

УДК 616.891-085:362.2

ПОДХОДЫ К ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Е. В. Корень, А. М. Марченко

ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России

Современное понимание психических расстройств, в большей степени учитывающее их мультифакторную природу, обуславливает значимость комплексного подхода к решению проблем психического здоровья детей и подростков, тесно связанного с развитием полипрофессиональных (бригадных) форм помощи [1–3].

Одним из важнейших направлений совершенствования психиатрической помощи, соответствующего мировым тенденциям, учитывающего требование переориентации врачебных приоритетов с медицинской (монопрофессиональной) на личностно-ориентированную модель и позволяющего качественно изменить существующие подходы к работе с детьми и подростками с психическими расстройствами, является широкое внедрение принципов и методов психосоциальной терапии (ПСТ) и психосоциальной реабилитации (ПСР) в повседневную клиническую практику [10, 11, 13, 14, 16].

С другой стороны, неуклонный рост числа детей с непсихотическими формами психической патологии и нарушениями поведения, в формировании и динамике которых психосоциальные факторы играют ведущую роль, требует актуализации психосоциальной составляющей психиатрической помощи как в большей степени учитывающей социальные аспекты, проблемы реадaptации и гармоничного развития детей с психическими расстройствами [17].

При этом становится очевидным, что существующая практика в этом аспекте не отвечает современным потребностям оказания помощи детям и подросткам как с хроническими (инвалидизирующими), так и с пограничными психическими расстройствами [5, 17].

Использование у детей и подростков комплексных психосоциальных вмешательств как совокупности форм и методов, непосредственно обращенных к личности больного ребенка, затруднено отсутствием устоявшихся концептуальных подходов и научного обоснования их проведения при невозможности прямого переноса сформулирован-

ных принципов и практических наработок взрослой психиатрии на детско-подростковый контингент [5].

Необходимость расширения сферы применения ПСТ и ПСР на пограничные нервно-психические расстройства у детей и подростков обосновывается в первую очередь наличием психосоциальной составляющей, серьезных проблем социального функционирования, негативно влияющих на последующее развитие ребенка. В ряде случаев они сопоставимы по последствиям с тяжелыми психическими расстройствами в виде склонности к затяжному течению, вторичной аутизации со стойкой психосоциальной дезадаптацией в основных сферах жизнедеятельности. Вместе с тем, очевидна перспективность разработки концепции «дефекта» в детской психиатрии на основе психопатологии развития с вниманием к психосоциальной дезадаптации детей как к динамическому процессу, определяющему «функциональный дефект развития» [5].

С целью определения подходов к проведению ПСТ и ПСР детей и подростков с пограничными нервно-психическими расстройствами на модели непсихотических ипохондрических расстройств (ИР) обследовано с использованием клинико-психопатологического (сравнительно-возрастного), клинико-социального, клинико-катамнестического и клинико-статистического методов 109 больных в возрасте от 4-х до 18 лет, находящихся на стационарном лечении в ДПБ №6 города Москвы (72 больных) и амбулаторном лечении на базе консультативно-диагностического отделения Московского НИИ психиатрии Минздравсоцразвития (37 больных).

Выбор ИР в качестве модели для разработки нацеленных на решение конкретных задач психосоциальных воздействий в детском возрасте обуславливается тем, что данный вид психической патологии относится к одной из преимущественных возрастных форм патологического реагирования у детей и подростков [8] с ведущей ролью психосоциальных факторов в формировании, динамике и

клинико-социальном прогнозе ИР [12, 15, 20, 22], включая особый семейный контекст, частое несоблюдение режима терапии, противоречивое отношение к врачам и лечению, ведущее к трудностям удержания больных с ИР в лечебно-реабилитационном поле [18, 19].

Для изучения потребностей родителей и детей в ПСТ и ПСР применялось полуструктурированное интервью с оценкой наличия негативных психосоциальных ситуаций с использованием Z-кодов (негативные психосоциальные ситуации) многоосевой классификации психических расстройств в детском возрасте (ВОЗ, 2003) и детской шкалы оценки общего функционирования (CGAS) [21].

Распределение больных по возрасту и формам лечения представлено в табл. 1.

За период наблюдения большая часть детей дошкольного возраста наблюдалась и лечилась амбулаторно. В младшей школьной группе дети получали как амбулаторное, так и стационарное лечение, в то время как в подростковой группе большая часть детей наблюдалась стационарно, что было связано с массивностью, выраженностью и полиморфностью ипохондрических нарушений. Свыше половины больных подросткового возраста (55% наблюдений) были стационарированы более двух раз.

Распределение наблюдений по МКБ-10 представлено в табл. 2.

В дошкольном возрасте длительность ипохондрической симптоматики, сопровождавшейся нарушениями социальной адаптации, составляла не более трех месяцев. В младшем школьном возрасте значительно чаще формировались ипохондрические состояния длительностью от трех месяцев до 1 года, а ипохондрическая симптоматика принимала затяжной волнообразный характер. В подростковом возрасте в половине наблюдений длительность ИР превышала 12 месяцев, а 5-летнее катамнестическое наблюдение позволяло говорить о формировании ипохондрического развития личности у 32,7% больных подросткового возраста.

К моменту обращения к психиатру в 86,2% наблюдений родители неоднократно обращались к различным специалистам в поисках причины недомогания ребенка, в 24,7% наблюдений длительное время наблюдались, обследовались и

безуспешно лечились в первичной медицинской сети у врачей-интернистов, что привело к запозданию обращения за специализированной психиатрической помощью, более 30% родителей оценивали свой предыдущий опыт взаимодействия с врачами как отрицательный, 36,7% испытывали по отношению к врачам недоверие и были склонны перепроверять полученные сведения и рекомендации у других специалистов или в медицинских источниках.

Нередко можно было выявить ипохондрические установки в семье по отношению к здоровью ребенка, связанные с тревожной мнительностью самих родителей (тревожно-мнительные черты у одного или обоих родителей выявлены в 60,6% наблюдений), что подтверждает положение о том, что ипохондрическая настроенность родителей оказывает существенное влияние на развитие ипохондрических установок у детей, поскольку в детском возрасте осознанные представления о собственном теле с умением рефлексировать и вербализовать свой телесный опыт формируются под влиянием ближайшего окружения [7, 9].

В нашей выборке противоречивые, амбивалентные установки родителей по отношению к ипохондрическим нарушениям ребенка были выявлены в 29,3% наблюдений, при этом один или оба родителя фиксировались в первую очередь на соматических жалобах и физическом неблагополучии детей, оставляя вне поля зрения другие проблемы ребенка, связанные с особенностями его психоэмоционального состояния и поведения.

Сомнения относительно генеза соматических жалоб в 20% наблюдений сопровождались настаиванием родителей на проведении различных допол-

Таблица 2

Распределение наблюдений по МКБ-10

	Дошкольный возраст (n=20)	Младший школьный возраст (n=37)	Подростковый возраст (n=52)
Тревожно-фобические расстройства (F40-40.2)	7	10	-
Другие тревожные расстройства (F41.1-41.3)	-	2	5
Обсессивно-компульсивное расстройство (F42.0-42.2)	-	2	4
Расстройства адаптации (F43.20-43.28)	7	-	-
Ипохондрическое расстройство (F45.2)	-	-	6
Другие смешанные расстройства поведения и эмоций (F92.8)	-	4	10
Общие расстройства развития (F84.0-84.9)	6	-	-
Депрессивный эпизод (F32.0-32.1)	-	6	7
Рекуррентное депрессивное расстройство (F33.0-33.1)	-	-	3
Шизотипическое расстройство (F21)	-	13	17

Таблица 1

Распределение больных по возрасту и формам лечения

Группа	Возраст	Амбулаторное лечение	Стационарное лечение	Общее число больных
Дошкольная	4-6	16	4	20 (18,3%)
Школьная	7-11	17	20	37 (33,9%)
Пубертатная	12-17	4	48	52 (47,7%)
Всего		37 (33,9%)	72 (66%)	109 (100%)

Психосоциальные ситуации, влияющие на состояние здоровья детей и подростков с ИР (по ВОЗ, 2003)

Неблагоприятные факторы		Количество наблюдений	%
Аномальные отношения в семье	Конфликтные отношения между взрослыми (Z63.8)	38	35,0
Психические расстройства в семье	Психическое расстройство у одного из родителей (Z58.8)	30	27,5
	Злоупотребление алкоголем у одного из родителей (Z63.6)	9	8,2
Тип воспитания в семье	Гиперопека (Z62.1)	62	56,9
	Завышенный уровень требований (Z62.6)	30	27,5
Хронический межличностный стресс	Отвержение со стороны сверстников (Z55.4)	52	47,7
	Напряженная ситуация в школе (Z55.8)	80	73,0

нительных физикальных обследований в первичной медицинской сети с временным (9,1% наблюдений) или полным отказом от психиатрического лечения ребенка (4,5% наблюдений).

Нередко детей вовлекали в супружеские конфликты или конфликты между родителями и старшим поколением с формированием коалиций против других членов семьи (35,0% наблюдений) (табл. 3). Неправильные педагогические подходы в воспитании ребенка без учета возрастных особенностей и потребностей ребенка выявлялись в 75,0% наблюдений.

В дошкольном возрасте родители ориентировались на высокое речевое и интеллектуальное развитие детей и общались с ними на равных, без соблюдения возрастной дистанции, с предъявлением требований не по возрасту, перегружая ребенка лишней для его возраста (в том числе медицинской) информацией.

В подростковом возрасте затяжные конфликты с родителями чаще были обусловлены неправильным типом воспитания в виде ограничивающей гиперпротекции с тревожным гиперконтролем за всеми сферами жизни ребенка, в том числе за состоянием его здоровья, и нарушением нормальных для этого возраста сепарационных процессов.

Школьная неуспешность у детей с ИР являлась как фактором, обостряющим ипохондрическую симптоматику за счет возникновения эмоционального напряжения и психосоматического реагирования на учебные трудности (24,7% наблюдений), так и прямым следствием ипохондрических расстройств (48,3% наблюдений). В последнем случае учебная дезадаптация была связана как с погруженностью больных в ипохондрические переживания с трудностями переключения на учебный материал, так и ипохондрической активностью, приводящей к чрезмерным, в ущерб учебной деятельности, спортивно-оздоровительным занятиям, затратой времени на повторные соматологические обследования и лечение у врачей разных профилей.

Нарушения социальных контактов и взаимоотношений со сверстниками отмечались в 47,7% наблюдений как вследствие поглощенности больных вопросами здоровья и охваченностью ипохондрическими переживаниями, так и являлись следствием недостаточной сформированности социальных навыков.

В выраженных случаях ипохондрическое сужение сферы сознания и обусловленное этим ограничение социальных контактов и внешней активности приводило к формированию вторичного «ипохондрического аутизма» (13,7%).

Снижение уровня социального функционирования по шкале CGAS с незначительно выраженным дефицитом интерперсональных связей (61 балл и выше) наблюдалось в 28,4% наблюдений (достоверно чаще на младших возрастных этапах по сравнению с подростковом возрастом, $p < 0,005$).

Колебания социального функционирования с нарушениями социальной адаптации в некоторых областях (60–51 балл) отмечались в 28,4% наблюдений.

Умеренное нарушение функционирования в большинстве социальных областей (50–41 балл) отмечалось в 31,2% наблюдений.

Тяжелое нарушение функционирования в большинстве социальных областей с нарушениями адаптации дома, в школе, в детском коллективе (40–31 балл) отмечалось в 19,0% наблюдений, достоверно чаще в подростковой подгруппе ($p < 0,005$).

Общая стратегия психосоциальных вмешательств у детей и подростков с ИР во многом зависела от этапа заболевания, структуры ипохондрической симптоматики и ее роли в формировании социальной дезадаптации, личностных особенностей пациента и возраста ребенка.

Согласно современным требованиям к проведению ПСТ, индивидуальный комплекс психосоциальных мероприятий у детей с ИР должен быть дифференцирован с учетом потребностей пациентов и родителей и направлен на решение конкретных задач (мультиmodalный подход) с использованием «модульного» принципа [5].

С учетом актуальных лечебно-реабилитационных задач и дезадаптирующих проблемных блоков определялась последовательность и содержательная сторона «модулей» ПСТ.

На этапе мультидисциплинарной комплексной диагностики, учитывающей психосоциальную составляющую диагноза, проводимой в условиях полипрофессиональной бригады, существенным являлось соблюдение единой позиции специалистов и отсутствие противоречий в оценке состояния паци-

ента и предоставляемых родителям рекомендациях, а также учет ятрогенной готовности пациентов с ИР и их родственников, требующей известной осторожности и гибкости со стороны врача при формулировании диагноза и обязательного учета потребностей детей и родителей при обращении за помощью.

При одновременном обращении родителей к разным специалистам большое внимание уделялось получению от родителей информации о полученных ранее рекомендациях для сглаживания возможных противоречий, так как расхождения во врачебных подходах еще больше усиливали беспокойство и недоверие родителей.

На начальных этапах основными мишенями при составлении «модулей» ПСТ и ПСР являлись согласие на лечение, формирование терапевтического альянса с совместным обсуждением индивидуального терапевтического плана, повышение мотивации к лечению, комплаенс, профилактика ранних отказов от лечения, а также совладание родителей со стрессом вследствие возникновения болезни у ребенка и налаживание внутрисемейных отношений.

Одним из приоритетных направлений ПСТ, связанных со спецификой отношения к лечению данного контингента, являлась выработка у больных и их родственников комплаенса (соблюдения рекомендаций специалистов), тесно связанная с уровнем осведомленности пациента и его родственников об этапах проводимой терапии. В работе с детьми дошкольного возраста, ввиду невозможности давать прямые установки, обсуждение проводилось только с родителями. Приверженность лечению во многом зависела от установок и разногласий в семье по поводу генеза соматических жалоб и других нарушений у ребенка, поэтому одной из основных задач модульного проведения психосоциальной работы с родителями являлось выявление и коррекция представлений родителей о причинах соматических жалоб ребенка с проведением подготовительной стадии детального выяснения позиции родителей по отношению к ипохондрическим нарушениям ребенка.

В ряде наблюдений разногласия в семье по поводу вопросов здоровья ребенка были связаны не столько с уровнем медицинской осведомленности родителей, сколько с внутрисемейными противоречиями, отсутствием единых семейных правил, коммуникативными нарушениями, что требовало включения в индивидуальный терапевтический план психообразовательной семейной терапии.

Проведение ПСТ с детьми и подростками было одновременно нацелено на дезактуализацию ипохондрических опасений и страхов, установок, а также на формирование и поддержание критического отношения к ипохондрическим проявлениям, адекватного отношения к своему здоровью и установок на преодоление дезадаптирующих проявлений ИР в контексте влияния на уровень социально-функционального функционирования в значимых сферах.

В работе с детьми до 7–8 лет использовались короткие и доступные разъяснения, а также игровой подход, позволяющий ребенку посредством игры отреагировать и дезактуализировать ипохондрические страхи, воссоздавать в игре травмирующие ситуации, получая эмоциональную поддержку и обратную связь от специалиста.

С младшего школьного возраста эффективность включения ПСТ в индивидуальные терапевтические и реабилитационные программы для детей и подростков с ипохондрическими нарушениями существенно возрастала, способствуя осознанию болезненности природы ипохондрических переживаний и формированию мотивации и навыков к их преодолению.

При тимопатических вариантах ИР (депрессивно-ипохондрических, фобических и тревожно-ипохондрических состояниях) детям и подросткам помогали осознать связь возникающих патологических ощущений, сомато-вегетативных и вегето-сосудистых расстройств, а также возникающих ипохондрических переживаний с эмоциональным напряжением, аффективными колебаниями, возникающими в определенных ситуациях.

Детально анализировались типичные поведенческие реакции, связанные с ипохондрическими страхами и установками, а также запускающие и поддерживающие ипохондрическую симптоматику психосоциальные факторы. Затем составлялся и реализовывался в совместной и самостоятельной работе детальный пошаговый план действий, блокирующий поведенческие паттерны, поддерживающие проблему и закрепляющие ипохондрическую симптоматику с развитием более адаптивных поведенческих стратегий, связанных с формированием критического отношения и стремлением к преодолению ИР и обращением за помощью.

При сенесто-ипохондрических состояниях понимание ребенком своих нарушений как проявлений психического неблагополучия формировало более реалистичную оценку имеющихся нарушений с повышением способности адекватно воспринимать лечебные мероприятия и критически относиться к нарабатываемым способам ипохондрического поведения.

При доминировании ипохондрических страхов навязчивого характера обсуждение ипохондрических переживаний в ряде случаев не только не способствовало улучшению состояния пациента, но и приводило к закреплению болезненной симптоматики. В этих наблюдениях тактика дальнейшей работы с пациентами строилась на смещении акцента с обсуждения темы ипохондрических переживаний к реальным жизненным потребностям, достижениям, трудностям и сильным сторонам личности ребенка. При этом родители также информировались о болезненной природе задаваемых пациентом вопросов по поводу его здоровья с указанием по возможности не вовлекаться в их обсуждение, ссылаясь при этом на соответствующие рекомендации врача.

Иначе строилась терапевтическая тактика в случаях доминирования в клинической картине стойких сверхценных ипохондрических образований, выявленных в 35,0% наблюдений в младшем школьном возрасте и в 57,6% наблюдений в подростковом возрасте. На начальных этапах акцент делался на индивидуальной психообразовательной работе с родителями в русле сохранения приверженности к лечению, в то время как ПСТ с больными проводилась только после становления лекарственной ремиссии для предотвращения возникновения оппозиции со стороны больного и уменьшения риска потери терапевтического контакта.

По мере снижения ипохондрической охваченности больных в процессе терапии в рамках модулей ПСТ превалировала составляющая, нацеленная на повышение адаптивных резервов пациентов (совершенствование социальных навыков, расширение круга восприятия и межличностного общения, выработка адекватных форм поведения, повышение уверенности в себе). При этом проведение направленной психосоциальной терапии становилось возможным и продуктивным только после распознавания основных сфер дезадаптации и учета влияния психосоциальных факторов различной направленности на степень нарушений социального функционирования ребенка.

Проведение ПСТ у детей и подростков с ИР также включало модули формирования социальных навыков, направленных на смягчение личностных свойств, предрасполагающих к развитию ипохондрических расстройств, с другой стороны – на развитие коммуникативных навыков, способствующих успешной интеграции личности в сообществе сверстников, что препятствует персистенции ипохондрических установок у подростков.

На всех этапах ПСР важное значение имели психосоциальные мероприятия, направленные на обеспечение детей поддержкой со стороны родителей, так как семейное окружение играет важную роль в становлении отношения ребенка к своему здоровью. По мере нивелирования ипохондрических расстройств акцент ПСР смещался на совершенствование коммуникативных навыков, новых стратегий разрешения проблем, повышение уровня социальной успешности и роли психосоциальных воздействий в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий.

К числу ключевых и повторяющихся модулей ПСТ относились поддержание терапевтического альянса, выполнение режима терапии, обеспечение ребенка социальной и эмоциональной поддержкой, совладание с остаточной симптоматикой, профилактика преждевременного прекращения лечения, в том числе связанного с улучшением психического состояния ребенка.

Эффективность ПСТ оценивалась как непосредственно в процессе курации, так и в долгосрочной перспективе. Краткосрочным критерием эффектив-

ности психосоциальной терапии явилось достоверное уменьшение числа детей и подростков с нарушением режима терапии ($p < 0,005$), формирование социально ориентированного запроса на проведение социотерапевтических мероприятий у родителей пациентов, что значительно улучшило адекватную реализацию лечебно-реабилитационных мероприятий. Успехом проводимой терапии при тяжелом затяжном течении ИР, отмечаемом в подростковой группе, можно было считать перевод большинства пациентов на амбулаторный уровень помощи с отказом от частых госпитализаций в психиатрический стационар (75,2%).

В долгосрочной перспективе оценка устойчивости достигнутых позитивных изменений в уровне социальной адаптации по всем возрастным группам показала достоверное ($p < 0,05$) повышение баллов по Шкале общего функционирования (CGAS), а также значительный скачок в степени ресоциализации (возвращение к учебе, улучшение межличностных контактов, появление социально позитивно оцениваемых интересов и увлечений и т.д.), в том числе у больных с неполной редукцией ипохондрической симптоматики (стойкие сенесто-ипохондрические и астено-ипохондрические состояния в рамках формирующихся личностных расстройств).

Таким образом, проведение ПСТ и ПСР детям и подросткам с пограничными нервно-психическими расстройствами с использованием комплексной характеристики индивидуальных особенностей, семейной и социальной ситуации, уровня социальной адаптации и психосоциального развития детей и подростков, с учетом оценки реального вклада конкретных психопатологических проявлений, качества сформированности основных социальных навыков (поведенческих, коммуникативных, учебно-познавательных) и этапов социализации позволяет предотвратить или уменьшить формирование состояний социальной дезадаптации, в значительной степени обусловленных недостатком социальной поддержки, несформированностью социальных и учебных навыков, отсутствием стратегии совладания с имеющимися психопатологическими расстройствами.

Представленные подходы к проведению ПСТ и ПСР детей и подростков, рассматриваемые как обязательный компонент комплексной помощи, обеспечивающий оптимизацию биологической терапии, расширяющий диапазон и улучшающий адекватную реализацию терапевтических и реабилитационных возможностей врача и других специалистов, участвующих в работе полипрофессиональной бригады, позволяют создавать интегрированные и индивидуализированные профильные программы психосоциальных мероприятий (включая социальную поддержку) для детей с пограничными нервно-психическими расстройствами.

Данный подход позволяет определить необходимый комплекс психосоциальных воздействий,

основанный на современных научных представлениях о сущности и возможных механизмах формирования состояний психосоциальной дезадаптации у детей и подростков с психическими расстрой-

ствами в контексте необходимости создания наиболее благоприятных условий для гармоничного развития детей и подростков с пограничными нервно-психическими расстройствами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Социальная психиатрия и социальная работа в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Т. 8, № 4. С. 5–20.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. М.: Медпрактика-М, 2002. 179 с.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2004. 491 с.
4. Гайдук Ф.М., Гелда Н.П., Обьедков В.Г. Психосоциальная реабилитация детей, страдающих шизофренией и общими расстройствами психического развития. Инструкция по применению. Минск, 2007.
5. Корень Е.В. Психосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами в современных условиях // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 4. С. 5–14.
6. Мотивилин О.Г. Развитие представлений о собственном теле у детей в условиях семьи и интерната: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2001. 24 с.
7. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. М.: Смысл, СПб.: Речь, 2003. 408 с.
8. Сосюкало О.Д. О некоторых закономерностях, определяющих формирование ипохондрической симптоматики при шизофрении у детей и подростков // Актуальные проблемы психоневрологии детского возраста. М., 1973. С. 13–19.
9. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002. С. 70–72.
10. Antshel K.M., Barkley R. Psychosocial interventions in attention deficit hyperactivity disorder // Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am. 2008. Vol. 17, N 2. P. 421–437.
11. Barkley R.A. Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children // J. Clin. Psychiatry. 2002. Vol. 63, Suppl. 12. P. 36–43.
12. Brown R.J., Schrag A., Trimble M.R. Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder // Am. J. Psychiatry. 2005. Vol. 162, N 5. P. 899–905.
13. David-Ferdon C., Kaslow N.J. Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression // J. Clin. Child Adolesc. Psychol. 2008. Vol. 37, N 1. P. 62–104.
14. Fristad M.A. Psychoeducational treatment for school-aged children with bipolar disorder // Dev. Psychopathol. 2006. Vol. 18, N 4. P. 1289–1306.
15. Fritz G.K., Fritsch S., Hagino O. Somatoform disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. 1997. Vol. 36, N 10. P. 1329–1338.
16. Jensen P.S. The role of psychosocial therapies in managing aggression in children and adolescents // J. Clin. Psychiatry. 2008. Vol. 69, Suppl. 4. P. 37–42.
17. Last B.F., Stam H., Onland-van Nieuwenhuizen A.M., Grootenhuus M.A. Positive effects of a psycho-educational group intervention for children with a chronic disease: first results // Patient Educ. Couns. 2007. Vol. 65, N 1. P. 101–112.
18. Livingston R., Witt A., Smith G.R. Families who somatize // J. Dev. Behav. Pediatr. 1995. Vol. 16, N 1. P. 42–46.
19. Kellner R. Prognosis of treated hypochondriasis. A clinical study // Acta Psychiatr. Scand. 1983. Vol. 67, N 2. P. 69–79.
20. Kellner R. The treatment of hypochondriasis: to reassure or not to reassure? The case for reassurance // Int. Rev. Psychiatry. 1992. Vol. 4. P. 71–80.
21. Shaffer D., Gould M.S., Brasic J. et al. A Children's Global Assessment Scale (CGAS) // Arch. Gen. Psychiatry. 1983. Vol. 40, N 11. P. 1228–1231.
22. Walker L.S., Garber J., Greene J.W. Somatic complaints in pediatric patients: a prospective study of the role of negative life events, child social and academic competence, and parental somatic symptoms // J. Consult. Clin. Psychol. 1994. Vol. 62, N 6. P. 1213–1221.

ПОДХОДЫ К ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Е. В. Корень, А. М. Марченко

На модели непсихотических ипохондрических расстройств рассмотрены подходы к проведению психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации детей и подростков с пограничными нервно-психическими расстройствами, основанные на современных научных представлениях о сущности и возможных механизмах формирования состояний социальной дезадаптации, позволяющие определить необходимый комплекс психосоциальных воздействий с учетом комплексной характеристики индивидуальных особенностей, семейной и социальной ситуации, уровня социальной адаптации и психосоциального развития детей и подростков и направленные на

устранение социальной дезадаптации, восстановление потенциала самого пациента, ресоциализацию и обеспечение необходимых условий (включая социальную поддержку) для оптимального психического функционирования и нормативного развития детей и подростков, страдающих пограничными нервно-психическими расстройствами.

Ключевые слова: психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация, пограничные нервно-психические расстройства у детей, ипохондрические расстройства у детей, социальное функционирование.

CONSIDERING APPROACHES TO PSYCHOSOCIAL TREATMENT AND REHABILITATION OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH "BORDERLINE" MENTAL PROBLEMS

E. V. Koren, A. M. Marchenko

The authors consider approaches to psychosocial treatment and rehabilitation of children and adolescents with "borderline" mental problems, using as a model of non-psychotic hypochondriacal disorders. The approaches described are based on modern ideas about the nature and possible mechanisms of social maladjustment that suggest using a combination of psychosocial interventions, with regard for individual characteristics of the patient, family circumstances and social situation, the levels of social adjustment and psychosocial develop-

ment, and aimed at improvement of social adjustment, recovery of patient's own potential, his resocialization and creating favorable conditions (including social support) for optimal mental functioning and normal development of children and adolescents with "borderline" mental problems.

Key words: psychosocial treatment and rehabilitation, "borderline" mental disorders in children, hypochondriacal disorders in children, social functioning.

Корень Евгений Владимирович – кандидат медицинских наук, руководитель отделения психической патологии детского и подросткового возраста, ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: evkoren@yandex.ru

Марченко Анна Михайловна – научный сотрудник отделения психической патологии детского и подросткового возраста, ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: an-marchenko@yandex.ru