихся специальной (коррекционной) общеобразовательной школы VIII вида / И. Е. Куприянова, Н. Ю. Семенова, Т. В. Рудникович [и др.] // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 3 (66). – С. 44–46.
117. Куприянова, И. Е. Психическое здоровье детей с особыми образовательными потребностями / И. Е. Куприянова, В. Я. Семке, Б. А. Дашиева, И. С. Карауш. – Томск: Иван Федоров, 2011. – 204 с.
118. Куприянова, И. Е. Особенности суицидального поведения детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья [Электронный ресурс] / И. Е. Куприянова, И. С. Карауш, Б. А. Дашиева // Медицинская психология в России : электрон. научн. журн. – 2013. – № 2 (19). – Режим доступа: <http://medpsy.ru> (дата обращения 11.11.2013)
119. Куприянова, И. Е. Качество жизни и психическое здоровье педагогов, работающих в различных системах образования (общее, коррекционное, инклюзивное) / И. Е. Куприянова, Б. А. Дашиева, И. С. Карауш // Вестник ТГПУ. – 2013. – № 11 (139). – С. 87–93.
120. Куприянова, И.Е. Способ выявления суицидального риска для последующей коррекции у подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата и сенсорными нарушениями, сопровождающимися расстройствами психологического развития, учащихся коррекционных школ / И. Е. Куприянова, Б. А. Дашиева, И. С. Карауш / Патент РФ №2013152564/14 (082016), положительное решение ФИПС от 16.10.2014.
121. Курапова, И. А. Система отношений в профессиональной деятельности и эмоциональное выгорание педагогов / И. А. Курапова // Психологический журнал. – 2009. – Т. 30. – № 3. – С. 84–95.
122. Куртанова, Ю. Е. Личностные особенности детей с различными хроническими соматическими заболеваниями : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.13 / Куртанова Юлия Евгеньевна. – Москва, 2004. – 170 с.
123. Куфтяк, Е. В. Совладающее поведение в контексте семейных трудностей / Е. В. Куфтяк // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. – 2007. – Т. 13. – С. 144–149.

124. Лазарева, Е. Ю. Система многоуровневой адаптации личности при болезни / Е. Ю. Лазарева, Е. Л. Николаев // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2012. – № 8. – С. 93–104.
125. Лазарус, А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия / А. Лазарус. – Санкт-Петербург : Речь, 2001. – 256 с.
126. Лаут, Г. В. Коррекция поведения детей и подростков : практическое руководство / Г. В. Лаут ; пер. с нем. В. Т. Алтухова ; науч. ред. рус. текста А. Б. Холмогорова. I : Стратегия и методы / Г. В. Лаут, У. Б. Брак, Ф. Линдеркамп. – Москва : Академия, 2005. – 224 с.
127. Левина, И. Л. Школа – путь к здоровью или путь в невроз? / И. Л. Левина. – Новокузнецк : МОУ ДПО ИПК, 2003. – 252 с.
128. Лесовая, Е. Расправь свои крылья! Или что такое эмоциональное выгорание и как с ним справляться / Е. Лесовая // Учительская газета. Москва. – 2012. – № 31 (31 июля).
129. Литвак, А. Г. Психология слепых и слабовидящих : учеб. пособие / А. Г. Литвак ; Рос. гос. пед. ун-т им. А. И. Герцена. – Санкт-Петербург : Изд-во РГПУ, 1998. – 271 с.
130. Лифинцев, Д. В. Социальная реабилитация в контексте биопсихосоциальной модели здоровья / Д. В. Лифинцев, А. Н. Анцута // Вестник ПСТГУ IV : Педагогика. Психология. – 2013. – Вып. 4 (31). – С. 50–60.
131. Логвинова, И. В. Применение графических методов в психодиагностике нарушений умственного развития и нейрокогнитивного дефицита у детей : пособие для врачей и медицинских психологов / И. В. Логвинова ; под ред. Л. И. Вассерман. – Санкт-Петербург : СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2011. – 52 с.
132. Лозовая, Т. В. Семейные факторы риска употребления алкоголя подростками и программа его первичной профилактики : дис. ... канд. мед. наук : 19.00.04 / Лозовая Татьяна Владимировна. – Спб., 2010. – 197 с.
133. Лоскутова, В. А. Интернет-зависимость как форма нехимических аддиктивных расстройств : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Лоскутова Виталина Александровна. – Новосибирск, 2004. – 23 с.
134. Лукьянова, Е. М. Оценка качества жизни в педиатрии / Е. М. Лукьянова //

- Качественная клиническая практика. – 2002. – № 4. – С. 34–42.
135. Люшер, М. Цветовой тест Люшера / М. Люшер. – Москва : АСТ; Санкт-Петербург : Сова, 2006. – 190 с.
136. Лысиков, И. В. Ведомственный мониторинг охраны психического здоровья детей / И. В. Лысиков, Е. В. Макушкин // Российский психиатрический журнал. – 2012. – № 3. – С. 13–16.
137. Максименко, А. В. Клинические особенности умственной отсталости у детей, обусловленные алкоголизмом родителей : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Максименко Артём Владимирович. – Томск, 2010. – 166 с.
138. Макушкин, Е. В. Совершенствование и модернизация психиатрической помощи детскому населению страны / Е. В. Макушкин // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 4. – С. 4–7.
139. Макушкин, Е. В. Психическое здоровье детей и подростков в Российской Федерации в 2000–2012 годах / Е. В. Макушкин, Н. К. Демчева, Н. А. Творогова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2013. – № 4. – С. 10–19.
140. Малинина, Е. В. Клинические рекомендации по диагностике и лечению органического психического расстройства в детском возрасте [Электронный ресурс] / Е. В. Малинина, Е. В. Макушкин. – Москва ; Челябинск, 2015. – Режим доступа: <http://psychiatr.ru/news/452>.
141. Малкова, Е. Е. Тревожность и развитие личности в норме и при патологии : автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.04 / Малкова Елена Евгеньевна. – Спб., 2014. – 40 с.
142. Малыгин, В. Л. Интернет-зависимое поведение: биологические, психологические и социальные факторы риска формирования у подростков / Малыгин В. Л., Меркурьева Ю. А., Хомерики Н. С., [и др.] // Материалы V Международного конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья», Москва, 24-27 сентября 2013 г. / под ред. А. А. Северного, Ю. С. Шевченко. – Москва : ONEBOOK.RU, 2013. – С. 6–8.

143. Мантрова, И. Н. Методическое руководство по психофизиологической и психологической диагностике / И. Н. Мантрова. – Иваново : Нейрософт, 2008. – 216 с.
144. Матюшкина, М. Д. Пути повышения качества постдипломного педагогического образования / М. Д. Матюшкина // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2012. – Вып. 4 (119). – С. 32–37.
145. Меззич, Х. Цели и модели диагностических систем [Электронный ресурс] / Х. Меззич, К. Берганса // Независимый психиатрический журнал. – 2005. – № 4. – Режим доступа: <http://npar.ru/vypusk-4-2005-g/#akt1> (дата обращения 12.01.2008)
146. Мелехов, Д. Е. Проблема дефекта в клинике и реабилитации больных шизофренией / Д. Е. Мелехов // Врачебно-трудовой экспертиза и социально-трудовая реабилитация лиц с психическими заболеваниями. – Москва, 1977. – С. 27–41.
147. Мельникова, О. Т. Валидность качественных исследований в ракурсе полипарадигмальности современной психологии / О. Т. Мельникова, Д. А. Хорошилов // Вопросы психологии. – 2014. – № 1. – С. 28–37.
148. Мельникова, О. Т. Стратегии валидизации качественных исследований в психологии [Электронный ресурс] / О. Т. Мельникова, Д. А. Хорошилов // Психологические исследования. – 2015. – Т. 8. – № 44. – С. 3. – Режим доступа: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 26.12.2015).
149. Менделевич, В. Д. Специфика девиантного поведения подростков в Интернет-пространстве // Материалы V Международного конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья», Москва, 24-27 сентября 2013 г./ под ред. А. А. Северного, Ю. С. Шевченко. – Москва : ONEBOOK.RU, 2013. – С. 8–9.
150. Методы статистической обработки медицинских данных: Методические рекомендации для ординаторов и аспирантов медицинских учебных заведений, научных работников / сост.: А.Г. Кочетов, О.В. Лянг., В.П. Масенко, И.В.Жиров, С.Н.Наконечников, С.Н.Терещенко – М.: РКНПК, 2012. – 42 с.

151. Мирзаян, Э. И. Инвалидность вследствие врождённых аномалий у детей в Российской Федерации и особенности медико-социальной реабилитации : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.06 / Мирзаян Элеонора Исраиловна. – М., 2011. – 32 с.
152. Митина, Л. М. Научное обоснование и реализация комплексных психологических программ «развитие-здоровье-эффективность» в условиях полисубъектного образовательного пространства // Актуальные проблемы современного образования : материалы VII Международной научно-практической конференции. – Москва : ПИ РАО : МГППУ, 2011. – С. 10–14.
153. Митина, О. В. Факторный анализ для психологов / О. В. Митина, И. Б. Михайловская. – Москва : Учебно-методический коллектор «Психология», 2001. – 169 с.
154. Миткевич, В. А. Динамика психологических показателей детей и подростков с пограничными нервно-психическими расстройствами при проведении гипносуггестивной психотерапии / В. А. Миткевич, А. Г. Соловьев, П. И. Сидоров // Российский психиатрический журнал. – 2009. – № 5. – С. 72–76.
155. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ10. – Москва : Смысл ; Санкт-Петербург : Речь, 2003. – 407 с.
156. Момот, В. А. Медико-психологическая реабилитация инвалидов по зрению : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.10, 19.00.04 / Момот Владимир Александрович. – М., 2006. – 331 с.
157. Москвин, В. А. Индивидуальные особенности процессов регуляции : (диагностика в спортивной психологии) [Электронный ресурс] / В. А. Москвин, Н. В. Москвина // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 5. – С. 164-165. – Режим доступа: www.rae.ru/use/?section=content&op=show_article&article_id=10000940 (дата обращения: 23.04.2015).

158. Москвитин, П. Н. Экзистенциальная иерархия ценностей и убеждений в формировании аддиктивной идентичности в подростковом возрасте / П. Н. Москвитин // Вопросы наркологии. – 2014. – № 5. – С. 69–76.
159. Мочалова, Е. К. Качество жизни подростков-инвалидов / Е. К. Мочалова // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2005. – № 3. – С. 49–52.
160. Мустафаев, С. М. Особенности невербальной экспрессии у подростков с Интернет-зависимым поведением / С. М. Мустафаев // Перспективы науки и образования. – 2014. – № 1. – С. 237–242.
161. Науменко, Т. П. Качество жизни педагога: работа и отношение к ней [Электронный ресурс] / Т. П. Науменко // Журнал научных публикаций аспирантов и докторантов. – 2011. – Режим доступа: <http://www.jurnal.org/articles/2011/psih9.html> (дата обращения 13.04.2013).
162. Немкова С.А Применение кортексина в комплексной нейрореабилитации у детей / С. А. Немкова, Н. Н. Заваденко, Н. Ю. Суворинова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2015. – № 3. – С.37–44.
163. Немцов, А. В. Потребление алкоголя в России: 1956-2012 / А. В. Немцов, К. В. Шельгин // Вопросы наркологии. – 2014. – № 5. – С. 3–12.
164. Никитина, Т. П. Исследование качества жизни в педиатрии: разработка русской версии опросника pedsq1 4.0 generic core scales для оценки качества жизни детей 8-12 лет / Т. П. Никитина, А. В. Киштович, Е. И. Моисеенко [и др.] // Вестник Межнационального центра исследования качества жизни. – 2003. – № 1–2. – С. 35–44.
165. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – Санкт-Петербург : Нева ; Москва : ОЛМА-ПРЕСС, 2002.
166. Одинцова, М. А. Рентные установки как одно из основных препятствий личностного развития / М. А. Одинцова // Седьмая волна психологии. – Ярославль, 2011. – Вып. 8. – С. 257–264.
167. Павлова, Т. С. Диагностика риска суицидального поведения детей и подростков в образовательных учреждениях / Т. С. Павлова // Современная зарубежная психология. – 2013. – № 4. – С. 79–91.

168. Пак, Л. А. Опыт терапии первичной головной боли у детей / Л. А. Пак, А. В. Горюнова, В. М. Студеникин [и др.] // Доктор.ру. – 2008. – № 4. – С. 28–30.
169. Панкова, О. Ф. Оценка эффективности использования психодиагностических тестов для определения суицидальных тенденций у детей и подростков – пациентов психиатрического стационара / О. Ф. Панкова, И. И. Смирнов, Г. К. Колдунова // Детская психиатрия: современные вопросы диагностики, терапии, профилактики и реабилитации : сб. мат-лов Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием / под ред. Н. Г. Незнанова, И. В. Макарова. – Санкт-Петербург, 2014. – С. 26–27.
170. Пережогин, Л. О. Зависимость от интернета и ПК у детей и подростков. Предпосылки, формы, критерии диагностики, подходы к терапии / Л. О. Пережогин, В. Н. Вострокнутов // Материалы V Международного конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья», Москва, 24-27 сентября 2013 г. / под ред. А. А. Северного, Ю. С. Шевченко. – Москва : ONEBOOK.RU, 2013. – С. 27–28.
171. Петрайтене, М. В. Возможности использования проективных методов в изучении личности дошкольников : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Петрайтене Марина Валерьевна. – Воронеж, 2002. – 278 с.
172. Подкорытов, В. С. Качество жизни детей и подростков с психическими расстройствами: проблема оценки / В. С. Подкорытов, Л. Ф. Шестопалова, О. В. Скрынник [и др.] // Соціальна педіатрія. Розділ: «Медико-соціальні аспекти реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи». – Київ, 2001. – Вип. 1. – С. 421–424.
173. Покровский, Д. Г. Способ ранней диагностики эмоциональных и поведенческих расстройств у детей. – Патент № 2305566 ; 2007.
174. Покровский, Д. Г. Способ оценки эффективности лечения у детей с эмоциональными и поведенческими расстройствами. – Патент № 2320377 ; 2008.
175. Положий Б. С. Суициды у детей и подростков в России: современная ситуация и пути ее нормализации [Электронный ресурс] / Б. С. Положий, Е. А. Панченко // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн.

- 2012. – № 2. – Режим доступа: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения 07.05.2013).
176. Попов, Ю. В. Особенности суицидального поведения у подростков : обзор литературы / Ю. В. Попов, А. А. Пичиков // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2011. – № 4. – С. 4–8.
177. Попов, Ю. В. Эмоциональное «выгорание» – только лишь результат профессиональных отношений? / Ю. В. Попов, К. В. Кмить // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2012. – № 2. – С. 98–101.
178. Постальчук, О. Психотерапевтическая роль манипуляций с изобразительными материалами при работе с детьми, имеющими нарушения в развитии / О. Постальчук // Арт-терапия – новые горизонты / под ред. А. И. Копытина. – М.: Когито-Центр, 2006. – С. 142–159.
179. Потапова, О. Н. Социальные проблемы детей с ограниченными возможностями в современной России (региональный аспект) : автореф. дис. ... канд. социол. наук : 22.00.03 / Потапова Ольга Николаевна. – Саратов, 2007. – 14 с.
180. Примоченок, А. А. Экзогенно-органические психические расстройства у подростков (клинико-эпидемиологическое исследование) : дис. ... канд. мед. наук / А. А. Примоченок. – Москва, 2011. – 145 с.
181. Прихожан, А. М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика / А. М. Прихожан. – Москва, 2000. – 158 с.
182. Прохоров, А. О. Методики диагностики и измерения психических состояний личности / А. О. Прохоров. – Москва : ПЕР СЭ, 2004. – 176 с.
183. Пузин, С. Н. Социально-медицинская реабилитация детей-инвалидов / С. Н. Пузин, Н. Ф. Дементьева // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2002. – № 2. – С. 3–6.
184. Пузин, С. Н. Правовые, организационные и методические основы реабилитации детей-инвалидов : руководство / С. Н. Пузин, Д. И. Лаврова, В. А. Доскин, [и др.]. – Москва : Медицина, 2007. – 616 с.
185. Рассказова, Е. И. Биопсихосоциальный подход к пониманию здоровья и болезни / Е. И. Рассказова, А. Ш. Тхостов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2015. – № 2. – С. 17–21.

186. Рачин, А. П. Опыт применения препарата Тенотен детский при головных болях напряжения у подростков в сочетании с синдромом вегетативной дистонии / А. П. Рачин, А. А. Аверченкова // Вестник семейной медицины. – 2010. – № 2. – С. 44–48.
187. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. – Москва : Медиасфера, 2002. – 312 с.
188. Рогов, Е. И. Настольная книга практического психолога : учеб. пособие : в 2-х кн. – 2-е изд., перераб. и доп. – Кн. 2 : Работа психолога со взрослыми. Коррекционные приемы и упражнения. – Москва : ВЛАДОС, 1999. – 480 с.
189. Родин, М. В. Особенности психолого-педагогической диагностики детей с нарушениями зрения [Электронный ресурс] / М. В. Родин, Е. А. Дрягалова // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 3. – Режим доступа: www.science-education.ru/117-13020 (дата обращения: 29.08.2015).
190. Ростомашвили, И. Е. Особенности самосознания подростков в условиях зрительной депривации : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.11 / Ростомашвили Ия Евгеньевна. – Спб., 2000. – 228 с.
191. Рутц, В. Инновационные подходы к охране здоровья населения: в фокусе внимания – личность / В. Рутц // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2012. – № 8. – С. 77–86.
192. Саванин, Д. В. Психическая адаптация и дезадаптация в клинике пограничных нервно-психических расстройств у работников химической промышленности : автореф. дис. ... канд. мед. наук : / Саванин Дмитрий Вильямович. – Томск, 1992. – 24 с.
193. Савенко, Ю. С. Что такое феноменологическое описание / Ю. С. Савенко // Избранные вопросы психиатрии : сб. науч. работ / под общ. ред. Б. Д. Цыганкова. – Москва, 2014. – С. 128–138.
194. Савиных, А. Б. Структура, динамика и профилактика состояний психической адаптации : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Савиных А. Б. – Томск, 1989. – 23 с.
195. Савостьянова, О. Л. Тревожно-фобические расстройства в детском возрасте (Клиника, типология, патогенез) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 /

- Савостьянова Ольга Львовна. – М., 2001. – 24 с.
196. Свистунова, Е. В. Ребенок и болезнь: психологический аспект проблемы / Е. В. Свистунова // Педиатрия. – 2010. – № 3. – С. 29–33.
197. Северный, А. А. Организационные проблемы системы охраны детского психического здоровья / А. А. Северный, Ю. С. Шевченко // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2013. – № 2 (13). – С. 5–11.
198. Семенова, З. Ф. СЗО Психологические рисуночные тесты. Методика «Дом – Дерево – Человек» / З. Ф. Семенова, С. В. Семенова. – Москва : АСТ ; Санкт-Петербург : Сова, 2007. – 190 с.
199. Семичев, С. Б. Предболезненные психические расстройства / С. Б. Семичев. – Ленинград : Медицина, 1987. – 183 с.
200. Семке, В. Я. Превентивная психиатрия / В. Я. Семке. – Томск: Изд-во Томского ун-та, 1999. – 403 с.
201. Семке, В. Я. Основы персонологии / В. Я. Семке. – Москва, 2001. – 476 с.
202. Случевский, Ф. И. Место психосоматических заболеваний в иерархии психических расстройств / Ф. И. Случевский // Материалы VIII Всесоюзного съезда невропатологов, психиатров и наркологов. – Москва, 1988. – Т. 1. – С. 130–131.
203. Собчик, Л. Н. МЦВ – Метод цветowych выборов. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера / Л. Н. Собчик. – Санкт-Петербург : Речь, 2001. – 112 с.
204. Солнцева, Л. И. Современная тифлопедагогика и тифлопсихология в системе образования детей с нарушениями зрения / Л. И. Солнцева. – Москва : Полиграф-Сервис, 1999. – 180 с.
205. Солонский, А. В. Морфологические закономерности ранних стадий развития головного мозга в условиях пренатальной алкоголизации : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.45, 03.00.25 / Солонский Анатолий Владимирович. – Томск, 2008. – 204 с.
206. Сонин, В. А. Учитель как социальный тип личности / В. А. Сонин. – Санкт-Петербург : Речь, 2007. – 395 с.
207. Социальные «портреты» технологических предпринимателей на фоне инновационной экосистемы региона. Случай Томска и Томской области.

- Региональный отчет по результатам проекта «Выявление индивидуальных моделей поведения, влияющих на эффективность деятельности инновационных, высокотехнологических компаний», выполненного по заказу Фонда инфраструктурных и образовательных программ ОАО «РОСНАНО» в 2011–2012 гг / О. Бычкова, Е. Попова. – Центр исследований науки и техники ЕУСПб. – 2012. – 290 с.
208. Спиваковская, А. С. Обоснование психологической коррекции неадекватных родительских позиций / А. С. Спиваковская // Семья и формирование личности / под ред. А. А. Бодалева. – Москва, 1981. – С. 38–45.
209. Старостина, Е. Г. Торонтская шкала алекситимии (20 пунктов): валидизация русскоязычной версии на выборке терапевтических больных / Е. Г. Старостина, Г. Д. Тэйлор, Л. К. Квилти [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – № 4. – С. 31–38.
210. Степанова, М. И. Педагогические технологии как способ профилактики утомления учащихся / М. И. Степанова, З. И. Сазонова, М. А. Поленова, [и др.] // Здоровье населения и среда обитания : инф. бюллетень. – 2012. – С. 7–10.
211. Студеникин, В. М. Применение кортексина в детской неврологии: опыт и перспективы / В. М. Студеникин, Л. А. Пак, В. И. Шелковский и др // Фарматека. – 2008. – № 14. – С. 23–29.
212. Судаков, К. В. Общие закономерности системогенеза / К. В. Судаков // Теория системогенеза / под ред. К. В. Судакова. – Москва, 1997. – С. 7–92.
213. Сухарева, Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста : т. 2 / Г. Е. Сухарева. – Москва : Медгиз, 1959. – 407 с.
214. Сухотина, Н. К. Психическое здоровье детей и определяющие его факторы / Н. К. Сухотина // Журнал неврологии и психиатрии. – 2013. – № 5. – Вып. 2. – С. 16–22.
215. Сычев, О. А. Программы психологической профилактики депрессии у подростков / О. А. Сычев, Т. О. Гордеева // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – № 3. – С. 141–157.
216. Терентьева, Н. П. Особенности психологической защиты у слабослышащих и слабовидящих подростков : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.10 /

- Терентьева Наталья Петровна. – Самара, 2004.
217. Тернер, Дж. Социальное влияние / Дж. Тернер. – Санкт-Петербург : Питер, 2003. – 256 с.
218. Тимошина, Е. Л. Качество жизни: актуальность проблемы и характеристика качества жизни детей с бронхиальной астмой / Е. Л. Тимошина, С. Б. Дугарова // Бюллетень сибирской медицины. – 2009. – № 4. – С. 105–112.
219. Тимофеев, В. И. Краткое руководство практическому психологу по использованию цветового теста М. Люшера / В. И. Тимофеев, Ю. И. Филимоненко. – Изд. 3-е, испр. – Санкт-Петербург : Иматон, 1995. – 29 с.
220. Узбеков, М. Г. Гиперкинетический синдром как проявление нарушений развития моноаминергических систем головного мозга / М. Г. Узбеков // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т. 16. – Вып. 2. – С. 31–43.
221. Урванцев, Л. П. Алекситимия как фактор психосоматических заболеваний [Электронный ресурс] / Л. П. Урванцев. – 2000. – Режим доступа: <http://www.medpsy.ru/meds/meds015.php> (дата обращения 22.01.2015).
222. Усачёва, Е. Л. Клиническая типология суицидального (аутодеструктивного) поведения у детей и подростков, госпитализированных в психиатрический стационар в порядке неотложной помощи / Е. Л. Усачёва, О. Ф. Панкова, И.И. Смирнов // Психиатрия и психофармакотерапия им. П. Б. Ганнушкина. – 2014. – Т. 16. – № 1. – С. 47–52.
223. Филимоненко, Ю. И. Экспресс-методика для оценки эффективности аутотренинга и прогноза успешности деятельности человека / Ю. И. Филимоненко, А. И. Юрьев, В. М. Нестеров // Личность и деятельность / под ред. А. А. Крылова. – Ленинград, 1982.
224. Фролов, Б. С. О феноменологической и функциональной основе состояния в психиатрии / Б. С. Фролов, А. В. Рустанович // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1998. – № 1. – С. 66–68.
225. Фурман, Э. Некоторые трудности диагностики депрессии и суицидальных тенденций у детей [Электронный ресурс] / Э. Фурман // Журнал практической психологии и психоанализ. – 2003. – № 1. – Режим доступа: <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2052>.

226. Холмогорова, А. Б. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра [Электронный ресурс] / А. Б. Холмогорова, С. В. Воликова // Медицинская психология в России : электронный научный журнал – 2012. – № 2. – Режим доступа: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 21.08.2015).
227. Холмогорова, А. Б. Обострение борьбы парадигм в науках о психическом здоровье: в поисках выхода / А. Б. Холмогорова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24. – № 4. – С. 53–61.
228. Хритинин, Д. Ф. Семейно-ориентированный подход к реабилитации лиц с психическими расстройствами / Д. Ф. Хритинин, Д. С. Петров, О. Е. Коновалов [и др.] // Вестник РЗГМУ. – 2009. – № 3. – С. 1–7.
229. Чередникова, Т. В. Психодиагностика нарушений интеллектуального развития у детей и подростков (методика Цветоструктурирование) / Т. В. Чередникова. – Санкт-Петербург : Речь, 2004. – 352 с.
230. Черёмушникова, И. И. Возможности теста Люшера (8 цветовой вариант) в диагностике характерологических и поведенческих особенностей студентов с различным уровнем физической подготовки / И. И. Черёмушникова, Е. В. Витун, Е. С. Петросиенко [и др.] // Вестник ОГУ. – 2010. – № 12 (118). – С. 108–110.
231. Черюканов, А. В. Сравнительный анализ качества жизни детей и подростков по оценкам самих несовершеннолетних и их родителей [Электронный ресурс] / А. В. Черюканов, А. А. Витрищак // Medline.ru : биомедицинский журнал. – Т. 8 : Педиатрия. – Сентябрь 2007. – С. 526–537. – Режим доступа: <http://www.medline.ru/public/art/tom8/art048pdf.phtml>.
232. Чубаровский, В. В. Проблема междисциплинарного взаимодействия при организации первичной и вторичной психопрофилактики у учащихся детского и подросткового возраста в современной России / В. В. Чубаровский, С. В. Катенко // Материалы V Международного конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья», Москва, 24-27 сентября 2013 г. / под ред. А. А. Северного, Ю. С. Шевченко. – Москва : ONEBOOK.RU, 2013. – С. 12–13.

233. Чубаровский, В. В. Динамика «предболезненных» пограничных психических расстройств у лиц подросткового и юношеского возраста по данным наблюдационного исследования / В. В. Чубаровский // Детская психиатрия: современные вопросы диагностики, терапии, профилактики и реабилитации : сб. материалов Всерос. научно-практической конференции с междунар. участием / под ред. Н. Г. Незнанова, И. В. Макарова. – Санкт-Петербург, 2014. – С. 79.
234. Чутко, Л. С. Эффективность применения кортексина в лечении расстройств памяти у детей / Л. С. Чутко, С. Ю. Сурушкина, Е. А. Яковенко [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. – 2011. – № 9(2) . – С.37–40.
235. Шалимов, В. Ф. Опыт применения Тенотена детского у детей с задержкой психического развития / В. Ф. Шалимов // Доктор.ру : науч.-практ. мед. рец. журн. – 2009. – № 4. – С. 75–81.
236. Шалимов, В. Ф. Опыт применения препарата «Тенотен детский» в терапии задержек речевого развития у детей / В. Ф. Шалимов // Детская и подростковая реабилитация – 2013. – №2 (21) – С.53-60
237. Шевченко, Ю. С. Клиническая оценка детской психической патологии в современных классификациях / Ю. С. Шевченко, А. А. Северный // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т. 19. – № 4. – С. 29–33.
238. Шевченко, Ю. С. Полипрофессиональный многоуровневый подход к терапии детей и подростков / Ю. С. Шевченко // Психотерапия. – 2014. – № 11 (143). – С. 16–19.
239. Шерешкова, Е. А. Изучение особенностей отношения к психологическому здоровью у подростков – воспитанников интерната / Е. А. Шерешкова // Вестник КГУ им. Н. А. Некрасова. – 2007. – Т. 13. – С. 134–138.
240. Шимгаева, А. Н. Феномен тревожности у подростков с нарушением зрения : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.10 / Шимгаева Алла Николаевна. – М., 2007. – 199 с.
241. Шипош, К. Значение аутогенной тренировки и биоуправления с обратной связью электрической активностью мозга в терапии неврозов : автореф. дис... канд. мед. наук / Шипош К. – Ленинград, 1980. – 28 с.

242. Шишляникова, Л.М. Применение корреляционного анализа в психологии / Л. М. Шишляникова // Психологическая наука и образование. – 2009. – № 1. – С. 98–107.
243. Шуметов, В. Г. Факторный анализ: подход с применением ЭВМ / В. Г. Шуметов, Л. В. Шуметова. – Орел : ОрелГТУ, 1999. – 88 с.
244. Щеглова, Е. Ю. Особенности образов-представлений, сформированных в условиях зрительной депривации : дис. ... канд. психол. наук / Е. Ю. Щеглова. – Хабаровск, 2005. – 157 с.
245. Эйдемиллер, Э. Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия / Э. Г. Эйдемиллер, И. В. Добряков, И. М. Никольская. – Санкт-Петербург : Речь, 2003. – 336 с.
246. Эйдемиллер, Э. Г. Детская психиатрия : учебник / под ред. Э. Г. Эйдемиллера. – Санкт-Петербург : Питер, 2005. – 1120 с.
247. ЮНИСЕФ. Положение детей в мире, 2013. Дети с ограниченными возможностями. Резюме / United Nations Children's Fund. New York, NY 10017. – 2013. – 26 с.
248. Яныгин, Е. В. Преневротические состояния: клиника, динамика, превенция : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 14.00.18 / Яныгин Евгений Викторович. – Томск, 2003. – 23 с.
249. Agnihotri, K. Validation of WHO QOL-BREF instrument in Indian adolescents / K. Agnihotri, S. Awasthi, H. Chandra, U. Singh, S. Thakur // Indian Journal of Pediatrics. – 2010. – Vol. 77(4). – P. 381–386.
250. Alpaslan, A. H. Association between premenstrual syndrome and alexithymia among Turkish University students / A. H. Alpaslan, K. Avci, N. Soylu, H. U. Taş // Gynecol Endocrinol. – 2014. – Vol. 30 (5). – P. 377–380.
251. American Academy of Pediatrics. Newborn and infant hearing loss: detection and intervention / American Academy of Pediatrics. Task force on newborn and infant hearing // Pediatrics. – 1999. – Vol. 103, N2. – P. 527–530.
252. Angeles-Han, S.T. Development of a vision-related quality of life instrument for children ages 8-18 years for use in juvenile idiopathic arthritis-associated uveitis / S. T. Angeles-Han, K. W. Griffin, M. J. Harrison, T. J. Lehman [et al.] // Arthritis Care Res (Hoboken). – 2011. – Vol. 63 (9). – P. 1254–1261.

253. Annerose, K. Psychological and physical well-being in hearing impaired children / K. Annerose, A. Limberger, W. J. Mann. // *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* – 2007. – Vol. 71 (11). – P. 1747–1752.
254. Asmundson, G. J. Let's get physical: a contemporary review of the anxiolytic effects of exercise for anxiety and its disorders / G. J. Asmundson, M. G. Fetzner, L. B. Deboer, M. B. Powers, M. W. Otto, J. A. Smits // *Depress Anxiety.* – 2013. – Vol. 30. – P. 362–373.
255. Avenevoli, S. Epidemiology of depression in children and adolescents / S. Avenevoli, E. Knight, R. C. Kessler, K. R. Merikangas // In R. Z. Abela, B. L. Hankin *Handbook of depression in children and adolescents.* – New York : Guilford Press, 2007. – P. 6–32.
256. Badalian, L. O. The use of the Lüscher color test for assessing the emotional status of children and adolescents with an organic central nervous system lesion and borderline psychopathology / L. O. Badalian, E. M. Mastiukova, E. A. Korabel'nikova // *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova.* – 1995. – Vol. 95(5). – P. 44–47.
257. Bagby, R. M. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale. Part I: Item selection and cross-validation of the factor structure / R. M. Bagby, J. D. A. Parker, G. J. Taylor // *Journal of Psychosomatic Research.* – 1994. – Vol. 38. – P. 23–32.
258. Bagby, R. M. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: Convergent, discriminant, and concurrent validity / R. M. Bagby, G. J. Taylor, J. D. A. Parker // *J. Psychosom. Res.* – 1994. – Vol. 38. – P. 33–40.
259. Bailly, D. Hearing impairment and psychopathological disorders in children and adolescents. Review of the recent literature / D. Bailly, M. B. Dechoulydelenclave, L. Lauwerier // *Encephale.* – 2003. – Vol. 29(4). – P. 329–337.
260. Bakhla, A. K. Prevalence of psychiatric morbidity in visually impaired children / A. K. Bakhla, V. K. Sinha, V. Verma, S. Sarkhel // *Indian Pediatr.* – 2011. – Vol. 48(3). – P. 225–227.
261. Balázs, J. Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk / J. Balázs, M. Miklósi, A. Keresztény [et al.] // *J Child Psychol Psychiatry.* – 2013. – Vol. 54. – P. 670–677.

262. Baldaçara, L. Common psychiatric symptoms among public school teachers in Palmas, Tocantins, Brazil. An observational cross-sectional study / L. Baldaçara, Á. F. Silva, J.G. Castro, Gde. C. Santos // *Sao Paulo Med J.* – 2015. – Vol. 133(5). – P.435-438.
263. Baldwin, D. S. Developing a European research network to address unmet needs in anxiety disorders / D. S. Baldwin, S. Pallanti, P. Zwanzger // *Revista Brasileira de Psiquiatria.* – 2013. – Vol. 35. – Issue S1. – P. 3–21.
264. Bang, Y. R. Cut-Off Scores of the children's depression inventory for screening and rating severity in Korean adolescents / Y. R. Bang, J. H. Park, S. H. Kim // *Psychiatry Investig.* – 2015. – Vol. 12(1). – P. 23–28.
265. Bannai, A. Long working hours and sleep problems among public junior high school teachers in Japan / A. Bannai, S. Ukawa, A. Tamakoshi // *J Occup Health.* – 2015. –31. – Vol. 57(5) – P. 457-464.
266. Barker, D. H. Predicting behavior problems in deaf and hearing children: The influences of language, attention, and parent–child communication / D. Barker, A. L. Quittner, N. E. Fink [et al.] // *Dev Psychopathol.* – 2009. – Vol. 21(2). – P. 373–392.
267. Barnett, S. Community participatory research to identify health inequities with deaf sign language users / S. Barnett, J. D. Klein, R. Q. Pollard [et al.] // *American Journal of Public Health.* – 2011. – Vol. 101. – P. 2235–2238.
268. Baxter, A. J. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression / A. J. Baxter, K. M. Scott, T. Vos, H. A. Whiteford // *Psychol Med.* – 2013. – Vol. 43. – P. 897–910.
269. Beesdo, K. Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder / K. Beesdo, D. S. Pine, R. Lieb, H. U. Wittchen // *Arch Gen Psychiatry.* – 2010. – Vol. 67. – P.47–57.
270. Bener, A. Is there any association between consanguinity and hearing loss / A. Bener, A. A. Eihakeem, K. Abdulhadi // *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* – 2005. – Vol. 69 (3). – P. 327–333.
271. Berger, S. S. Interpersonal problem areas and alexithymia in adolescent girls with loss of control eating / S. S. Berger, C. Elliott, L. M. Ranzenhofer [et al.] // *Compr Psychiatry.* – 2014. – Vol. 55(1). – P. 170–178.

272. Besharat, M. A. Relationship of alexithymia with coping styles and interpersonal problems / M. A. Besharat // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2010. – Vol. 5. – P. 614–618.
273. Bethell, C. D. A national and state profile of leading health problems and health care quality for US children: key insurance disparities and across-state variations / C. D. Bethell, M. D. Kogan, B. B. Strickland [et al.] // *Acad Pediatr*. – 2011. – Vol. 11(3). – P. 22–33.
274. Björck-Akesson, E. The International Classification of Functioning, Disability and Health and the version for children and youth as a tool in child habilitation/early childhood intervention-feasibility and usefulness as a common language and frame of reference for practice / E. Björck-Akesson, J. Wilder, M. Granlund, M. Pless [et al.] // *Disabil Rehabil*. – 2010. – Vol. 32(1). – P. 125–138.
275. Bittner, A. What do childhood anxiety disorders predict? / A. Bittner, H. L. Egger, A. Erkanli [et al.] // *J Child Psychol Psychiatry*. – 2007. – Vol. 48. – P. 1174–1183.
276. Black P.A. Demographics, psychiatric diagnoses, and other characteristics of North American Deaf and hard-of-hearing inpatients / P. A. Black, N. S. Glickman // *J Deaf Stud Deaf Educ*. – 2006. – Vol. 11(3). – P. 303–321.
277. Bolat, N. Depression and anxiety levels and self-concept characteristics of adolescents with congenital complete visual impairment / N. Bolat, B. Doğangün, M. Yavuz, T. Demir, L. Kayaalp // *Turk Psikiyatri Derg*. – 2011. – Vol. 22(32). – P. 77–82.
278. Bornman, J. The World Health Organization's terminology and classification: application to severe disability / J. Bornman // *Disability and Rehabilitation*. – 2004. – Vol. 26. – P. 182–188.
279. Bourke-Taylor, H. Self-reported mental health of mothers with a school-aged child with a disability in Victoria: A mixed method study / H. Bourke-Taylor, L. Howie, M. Law, J. F. Pallant // *Journal of pediatrics and child health*. – 2011. – Vol. 48. – Issue. 2 – P. 153–159.
280. Boonstra, N. Changes in causes of low vision between 1988 and 2009 in a Dutch population of children / N. Boonstra, H. Limburg, N. Tijmes [et al.] // *Acta Ophthalmol*. – 2012. – Vol. 90 (3). – P. 277–286.

281. Boyechko, V. Suicidal behaviour and its correlates among hearing impaired college students. PhD thesis / V. Boyechko. – Vermillion : University of South Dakota, 1992.
282. Boyle, C. A. Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children, 1997–2008. / C. A. Boyle, S. Boulet, L. A. Schieve, R. A Cohen [et al.] // *Pediatrics*. – 2011. – Vol. 127 (6). – P. 1034–1042.
283. Braich, P. S. Burden and depression in the caregivers of blind patients in India / P. S. Braich, V. Lal, S. Hollands, D. R. Almeida // *Ophthalmology*. – 2012. – Vol. 119(2). – P. 221–226.
284. Brunnberg, E. Self-rated mental health, school adjustment, and substance use in hard-of-hearing adolescents / E. Brunnberg, M. L. Boström // *Deaf Stud Deaf Educ*. – 2008. – Vol. 13(3). – P. 324–335.
285. Browne, G. Children with behavioral/mental health disorders and school mental health nurses in Australia / G. Browne, A. Cashin // *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. – 2012. – Vol. 25. – Issue 1. – P. 17–24.
286. de Bruin, E. The psychotherapist and the sign language interpreter / E. de Bruin, P. Brugmans // *J Deaf Stud Deaf Educ*. – 2006. – Vol. 11(3). – P. 360–368.
287. Bult, M. K. What influences participation in leisure activities of children and youth with physical disabilities? A systematic review / M. K Bult, O. Verschuren, M. J. Jongmans, E. Lindeman, M. Ketelaar // *Research in Developmental Disabilities*. – 2011. – Vol.32. – Issue 5. – P.1521–1529.
288. Burns, R. C. Kinetic Family Drawings (K-F-D): An introduction to understanding children through kinetic drawings / R. C. Burns, S. H. Kaufman. // New York : Brunner/Mazel, 1987.
289. Burns, R. C. Kinetic-house-tree-person drawings (K-H-T-P): an interpretative manual / R. C. Burns. – New York : Brunner/Mazel, 1987. – 213 p.
290. Bussing, R. Keys to Success in ADHD treatment strategies for effective partnering with families [Электронный ресурс] / R. Bussing, A. Lall // *Psychiatric Times*. – 2010. – 2 p. – Режим доступа: <http://www.psychiatrictimes.com/adhd/keys-success-adhd-treatment>
291. Caballo, C. Social skills assessment of children and adolescents with visual impairment: Identifying relevant skills to improve quality of social relationships /

- C. Caballo, M. A. Verdugo // *Psychological Reports*. – 2007. – Vol. 100(3). – P. 1101–1106.
292. Carpenter B. Pedagogically bereft! Improving learning outcomes for children with fetal alcohol spectrum disorders / B. Carpenter // *British Journal of Special Education*. – 2011. – Vol. 38(3). – Issue 1. – P. 37–43.
293. Carvill, S. Sensory impairments, intellectual disability and psychiatry / S. Carvill // *Journal of Intellectual Disability Research*. – 2001. – Vol. 45(6). – P. 467–483.
294. Cass, H. Visual impairment and autism current questions and future research / H. Cass // *Autism*. – 1998. – Vol. 2. – P. 117–138.
295. Castaneda, A. The children's form of the manifest anxiety scale / A. Castaneda, B. R. Mccandless, D. S. Palermo // *Child Dev*. – 1956. – Vol. 27(3). – P. 317–326.
296. Cezar-Vaz, M. R. Mental health of elementary schoolteachers in southern Brazil: Working conditions and health consequences / M. R. Cezar-Vaz, C. A. Bonow, M. C. de Almeida, L. P. Rocha, A. M. Borges // *ScientificWorldJournal*. – 2015. – P. 825-925.
297. Chak, M. The health-related quality of life of children with congenital cataract: findings of the British Congenital Cataract Study / M. Chak, J. S. Rahi // *Br J Ophthalmol*. – 2007. – Vol. 91(7). – P. 922–926.
298. Chapman, S. L. Substance abuse among individuals with intellectual disabilities / S. L. Chapman, Wu Li-Tzy // *Research in Developmental Disabilities*. – 2012. – Vol. 33. – Issue 4. – P. 1147–1116.
299. Chartier, G.M. Adolescent depression: Children's Depression Inventory norms, suicidal ideation, and (weak) gender effects / G. M. Chartier, M. K. Lassen // *Adolescence*. – 1994. – Vol. 29(116). – P. 859–864.
300. Chavira, D.A Child anxiety in primary care: prevalent but untreated / D. A. Chavira, M. B. Stein, K. Bailey, M. T. Stein // *Depress Anxiety*. – 2004. – Vol. 20. – P. 155–164.
301. Cherow, E. Organization resources for families of children with deafness or hearing loss / E. Cherow, D. Dickman, S. Epstein // *Pediatric Clinics of North America*. – 1999. – Vol. 46. – Issue 4. – P. 153–162.
302. Chou, Y. C. Effect of perceived stigmatisation on the quality of life among ageing female family carers: a comparison of careres of adults with intellectual disability and carers of adults with mental illness / Y. C. Chou, C. Y. Pu, Y. C. Lee, L. C.

- Lin, T. Kröger // *Journal of Intellectual Disability Research*. – 2009. – Vol. 53. – P. 654–664.
303. Chronis-Tuscano, A. Very Early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit / A. Chronis-Tuscano; B. S. G. Molina; W. E. Pelham; B. Applegate [et al.] // *Hyperactivity Disorder Arch Gen Psychiatry*. – 2010. – Vol. 67(10). – P. 1044–1051.
304. Coleman, J. C. *The nature of adolescence* / J. C. Coleman, L. Hendry. – London : Routledge, 1999.
305. Conway, C. C. Optimizing prediction of psychosocial and clinical outcomes with a transdiagnostic model of personality disorder / C. C. Conway, C. Hammen, P. A. Brennan // *J Pers Disord*. – 2015. – Vol. 13. – P. 1–22.
306. Costa O.A., Axelsson A., Aniansson G. Hearing loss at age 7, 10 and 13-an audiometric follow-up study / O. A Costa, A. Axelsson, G. Aniansson // *Scand Audiol*. – 1988. – Vol. 30. – P. 25–32.
307. Costello, E. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence / E. Costello, S. Mustillo, E. Erkanli, G. Keeler, A. Angold // *Arch Gen Psychiatry*. – 2003. – Vol. 60. – P. 837–844.
308. Cox, M.J. Families as system / M. J Cox, B. Paley // *Ann. Rev. Psychol*. – 1997. – Vol. 48. – P. 243–267.
309. Craske, M.G. *Origins of phobias and anxiety disorders: why more women than men?* / M. G. Craske. – Amsterdam : Elsevier, 2003. – 299 p.
310. Crawley, S. A. Somatic complaints in anxious youth / S. A. Crawley, N. E. Caporino, B. Birmaher, G. Ginsburg [et al.] // *Child Psychiatry Hum Dev*. – 2014. – Vol. 45(4). – P. 398–407.
311. Critchfield, A. B. Suicide intervention with hearing impaired adolescents. In *Innovations in the habilitation and rehabilitation of Deaf adolescents* / A. B. Critchfield, F. Morrison, W. M. Quinn // *Selected proceedings of the second national conference on the habilitation and rehabilitation of Deaf Adolescents*. Edited by Anderson GB, Watson D. Arkansas: American Deafness and Rehabilitation Association. – 1987. – P. 187–203.

312. Darrow, S. M. A behavior analytic interpretation of alexithymia / S. M. Darrow, W. C. Follette // *Journal of Contextual Behavioral Science*. – 2014. – Vol. 3. – Issue 2. – P. 98–108.
313. Davidson, J. Epidemiologic pattern in childhood hearing loss / J. Davidson, M. L. Hyde, P. W. Alberti // *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. – 1989. – Vol. 17. – P. 239–266.
314. Davis, S. E. The PedsQL™ in pediatric patients with Duchenne Muscular Dystrophy: Feasibility, reliability, and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Neuromuscular Module and Generic Core Scales / S. E. Davis, L. S. Hynan, C. A. Limbers [et al.] // *Journal of Clinical Neuromuscular Disease*. – 2010. – Vol. 11. – P. 97–109.
315. Dear, B. F. Internet-delivered cognitive behavioural therapy for depression: a feasibility open trial for older adults / B. F. Dear, J. Zou, N. Titov, C. Lorian, L. Johnston // *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. – 2013. – Vol. 47(2) – P. 169–176.
316. Deb, S. The effectiveness of aripiprazole in the management of problem behaviour in people with intellectual disabilities, developmental disabilities and/or autistic spectrum disorder – A systematic review / S. Deb, B. K. Farmah, E. Arshad, T. Deb, M. Roy, G. L. Unwin // *Res Dev Disabil*. – 2014. – Vol. 35(3). – P. 711–725.
317. Denzin, N. K. *The research act: A theoretical introduction to sociological methods* / N. K. Denzin. – NJ: New Brunswick Transaction Publishers, 2009.
318. Donfrancesco, R. Attention-deficit/hyperactivity disorder and alexithymia: a pilot study / R. Donfrancesco, M. Di Trani, P. Gregori [et al.] // *Atten defic hyperact disord*. – 2013. – Vol. 5(4). – P. 361–367.
319. Dudzinski, E.F. *An analysis of administrative response patterns to suicide ideation among deaf young adults. PhD thesis* / E.F. Dudzinski. – Washington DC : Gallaudet University, 1998.
320. Egberts, K. M. Therapeutic drug monitoring in child and adolescent psychiatry / K. M. Egberts, C. Mehler-Wex, M. Gerlach // *Pharmacopsychiatry*. – 2011. – Vol. 44(6). – P. 249–253.
321. Eiser, C. *Children's perceptions of health and illness* / C. Eiser. – Singapore : Harwood Academic Publishers, 1997.

322. van Eldik, T. Mental health problems of Dutch youth with hearing loss as shown on the Youth Self Report / T. van Eldik // *Am Ann Deaf.* – 2005. – Vol. 150(1). – P. 11–16.
323. Engel-Yeger, B. Comparison of memory and meta-memory abilities of children with cochlear implant and normal hearing peers / B. Engel-Yeger, D. Durr, N. Josman // *Disability and Rehabilitation.* – 2011. – Vol. 33(9). – P. 770–777.
324. Ercan, E. S. Is the prevalence of ADHD in Turkish elementary school children really high? / E. S. Ercan, Ö. Bilaç, T. Uysal Özaslan, L. A. Rohde // *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* – 2015. – Vol. 50 (7). – P. 1145–1152.
325. Erling, A. Methodological considerations in the assessment of health-related quality of life in children / A. Erling // *Acta Paediatr.* – 1999. – Vol. 88. – Suppl. 428. – P. 106–107.
326. Essau, C.A. Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents / C. A. Essau, J. Conradt, F. Petermann // *J Anxiety Disord.* – 2000. – Vol. 14. – P. 263–279.
327. Esbjorn, B. H. Anxiety levels in clinically referred children and their parents: Examining the unique influence of self-reported attachment styles and interview-based reflective functioning in mothers and fathers / B. H. Esbjorn, S. H. Pedersen, S. I. Daniel [et al.] // *Br J Clin Psychol.* – 2013. – Vol. 52 (4). – P. 394–407.
328. Everett, J. S. Relationship between physical disabilities or long-term health problems and health risk behaviors or conditions among US high school students / J. S. Everett, D. J. Lollar // *J Sch Health.* – 2008. – Vol. 78 (5). – P. 252–257.
329. Ezpeleta, L. Epidemiology of psychiatric disability in childhood and adolescence / L. Ezpeleta, G. Keeler, A. Erkanli, E. J. Costello, A. Angold // *J Child Psychol Psychiatry.* – 2001. – Vol. 42. – P. 901–914.
330. Fagerlund, Å. Adaptive behavior in children and adolescents with fetal alcohol spectrum disorders: a comparison with specific learning disability and typical development / Å. Fagerlund, I. Autti-Rämö, M. Kalland, P. Santtila [et al.] // *European Child & Adolescent Psychiatry.* – 2012. – Vol. 21(4). – P. 221–231.
331. Fan, R. J. A study on the kinetic family drawings by children with different family structures / R. J. Fan // *The International Journal of Arts Education InJAE, C NTAEC.* – 2012. – Vol. 10.1. – P. 173–204.

332. Fanaj, N. Suicidal tendencies in a community sample of adolescents in the region of prizren / N. Fanaj, B. Fanaj, F. Drevinja, I. Poniku // Abstracts of the 21 European Congress of Psychiatry, 6-9 April 2013. – Nice : France, 2013. – P. 622.
333. Fazzi, E. Sleep disturbances in visually impaired toddlers / E. Fazzi, M. Zaccagnino, S. Gahagan, C. Capsoni, S. Signorini, G. Ariaudo, J. Lanners, S. Orcesi // *Brain Dev.* – 2008. – Vol. 30(9). – P. 572–578.
334. Fellingner, J. Correlates of mental health disorders among children with hearing impairments / J. Fellingner, D. Holzinger, H. Sattel, D. Goldberg // *Developmental medicine and child neurology.* – 2009. – Vol. 51. – Issue. 8. – P. 635.
335. Fellingner, J. Mental health of deaf people / J. Fellingner, D. Holzinger, R. Pollard // *Lancet.* – 2012. – Vol. 379 (9820). – P. 1037–1044.
336. Fernandes, M.H. Impact of the psychosocial aspects of work on the quality of life of teachers / M.H. Fernandes, V.M. da Rocha // *Rev. Bras. Psiquiatr.* – 2009. – Vol. 31(1). – P. 15–20.
337. du Feu, M. Prelingually profoundly deaf schizophrenic patients who hear voices: a phenomenological analysis / M. du Feu, P. McKenna // *Acta Psychiatrica Scandinavica.* – 1999. – Vol. 97. – P. 1–9.
338. du Feu, M. Sensory impairment and mental health / M. du Feu, K. Fergusson // *Advances in Psychiatric Treatment.* – 2003. – Vol. 9. – P. 95–103.
339. Finch, A. J. Children's Depression Inventory: reliability over repeated administrations / A. J. Finch, C. F. Saylor, G. L. Edwards, J. A. McIntosh // *Journal of Clinical Child Psychology.* – 1987. – Vol. 16(4). – P. 339–341.
340. Flick, U. Mapping the field / U. Flick (Ed.) // *The Sage handbook of qualitative data analysis.* – London : Sage, 2014. – P. 3–18.
341. Fonagy, P. Psychoanalytic dialogues / P. Fonagy, M. Target // *The International Journal of Relational Perspectives.* – 1998. – Vol. 8. – Issue 1. – P. 87–114.
342. Fournier, C.J. Modeling caregivers' perceptions of children's need for formal care: physical function, intellectual disability, and behavior / C.J. Fournier, M.J. Davis, A. Patnaik [et al.] // *Disabil Health J.* 2010. – Vol. 3(3). – P. 213–221.
343. Franić, S. Childhood and adolescent anxiety and depression: beyond heritability / S. Franić, C. M. Middeldorp, C.V. Dolan, L. Ligthart, D.I. Boomsma // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* – 2010. – Vol. 49. – P. 820–829.

344. Friedman, N. D. Assessment and management of patients with intellectual disabilities by psychiatric consultants / N. D. Friedman, K. J. Shedlack // *Psychosomatics*. – 2011. – Vol. 52 (3). – P. 210–257.
345. Gal, E. Relationships between stereotyped movements and sensory processing disorders in children with and without developmental or sensory disorders / E. Gal, M. J. Dyck, A. Passmore // *Am J Occup Ther*. – 2010. – Vol. 64(3). – P. 453–461.
346. Gandhi, B. Anxiety in the pediatric medical setting / B. Gandhi, S. Cheek, J. V. Campo // *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. – 2012. – Vol. 21. – P. 643–653.
347. Gatta, M. Alexithymia, psychopathology and alcohol misuse in adolescence: a population based study on 3556 / M. Gatta, I. Facca, E. Colombo1 [et al.] // *Teenagers Neuroscience & Medicine*. – 2014. – Vol. 21. – P. 60–71.
348. Gaynes, B. N. Attention-deficit/hyperactivity disorder: identifying high priority future research needs / B. N. Gaynes, R. Christian, L. M. Saavedra [et al.] // *J Psychiatr Pract*. – 2014. – Vol. 20(2). – P. 104–117.
349. van Gent, T. Prevalence and correlates of psychopathology in a sample of deaf adolescents / T. van Gent, A. W. Goedhart, P. Hindley, P. D. Treffers // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2007. – Vol. 48(9). – P. 950–958.
350. Gentili, N. Mental health in children with severe hearing impairment / N. Gentili, A. Holwell // *Advances in Psychiatric Treatment*. – 2011. – Vol. 17. – P. 54–62.
351. Ghassemzadeh, L. Prevalence of Internet addiction and comparison of Internet addicts and non-addicts in Iranian high schools / L. Ghassemzadeh, M. Shahraray, A. Moradi, // *CyberPsychology & Behavior*. – 2008. – Vol. 11. – P. 731–733.
352. Gotlib, I. H. Symptoms versus a diagnosis of depression: Differences in psychosocial functioning / I. H. Gotlib, P. M. Lewinsohn, I. R. Seeley // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1995. – Vol. 63. – P. 90–100.
353. Grady, B. Promises and limitations of telepsychiatry in rural adult mental health care / B. Grady // *World Psychiatry*. – 2012. – Vol. 11. – P. 199–201.
354. Gregory, A. M. Juvenile mental health histories of adults with anxiety disorders / A. M. Gregory, A. Caspi, T. E. Moffitt, K. Koenen, T. C. Eley, R. Poulton // *Am J Psychiatry*. – 2007. – Vol. 164. – P. 301–308.

355. Gregory, A. M. C. Genetic influences on anxiety in children: what we've learned and where we're heading / A. M. Gregory, T. C. Eley // *Clin Child Family Psychol Rev.* – 2007. – Vol. 10. – P. 199–212.
356. Grönqvist, S. Association between visual impairment and functional and morphological cerebral abnormalities in full-term children / S. Grönqvist, O. Flodmark, K. Tornqvist, G. Edlund, A. Hellström // *Acta Ophthalmol Scand.* – 2001. – Vol. 79(2). – P. 140–146.
357. Jones, C. R. A multimodal approach to emotion recognition ability in autism spectrum disorders / C. R. Jones, A. Pickles, M. Falcato [et al.] Charman // *J Child Psychol Psychiatry.* – 2010. – Vol. 18.
358. Hamblion, E. L. The health-related quality of life of children with hereditary retinal disorders and the psychosocial impact on their families / E. L. Hamblion, A. T. Moore, J. S. Rahi // *Invest Ophthalmol Vis Sci.* – 2011. – Vol. 52 (11). – P. 7981–7986.
359. Hauser, P. C. Hard-of-hearing, deafness and being deaf. In treating neurodevelopmental disabilities: clinical research and practice / P. C. Hauser, K. E. Wills, P. K. Isquith, J. E. Farmer, J. Donders, S. Warschausky // Guilford Press. – 2006. – P. 119–131.
360. Haviland, M. G. A California q-set alexithymia prototype and its relationship to ego-control and ego-resiliency / M. G. Haviland, S. P. Reise // *Journal of Psychosomatic Research.* – 1996. – Vol. 41. – P. 597–608.
361. Heiberg, Ar. A possible genetic contribution to alexithymia traits / Ar. Heiberg, As. Heiberg // *Ibid.* – 1978. – Vol. 30 (3–4). – P. 205–210.
362. Herer, G. R. Intellectual Disabilities and Hearing Loss / G. R. Herer // *Communication Disorders Quarterly.* – 2012. – Vol. 33. – P. 252–260.
363. Hettrema, J. M. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders / J. M. Hettrema, M. C. Neale, K. S. Kendler // *American J Psychiatry.* – 2001. – Vol. 158. – P. 1568–1578.
364. Hill, A. Research into telehealth applications in speech-language pathology / A. Hill, D. Theodoros // *J Telemed Telecare.* – 2002. – Vol. 8. – P. 187–196.
365. Hill-Briggsa, F. Neuropsychological assessment of persons with physical disability, visual impairment or blindness, and hearing impairment or deafness / F.

- Hill-Briggs, J. G. Dialb, D. A. Morerec, A. Joyced // *Archives of Clinical Neuropsychology*. – 2007. – Vol. 22. – Issue 3. – P. 389–404.
366. Hindley, P. *Child and adolescent psychiatry* / P. Hindley, N. Kitson // *Mental Health and Deafness*. – London: Whurr Publishers, 2000. – chapter 3.
367. Hintermair, M. Health-related quality of life and classroom participation of deaf and hard-of-hearing students in general schools / M. Hintermair // *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. – 2011. – Vol. 16(2). – P. 254–271.
368. Hodges, K. Depression and anxiety in children: A comparison of self-report questionnaires to clinical interview / K. Hodges // *Psychological Assessment*. – 1990. – Vol. 2 (4). – P. 376–381.
369. Hogan, A. Communication and behavioural disorders among children with hearing loss increases risk of mental health disorders / A. Hogan, M. Shipley, L. Strazdins // *Australian and New Zealand journal of public health*. – 2011. – Vol. 35. – Issue. 4. – P. 377–383.
370. Holtz, P. Internet use and video gaming predict problem behavior in early adolescence / P. Holtz, M. Appel // *J Adolesc*. – 2011. – Vol.34. – P. 49–58.
371. Hopkins, E. E. Symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder, nonsyndromic orofacial cleft children, and dopamine polymorphisms: a pilot study / E. E. Hopkins, M. L. Wallace, Y. P. Conley, M. L. Marazita // *Biol Res Nurs*. – 2015. – Vol. 17(3). – P. 257–262.
372. Hoppe, K. D. Hemispheric specialization and creativity / K. D. Hoppe // *Psychiatr. Clin. North Amer*. – 1988. – Vol. 11(3). – P. 303–315.
373. Hovens, J. G. F. M. Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders / J. G. F. M. Hovens, E. J. Giltay, J. E. Wiersma [et al.] // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2012. – Vol. 126. – Issue. 3. – P.198–207.
374. Huber, M. Health-related quality of life of Austrian children and adolescents with cochlear implants / M. Huber // *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. – 2005. – Vol. 69(8). – P. 1089–1101.
375. Jayakody, K. Exercise for anxiety disorders: systematic review / K. Jayakody, S. Gunadasa, C. Hosker // *Br J Sports Med*. – 2013. – Vol. 48 (3). – P. 187–196.

376. Joukamaaa, M. A. Epidemiology of alexithymia among adolescents / M. A. Joukamaaa, J. Taanilab, J. T. Miettunenc, M. Karvonenc, J. V. Koskinend // *Journal of Psychosomatic Research*. –2007. – Vol. 63. – P. 373–376.
377. Ihle, W. Prävalenz, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede psychischer Störungen vom Grundschul– bis ins frühe Erwachsenenalter / W. Ihle, G. Esser, M. H. Schmidt, B. Blanz // *Z Klein Psychol Psychother*. – 2000. – Vol. 29. – P. 263–275.
378. Ihle, W. Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes– und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. Epidemiology of mental disorders in childhood and adolescence: prevalence, course, co-morbidity and gender differences / W. Ihle, G. Esser // *Psychol Rundschau*. – 2002. – Vol. 53. – P. 159–169.
379. Ipser, J. C. Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents [Электронный ресурс] / J. C. Ipser, D. J Stein, S. Hawkrigde, L. Hoppe // *Cochrane Database Syst Rev*. – 2009. – CD005170. – Режим доступа: doi: 10.1002/14651858.CD005170.pub2 (дата обращения: 17.08.2014)
380. Kancherla, M. V. Childhood vision impairment, hearing loss and co-occurring autism spectrum disorder / M. V. Kancherla, K. V. N. Braun, M. Yeargin-Allsopp // *Disability and Health Journal*. – 2013. – Vol. 6. – Issue 4. – P. 333–342.
381. Kapur, N. Introduction to suicide and self–harm. / N. Kapur, L. Gask // *Psychiatry*. – 2006. – Vol. 5. – P. 259–262.
382. Karukivi M., Pölönen T., Vahlberg T., Saikkonen S., Saarijärvi S. Stability of alexithymia in late adolescence: results of a 4-year follow-up study // *Psychiatry Res*. – 2014. – Vol. 219 (2). – P. 386–390.
383. Kazanovich, Y. An Oscillatory Neural Model of Multiple Object Tracking / Y. Kazanovich, R. Borisjuk // *Neural Computation*. – 2006. – Vol. 18. – P. 1413–1440.
384. Kazdin, A. E. Adolescent mental health: Prevention and treatment programs / A. E. Kazdin // *American Psychologist*. – 1993. – Vol. 48 (2). – P. 127–141.
385. Keilmann, A. Psychological and physical well-being in hearing-impaired children / A. Keilmann, A. Limberger, W. Mann // *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. – 2007. – Vol. 71. – P. 1747–1752.

386. Keller, E. D. Junior high school and additional elementary school normative data for the children's manifest anxiety scale / E. D. Keller, V. N. Rowley // *Child Dev.* – 1962. – Vol. 33. – P. 675–681.
387. Khan, S. A. Therapeutic options in the management of sleep disorders in visually impaired children: a systematic review / S. A. Khan, H. Heussler, T. McGuire [et al.] // *Clin Ther.* – 2011. – Vol. 33(2). – P. 168–181.
388. Khemakhem K., Ayedi H., Moalla Y., Yaich S., Hadjkacem I., Walha A., Damak J., Ghribi F. Psychiatric comorbidity related to children with attention deficit hyperactivity disorder at schools in Sfax, Tunisia // *Encephale.* – 2015. – Vol. 41(1). – P. 56–61.
389. Kirkpatrick, T. A feasibility open trial of internet-delivered cognitive-behavioural therapy (iCBT) among consumers of a non-governmental mental health organisation with anxiety / T. Kirkpatrick, L. Manoukian, B. F. Dear, L. Johnston, N. Titov // *Peer J.* – 2013. – Vol. 1. – P. 210.
390. Koelch, M. Ethical issues in psychopharmacology of children and adolescents / M. Koelch, K. Schnoor, J. M. Fegert // *Curr Opin Psychiatry.* – 2008 – Vol. 21(6). – P. 598–605.
391. Kovacs, M. Rating scales to assess depression in school aged children / M. Kovacs // *Acta Paedopsychiatr.* – 1981. – Vol. 46. – P. 305–315.
392. Kovacs, M. The Children's Depression Inventory (CDI) manual North Tanawanda. – New York : Multi-Health Systems, 1992.
393. Kreyssig, M. Die funktionale Diagnose als aktueller diagnostischer Ansatz in der Psychiatrie / M. Kreyssig // *Wiss. Z. Karl-Marx-Univ.* – 1982. – Vol. 31 (2). – P. 150–158.
394. Kuperman, S. Relationship of child psychopathology to parental alcoholism and antisocial personality disorder / S. Kuperman, S. Schlosser, J. Lidral, W. Reich // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* – 1999. – Vol. 38. – P. 686–692.
395. Купріянова, І. Є. Дистанційне консультування (телепсихіатрія) як технологія реабілітації дітей та підлітків з обмеженими можливостями здоров'я / І. Є. Купріянова, Б. А. Дашієва, І. С. Карауш // *Український вісник психоневрології* – 2014. – Vol. 22. – Issue 4(81). – P. 140–143.

396. Kvam, M. H. Mental health in deaf adults: symptoms of anxiety and depression among hearing and deaf individuals / M. H. Kvam, M. Loeb, K. Tambs // *J Deaf Stud Deaf Educ.* – 2007. – Vol. 12(1). – P. 1–7.
397. Landgraf, J. M. Measuring Health Outcomes in Pediatric Populations: Issues in Psychometrics and Application / J. M. Landgraf, L. Abetz // In: B Spilker, ed. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials.* – Second Edition. – Philadelphia: Lippincott-Raven Publ, 1996.
398. Langer, D. A. Mental health service use in schools and non-school-based outpatient settings: comparing predictors of service use / D. A. Langer, J. J. Wood, P. A. Wood [et al.]// *School Ment Health.* – 2015. – Vol. 7(3). –P.161–173.
399. Larun, L. Exercise in prevention and treatment of anxiety and depression among children and young people / L. Larun, L. V. Nordheim, E. Ekeland [et al.] // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2006. – CD004691.
400. Law, M. Participation of children with physical disabilities: relationships with diagnosis, physical function, and demographic variables / M. Law, S. Finkelman, P. Hurley, P. Rosenbaum [et al.] // *Scandinavian Journal of Occupational Therapy.* – 2004. – Vol. 11(4). – P. 156–162.
401. O’Leary, C. Intellectual disability: population-based estimates of the proportion attributable to maternal alcohol use disorder during pregnancy / C. O’Leary, H. Leonard, J. Bourke, H. D’Antoine, A. Bartu, C. Bower // *Developmental Medicine & Child Neurology.* – 2013. – Vol. 55. – Issue. 3. – P. 271–277.
402. Leung, L. Net-generation attributes and seductive properties of the internet as predictors of online activities and internet addiction / L. Leung // *CyberPsychology & Behavior.* – 2004. – Vol. 7. – P. 333–348.
403. Libal, G. Psychopharmacological treatments in childhood and adolescence / G. Libal, K. Schmeck // *Ther Umsch.* – 2009. – Vol. 66(6). – P. 467–474.
404. Limbers, C. A. Patient-reported Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0 Generic Core Scales in pediatric patients with Attention-deficit / hyperactivity disorder and comorbid psychiatric disorders: feasibility, reliability and validity / C. A. Limbers, J. Ripperger-Suhler, R. W. Heffer, J. W. Varni // *Value in Health.* – 2011. – Vol. 14. – P. 521–530.

405. Lin, C. Y. The remediation of hearing deterioration in children with large vestibular aqueduct syndrome / C. Y. Lin, S. L. Lin, C. C. Kao, J. L. Wu // *Auris Nasus Larynx*. – 2005. – Vol. 32(2). – P. 99–105.
406. Lipsitt, L. P. A self-concept scale for children and its relationship to the children's form of the manifest anxiety scale / L. P. Lipsitt // *Child Dev* – 1958. – Vol. 29(4). – P. 463–472.
407. Liu, T. Potenza, Problematic Internet Use: Clinical Implications / T. Liu, N. Marc // *CNS Spectrums*. – 2007. – Vol. 12(6). – P. 453–466.
408. Lollar, D. J. Diagnosis to function: classification for children and youths / D. J. Lollar, R. J. Simeonsson // *J Dev Behav Pediatr*. – 2005. – Vol. 26(4). – P. 323–330.
409. Ludi, E. Suicide risk in youth with intellectual disabilities: the challenges of screening / E. Ludi, E. D. Ballard, R. Greenbaum [et al.] // *J Dev Behav Pediatr*. – 2012. – Vol. 33(5). – P. 431–440.
410. Luminet, O. A multimodal investigation of emotional responding in alexithymia / O. Luminet, B. Rimé, R. M. Bagby, G. Taylor // *Cognition & Emotion*, – 2004. – Vol. 18(6). – P. 741–766.
411. McLeod, B. D. Examining the association between parenting and childhood anxiety: a meta-analysis / B. D. McLeod, J. J. Wood, J. R. Weisz // *Clin Psychol Rev*. – 2007. – Vol. 27. – P. 155–172.
412. Malberg, N. T. The contemporary psychodynamic developmental perspective / N. T. Malberg., L. C. Mayes // *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. – 2013. – Vol. 22(1). – P. 33–49.
413. Marshall, M. Problematizing Impairment: Cultural Competence in the Carolines / M. Marshall // *Ethnology*. – 1996. – Vol. 35 (4). – P. 249–263.
414. Mash, E. J. *Abnormal child psychology* / E. J. Mash, D. A. Wolfe. – Belmont: Thomson Wadsworth, 2005.
415. Maslach, C. *Maslach Burnout Inventory Manual* / C. Maslach, S. E. Jackson, M. P. Leiter – Palo Alto, California : Consulting Psychological Press, Inc., 1996.
416. Mashima, P. A. Overview of telehealth activities in speech-language pathology / P. A. Mashima, C. R. Doarn // *Telemed e-Health*. – 2008. – Vol. 14. – P. 1101–1117.

417. Matson, J. L. Scaling methods to measure psychopathology in persons with intellectual disabilities / J. L. Matson, B. C. Belva, M. A. Hattier, M. L. Matson // *Res Dev Disabil.* –2012. – Vol. 33(2). – P. 549–562.
418. Mattila, A. K. Age is strongly associated with alexithymia in the general population / A. K. Mattila, Salminen, J. K. Nummi T., M. Joukamaa // *J Psychosom Res.* – 2006. – Vol. 61(5). – P. 629–635.
419. Matza, L. S. Assessment of Health-related Quality of Life in Children: A Review of Conceptual, Methodological and Regulatory Issues / L. S. Matza, A. R. Swensen, E. M. Flood // *Value in Health.* – 2004. – Vol. 7(1). – P. 79–92.
420. McLeod, B. D. Examining the association between parenting and childhood anxiety: a meta-analysis / B. D. McLeod, J. J Wood, J. R. Weisz // *Clin Psychol Rev.* – 2007. – Vol. 27. – P. 155–172.
421. Medeiros, K. The progression of severe behavior disorder in young children with intellectual and developmental disabilities / K. Medeiros, T. W. Curby, A. Bernstein, J. Rojahn, S. R Schroeder // *Res Dev Disabil.* – 2013. – Vol. 34(11). – P. 3639–3647.
422. Meins, E. Linguistic acquisitional style and mentalising development: the role of maternal mind-mindedness / E. Meins, C. Fernyhough // *Cognitive Development.* – 1999. – Vol. 14. – P. 363–380.
423. Meinzen-Derr, J. Autism spectrum disorders in 24 children who are deaf or hard of hearing *International* / J. Meinzen-Derr, S. Wiley, S. Bishop [et al.] // *Journal of Pediatric Otorhinolaryngology.* – 2014. – Vol. 78. – Issue. 1. – P. 112–118.
424. Mejstad, L. Mental health and self-image among deaf and hard of hearing children. / L. Mejstad, K. Heiling, C. G. Svedin // *Am Ann Deaf.* – 2009. – Vol. 153(5). – P. 504–515.
425. Memišević, H. Attention deficit hyperactivity disorder in children with intellectual disability in Bosnia and Herzegovina / H. Memišević, O. Sinanović // *Coll Antropol.* – 2015. – Vol. 39(1). – P. 27–31.
426. Merikangas, K. R. Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001–2004 NHANES / K. R. Merikangas, J. P. He, D. Brody [et al.] // *Pediatrics.* – 2010. – Vol. 125. – P. 75–81.

427. Merikangas, K. R. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A) / K. R. Merikangas, J. P. He, M. Burstein [et al.] // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. – 2010. – Vol. 49. – P. 980–989.
428. Merrick, J. A review of suicidality in persons with intellectual disability / J. Merrick, E. Merrick, Y. Lunskey, I. Kandel // *Isr J Psychiatry Relat Sci*. – 2006. – Vol. 43(4). – P. 258–264.
429. Mezzich, J. Clinical Complexity and person-centered integrative diagnosis / J. Mezzich., I. Salloum // *World Psychiatry*. – 2008. – Vol. 7(1).
430. Mikkelsen, S. S. A cohort study of leisure time physical activity and depression / S. S. Mikkelsen, J. S. Tolstrup, E. M. Flachs [et al.] // *Preventive Medicine*. – 2010. – Vol. 51. – P. 471–475.
431. Missiuna, C. A. Partnering for change: an innovative school-based occupational therapy service delivery model for children with developmental coordination disorder / C. A. Missiuna, N. A. Pollock, D. E. Levac, W. N. Campbell [et al.] // *Can J Occup Ther*. – 2012. – Vol. 79(1). – P. 41–50.
432. Mitchell, R. E. Chasing the mythical ten percent: parental hearing status of deaf and hard of hearing students in the United States / R. E. Mitchell, M. A. Karchmer // *Sign Language Studies*. – 2004. – Vol. 4. – P. 138–163.
433. Moores D. F. *Educating the Deaf: Psychology, Principles and Practices* / D. F. Moores. – Houghton Mifflin, 1987.
434. Moy, F. M. Determinants and effects of voice disorders among secondary school teachers in Peninsular Malaysia Using a Validated Malay Version of VHI-10 / F. M. Moy, V. C. Hoe, N. N. Hairi, A. H. Chu, A. Bulgiba, D. Koh // *PLoS One*. – 2015. – Vol. 10 (11). – e0141963.
435. Movahedi, A. Differences in socialization between visually impaired student-athletes and non-athletes / A. Movahedi, H. Mojtahedi, F. Farazyani // *Research in Developmental Disabilities*. – 2011. – Vol. 32. – Issue. 1. – P. 58–62.
436. Mukaddes, N. M. Autism in visually impaired individuals / N. M. Mukaddes, A. Kilincaslan, G. Kucukyazici, T. Sevketoglu, S. Tuncer // *Psychiatry Clin Neurosci*. – 2007. – Vol. 61(1). – P. 39–44.

437. Muller, N. Psychoneuroimmunology and the cytokine action in the CNS: implications for psychiatric disorders / N. Muller, M. Ackenheil // *J. Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 1 (22). – P. 1–33.
438. Muñoz-Solomando, A. Cognitive behavioural therapy for children and adolescents / A. Muñoz-Solomando, T. Kendall, C. J. Whittington // *Curr Opin Psychiatry.* – 2008. – Vol. 21(4). – P. 332–337.
439. Muris, P. Children's somatization symptoms: correlations with trait anxiety, anxiety sensitivity, and learning experiences / P. Muris, C. Meersters // *Psychol Rep.* – 2004. – Vol. 94. – P. 1269–1275.
440. Murray, L. Intergenerational transmission of social anxiety: the role of social referencing processes in infancy / L. Murray, M. de Rosnay, J. Pearson, C. Bergeron, E. Schofield, M. Royal-Lawson // *Child Dev.* – 2008. – Vol. 79. – P. 1049–1064.
441. Myck-Wayne, J. Serving and supporting young children with a dual diagnosis of hearing loss and autism: the stories of four families / Myck-Wayne J., Robinson S., Henson E. // *Am Ann Deaf.* – 2011. – Vol. 156(4). – P. 379–390.
442. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2009: With special feature on medical technology (DHHS Publication No. 2010–1232). [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.cdc.gov/nchs/data/abus/abus09.pdf> (дата обращения: 13.02.2015).
443. Nelson, S. Alcohol, host defense and society / S. Nelson, J. K. Kolls // *Nat. Rev.* – 2002. – Vol. 2. – P. 205.
444. Ng, S. An institutional ethnography inquiry of health care work in special education: a research protocol / S. Ng, S. Stooke, S. Regan, K. Hibbert., C. Schryer, S. Phelan, L. Lingard // *Int J Integr Care.* – 2013. – Vol. 18. – P. 13.
445. Ng, M. Y. Annual Research Review: Building a science of personalized intervention for youth mental health [Электронный ресурс] / M. Y. Ng, J. R Weisz // *J Child Psychol Psychiatry.* – 2015. – Vol. 15. – Режим доступа: doi: 10.1111/jcpp.12470 (дата обращения: 13.02.2015).
446. Nielsen, L. S. Visual dysfunctions and ocular disorders in children with developmental delay. I. prevalence, diagnoses and aetiology of visual impairment /

- L. S. Nielsen, L. Skov, H. Jensen // *Acta Ophthalmol Scand.* – 2007. – Vol. 85(2). – P. 149–156.
447. Nock, M. K. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication / M. K. Nock, I. Hwang, N. A. Sampson, R. C. Kessler // *Mol Psychiatry.* – 2010. – Vol. 15. – P. 868–876.
448. Nolen-Hoeksema, S. Sex differences in depression and explanatory style in children / S. Nolen-Hoeksema, J. S. Girgus, M. E. Seligman // *Journal of Youth, adolescence.* – 1991. – Vol. 20. – P. 233–245.
449. Norrby, U. Reliability and validity of the swedish version of child health questionnaire / U. Norrby, L. Nordholm, A. Fasth // *Scand J Rheumatol.* – 2003. – Vol. 32(2). – P. 101–107.
450. Oades, R. D. The role of norepinephrine and serotonin in ADHD // In: *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: From Genes to Animal Models to Patients* / R. D. Oades, D. Gozal, D. L. Molfese. – Totowa, New Jersey: Humana Press, 2005. – P. 97–130.
451. Oades, R. D. The control of responsiveness in ADHD by catecholamines: evidence for dopaminergic, noradrenergic, and interactive roles / R. D. Oades, A. G. Sadile, T. Sagvolden [et al.] // *Developmental Science.* – 2005. – Vol. 8. – P. 122–131.
452. Ogonowski, J. Inter-rater reliability in assigning ICF codes to children with disabilities / J. Ogonowski, R. Kronk, C. Rice, H. Feldman // *Disability and Rehabilitation.* – 2004. – Vol. 26. – P. 353–361.
453. Olatunji, B. O. Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review / B. O. Olatunji, J. M. Cisler, D. F. Tolin // *Clin Psychol Rev.* – 2007. – Vol. 27. – P. 572–581.
454. Ollendick, T. H. Fears in visually-impaired and normally-sighted youths / T. H. Ollendick, J. L. Matson, W. J. Helsel // *Behaviour Research and Therapy.* – 1985. – Vol. 23. – Issue. 3. – P. 375–378.
455. Oster, G. D. Using drawings in assessment and therapy: A guide for mental health professionals / G. D. Oster, P. G. Crone. – New York: Brunner-Routledge, 2004.

456. Özyazıcıoğlu, N. Social support and anxiety levels of parents with disabled children. / N. Özyazıcıoğlu, G. Buran // *Rehabil Nurs.* – 2014. – Vol. 39(5). – P. 225–231.
457. Paley, B. / B. Paley, M. J. O'Connor // *Res Health.* – 2011. – Vol. 34(1). – P. 64–75.
458. Panepinto, J. A. PedsQL™ Sickle Cell Disease Module: Feasibility, reliability and validity / J. A. Panepinto, S. Torres, C. B. Bendo [et al.] // *Pediatric Blood & Cancer.* – 2013. – Vol. 60. – P. 1338–1344.
459. Papageorgiou, V. Differences in Parents' and Teachers' Ratings of ADHD Symptoms and Other / V. Papageorgiou, E. Kalyva, V. Dafoulis, P. Vostanis // *Mental Health Problems Eur. J. Psychiat.* – 2008. – Vol. 22(4). – P. 200–210.
460. Parker, A. T. Chapter four – communication development of children with visual impairment and deaf blindness: a synthesis of intervention research / A. T. Parker, S. E. Ivy // *International Review of Research in Developmental Disabilities.* – 2014. – Vol. 46. – P. 101–143.
461. Pastor, P. Association between diagnosed ADHD and selected characteristics among children aged 4-17 years: United States, 2011–2013 / P. Pastor, C. Reuben, C. Duran, L. Hawkins // *NCHS Data Brief.* – 2015. – Vol. 201. – P. 201.
462. Pearl, P. L. International Telemedicine Consultations for Neurodevelopmental Disabilities / Pearl P. L., Sable C., Evans S. [et al.] // *Telemed J E Health.* – 2014. – Vol. 24.
463. Petit, C. Psychoanalytic psychotherapy assessment in a child and adolescent mental health setting: an exploratory study / C. Petit, N. Midgley // *Clin Child Psychol Psychiatry.* – 2008. – Vol. 13(1). – P. 139–155.
464. Petrou, S. Health status and health-related quality of life preference-based outcomes of children who are aged 7 To 9 years and have bilateral permanent childhood hearing impairment / S. Petrou, D. McCann, C. M. Law, P. M. Watkin [et al.] // *Pediatrics.* – 2007. – Vol. 120(5). – P. 1044–1052.
465. Plenty, S. Psychosocial working conditions: an analysis of emotional symptoms and conduct problems amongst adolescent students / S. Plenty, V. Ostberg, Y. B. Almquist, L. Augustine, B. Modin // *J Adolesc.* – 2014. – Vol. 37(4). – P. 407–417.

466. Potard, C. Validation of the french version of the suicidal ideation questionnaire among adolescents / C. Potard, V. Kubiszewski, G. Gimenes, R. Courtois // *Psychiatry research*. – 2014. – Vol. 215. – Issue 2. – P. 471–476.
467. Punch, R. Social participation of children and adolescents with cochlear implants: A qualitative analysis of parent, teacher, and child interviews / R. Punch, M. Hyde // *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. – 2011. – Vol. 16(4). – P. 474–493.
468. Puri, S. Burden of ocular and visual disorders among pupils in special schools in Nepal / S. Puri, D. Bhattarai, P. Adhikari, J. B. Shrestha, N. Paudel // *Arch Dis Child*. – 2015. – pii: archdischild–2014–308131.
469. Putnam, R. D. *Bowling alone: The collapse and revival of American community* / R. D. Putnam. – N.Y.: Simon&Schuster, 2000. – 171 p.
470. Ranta, K. Social phobia in Finnish general adolescent population: prevalence, comorbidity, individual and family correlates, and service use / K. Ranta, R. Kaltiala-Heino, P. Rantanen, M. Marttunen // *Depress Anxiety*. – 2009. – Vol. 26. – P. 528–536.
471. Rapee, R. M. Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment / R. M. Rapee, C. A. Schniering, J. L. Hudson // *Annu Rev Clin Psychol*. – 2009. – Vol. 5. – P. 311–341.
472. Reiss, A. L. Childhood developmental disorders: an academic and clinical convergence point for psychiatry, neurology, psychology and pediatrics / A. L. Reiss // *J Child Psychol Psychiatry*. – 2009. – Vol. 50 (1–2). – P. 87–98.
473. Rennie, B. A longitudinal study of neuropsychological functioning and academic achievement in children with and without signs of attention-deficit/hyperactivity disorder / B. Rennie, M. Beebe-Frankenberger, H. L. Swanson // *J Clin Exp Neuropsychol*. – 2014. – Vol. 36 (6). – P. 621–635.
474. Rieffe, C. An alexithymia questionnaire for children: Factorial and concurrent validation results / C. Rieffe, P. Oosterveld, M. M. Terwogt // *Personality and Individual Differences*. – 2006. – Vol. 40. – Issue. 1. – P. 123–133.
475. Rieffe, C. Assessing empathy in young children: Construction and validation of an Empathy Questionnaire (EmQue) / C. Rieffe, L. Ketelaar, C. H. Wiefferink // *Personality and Individual Differences*. – 2010. – Vol. 49. – Issue. 5. – P. 362–367.

476. Rodriguez, K. A. Suicidal Ideation in Anxiety-Disordered Youth: Identifying Predictors of Risk / K. A. Rodriguez., P. C. Kendall // *J Clin Child Adolesc Psychol.* – 2014. – Vol. 43 (1). – P. 51–62.
477. Roest, A. M Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis / A. M. Roest, E. J. Martens, P. de Jonge, J. Denollet // *J Am Coll Cardiol.* – 2010. – Vol. 56. – P. 38–46.
478. de Rosnay, M. Transmission of social anxiety from mother to infant: an experimental study using a social referencing paradigm / M. de Rosnay, P. J. Cooper, N. Tsigaras, L. Murray // *Behav Res Ther.* – 2006. – Vol. 44. – P. 1165–1175.
479. Rush, A. J. Expert consensus guidelines: Treatment of psychiatric and behavioral problems in mental retardation / A. J. Rush, A. Frances // *American Journal on Mental Retardation.* – 2000. – Vol. 105 (3).
480. Russell, M. The influence of sociodemographic characteristics on familial alcohol problems: Data from a community sample / M. Russell, M. L. Cooper, M. R. Frone // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research.* – 1990. – Vol. 14. – P. 221–226.
481. Russell, P. S. ADad 5: The Co-morbidity in anxiety disorders among adolescents in a rural community population in India / P. S. Russell, M. K. Nair Mammen, N. Chembagam [et al.] // *Indian J Pediatr* – 2013. – Vol. 80. – Suppl. 2. – 139–143.
482. Salleha, N. M. How and why the visually impaired students socially behave the way they do / N. M. Salleha, K. Zainalb // *Procedia –Social and Behavioral Sciences.* – 2010. – Vol. 9. – P. 859–863.
483. Salum, G. A The multidimensional evaluation and treatment of anxiety in children and adolescents: rationale, design, methods and preliminary findings / G. A. Salum, L. R. Isolan, V. L. Bosa [et al.] // *Rev Bras Psiquiatr.* – 2011. – Vol. 33. – P. 181–195.
484. Salum, G. A. Pediatric anxiety disorders: from neuroscience to evidence-based clinical practice / G. A Salum, D. A. Desousa, M. C. Rosário [et al.] // *Rev Bras Psiquiatr.* 2013. – Vol. 35. – Suppl 1. – P. 3–21.

485. Samadi, S. A. Parental wellbeing of Iranian families with children who have developmental disabilities / S. A. Samadi, R. McConkey, B. Bunting // *Res Dev Disabil.* – 2014. – Vol. 35(7). – P. 1639–1647.
486. Santosh, P. J. Psychopharmacotherapy in children and adults with intellectual disability / P. J. Santosh, G. Baird // *Lancet* 1999. – Vol. 354(9174). – P.233–242.
487. Schore, A. N. The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. / A. N. Schore // *Special Issue: Contributions from the Decade of the Brain to Infant Mental Health.* – 2001. –Vol. 22. – Issue 1–2. – P. 201–269.
488. Scimeca, G. The Relationship between Alexithymia, Anxiety, Depression, and Internet Addiction Severity in a Sample of Italian High School Students [Электронный ресурс] / G. Scimeca, A. Bruno, L. Cava, G. Pandolfo, M. R. A. Muscatello, R. Zoccali // *The Scientific World Journal.* – 2014. – Article ID 504376. – Режим доступа: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/504376> (дата обращения: 07.03.2015)
489. Seifert, E. Periphere Horstorungen im Kindesalter-Ergebnisse einer evidenzbasierten / E. Seifert, S. Brosch, A. G. Dinnesen, A. Keilmann [et al.] // *Konsensuskonferenz. HNO.* – 2005. – Vol. 53 – P. 376–382.
490. Sifneos, P. E. Alexithymia: past and present / P. E. Sifneos // *American Journal of Psychiatry.* – 1996. – Vol. 153. – P. 137–142.
491. Sehlo, M. G. Depression and quality of life in children with sickle cell disease: the effect of social support / M. G. Sehlo, H. Z. Kamfar // *BMC Psychiatry.* – 2015. – Vol. 15. – P. 78.
492. Singh, S. P. Transition from child to adult mental health services: needs, barriers, experiences and new models of care / S. P. Singh, H. Tuomainen // *World Psychiatry.* – 2015. – Vol. 14:3 – P. 358–361.
493. Simeonsson, R. J. Applying the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to measure childhood disability / R. J. Simeonsson, M. Leonardi, D. Lollar, E. Björck-Akesson, J. Hollenweger, A. Martinuzz // *Disabil Rehabil.* – 2003. – Vol. 25 (11–12). – P. 602–610.

494. Simeonsson, R. J. ICF and ICD codes provide a standard language of disability in young children / R. J. Simeonsson, A. A. Scarborough, K. M. Hebbeler // *Journal of Clinical Epidemiology*. – 2006. – . Vol. 59. – P. 365–373.
495. Shimshock, C. M. Suicidal thought in the adolescent: Exploring the relationship between known risk factors and the presence of suicidal thought / C. M. Shimshock, R. A. Williams, B.-J. B. Sullivan // *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. – 2011. – Vol. 24. – Issue 4. – P. 237–244.
496. Shobana, M. Comparative study on attitudes and psychological problems of mothers towards their children with developmental disability / M. Shobana, C. Saravanan // *East Asian Arch Psychiatry*. – 2014. – Vol. 24(1). – P. 16–22.
497. Skendi, V. Overprotective parenting and anxiety of children presented at albanian child and adolescent psychiatry clinic / V. Skendi, V. Alikaj, E. Spaho, A. Suli // *Abstracts of the 21 European Congress of Psychiatry, 6–9 April 2013*. – Nice: France, 2013. – P. 2139.
498. Skrbić, R. Impact of hearing impairment on quality of life of adolescents / R. Skrbić, V. Milankov, M. Veselinović , A. Todorović // *Med Pregl*. – 2013. – Vol. 66 (1–2). – P. 32–39.
499. Slayter, E. Understanding and overcoming barriers to substance abuse treatment access for people with mental retardation / E. Slayter // *Journal of Social Work and Disability Rehabilitatio*. – 2008. – Vol. 7 (2). – P. 63–80.
500. Smith, E. R. Agent-Based Modeling: A New Approach for Theory Building in Social Psychology / E. R. Smith, F. R. Conrey // *Personality and Social Psychology Review*. – 2007. – Vol. 11 (1). – P. 87–104.
501. Sobanski, E. Emotional lability in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): clinical correlates and familial prevalence / E. Sobanski, T. Banaschewski, P. Asherson [et al.] // *J Child Psychol Psychiatry*. – 2010. – Vol. 51 (8). – P. 915–923.
502. Sourander, A. Psychopharmacological treatment of child and adolescent psychiatric inpatients in Finland / A. Sourander, H. Ellil, M. Vдлімдкі, E. T. Aronen // *J Child Adolesc Psychopharmacol*. – 2002. – Vol. 12 (2). – P. 147–155.
503. Stanley, B. Cognitive-Behavioral Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP): Treatment model, feasibility, and acceptability / B. Stanley, G. Brown, D. A. Brent

- [et al.] // *Journal of the American Academy of Psychiatry*. – 2009. – Vol. 48 (10). – P. 1005–1013.
504. Steel, K. P. Deafness genes: expressions of surprise / K. P. Steel, T. J. Bussoli // *Trends in Genetics*. – 1999. – Vol. 15. – P. 207–211.
505. Stegmann, B. Hyperkinetic disorders in childhood and adolescence—an analysis of KinderAGATE 2009–2012 / B. Stegmann, C. A. Rexroth, K. Wenzel-Seifert, E. Haen // *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. – 2015. – Vol. 43 (2). – P. 101–114.
506. Stenström, C. Late effects on ear disease in otitis-prone children: a long-term follow-up study / C. Stenström, L. Ingvarsson // *Acta Otolaryngol*. – 1995. – Vol. 115 (5). – P. 658–663.
507. Stinson, M. S. Adolescents who are deaf or hard of hearing: a communication perspective on educational placement / M. S. Stinson, K. A. Whitmire // *Topics in Language Disorders*. – 2000. – Vol. 20. – P. 58–72.
508. Stores, G. Sleep disorders in visually impaired children / G. Stores, P. Ramchandani // *Developmental Medicine & Child Neurology*. – 1999. – Vol. 41 (5). – P. 348–352.
509. Suarez Ordoñez, R. M. Behavioral health screening and intervention for women in Argentina: a preliminary model for the childbearing years / R. M. Suarez Ordoñez, J. Cesolari, C. Ofelia, I. Villavicencio, H. E. Jones // *Int J Womens Health*. – 2015. – Vol. 7. – P. 635–643.
510. Sun, H. P. Secular trends of reduced visual acuity from 1985 to 2010 and disease burden projection for 2020 and 2030 among primary and secondary school students in China / H. P. Sun, A. Li, Y. Xu, C. W. Pan // *JAMA Ophthalmol*. – 2015. – Vol. 133 (3). – P. 262–268.
511. Tajfel, H. The social identity theory of intergroup behavior / H. Tajfel, J. C. Turner / S. Worchel, W. G. Austin (Eds.) // *Psychology of intergroup relations*. – Chicago : Nelson-Hall, 1986. – 2nd ed. . – P. 7–24.
512. Taylor, G. J. Toward the development of a new self-report alexithymia scale / G. J. Taylor, D. P. Ryan, R. M. Bagby // *Psychotherapy and Psychosomatics*. – 1985. – Vol. 44. – P. 191–199.

513. Taylor, G. J. New trends in Alexithymia research / G. J. Taylor, R. M. Bagby // *Psychotherapy and Psychosomatics*. – 2004. – Vol. 73. – P. 68–77.
514. Termote, J. The incidence of visually impaired children with retinopathy of prematurity and their concomitant disabilities / J. Termote, N. E. Schalijs-Delfos, A. R. Donders, B. P. Cats // *J AAPOS*. – 2003 – Vol. 7 (2). – P. 131–136.
515. Thara, R. Мобильная телепсихиатрия в Индии / R. Thara, J. Sujit // *World Psychiatry*. – 2013. – Vol. 2. – P. 80.
516. Theodoros, D. G. Telerehabilitation for service delivery in speech-language pathology / D. G. Theodoros // *J Telemed Telecare*. – 2008. – Vol. 14. – P. 221–224.
517. Theodoros, D. G. A new era in speech-language pathology practice: innovation and diversification / D. G. Theodoros // *Int J Speech Lang Pathol*. – 2012. – Vol. 14. – P. 189–199.
518. Theunissen, S. C. P. M. Depression in hearing-impaired children International / S. C. P. M. Theunissen, C. Rieffe, M. Kouwenberg, W. Soede, J. J. Briaire, J. H. M. Frijns // *Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. – 2011. – Vol. 75, Issue 10. – P. 1313–1317.
519. Theunissen, S. C. Psychopathology and its risk and protective factors in hearing-impaired children and adolescents: a systematic review / S. C. Theunissen, C. Rieffe, A. P. Netten, J. J. Briaire, W. Soede, J. W. Schoones, J. Frijns // *JAMA Pediatr*. – 2014. – Vol. 168 (2). – P. 170–177.
520. Timimi, S. Outcome Orientated Child and Adolescent Mental Health Services (OO-CAMHS): A whole service model / S. Timimi, D. Tetley, W. Burgoine, G. Walker // *Clin Child Psychol Psychiatry*. – 2013. – Vol. 18 (2). – P. 169–184.
521. Tirosh, E. Behavioural problems among visually impaired between 6 months and 5 years / E. Tirosh, M. R. Shnitzer, M. Davidovitch, A. Cohen // *Int J Rehabil Res*. – 1998. – Vol. 21 (1). – P. 63–69.
522. Tomori, M. Sport and physical activity as possible protective factors in relation to adolescent suicide attempts / M. Tomori, B. Zalar // *International journal of sport psychology*. – 2000. – Vol. 31. – P. 405–413.

523. Torres, V. M. F. K. Quality of life in adolescents with hearing deficiencies and visual impairments / V. M. F. K. Torres, C. L. A. Marinho, C.G. G. de Oliveira, S. C. M. Vieira // *Int. Arch. Otorhinolaryngol.* – 2013. – Vol.17 (2).
524. van Tuijl, L. A. Implicit and explicit self-esteem and their reciprocal relationship with symptoms of depression and social anxiety: A longitudinal study in adolescents / L. A. van Tuijl, P. J. de Jong, B. E. Sportel, E. de Hullu, M. H. Nauta // *J Behav Ther Exp Psychiatry.* – 2013. – Vol. 45 (1). – P. 113–121.
525. Tulbure, B. T. Internet treatment for social anxiety disorder in Romania: study protocol for a randomized controlled trial / B. T. Tulbure, K. N. Månsson, G. Andersson // *Trials.* – 2012. – Vol. 13. – P. 202.
526. Turner, O. Suicide in deaf populations: a literature review / O. Turner, W. Kirsten, N. Kapur // *Annals of General Psychiatry.* – 2007. – Vol. 6. – P. 26.
527. Twenge, J. M. Age, gender, race, socioeconomic status and birth cohort differences on the Children's Depression Inventory: a meta-analysis / J. M. Twenge, S. Nolen-Hoeksema // *Journal of Abnormal Psychology.* – 2002. – Vol. 111 (4). – P. 578–588.
528. Tyrer, P. Nidotherapy: a new approach to the treatment of personality disorder / P. Tyrer // *Acta Psychiatr Scand.* – 2002. – Vol. 105. – P. 469–471.
529. Tyrer, P. Nidotherapy in the treatment of substance misuse, psychosis and personality disorder: secondary analysis of a controlled trial / P. Tyrer, K. Milošeska, C. Whittington // *The Psychiatrist.* – 2011. – Vol. 35 (1). – P. 9–13.
530. Vaccari, C. Communication between parents and deaf children: implications for social-emotional development / C. Vaccari, M. Marschark // *J Child Psychol Psychiatry.* – 1997. – Vol. 38(7). – P. 793–801.
531. Varni, J. W. The PedsQL™ Family impact model: Preliminary reliability and validity / J. W. Varni, S. A. Sherman, T. M. Burwinkle, P. E. Dickinson, P. Dixon // *Health Qual Life Outcomes.* – 2004. – Vol. 2. – P. 55.
532. Varni, J. W. Effect of Aripiprazole 2 to 15 mg/d on health-related quality of life in the treatment of irritability associated with Autistic Disorder in children: A post hoc analysis of two controlled trials / J. W. Varni, J. W. Handen, P. K. Corey-Lisle [et al.] // *Clinical Therapeutics.* – 2012. – Vol. 34. – P. 980–992.

533. Vasconcellos A. P. Societal-level Risk Factors Associated with Pediatric Hearing Loss: A Systematic Review / A. P. Vasconcellos, S. Colello, M. E. Kyle, J. J. Shin // *Otolaryngol Head Neck Surg.* – 2014. – Vol. 26.
534. Velde, J. Neural correlates of alexithymia: A meta-analysis of emotion processing studies / J. Velde, M. N. Servaas, K. S. Goerlich [et al.] // *Neuroscience & Biobehavioral Reviews.* – 2013. – Vol. 37 (8). – P. 1774–1785.
535. Venkadesan, R. Comparison of health related quality of life of primary school deaf children with and without motor impairment / R. Venkadesan, G. R. Finita // *Ital J Pediatr.* – 2010. – Vol. 36. – P. 75.
536. Viecili, M. A. Reliability and validity of the pediatric Quality of Life inventory with individuals with intellectual and developmental disabilities / M. A. Viecili, J. A. Weiss // *Am J Intellect Dev Disabil.* – 2015. – Vol. 120 (4). – P. 289–301.
537. Wake, M. Parent-reported health-related quality of life in children with congenital hearing loss: A population study / M. Wake, E. K. Hughes, C. M. Collins, Z. Poulakis // *Ambul Pediatr.* – 2004. – Vol. 4(5). – P. 411–417.
538. Walkup, J. T. Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety / J. T. Walkup, A. M. Albano., J. Piacentini [et al.] // *N Engl J Med.* – 2008. – Vol. 359. – P. 2753–2766.
539. Warburg, M. Why are the blind and severely visually impaired children with mental retardation much more retarded than the sighted children? / M. Warburg // *Acta Ophthalmol Suppl.* – 1983. – Vol. 157. – P. 72–81.
540. Waters, E. B. Health-related quality of life of children with acute lymphoblastic leukemia: comparison and correlations between parent and clinician reports / E. B. Waters, M. A. Wake, K. D. Hesketh // *Int J Cancer.* – 2003. – Vol. 103 (4). – P. 514–518.
541. Wee, R. Sleep disturbances in young subjects with visual dysfunction / R. Wee, R. N. Van Gelder // *Ophthalmology.* – 2004. – Vol. 111(2). – P. 297–302.
542. Weise, K. Funktionale Diagnose bei chronisch psychisch Kranken / K. Weise // *Rehabilitation chronisch-psychiatrisch Kranken – Diagnose, Prognose, Therapie.* – Hannover, 1984. – P. 36–56.
543. Weissberg-Benchell, J. Pediatric health-related quality of life: Feasibility, reliability and validity of the PedsQL™ Transplant Module / J. Weissberg-

- Benchell, Z. T. Eielinski, S. Rodgers [et al.] // *American Journal of Transplantation*. – 2010. – Vol. 10. – P. 1677–1685.
544. Wengel, T. Sleep and sensory characteristics in young children with fetal alcohol spectrum disorder / T. Wengel, A. C. Hanlon-Dearman, B. Brenda, O. Dip // *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. – 2011. – Vol. 32. – Issue 5 – P. 384–392.
545. Wiersma, J. E. The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults / J. E Wiersma, J. G. Hovens, P. Van Oppen // *J Clin Psychiatry*. – 2009. – Vol. 70. – P. 983–989.
546. Williams, A. E. Are child anxiety and somatization associated with pain in pain-related functional gastrointestinal disorders? / A. E. Williams, D. I. Czyzewsky, M. M. Self, R. J. Shulman // *J Health Psychol*. – 2013. – Vol. 22. – P. 80-93.
547. Wills, L. Hearing impairment / L. Wills, K. Wills // *In developmental and behavioral Pediatrics: A handbook for primary care* / S. Parker, B. Zuckerman, M. Augustyn. – Lippincott : Williams & Wilkins, 2005. – P. 215–221.
548. Whitehead, E. Telemedicine as a means of effective speech evaluation for patients with cleft palate / E. Whitehead, V. Dorfman, G. Tremper [et al.] // *Ann Plast Surg*. – 2012. – Vol. 68 (4). – P. 415–417.
549. Whitmore M. J. Generalized Anxiety Disorder and Social Anxiety Disorder in Youth: Are They Distinguishable? / M. J. Whitmore, J. Kim-Spoon, T.H. Ollendick // *Child Psychiatry Hum. Dev*. – 2014. – Vol. 45 (4). – P. 456–463.
550. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization // *Soc Sci Med*. – 1995. – Vol. 41. – P. 1403–1410.
551. Wohlfarth, T. Psychofarmaca in de kinderen jeugdpsychiatrie / T. Wohlfarth // *MGv*. – 2007. – Vol. 3. – P. 229–230.
552. Wolitzky-Taylor, K. Longitudinal investigation of the impact of anxiety and mood disorders in adolescence on subsequent substance use disorder onset and vice versa / K. Wolitzky-Taylor, L. Bobova, R. E. Zinbarg, S. Mineka, M. G. Craske // *Addict Behav*. – 2012. – Vol. 37. – P. 982–985.

553. Woll, B. Mental Capital and Wellbeing: Making the Most of Ourselves in the 21st Century. State-of-Science Review: SR-D5 Deafness and Hearing Impairment / B. Woll – Foresight : UK Government Office for Science, 2008.
554. Woodward, L. J. Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence / L. J. Woodward, D. M. Fergusson // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. – 2001. – Vol. 40. – P. 1086–1093.
555. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [Электронный ресурс]. – Geneva : World Health Organization, 2001. – 299 p. – Режим доступа: http://psychiatr.ru/download/1313?view=1&name=ICF_18.pdf (дата обращения 22.01.2014)
556. World Health Organization. Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health. ICF [Электронный ресурс]. – Geneva : World Health Organization, 2002. – 229 p. – Режим доступа: <http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf> (дата обращения 22.01.2014)
557. World Health Organization: Telemedicine: opportunities and developments in Member States. Report on the second global survey on eHealth [Электронный ресурс]. – Geneva : World Health Organization, 2010.– Режим доступа: http://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf (дата обращения 22.08.2014)
558. World Health Organization. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020. – Geneva : World Health Organization. – 2013. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf (дата обращения 22.08.2014)
559. Wojtowicz A.A., Banez G.A. Adolescents with chronic pain and associated functional disability: A descriptive analysis. // J Child Health Care. – 2015. – Vol. 19 (4). – P. 478–484
560. Yamamah, G. A. Prevalence of visual impairment and refractive errors in children of South Sinai, Egypt / G. A. Yamamah, A. A. Talaat Abdel Alim, Y. S. Mostafa [et al.] // Ophthalmic Epidemiol. – 2015. – Vol. 22(4). – P. 246–252.

561. Yen, C. F. The relation between family adversity and social anxiety among adolescents in Taiwan: effects of family function and self-esteem / C. F. Yen, P. Yang, Y. Y. Wu, C. P. Cheng // *J Nerv Ment Dis.* – 2013. – Vol. 201(11) – P. 964–970.
562. Zarem, S. Signs of connection. Working with deaf parents and hearing children in a nursery setting / S. Zarem // *Psychoanal Study Child.* – 2003. – Vol. 58. – P. 228–245.
563. Zeitlin, S. Interhemispheric transfer deficit and alexithymia / S. Zeitlin, R. Lane, D. O’Leary // *Amer. J. Psychiatry.* – 1989. – Vol. 146 (11). – P. 1434–1439.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

БАЗИСНАЯ КАРТА ИССЛЕДУЕМОГО.

Фамилия, имя, отчество -----

Год рождения-----

Возраст на момент обследования-----

Класс

Диагноз (основной)

Диагноз (психиатрический)

Заключение ПМПК

1. Анамнез

1.1 Особенности микросоциального окружения в детстве: 1- семья, 2- неполная семья, 3- удочерение (усыновление), 4- опекун, 5- воспитание неродным родителем, 6- воспитание в интернате,

1.2 Условия воспитания: 1- гармоничное, 2- гипоопека, 3- гиперопека, 4- воспитание в атмосфере культа болезни, 5- противоречивое воспитание, 6- конфликтная семья, 7- алкоголизм родителей

1.3 Наличие тиков, расстройств сна, энуреза, навязчивых движений

1.4 Психотравматизация в анамнезе: 0- отсутствует, 1- однократная, 2- повторная, 3- хроническая

1.5 Характер психотравмы: _____

1.6 Качественная характеристика реакции на стресс: 1- преобладание эмоциональных нарушений, 2- преобладание психомоторных реакций, 3- преобладание психосоматических реакций, включая вегетативные расстройства, 4- расстройства сознания, 5- поведенческие девиации

1.7. Особенности коммуникации учащегося в дошкольном возрасте 1 - легко сходился со сверстниками; 2 - предпочитал общество взрослых; 3 - избегал незнакомых людей; 4 - предпочитал играть один.

1.8. Индивидуальные особенности пациента в школьном возрасте

Позиция в отношениях со сверстниками: 1)- дистанцирующаяся; 2) - навязчивая; 3) – уравновешенная; 4) – стремление к лидерству; 5) – подчиняемое положение; 6) – "жертва", 7) – оппозиционное;

успеваемость: 1) - высокая; 2) – низкая; 3) – средняя;

отношения с родителями: 1) - конфликтные; 2) - зависимые; 3) - формирование коалиций в родительской семье; 4) - адекватные возрасту; 5) – отгороженность.

2. Сомато-органические особенности

2.1 Акушерский анамнез матери: 0- без особенностей, 1- патология _____

2.2 Антенатальный период (беременность матери): 0- без особенностей, 1- патология _____

2.3 Перинатальный период: 0- без особенностей, 1- патология _____

2.4 Период (до 3-х лет): 0- без патологии, 1- патология _____

2.5 Оценка раннего развития: 1- своевременное, 2- задержанное, 3- дисгармоничное.

2.6 Наличие других расстройств: 0- нет, 1- заикание, 2- энурез, 3- сноговорение, снохождение, 4- страхи

2.7 Экзогенные вредности и заболевания: 0- нет, 1- лёгкая черепно-мозговая травма, 2- ЧМТ средней степени тяжести, 3- тяжёлая ЧМТ, 4- детские инфекции с общемозговыми и менингеальными проявлениями, 7- оперативное вмешательство под местной анестезией, 8- оперативное вмешательство под наркозом, 9- глистные и протозойные инвазии (в т.ч. описторхоз), 10 другие _____

2.8 Патология внутренних органов: 0- нет, 1) _____

3. Нарушения поведения: 0- отсутствуют, 1- агрессивное, 2- систематическое нарушение дисциплины дома, в школе, 3- делинквентное поведение (алкоголизация, курение, побеги из дома, наркотики, суицидальность), 4 _____

4. Семейная отягощённость: 0- наследственность психопатологически не отягощена, 1- отягощённость патохарактерологическими признаками, 2- алкоголизмом, 3- суицидами, 4- психозами, 5- злокачественными новообразованиями, 6-по основному заболеванию, 7 - другими

Психический статус

Результаты исследования:

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Шкала депрессии Марии Ковак

Шкала алекситимии

Опросник суицидального риска

ТЕСТ ЛЮШЕРА

ШКАЛА СМАС

ОПРОСНИК БАССА-ДАРКИ

РИСУНОК СЕМЬИ (заключение)

РИСУНОК «ДОМ. ДЕРЕВО. ЧЕЛОВЕК» (заключение)

ДИНАМИКА (результаты предыдущего психологического исследования)

Приложение 2
ВОПРОСНИК-ХАРАКТЕРИСТИКА ДЛЯ УЧИТЕЛЯ

ФИО ученика _____ класс _____

Дублировал классы _____ учился в других школах _____

Продолжительность обучения у данного учителя _____

Какие трудности в обучении или в поведении имеются _____

Успеваемость (по каким предметам) _____

Очень хорошо по _____

Средне по _____

Справляется с трудом по _____

Плохо по _____

В чем, на Ваш взгляд, причина проблем с учебой (недоразвитие школьных навыков, недоразвитие речи, частые пропуски по болезни, отсутствие условий для занятий дома, недостаточно развитые предпосылки для успешного усвоения материала – плохая память, невнимательность, чрезмерная подвижность, неусидчивость и др.) _____

Характер затруднений (постоянные, временные) _____

Как относится к своим неудачам в обучении (безразлично, тяжело переживает, стремится преодолеть затруднения или становится пассивным, теряет интерес к работе или проявляет усилия по преодолению учебных трудностей и т.п.) _____

Какие виды помощи применялись учителем для преодоления обнаруженных трудностей (усиление контроля и помощи при выполнении классных заданий, облегчение и индивидуализация заданий при фронтальной работе класса, дополнительные занятия после уроков, дополнительные задания на дом, указания родителям, как помочь ребенку при выполнении домашних заданий) _____

Нуждается в занятиях у логопеда (да, нет, занимался, не занимался) _____

Понимает ли ребенок требования учителя _____

Как работает ребенок в классе (может ли он активно, целенаправленно работать, отвечать на вопросы и задавать вопросы в случае непонимания) _____

Работоспособность (если плохая, то как проявляется: отвлекаемость, рассеянность, плохая концентрация внимания, увеличение количества ошибок к концу урока, занятий, сонливость, покраснение, потливость, жалобы на головную боль и т.п.) _____

Особенности развития познавательных процессов (восприятия, памяти, мышления, воображения) и речи _____

Общая характеристика личности учащегося (положительные и отрицательные стороны личности и характера) _____

Наличие пропусков занятий и их причина _____

Наличие вредных привычек _____

Что известно об отношениях в его семье (моральная атмосфера в семье, есть ли условия для занятий, отношение родителей к успеваемости ребенка, вредные привычки у родителей) _____

Как Вы оцениваете поведение ученика по сравнению с поведением его сверстников:*хуже**также**лучше*

Поведение вообще _____

В классе _____

В семье _____

Отношение к сверстникам-мальчикам _____

Отношение к сверстникам-девочкам _____

Отношение к старшим _____

Другие важные на Ваш взгляд характеристики _____

ПОВЕДЕНИЕ В КЛАССЕ	ПОВЕДЕНИЕ СРЕДИ СВЕРСТНИКОВ
Отвлекаем, трудно сосредоточиться	Сторонится других
Отказывается отвечать устно	Ребята его отвергают, не принимают
Подвижен и неусидчив	Избегает коллективных игр
Подавлен и угрюм	Стремится быть среди сверстников
Часто раздражителен, злой	Легко становится лидером
Оптимистичный	Любит командовать, руководить
Не доволен чем-то, ворчлив	Проявляет жестокость
Лжив, изворотлив	Зависим, подчиняем
Вял, сонлив, не успевает	Мстителен, злопамятен
Быстро и часто меняется настроение	
Бывает, что плачет	
Устает к концу дня	
Упрямый	
Странный, чудаковатый	ПОВЕДЕНИЕ СО СТАРШИМИ
Демонстративный, наигранный	Подчиняется искренне
Легкомысленно относится ко всему	Подчиняется только внешне
Переживает неудачи в учебе	Боится взрослых
Доброжелательный	Застенчив
Обижается при несогласии с ним	Ищет защиты
Тревожный, нервозный	Стремится обратить внимание
На уроке может ходить, говорить	Старается понравиться
Энергичный в учебе, уверенный в себе	Нахален
Избыточно серьезен	Не чувствует дистанции
Впечатлительный, чувствительный	Лживый
Опаздывает на уроки	Дополнительные характеристики
Старается прогулять уроки	

Приложение 3
АНКЕТА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

ФИО ученика _____ класс _____

ФИО матери _____

Год рождения _____ образование _____ профессия _____

ФИО отца _____

Год рождения _____ образование _____ профессия _____

Количество детей _____

Имеются ли трудности в обучении (какие; с чем они связаны) _____

Перенесенные заболевания _____

Какие наследственные заболевания и у кого имеются в вашей семье (сахарный диабет, бронхиальная астма, гипертония и др.) _____

Как протекали беременность (угроза, анемия, отеки, высокое давление, инфекции, стрессы) и роды (быстрые, стремительные, затяжные, стимуляция родов, наложение щипцов, выдавливание, обвитие пуповиной, асфиксия) _____

Вскармливание (грудное до какого возраста, искусственное, смешанное) _____

Психомоторное развитие в возрасте до года (своевременное, отставал от сверстников, опережал, неравномерно) _____

Какие заболевания перенес в возрасте до 3 лет _____

Какие заболевания перенес в школьном возрасте _____

Хронические заболевания в настоящее время _____

Посещал ли детский сад (если «нет», то по какой причине – часто болел, не было возможности, кто-то мог ухаживать за ребенком дома) _____

Как адаптировался к детскому саду (легко, плакал, отказывался посещать, нарушался аппетит, отмечались расстройства сна, недержание мочи и др.) _____

Как адаптировался к школе (легко, отмечались капризность, раздражительность, плаксивость, преобладали игровые интересы) _____

Как вы оцениваете память, внимание, работоспособность ребенка (хорошая, удовлетворительная, неудовлетворительно) _____

Имеются ли жалобы у ребенка (головная боль, головокружение, плохая память, нарушения сна, аппетита, боли в животе и другое) _____

Поведение ребенка в школе _____

Поведение дома _____

Общается со сверстниками, детьми старшего или младшего возраста _____

Заболееваемость простудными заболеваниями («редко» – до 2-3 раз за год, «часто» – 4-6 раз за год, «очень часто» - 7 и более раз) _____

какие наказания допускаются в воспитании (не наказываете, словесное порицание, физическое наказание, лишение чего-либо, ограничение чего-либо) _____

какие жалобы на состояние здоровья вашего ребенка имеются в настоящий момент _____

необходима ли Вам консультация врача-психотерапевта (адаптация Вашего ребёнка, состояние физического или психического здоровья, межличностное общение, конфликтные, тревожность, агрессивность, другое..) _____

Приложение 4

Опросник для выявления суицидального риска у подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата и сенсорными нарушениями, сопровождающимися расстройствами психологического развития, учащихся коррекционных школ.

Инструкция: Укажи свой возраст, ты можешь не указывать свое имя и фамилию. Оцени свое состояние за последние 1-2 месяца, отвечая на вопросы. Варианты ответов - «да» или «нет». При ответе «да» на вопрос №2 выбери вариант из предложенных или укажи свой.

1. Часто ли у тебя бывает плохое (сниженное, унылое) настроение?
2. Настроение портится чаще всего из-за:
 - чувства одиночества
 - проблем в любви, любимым человеком
 - проблем с родителями, опекунами, близкими
 - проблем в школе
 - другие (укажите, какие)
3. Я понимаю людей, которые не хотят жить дальше, если их предадут родные и близкие
4. Тебе стало труднее учиться, чем раньше
5. Ты стал меньше общаться с друзьями, чем раньше,
6. Посещали ли тебя когда-нибудь мысли о суициде?
7. Бывает ли тебе так плохо, что хочется умереть?
8. У тебя есть кто-нибудь, с кем ты можешь поделиться своими бедами и удачами?
9. Думал ли ты как можно умереть?
10. Пытался ли ты когда-нибудь, даже в шутку, убить себя?
11. У тебя есть занятия (увлечения), от которых ты получаешь удовольствия (доставляют радость)?
12. Есть ли у тебя планы на будущее (будущая профессия, увлечения, общение с друзьями)

Ключ к опроснику:

По **1 баллу** оценивают положительные ответы на вопросы № 1,2,3,4,5 и отрицательные ответы на вопросы № 8,11,12.

По **2 балла** оценивают положительные ответы на вопросы № 6,7,9.

В **3 балла** оценивают положительный ответ на вопрос № 10.

Баллы суммируют и определяют уровень суицидального риска:

17 -10 высокий уровень,

9-6 средний уровень,

5 и ниже – низкий уровень.

Приложение 5

Шкала для выявления алекситимии у подростков с сенсорными нарушениями, сопровождающимися расстройствами психологического развития.

Инструкция: Укажи свой возраст и имя. Выбери один из вариантов – «не согласен», «согласен», «ни то, ни другое».

		Не согласен	Ни то, ни другое	Согласен
1	Я часто не понимаю, что я чувствую	1	2	3
2	Мне трудно сказать, что я чувствую внутри	1	2	3
3	У меня бывают ощущения в теле, которые не понятны даже врачам	1	2	3
4	Я могу легко сказать, что я чувствую	3	2	1
5	Когда у меня проблема, я хочу знать, почему это случилось	3	2	1
6	Когда я расстроен, я не знаю, то ли мне грустно, то ли страшно, то ли я злюсь	1	2	3
7	Иногда я не могу найти слов, чтоб сказать, что я чувствую	1	2	3
8	Я часто мечтаю о будущем	3	2	1
9	Мне важно понимать, что я чувствую	3	2	1
10	Мне трудно сказать, как я отношусь к другим людям	1	2	3
11	Мне говорят, что я должен больше говорить о том, что чувствую	1	2	3
12	Я предпочитаю разговаривать с людьми о делах, а не о чувствах	1	2	3
13	Я предпочитаю смотреть смешные телевизионные программы, а не фильмы, которые рассказывают о чужих проблемах.	1	2	3
14	Мне трудно сказать, что я чувствую, даже лучшему другу	1	2	3
15	Когда я плачу, я всегда знаю почему	3	2	1
16	Знать, как решать проблемы, более важно, чем понимать причины этих проблем	1	2	3

Ключ к предлагаемой шкале алекситимии.

Подсчет баллов:

1) ответы на вопросы 1, 2, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 16 оцениваются следующим образом:

«не согласен» — оценивается в 1 балл,

«ни то, ни другое» — 2 балла,

«согласен» — 3 балла.

2) ответы на вопросы 4, 5, 8, 9, 15 оцениваются наоборот.
«не согласен» — оценивается в 3 балла,
«ни то, ни другое» — 2 балла,
«согласен» — 1 балл.

Сумма баллов, полученная в результате сложения по всем пунктам, есть итоговый показатель «алекситимичности». Результаты могут распределиться в интервале от 16 до 48 баллов.

Интерпретация шкалы алекситимии.

29 баллов и выше соответствует «алекситимическому» профилю (свидетельствует о наличии алекситимических проявлений).

23 – 28 баллов – группа риска.

22 балла и ниже – отсутствие алекситимических проявлений (норма).

Приложение 6

Изучение связи повышенного и высокого уровня тревоги с качественными и количественными признаками с помощью метода логистической регрессии

1. Признаки, определяющие уровень тревоги у детей с нарушениями зрения

Model: Logistic regression (logit) N of 0's: 11 1's: 90 (Spreadsheet52 in Основная база с тревогой). Dep. var: <u>нарушенная семейная структура</u> Loss: Max likelihood (MS-err. scaled to 1) Final loss: 34,223452491 Chi2 (1)=1,0880 p=,29692 Include condition: v2=1		
	Const.B0	угловой коэффициент (EXPERNCE)
Estimate	1,852384	0,7125652
Standard Error	0,380288	0,7096472
t(99)	4,871005	1,004112
p-level	4,22E-06	0,3177726
-95%CL	1,097811	-0,6955287
+95%CL	2,606958	2,120659
Wald's Chi-square	23,72669	1,008241
p-level	1,12E-06	0,3153322
Odds ratio (unit ch)	6,375	2,039216
-95%CL	2,997596	0,4988106
+95%CL	13,55774	8,336632

Model: Logistic regression (logit) N of 0's: 108 1's: 68 (Spreadsheet52 in Основная база с тревогой). Dep. var: <u>Пол</u> Loss: Max likelihood (MS-err. scaled to 1). Final loss: 117,12370023 Chi2 (1)=,56957 p=,45043. Include condition: v2=1		
	Const.B0	угловой коэффициент (EXPERNCE)
Estimate	-0,56347	0,236257
Standard Error	0,205948	0,312933
t(174)	-2,73599	0,754975
p-level	0,006864	0,451285
-95%CL	-0,96995	-0,38138
+95%CL	-0,15699	0,853889
Wald's Chi-square	7,48562	0,569988
p-level	0,006223	0,450269
Odds ratio (unit ch)	0,569231	1,266499
-95%CL	0,379104	0,682921
+95%CL	0,85471	2,348763

Model: Logistic regression (logit) N of 0's: 22 1's: 154 (Spreadsheet52 in Основная база с тревогой). Dep. var: алкоголизация матери Loss: Max likelihood (MS-err. scaled to 1). Final loss: 66,304871560 Chi2 (1)=,01335 p=,90800. Include condition: v2=1

	Const.B0	угловой коэффициент (EXPERNCE)
Estimate	1,923687	0,05347568
Standard Error	0,296702	0,4624231
t(174)	6,483566	0,1156423
p-level	8,93E-10	0,9080694
-95%CL	1,338089	-0,8592049
+95%CL	2,509285	0,9661563
Wald's Chi-square	42,03662	0,01337314
p-level	9,09E-11	0,9079368
Odds ratio (unit ch)	6,846154	1,054931
-95%CL	3,811751	0,4234987
+95%CL	12,29614	2,627825

Model: Logistic regression (logit) N of 0's: 144 1's: 32 (Spreadsheet52 in Основная база с тревогой). Dep. var: наследственность по основному заболеванию Loss: Max likelihood (MS-err. scaled to 1). Final loss: 82,945642651 Chi2 (1)=1,0058 p=,31593 Include condition: v2=1

	Const.B0	угловой коэффициент (EXPERNCE)
Estimate	-1,68176	0,3939043
Standard Error	0,272277	0,3922696
t(174)	-6,17665	1,004167
p-level	4,49E-09	0,3166924
-95%CL	-2,21915	-0,3803149
+95%CL	-1,14437	1,168123
Wald's Chi-square	38,15105	1,008352
p-level	6,63E-10	0,3153056
Odds ratio (unit ch)	0,186047	1,482759
-95%CL	0,108702	0,6836461
+95%CL	0,318425	3,215952

Model: Logistic regression (logit) N of 0's: 90 1's: 86 (Spreadsheet52 in Основная база с тревогой). Dep. var: нарушение адаптации к школе. Loss: Max likelihood (MS-err. scaled to 1). Final loss: 116,05719317 Chi2 (1)=11,783 p=,00060. Include condition: v2=1

	Const.B0	угловой коэффициент (EXPERNCE)
Estimate	0,397302	-1,070246
Standard Error	0,201957	0,3181189
t(174)	1,967256	-3,364297
p-level	0,050743	0,000944007
-95%CL	-0,0013	-1,698115
+95%CL	0,795903	-0,4423778
Wald's Chi-square	3,870097	11,31849
p-level	0,049162	0,000768291
Odds ratio (unit ch)	1,487805	0,3429241
-95%CL	0,998701	0,1830283
+95%CL	2,216442	0,6425069

Model: Logistic regression (logit) N of 0's: 53 1's: 123 (Spreadsheet52 in Основная база с тревогой). Dep. var: развод родителей. Loss: Max likelihood (MS-err. scaled to 1). Final loss: 107,51848338 Chi2 (1)=,32511 p=,56856. Include condition: v2=1

	Const.B0	угловой коэффициент (EXPERNCE)
Estimate	0,923164	-0,1891944
Standard Error	0,219504	0,3314248
t(174)	4,205677	-0,5708517
p-level	4,16E-05	0,5688367
-95%CL	0,48993	-0,8433248
+95%CL	1,356397	0,4649359
Wald's Chi-square	17,68772	0,3258717
p-level	2,61E-05	0,5681042
Odds ratio (unit ch)	2,517241	0,8276256
-95%CL	1,632202	0,4302776
+95%CL	3,882181	1,591912

**Model: Logistic regression (logit) N of 0's: 69
1's: 107 (Spreadsheet52 in Основная база с тревогой).**
Dep. var: негативное влияние дефекта
Loss: Max likelihood (MS-err. scaled to 1).
Final loss: 115, 47498965 Chi2 (1)=4,7683
p=,02900.
Include condition: v2=1

	Const.B0	угловой коэффициент (EXPERNCE)
Estimate	0,737599	-0,6835318
Standard Error	0,211653	0,3144701
t(174)	3,484939	-2,173599
p-level	0,000623	0,03108643
-95%CL	0,319861	-1,304199
+95%CL	1,155337	-0,06286492
Wald's Chi-square	12,1448	4,724533
p-level	0,000493	0,02974257
Odds ratio (unit ch)	2,090909	0,5048309
-95%CL	1,376936	0,2713899
+95%CL	3,175095	0,9390703

**Model: Logistic regression (logit) N of 0's: 50
1's: 45 (Spreadsheet52 in Основная база с тревогой).**
Dep. var: алекситимия Loss: Max likelihood (MS-err. scaled to 1).
Final loss: 63,011664414 Chi2 (1)=5,4114
p=,02001.
Include condition: v2=1

	Const.B0	угловой коэффициент (EXPERNCE)
Estimate	-0,45953	1,019148
Standard Error	0,260737	0,4460279
t(93)	-1,76243	2,284942
p-level	0,081282	0,02458954
-95%CL	-0,97731	0,1334251
+95%CL	0,05824	1,904871
Wald's Chi-square	3,106172	5,220962
p-level	0,078006	0,02232271
Odds ratio (unit ch)	0,631579	2,770833
-95%CL	0,376324	1,142736
+95%CL	1,05997	6,718542

**Model: Logistic regression (logit) N of 0's: 46
1's: 130 (Spreadsheet52 in Основная база с тревогой).**
Dep. var: неврологическая патология
Loss: Max likelihood (MS-err. scaled to 1).
Final loss: 100,99911435 Chi2 (1)=,21817
p=,64044.
Include condition: v2=1

	Const.B0	угловой коэффициент (EXPERNCE)
Estimate	0,971861	0,1631193
Standard Error	0,22188	0,3502258
t(174)	4,380118	0,4657547
p-level	2,04E-05	0,6419735
-95%CL	0,533938	-0,5281184
+95%CL	1,409783	0,8543571
Wald's Chi-square	19,18543	0,2169275
p-level	1,19E-05	0,6413943
Odds ratio (unit ch)	2,642857	1,177177
-95%CL	1,705636	0,5897135
+95%CL	4,095068	2,349863

**Model: Logistic regression (logit) N of 0's: 82
1's: 94 (Spreadsheet52 in Основная база с тревогой).**
Dep. var: семейные конфликты.
Loss: Max likelihood (MS-err. scaled to 1).
Final loss: 115, 30491857 Chi2 (1)=12,559
p=,00039.
Include condition: v2=1

	Const.B0	угловой коэффициент (EXPERNCE)
Estimate	0,606136	-1,102573
Standard Error	0,207197	0,3168381
t(174)	2,925409	-3,479925
p-level	0,003899	0,000633914
-95%CL	0,197193	-1,727913
+95%CL	1,015079	-0,4772321
Wald's Chi-square	8,55802	12,10988
p-level	0,003442	0,000502222
Odds ratio (unit ch)	1,833333	0,3320158
-95%CL	1,217979	0,1776547
+95%CL	2,75958	0,6204985

Model: Logistic regression (logit) N of 0's: 38
1's: 123 (Spreadsheet52 in Основная база с
тревогой). Dep. var: депрессия. Loss: Max
likelihood (MS-err. scaled to 1).
Final loss: 83,270284741 Chi2 (1)=9,4177
p=,00215.
Include condition: v2=1

	Const.B0	угловой коэффициент (EXPERNCE)
Estimate	1,742969	-1,159823
Standard Error	0,289715	0,3858143
t(159)	6,016143	-3,006169
p-level	1,19E-08	0,003075551
-95%CL	1,170782	-1,921805
+95%CL	2,315156	-0,3978412
Wald's Chi-square	36,19398	9,037051
p-level	1,81E-09	0,002647672
Odds ratio (unit ch)	5,714286	0,3135417
-95%CL	3,224515	0,1463426
+95%CL	10,1265	0,6717687

Model: Logistic regression (logit) N of 0's: 58
1's: 118 (Spreadsheet52 in Основная база с
тревогой). Dep. var: алк папы Loss: Max
likelihood (MS-err. scaled to 1). Final loss:
110, 53146846 Chi2 (1)=2,0545 p=,15177.
Include condition: v2=1

	Const.B0	угловой коэффициент (EXPERNCE)
Estimate	0,521297	0,4719549
Standard Error	0,204795	0,3323636
t(174)	2,54546	1,419996
p-level	0,011782	0,1573983
-95%CL	0,117095	-0,1840284
+95%CL	0,925499	1,127938
Wald's Chi-square	6,479368	2,016387
p-level	0,010918	0,1556188
Odds ratio (unit ch)	1,684211	1,603125
-95%CL	1,124226	0,8319122
+95%CL	2,523126	3,08928

2. Признаки, определяющие уровень тревоги у детей с нарушениями слуха

Model: Logistic regression (logit) N of 0's: 86
1's: 58 (Spreadsheet52 in Основная база с тревогой).
Dep. var: Пол Loss: Max likelihood (MS-err. scaled to 1).
Final loss: 93,939415350 Chi2 (1)=6,2683
p=,01230.
Include condition: v2=2

	Const.B0	угловой коэффициент (EXPERNCE)
Estimate	-0,63908	0,9957549
Standard Error	0,200512	0,4020389
t(142)	-3,18724	2,476763
p-level	0,001767	0,01443202
-95%CL	-1,03545	0,201
+95%CL	-0,24271	1,79051
Wald's Chi-square	10,1585	6,134353
p-level	0,001438	0,01326314
Odds ratio (unit ch)	0,527778	2,706767
-95%CL	0,355065	1,222625
+95%CL	0,784502	5,992507

Model: Logistic regression (logit) N of 0's: 102
1's: 42 (Spreadsheet52 in Основная база с тревогой).
Dep. var: курение Loss: Max likelihood (MS-err. scaled to 1).
Final loss: 85,389316292
Chi2 (1)=3,0689 p=,07981.
Include condition: v2=2

	Const.B0	угловой коэффициент (EXPERNCE)
Estimate	-0,72055	-0,8198989
Standard Error	0,203205	0,4936404
t(142)	-3,54592	-1,660923
p-level	0,00053	0,09893522
-95%CL	-1,12224	-1,795733
+95%CL	-0,31885	0,1559349
Wald's Chi-square	12,57352	2,758667
p-level	0,000392	0,09673866
Odds ratio (unit ch)	0,486487	0,4404762
-95%CL	0,325549	0,1660058
+95%CL	0,726985	1,16875

Model: Logistic regression (logit) N of 0's: 109
1's: 26 (Spreadsheet52 in Основная база с тревогой).
Dep. var: депрессия. Loss: Max likelihood (MS-err. scaled to 1).
Final loss: 63,069373455 Chi2 (1)=6,1506
p=,01314.
Include condition: v2=2

	Const.B0	угловой коэффициент (EXPERNCE)
Estimate	-1,78059	1,182749
Standard Error	0,279121	0,4677719
t(133)	-6,37927	2,528474
p-level	2,72E-09	0,01262481
-95%CL	-2,33268	0,2575144
+95%CL	-1,2285	2,107984
Wald's Chi-square	40,69509	6,393181
p-level	1,8E-10	0,01146072
Odds ratio (unit ch)	0,168539	3,263333
-95%CL	0,097036	1,29371

Model: Logistic regression (logit) N of 0's: 49
1's: 13 (Spreadsheet52 in Основная база с тревогой).
Dep. var: нарушенная семейная структура
Loss: Max likelihood (MS-err. scaled to 1).
Final loss: 31,735882589 Chi2 (1)=,20583
p=,65006
Include condition: v2=2

	Const.B0	угловой коэффициент (EXPERNCE)
Estimate	-1,41369	0,315081
Standard Error	0,371677	0,6866221
t(60)	-3,80356	0,4588856
p-level	0,000337	0,6479744
-95%CL	-2,15716	-1,058368
+95%CL	-0,67023	1,68853
Wald's Chi-square	14,46705	0,210576
p-level	0,000143	0,6463194
Odds ratio (unit ch)	0,243243	1,37037
-95%CL	0,115653	0,3470218
+95%CL	0,511591	5,411518

Model: Logistic regression (logit) N of 0's: 54 1's: 90 (Spreadsheet52 in Основная база с тревогой). Dep. var: развод родителей Loss: Max likelihood (MS-err. scaled to 1). Final loss: 95,137804880 Chi2 (1)=,25460 p=,61386. Include condition: v2=2		
	Const.B 0	угловой коэффициен т (EXPERNCE)
Estimate	0,559616	-0,2029409
Standard Error	0,198206	0,4008831
t(142)	2,823409	-0,5062346
p-level	0,005435	0,613477
-95%CL	0,167801	-0,995411
+95%CL	0,951431	0,5895292
Wald's Chi- square	7,971636	0,2562735
p-level	0,004755	0,6126955
Odds ratio (unit ch)	1,75	0,8163265
-95%CL	1,182701	0,3695715
+95%CL	2,589413	1,803139

Model: Logistic regression (logit) N of 0's: 124 1's: 20 (Spreadsheet52 in Основная база с тревогой). Dep. var: алкоголизация матери. Loss: Max likelihood (MS-err. scaled to 1). Final loss: 56,628014093 Chi2 (1)=2,7911 p=,09480. Include condition: v2=2		
	Const.B0	угловой коэффициент (EXPERNCE)
Estimate	-1,63142	-1,141172
Standard Error	0,25774	0,7731159
t(142)	-6,32971	-1,476068
p-level	3,02E-09	0,1421396
-95%CL	-2,14092	-2,669476
+95%CL	-1,12192	0,3871321
Wald's Chi- square	40,06527	2,178778
p-level	2,49E-10	0,1399354
Odds ratio (unit ch)	0,195652	0,3194444
-95%CL	0,117547	0,06928853
+95%CL	0,325656	1,472751

Приложение 7

**Корреляционный анализ количественных характеристик по Спирмену.
Дети с нарушением зрения**

Spearman Rank Order Correlations (Spreadsheet52 in Основная база). MD pairwise deleted. Marked correlations are significant at $p < ,05000$

	кол-во страхов	трев балл	ВК	СО сыр б	алекситимия	шк депр	А нег наст	В межличн	С неэф-ть	Д ангедония	Е нег самооц	код агр
кол-во страхов	1,000000	0,238575	-0,152937	0,105415	0,115269	0,102238	0,246926	-0,082813	0,022644	0,142311	-	-
трев балл	0,238575	1,000000	-0,120353	0,357789	0,269617	0,432187	0,410969	0,139202	0,061166	0,414420	0,371575	0,018642
ВК	-0,152937	-0,120353	1,000000	-0,258356	0,014807	-0,027057	-0,220516	0,095442	0,014528	-0,032730	0,013563	0,198217
СО сыр б	0,105415	0,357789	-0,258356	1,000000	0,179657	0,375092	0,377903	0,101487	0,088104	0,367579	0,335264	-
алекситимия	0,115269	0,269617	0,014807	0,179657	1,000000	0,296416	0,108134	0,183660	0,310479	0,197648	0,266871	0,304202
шк депр	0,102238	0,432187	-0,027057	0,375092	0,296416	1,000000	0,538309	0,656962	0,553690	0,695298	0,845706	0,296026
А нег наст	0,246926	0,410969	-0,220516	0,377903	0,108134	0,538309	1,000000	0,052588	-0,011563	0,475948	0,392506	-
В межличн	-0,082813	0,139202	0,095442	0,101487	0,183660	0,656962	0,052588	1,000000	0,485662	0,264785	0,525418	0,507275
С неэф-ть	0,022644	0,061166	0,014528	0,088104	0,310479	0,553690	-0,011563	0,485662	1,000000	0,125774	0,407409	0,361170
Д ангедония	0,142311	0,414420	-0,032730	0,367579	0,197648	0,695298	0,475948	0,264785	0,125774	1,000000	0,487403	-
Е нег самооц	-0,001410	0,371575	0,013563	0,335264	0,266871	0,845706	0,392506	0,525418	0,407409	0,487403	1,000000	0,269231
код агр	-0,129747	0,018642	0,198217	-0,033833	0,304202	0,296026	-0,110741	0,507275	0,361170	-0,014342	0,269231	1,000000

Корреляционный анализ количественных характеристик по Спирмену. Дети с нарушениями слуха

Spearman Rank Order Correlations (Spreadsheet52 in Основная). MD pairwise deleted. Marked correlations are significant at $p < ,05000$.
Include condition: $v2=2$

	кол-во страхов	трев балл	ВК	СО сыр б	алекситимия	шк депр	А нег наст	В межличн	С неэф-ть	Д ангедония	Е нег самооц	код агр
кол-во страхов	1,000000	0,367567	-0,088346	0,078374	-0,106170	-0,001875	0,144634	-0,144581	-0,024787	0,143026	-0,039828	-0,150608
трев балл	0,367567	1,000000	-0,171525	0,275456	-0,024828	0,193152	0,273075	-0,001291	-0,018980	0,216132	0,160906	-0,117350
ВК	-0,088346	-0,171525	1,000000	-0,399268	0,196315	-0,044823	-0,279554	0,214467	0,193322	-0,112972	-0,005456	0,234186
СО сыр б	0,078374	0,275456	-0,399268	1,000000	-0,028503	0,360105	0,383403	0,118068	-0,054144	0,387032	0,237019	0,207483
алекситимия	-0,106170	-0,024828	0,196315	-0,028503	1,000000	0,140722	-0,040142	0,329725	0,241729	-0,030711	0,094242	0,361262
шк депр	-0,001875	0,193152	-0,044823	0,360105	0,140722	1,000000	0,686741	0,596042	0,352437	0,776076	0,827820	0,221178
А нег наст	0,144634	0,273075	-0,279554	0,383403	-0,040142	0,686741	1,000000	0,132004	-0,084208	0,649741	0,505451	-0,119209
В межличн	-0,144581	-0,001291	0,214467	0,118068	0,329725	0,596042	0,132004	1,000000	0,319850	0,204319	0,473218	0,451247
С неэф-ть	-0,024787	-0,018980	0,193322	-0,054144	0,241729	0,352437	-0,084208	0,319850	1,000000	0,051087	0,275953	0,344306
Д ангедония	0,143026	0,216132	-0,112972	0,387032	-0,030711	0,776076	0,649741	0,204319	0,051087	1,000000	0,533096	-0,039630
Е нег самооц	-0,039828	0,160906	-0,005456	0,237019	0,094242	0,827820	0,505451	0,473218	0,275953	0,533096	1,000000	0,263275
код агр	-0,150608	-0,117350	0,234186	0,207483	0,361262	0,221178	-0,119209	0,451247	0,344306	-0,039630	0,263275	1,000000