

На правах рукописи

Карауш Ирина Сергеевна

**ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ
С СЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

14.01.06 – Психиатрия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Томск – 2016

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научно-исследовательский институт психического здоровья» (Томск).

Научный консультант

доктор медицинских наук, профессор

Куприянова Ирина Евгеньевна

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Научно-исследовательский институт психического здоровья»

Официальные оппоненты:

Шевченко Юрий Степанович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской психиатрии и психотерапии Государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия последиplomного образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Москва)

Дроздовский Юрий Викентьевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Омск)

Ретюнский Константин Юрьевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии и наркологии Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Екатеринбург)

Ведущая организация Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Москва)

Защита состоится «___» мая 2016 года в ___ часов на заседании совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 001.030.01 при Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научно-исследовательский институт психического здоровья» по адресу: 634014, г. Томск, ул. Алеутская 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке НИИ психического здоровья и на сайте института: <http://tomskinstitutemental-health.ru>

Автореферат разослан «___» _____ 2016 года

Ученый секретарь
диссертационного совета Д 001.030.01,
кандидат медицинских наук

О.Э. Перчаткина

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. 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 (Чубаровский В. В., Катенко С. В., 2013), 70-80% школьников имеют психические расстройства и аномалии развития (Кекелидзе З. И., 2015). Имеет место поздняя выявляемость психических заболеваний у детей (Макушкин Е. В., Демчева Н. К., Творогова Н. А., 2013). 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 (World Health Organization, 2013). Одним из стратегических направлений государственной социальной политики является охрана здоровья, защита интересов и прав наиболее уязвимых категорий детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в том числе воспитывающихся в детских домах, школах-интернатах и т.д. (Лысиков И. В., Макушкин Е. В., 2012; Singh S. P., Tuomainen H., 2015).

Численность детей-инвалидов с физическими, интеллектуальными, психическими и сенсорными отклонениями среди населения Российской Федерации неуклонно возрастает. 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 1 млн. детей страдают тяжелыми заболеваниями глаз (близорукость, нарушения преломляющей способности, амблиопия, косоглазие и т.п.). Сенсорный дефект вносит серьезный вклад в индивидуальное развитие ребенка, значительно повышая вероятность широкого спектра нарушений психического здоровья (Kancherla V., et al., 2013; Meinzen-Derr J. et al., 2014; Theunissen S. C. et al., 2014). 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 (Fellinger J. et al., 2009; Cripples L. et al., 2014; Häkli S. et al., 2015). В детской психиатрии можно наблюдать актуальную картину диалектического взаимодействия психогенных, энцефалопатических и дизонтогенетических механизмов патогенеза с динамическим изменением их ведущей роли (Шевченко Ю. С., 2014).

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 (Корень Е. В., 2008; Буторин Г. Г., Буторина Н. Е., 2010). Актуальна разработка форм общественно-ориентированной психиатрической помощи, обеспечивающих её оказание с участием социального окружения и создание системы психосоциального (наряду с фармакотерапией) лечения и реабилитации (Гурович И. Я., 2007; Лиманкин О. В., 2015; Southwick S. M. et al., 2016). Для оценки детской инвалидности с точки зрения биопсихосоциальной модели, наряду с Международной классификацией болезней ВОЗ рекомендует использовать Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health), которая является инструментом определения профиля функционирования инвалида, приоритетных реабилитационных направлений и стратегий раннего вмешательства (World Health Organization, 2001; Simeonsson R. J. et al., 2006). Определение ограничений функционирования и акцент на адаптивных, сохранных позициях часто оказывается важным и необходимым для планирования и осуществления полноценных реабилитационных мероприятий (Bornman J., 2004; Lollar D. J., Simeonsson R. J., 2005). В 2007 году ВОЗ была опубликована вариант ICF-CY для детей и юношества (International Classification of Functioning, Disability, and Health for Children and Youth), применяемая от рождения до 17 лет (Bittner A. et al., 2007).

Степень разработанности темы исследования. Исследования заявленной проблемы находят отражение в большей степени в зарубежной медицинской литературе и в российских публикациях психолого-педагогического профиля. Малоизученным остаётся аспект коморбидности зрительного или слухового дефекта с психическими расстройствами разного уровня, возрастной динамики, однако, отмечается, что нарушения слуха и зрения могут задерживать развитие когнитивных, психомоторных, коммуникационных навыков, уровня самооценки (Engel-Yeger B., Durr D., Josman N., 2011; Parker A. T., Ivy S. E., 2014); иметь пожизненные последствия для социальной адаптации индивида и психического благополучия с точки зрения общения, воспитания, идентичности и занятости (Hauser P. C. et al., 2006; Woll B., 2008; Van Naarden B. K. et al., 2015). 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 (Theunissen S. C. et al., 2014) и не определена степень участия и «сфера действия» врача-психиатра/психотерапевта в этих программах. Глухие люди имеют более высокий уровень распространённости психических расстройств в сравнении со слышащими, и, в то же время, сталкиваются с трудностями доступа к службам охраны психического здоровья и социального обслуживания (Kvam M.H., Loeb M., Tambs K., 2007; Turner O., Kirsten W., Kapur N., 2007). У детей и взрослых с расстройствами интеллекта имеет место значительная гиподиагностика других психических расстройств из-за их атипичных и неспецифических клинических проявлений (Santosh P. J., 1999).

Рост серьезных нарушений зрения требует определения эффективных стратегий вмешательства и мониторинга их последствий (Boonstra N. et al., 2011; Bakhla A.K. et al., 2011; Puri S. et al., 2015). Недостаточно изученным остается вклад социально-психологических, 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 (Корень Е. В., Куприянова Т. А., 2012; Esbjorn B. H. et al., 2013; Yen C. F. et al., 2013; Shobana M., Saravanan C., 2014).

В детской психиатрии имеется дефицит современных патопсихологических методов исследования детей (Шевченко Ю. С., Северный А. А., 2013), особенно имеющих особые образовательные потребности (Hill-Briggs F. et al., 2007; Matson J. L. et al., 2012). Так, большинство из традиционно используемых психологических вербальных методов рассчитано на детей с нормальным интеллектом, отсутствием речевых расстройств и не адаптированы для детей с нарушениями слуха и интеллектуальными расстройствами.

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 (Chou et al., 2009; Fournier C.J. et al., 2009). 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 нарушениями слуха и зрения.
4. Оценить вклад онтогенетических, семейно-генетических и психогенных факторов в формирование 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 клиничко-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 выделены основные клиничко-психологические факторы, определяющие клиническую специфику различных психических расстройств у детей с нарушениями слуха и зрения и 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. 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, качества жизни и внутренней картины болезни), 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.

Методология и методы исследования. Методологической основой исследования был системный – биопсихосоциальный подход (Буторина Н. Е., Благинина Н. А., 2011). Главными методологическими принципами являлись: принцип многоосевой классификационной системы, основанный на диагностических критериях МКБ-10 (Корень Е. В. с соавт., 2009; Буторин Н.Г. Буторина Н.Е., 2015); принцип полидисциплинарной оценки диагноза (Хритинин Д. Ф. с соавт., 2009; Александровский Ю. А., 2012; Лифинцев Д. В., Анцута А. Н., 2013; Холмогорова А. Б., 2014; Рассказова Е. И., Тхостов А. Ш., 2015), лежащий в основе концепции функционального диагноза (Ковалев В. В., 1985) и Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (WHO, 2001, 2002; Law M. et al., 2010; Lollar D. J., Simeonsson R. J., 2005; Björck-Akesson E., Wilder J. et al., 2010); принцип клинико-динамической оценки состояния психического здоровья детей, (Левина И. Л., 2003); принцип приоритета проведения терапии в естественных условиях (школа, интернат, семья).

Методом сплошной выборки обследовано 368 учащихся 7-18 лет специальных (коррекционных) школ, включая 186 учащихся государственного бюджетного образовательного учреждения «Школа-интернат для обучающихся с нарушениями слуха» I-II вида и 182 учащихся государственного казённого образовательного учреждения Специальная (коррекционная) общеобразовательная школа-интернат № 33 для обучающихся, воспитанников III-IV вида, 280 родителей учащихся специальных школ и 74 педагога. 100% учащихся с нарушениями слуха и 45% с нарушениями зрения имеют статус инвалида. *Критерии включения в исследование:* 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; наличие острой или обострение хронической соматической патологии в период проведения исследования.

Для решения поставленных задач были использованы следующие **методы:** клинический (клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический); психологический, статистический. Были использованы следующие клинические шкалы и опросники: шкала депрессии для детей М. Ковак (CDI – Child Depression inventory; Kovacs M., 1992), шкала агрессивности Басса-Дарки, шкала явной тревожности для детей CMAS (The Children's Form of Manifest Anxiety Scale), опросник качества жизни PedsQL 4.0 Generic Core Scales, Modules (соглашение с Mapi Research TRUST (Франция) на использование в научных целях PedQL 4.0 от 13.09.2013); специально разработанные для изучаемого контингента опросник выявления суицидального риска и шкала алекситимии; проективные методы: тест Люшера, рисуночные тесты. Родителям предлагались: опросник качества жизни (Гундаров И.А., 1985) и шкала тревоги Гамильтона; педагогам коррекционных школ – шкала тревоги и депрессии HADS, опросник качества жизни (Гундаров И.А., 1985) и опросник на выявление синдрома эмоционального выгорания К. Маслач, С. Джексон (в адаптации Н. Е. Водопьяновой).

Результаты исследования обрабатывались статистически с использованием программы STATISTICA v.8.0. Для всех данных проверялась гипотеза нормальности распределения (по критерию Колмогорова-Смирнова). Для большинства данных распределение признаков было признано отличным от нормального, в этих случаях для анализа количественных признаков применялись непараметрические методы (U критерий Манна-Уитни, критерий χ^2), а центральные тенденции и дисперсии количественных параметров представлялись в виде медианы (Me) и квартилей (Q25%; Q75%). При определении распределения как приближенного к нормальному, центральные тенденции и рассеяния количественных признаков описывались средними значениями (M), средним квадратичным отклонением (s) и определением доверительного интервала ДИ (95%). Оценка взаимосвязи между количественными переменными, проводилась с помощью корреляционного анализа Спирмена. Из многомерных методов использовались: логистический регрессионный анализ, дискриминантный и факторный анализ (метод варимакс-вращения).

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 репрезентативным объёмом материала, изученного лично автором, методологией, соответствующей цели и задачам исследования, 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 (18-22.09.2011, Buenos Aires, Argentina); Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы психиатрии» (Чита 25-26.10.2011); Всероссийской научно-практической конференции «Педагогика XXI века» (Томск, 01.11.2011); межрегиональной научно-практической конференции «Резидуально-органическая патология головного мозга (онтогенетический аспект)» (Кемерово, 29–30.03.2011); Межрегиональной научно-практической конференции «Социальные, профилактические, реабилитационные аспекты нарушений психологического развития у

детей», (Томск, 19.04.12); Всероссийской научно-практической конференции «Системно – деятельностный подход в обучении и воспитании детей с ОВЗ» (Томск, 22.05.2012); I Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Современные проблемы этнокультуральной психиатрии и аддиктологии» (Томск 21–22.06.2012); Всероссийской научно-практической конференции «Современные проблемы теории и практики социальной педагогики: работа с семьей» (Томск, ТГПУ, 14.12.2012); 21 Европейском конгрессе психиатров (6-9.04.2013 Nice, France); Международной научно-практической конференции «Теоретические и прикладные вопросы специальной педагогики и психологии» (Прага, 3-4.06.2013); XVI отчетной сессии ФГБУ НИИПЗ СО РАМН (Томск, 08.10.13); межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы детской неврологии» (Кемерово, 07.11.2013); Межрегиональной научно-практической конференции «Комплексный подход в коррекции моторной алалии у детей» (Кемерово, 25.10.2013); 22 Европейском конгрессе психиатров (Munich, Germany 1-4.03.2014); XVI Всемирном конгрессе психиатров (Madrid, Spain 14-18.09.2014), II Российской конференции с международным участием «Психическое здоровье семьи в современном мире» (Томск, 7.10.2014г), XVII отчетной сессии НИИ психического здоровья РАН (Томск, 06.10.15).

Внедрение результатов. Настоящее исследование было начато (2009-2012 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).

Материалы исследования внедрены в практическую деятельность НИИ психического здоровья, организацию медико-психологического сопровождения образовательного процесса в государственном бюджетном образовательном учреждении «Школа-интернат для обучающихся с нарушениями слуха» I-II вида и Томском областном государственном казённом образовательном учреждении Специальная (коррекционная) общеобразовательная школа-интернат № 33 для обучающихся, воспитанников III-IV вида XVI. образовательный процесс Сибирского медицинского университета и Томского государственного педагогического университета.

Публикации. По теме диссертации опубликована 65 научных публикаций, в том числе 20 статей в журналах, которые включены в перечень российских рецензируемых научных журналов и изданий для опубликования основных научных результатов диссертаций; 2 монографии, 3 статьи в зарубежных научных изданиях; 3 новые медицинские технологии, 1 патент, 1 приоритетная справка.

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.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Характеристика исследуемой выборки. В исследуемой выборке было 62% мальчиков и 38% девочек, в обеих изучаемых группах (учащиеся с нарушениями слуха и учащиеся с нарушениями зрения) мальчики преобладали. Почти 70% учащихся проживали в городе, 30% - жители сельской местности, значимо чаще ($p=0,03$) это дети с нарушениями слуха. Беременность матери в 81,8% случаев протекала с осложнениями, осложнённое течение родов отмечалось в 74%. 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 (75,3%), болезни опорно-двигательной системы (43,5%), хронические респираторные заболевания (41%). Только 50% детей воспитываются в полных семьях, 29,6% – в неполной семье, 10,6% детей – неродным родителем, 5,4% - опекунами. В среднем, в семьях детей с сенсорными нарушениями было 2 (Me) детей, ребёнок с нарушением развития, чаще, рождался первым (Me 1; 64%), 31% детей имеют старшего брата или сестру.

Психические расстройства выявлены у 79% учащихся; общим патогенетическим звеном для большинства из них является психический дизонтогенез – нарушение созревания психических свойств, функций и/или компонентов личности (Шевченко Ю. С., Северный А. А., 2009).

У слабослышащих и глухих детей чаще выявлялись смешанные специфические расстройства развития (64%), умственная отсталость (21,5%). У учащихся с нарушениями зрения чаще отмечались гиперкинетические (13%), органические расстройства (19%) и донозологические (психодезадаптационные) состояния (22,5%). У 29,3% детей с сенсорными нарушениями выявлялась сочетанная психическая патология, значимо ($p=0,002$) чаще – у детей с нарушениями слуха (38,2%

в сравнении с 20,3% у учащихся с нарушениями зрения). Спектр психических расстройств и нарушений у детей с сенсорными нарушениями представлен в таблице 1.

Таблица 1 – 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 психического развития	27 (14,8%)	6 (3,2%)	33 (9%)	p=0,0001	$\chi^2=15,2$
Донозологические состояния	41 (22,5%)	3 (1,6%)	44 (12%)	p=0,0000	$\chi^2=38,2$
Аффективные расстройства F 3	3 (1,6%)	-	3 (0,8%)	-	-
Невротические расстройства F 4	9 (4,9%)	-	9 (2,4%)	-	-
Психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга F06	35 (19,2%)	14 (7,5%)	49 (13,3%)	p=0,001	$\chi^2=10,9$
Умственная отсталость F 70-79	6 (3,3%)	40 (21,5%)	46 (12,5%)	p=0,0000	$\chi^2=27,9$
Смешанные специфические расстройства развития (F 81, F 83)	37 (20,3%)	119 (63,9%)	156 (42,4%)	p=0,0000	$\chi^2=71,8$
Гиперкинетические расстройства F 90	24 (13,2%)	4 (2,1%)	28 (7,6%)	p=0,0001	$\chi^2=15,9$
Расстройства развития речи F 80	37 (20,3%)	176 (94,6%)	213 (58%)	p=0,0000	$\chi^2=208,3$

Особенностями 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). В целом, характеризуя психическое здоровье детей с сенсорными нарушениями, можно выделить три 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.

Психодезадаптационные состояния и невротические расстройства у детей с сенсорными нарушениями часто не выявляются вследствие

того, что их симптомы маскируются проявлениями фонового заболевания, либо трудно определимы вследствие имеющихся речевых или интеллектуальных нарушений. 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 – в сочетании с фрустрирующими переживаниями относительно наличия зрительного дефекта.

Смешанные специфические расстройства психического развития у детей с нарушениями слуха в большей степени проявлялись сочетанием симптомов недоразвития абстрактного мышления, нарушений познавательной и психомоторной сферы, внимания, восприятия и памяти. Для детей с нарушениями зрения чаще были характерны нарушения эмоциональной сферы, внимания, восприятия. Органические расстройства чаще протекали по астеногиподинамическому варианту (Ковалёв, В. В., 1979; Буторина Н. Е., Благина Н. А., 2011), с наличием слабости, утомляемости, медлительности, отсутствием инициативы в различных ситуациях, трудностями социального взаимодействия и освоения учебной программы.

Страхи значимо чаще ($p=0,0000$) выявлялись у детей с нарушениями зрения, причем, как правило, имелось несколько страхов, среди самых типичных – страх темноты, оставаться дома в одиночестве, собак, «монстров», «чудищ». Психотравмирующими ситуациями для детей обеих групп чаще являлись семейные конфликты (51%) и проблемы во взаимоотношениях со сверстниками (50,3%), учебные проблемы (36,4%), развод родителей (33,4%) без значимых различий между группами. Дети с нарушением зрения в 37,9% (значимо чаще ($p=0,0000$) в сравнении с детьми с нарушениями слуха) хронической психотравмирующей ситуацией определяли наличие зрительного дефекта, что клинически проявлялось колебанием или снижением настроения, аффективными вспышками, снижением самооценки, негативным видением будущего.

Нарушения поведения типичны для 34,2% 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 учащихся с сенсорными

нарушениями влияют клинические (уровень психического здоровья ($p=0,0003$), регулярное употребление алкоголя ($p=0,0067$)), социально-психологические (воспитание ($p=0,001$), алкоголизация матери ($p=0,012$), сиротство ($p=0,0103$), семейные конфликты ($p=0,0000$), проблемные взаимоотношения со сверстниками ($p=0,0000$)) и психологические (алекситимия ($p=0,0000$)) характеристики. У детей с агрессивным поведением значимо чаще отмечалось нарушение адаптации к детскому саду ($p=0,013$) и к школе ($p=0,0000$).

Разработан специальный опросник определения суицидального риска учащихся с сенсорными дефектами, сопровождающимися интеллектуальными нарушениями, с помощью которого обследовано 129 подростков с сенсорными нарушениями и группа сравнения – 60 учащихся общеобразовательной школы. Средний уровень суицидального риска выявлен у 19,4%, высокий уровень – у 6,9%. 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, чем учащиеся с нарушениями слуха, сообщали о наличии суицидальных мыслей ($p=0,0002$), сниженного настроения ($p=0,0000$), чувства одиночества ($p=0,0005$) и о том, что «бывает так плохо, что хочется умереть» ($p<0,0000$), при этом не выявлялось значимых различий ($p=0,289$; $p=0,068$) с ответами учащихся из группы сравнения (общеобразовательной школы). Меньшая частота суицидальных попыток в анамнезе детей с сенсорными нарушениями (3% у слабовидящих учащихся, отсутствие у слабослышащих и глухих) в сравнении с учениками общеобразовательной школы (28,3%, значимо ($p=0,000$) чаще) может быть объяснена индивидуальными особенностями (инфантильность, незрелость психики, трудности принятия решений) и большим контролем и наблюдением в условиях коррекционной школы-интерната.

Были изучены некоторые аспекты формирования зависимостей – курения и употребления спиртных напитков. О систематическом курении сигарет (ежедневно или 1 раз в 2-4 дня в течение, как минимум, 6 месяцев) сообщали 25,3% детей изучаемой выборки. Спиртные напитки регулярно (от 1-2 раз в неделю до 1 раза в две недели) употребляют 10% детей. 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 употребления алкоголя между двумя группами и внутри групп по полу выявлено не было ($p>0,05$). Группа детей, сообщающих о регулярном употреблении алкоголя, характеризовалась наличием неблагоприятных тенденций – семейное неблагополучие ($p=0,0016$) и/или семейная модель злоупотребления психоактивными веществами (отцом, $p=0,015$ и/или

матерью, $p=0,0000$), нарушения поведения ($p=0,0004$), конфликты со сверстниками ($p=0,0306$), проблемы с учебой (на уровне тенденции) при клинически выраженной алекситимии ($p=0,0225$). 31,8% детей проводят более 5 часов (как правило, 7-8 часов) в день за компьютером (планшетом, смартфоном), среди них значимо больше ($p=0,0233$) учащихся с нарушениями зрения. Формирующаяся компьютерная зависимость оценивается по совокупности клинических признаков и временных показателей.

Внутренняя картина болезни (ВКБ) у детей с тяжелыми нарушениями слуха и зрения оценивалась с разных позиций восприятия болезни – на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях. Изучались такие характеристики клинического статуса, как мышление и состояние основных его операций, настроение, эмоциональные реакции, поведение (соответствие возрасту, диагнозу), 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 выборе профессии в соответствии с имеющимся дефектом; а также особенности семейного восприятия болезни ребёнка. Было выявлено, что на формирование ВКБ детей и подростков с нарушениями слуха и зрения существенное влияние оказывают 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 выделены три типа отношения детей и подростков с сенсорными нарушениями к болезни/дефекту: диснозогнозия/ анозогнозия – у 17% детей с нарушениями зрения и 23% детей с нарушениями слуха; диснозогнозия с амбивалентным отношением к болезни (дефекту) – у 10% и 26% соответственно, чаще – у детей с нарушением слуха ($p=0,0001$), и нормонозогнозия при сохранном интеллекте – у 67% и 4% соответственно, (чаще – у детей с нарушением зрения, $p=0,0000$) и при интеллектуальных нарушениях – у 6% и 47% соответственно (чаще – у детей с нарушением слуха, $p=0,0000$). Неадекватное представление о себе, пассивности, инфантилизме, склонность к блокированию эмоциональных переживаний в сочетании со специфическими условиями воспитания и статусом инвалида являются основой формирования рентных установок, препятствующих личностному развитию ребенка, имеющего инвалидизирующее заболевание, что чаще было характерно для учащихся с нарушениями слуха.

Для учащихся с сенсорными нарушениями характерны следующие особенности, значимые для формирования личности и социализации: снижение познавательной активности и мотивации к получению знаний, недостаточное чувство ответственности, равнодушие к мнению и чувствам окружающих, аффективная ригидность в стрессовых ситуациях, трудности адаптации к «внешней среде» – ситуациям вне специализированной школы-интерната, неуверенность в себе, зависимость от близкого взрослого человека.

Наличие сенсорных нарушений, сочетающееся с нарушениями речи и интеллекта, значительно ограничивает объем психологического обследования и выбор используемых методик. Измерение психиатрических симптомов часто представляется невозможным, поскольку многие из процедур оценки представляют собой вербальные тесты и стандартизованы для нормально развивающихся детей. Психологическое обследование всегда проходило в индивидуальном порядке, имело специфические черты – письменное общение или общение через сурдопереводчика с глухими детьми, необходимость соблюдать режим дозирования непрерывной зрительной нагрузки у слабовидящих детей. Части учащихся с умственной отсталостью и расстройствами психического развития было недоступно понимание предлагаемых опросников и шкал.

Повышенный и высокий уровень риска депрессии выявлен у 20,8% и 3,1% соответственно, без значимых различий между группами. Данная группа детей нуждается в динамическом наблюдении, повторном клинико-психологическом обследовании и превентивных психотерапевтических мероприятиях, учитывая, что даже на доклиническом уровне депрессия может оказывать значительное негативное влияние на социальную адаптацию, общение со сверстниками, обучение и другие жизненные сферы жизнь детей и подростков (Белова А. А. и др. 2008; Nolen-Hoeksema S. et al., 1991). Сравнение средних показателей уровня риска депрессии детей и подростков с данными российских и зарубежных исследований показало, что дети с сенсорными нарушениями имеют больший риск развития депрессии в сравнении с учащимися общеобразовательных школ. В целом, самой «проблемной» (соответствующей уровню выше среднего) является шкала «межличностные проблемы», что отражает трудности межличностного взаимодействия как в связи с возрастными аспектами, семейной ситуацией, так и с учетом проблем коммуникации, связанных с наличием дефекта. Этот аспект должен учитываться в психотерапевтических и психокоррекционных мероприятиях. Выявлены значимые различия ($p=0,011$) средних баллов показателей шкалы «ангедония» у учащихся с нарушениями зрения в сравнении с учащимися с нарушениями слуха. При анализе различий ответов по полу выявлены значимо более высокие

баллы у девочек по общему показателю шкалы депрессии ($p=0,007$), шкале «негативное настроение» ($p=0,005$), шкале «межличностные проблемы» ($p=0,004$), шкале «ангедония» ($p=0,0157$) и шкале «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 «негативное настроение» ($p=0,0036$) и шкале «негативная самооценка» ($p=0,037$). Девочки с нарушениями слуха показали значимо более высокие баллы в сравнении с мальчиками по общему показателю шкалы депрессии ($p=0,009$), шкале «межличностные проблемы» ($p=0,0009$), шкале «ангедония» ($p=0,0132$) и шкале «негативная самооценка» ($p=0,012$).

Среди учащихся с сенсорными нарушениями 34% составляют дети с повышенным и высоким уровнем тревоги, которые значимо чаще ($p=0,018$) выявляются у слабовидящих детей. Сравнение средних показателей по U критерию Манна-Уитни также показало значимо более высокие показатели тревоги у учащихся с нарушениями зрения ($p=0,000007$). Повышенный и высокий уровень тревоги у детей с нарушениями зрения чаще встречается при расстройствах невротического и аффективного спектра, психодезадаптационных состояниях ($p<0,01$), а у детей с нарушениями слуха – при расстройствах психического развития ($p<0,001$) и органических расстройствах. Для девочек обеих групп характерен более высокий уровень тревоги ($p=0,0007$). Клинически выделены три категории признаков тревоги – вербальные, невербальные и соматические, причём в клинической картине невербальные и соматические, как правило, преобладают.

К определённым с помощью метода логистической регрессии факторам, увеличивающим уровень тревоги учащихся с нарушениями зрения, относятся: семейные факторы (нарушение структуры семьи (отношение шансов – 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, $p=0,0006$), наличие неврологической патологии (OR 2,6; $p=0,0000$). 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, необходимости терапии и профилактики обострений неврологической патологии и психотерапевтической и психокоррекционной работы на всех этапах комплексного сопровождения.

Одним из клинико-психологических аспектов исследования была разработка клинических критериев алекситимии и инструмента её диагностики, адаптированного для детей с интеллектуальными нарушениями. Выделены 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 разработана адаптированная шкала алекситимии, позволившая выделить три категории детей – «норма», «риск алекситимии», «алекситимические проявления». У 35% детей с сенсорными нарушениями выявлены алекситимические черты, значимо чаще ($p=0,023$) – у учащихся с нарушениями слуха (42,3%); 34% имеют риск развития алекситимии; среди детей с нарушениями зрения чаще ($p=0,012$) преобладала группа «нормы» – 37,3%. Основным дискриминирующим признаком, позволяющим разграничить группы континуума «норма-риск-алекситимия» ($F=20,502$, $p<0,00001$) является «наличие психиатрического диагноза», который значимо увеличивает вероятность наличия алекситимических черт как нарушения когнитивно-аффективной сферы. Другими выявленными дискриминантными признаками являются: патологические типы воспитания, нарушения адаптации к детскому саду, уровень тревоги и психотравмирующий фактор «осознание физического дефекта».

Высокий уровень агрессии выявлен у 21% детей, 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». Клинически для детей с высоким уровнем агрессивности были характерны эмоциональная лабильность, озлобленность, задиристость, склонность к насильственным действиям. 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 гиперкинетическими расстройствами ($p=0,0003$).

При характеристике качества жизни дети с нарушениями зрения наиболее низко оценили эмоциональное и школьное функционирование, дети с нарушениями слуха – когнитивные функции и школьное функционирование. При сравнении средних показателей обеих групп выявлены значимые различия ($p=0,031$) в баллах шкалы «когнитивные функции». Показатель «психосоциальное функционирование» 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. Для людей с нарушениями зрения менее типично чувство «идентичности», свойственное глухим и слабослышащим, дети, подростки, а, впоследствии, и взрослые со зрительным дефектом менее объединены между собой.

Эффективными дополнительными диагностическими методами, характеризующими актуальное психоэмоциональное состояние, являются проективные рисуночные тесты и тест Люшера, значимость которых возрастает при исследовании детей, которые в силу интеллектуальных и речевых расстройств не могут ответить на вопросы шкал и опросников. Использование теста Люшера (с учетом его количественных характеристик – вегетативного коэффициента и суммарного отклонения) позволяло отследить особенности и динамику эмоциональных проявлений детей с сенсорными нарушениями. Выявлялись признаки эмоционального неблагополучия, тревожности, агрессивности, особенности межличностного взаимодействия. Наряду с рисуночными тестами, эта была единственная методика, доступная абсолютно всем детям с сенсорными и интеллектуальными нарушениями, позволяющая быстро получить информацию об актуальном состоянии эмоциональной сферы, адаптивности.

Определялись «проблемы» и «ресурсы» социального окружения (родители, педагоги). В исследуемой группе выявлен, в целом, относительно низкий образовательный уровень родителей – доля родителей со средним специальным/техническим образованием была 50%, со средним – 25%. Для сравнения, 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% (Бычкова О., Попова Е., 2012). К неблагоприятным факторам прогноза благополучия и здоровья ребёнка со стороны родителей, помимо низкого уровня образования, относятся: занятость на рабочих специальностях (60%), высокий процент безработных среди родителей – 11%, употребление психоактивных веществ 13% матерей и 35% отцов. Патологические типы воспитания определялись у 70% семей, из них чаще гипопека (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. Семейная отягощённость по основному заболеванию выявлена у 16% детей; 12,5% родителей имели психические расстройства, значимо

чаще ($p=0,0058$) – родители детей с нарушениями слуха (17,2%). При наличии семейной отягощённости 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 чаще сообщали о регулярном употреблении спиртных напитков ($p<0,05$).

Медико-психологическое консультирование выявляет следующие основные группы проблем родителей: отсутствие адекватного представления о заболевании ребёнка – и о сенсорном дефекте и об имеющемся психическом расстройстве, что проявлялось как пассивное отношение к болезни ребёнка, отрицание болезни, «стыдящееся» поведение; трудности взаимодействия с ребёнком из-за речевых нарушений (эта проблема касается слышащих родителей, воспитывающих глухих/слабослышащих детей); гиперопека, результатом которой является ещё большая инфантилизация ребёнка; рентные установки, алекситимические черты у родителей и собственные проблемы родителей (проблемы взаимоотношения с супругом или другими родственниками, производственные конфликты, психические или соматические заболевания). 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 ребёнка.

При изучении взаимодействия «педагог – ученик с дефектом слуха (зрения) и психическим расстройством» в коррекционных школах были выявлены следующие особенности, которые могут иметь негативные последствия для психического благополучия, как учеников, так и самих педагогов: амбивалентность педагогической позиции (сочетание традиционного отношения к ученику с неосознанным навешиванием «ярлыков», попыткой «поставить диагноз»), игнорирование чувств и потребностей ребёнка, скрытое негативное отношение к некоторым учащимся и их родителям, трудности дифференциации социальных ролей «мать» и «учитель». Средние значения уровня тревоги и депрессии (в соответствии со шкалой тревоги и депрессии HADS), 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. Клинический уровень депрессии выявлен у 2,7%, клинический уровень тревоги выявлен у 8%. У 73,3% педагогов определялись отдельные симптомы синдрома эмоционального выгорания (СЭВ), у 26,7% - сформированный СЭВ, проявляющийся личностной отстраненностью, расширением сферы

экономии эмоций, игнорированием индивидуальных особенностей учащихся. В клиническом статусе 74% педагогов выявлялись отдельные психопатологические симптомы в рамках донозологических нарушений; у 13,9% были выявлены психические расстройства (органические, аффективные, расстройства адаптации, аффективные расстройства).

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.

Корреляционный анализ переменных, характеризующих клиническую специфичность психического статуса детей с сенсорными нарушениями, выявил значимые связи 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. У учащихся с нарушениями слуха, помимо этого, выявлены корреляционные связи показателя шкалы «межличностные отношения» и шкалы агрессии ($R=0,507$, $p<0,05$), отражающие нехватку навыков социальной и компетентности и решение проблем межличностного взаимодействия с помощью агрессивных действий, а также симптомы эмоциональной нестабильности, неэффективности.

Статистически (методом факторного анализа) уточнялись характеристики, которые в большей степени определяют клиническую картину (феноменологию) при различных психиатрических диагнозах. У *детей с нарушениями слуха и расстройствами психологического развития* выделенные факторы суммарно объясняли 88,56% дисперсии и описывали специфическое недоразвитие эмоциональной сферы, определяющее проблемы межличностных отношений, агрессивные тенденции в поведении, убеждение в неэффективности собственной деятельности. У *детей с нарушениями слуха и органическими расстройствами* выделенные факторы свидетельствовали о проблемах эмоциональной сферы (88,95% дисперсии), обусловленных органическим поражением ЦНС – «нечувствительностью», «неразвитостью» эмоционально-вербальной зрелости, нестабильностью психоэмоционального состояния и колебаниями эмоционального статуса – от снижения активности до неэффективной (агрессивной) активности; непродуктивной нервно-психической напряжённости.

У *детей с нарушениями зрения при психодезадаптационных состояниях* выявляется (факторы объясняют 80,59% дисперсии) вегетативная симптоматика, стабильный эмоциональный фон, эмоционально-вербальная зрелость (отсутствие алекситимических черт) и

негативная самооценка, являющаяся основной мишенью для психокоррекционной работы. Специфика психического статуса *слабовидящих детей с невротическими и аффективными расстройствами* определяется (факторы объясняют 83,715% дисперсии) депрессивными или тревожными симптомами на фоне низкой нервно-психической продуктивности, компенсации внутреннего дискомфорта и страхов агрессивными реакциями разной направленности (внутрь или на окружающих) при эмоционально-вербальной зрелости. У *детей с нарушениями зрения и органическими расстройствами* выделенные факторы суммарно объясняют 87,32% дисперсии и свидетельствуют об обратной зависимости выраженности алекситимии и тревоги относительно возраста ребенка, субдепрессивной симптоматике, агрессии как защитном механизме от страхов, сниженного настроения, ощущения собственной неэффективности (неполноценности) и проблемах межличностных отношений. Распределение переменных по факторам, выявленным у *детей с нарушениями зрения и расстройствами психологического развития* (83,24% дисперсии) объясняет такие характеристики психического профиля как алекситимия, агрессивное поведение как компенсаторный механизм снятия тревоги и уменьшения страха, низкую самооценку. Распределение переменных по факторам, выявленным у *детей с нарушениями зрения и синдромом гиперактивности и дефицитом внимания* (94,03% дисперсии) объясняет такие характеристики психического профиля как риск импульсивных аутоагрессивных поступков при возникновении межличностных конфликтов на фоне и « перевозбуждения » (гиперактивности) на фоне относительного благополучия в эмоциональной сфере.

Таким образом, основное клинко-феноменологическое различие психического профиля детей с сенсорными нарушениями – это специфическое недоразвитие эмоциональной сферы у детей с нарушением слуха, обуславливающее агрессивное поведение, проблемы межличностных отношений, алекситимию, стабилизации которой способствуют когнитивное снижение и речевые расстройства. Учащиеся с нарушениями зрения, за исключением детей с расстройствами психического развития, характеризуются нормативным снижением уровня алекситимии по мере взросления и эмоционально-вербальной зрелостью.

Клиническая динамика психических расстройств у детей с нарушениями слуха включает наличие сочетанной психической патологии, прогрессирование недостаточности абстрактного мышления и психической работоспособности, формирование алекситимических черт и рентных установок, инфантилизацию. Клиническая динамика психических расстройств у детей с нарушениями зрения характеризуется развитием страхов, тревоги (тревожной симптоматики), переживанием «наличия

зрительного дефекта» как хронической психотравмирующей ситуации (37,9%).

Главной целью психодиагностического процесса в современном понимании является постановка диагноза, позволяющего сформировать концепцию и инструменты для решения существующих проблем (Заседа Ю. И., 2014). В разработанной модели формирования психического здоровья детей (рисунок 1) ключевым является возможность оценки не психического расстройства, а формирующейся личности ребёнка, имеющего психические и соматические нарушения, в контексте конкретной социальной ситуации развития при ориентации на психосоциальную реабилитацию.



Рисунок 1. Модель формирования психического здоровья детей с сенсорными нарушениями

В качестве основы для построения такой модели была использована Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), которая рекомендована к использованию Всемирной организацией здравоохранения наряду с МКБ-10 для оценки детской инвалидности в соответствии с концепцией биопсихосоциальной модели, а также как способ документирования характеристик инвалидности, определения профиля функционирования и приоритетных реабилитационных направлений, включая стратегию раннего вмешательства (World Health Organization, 2001; Simeonsson R. J. et al., 2006). Обобщая данные проведённого исследования, выделены следующие составляющие психического здоровья детей с сенсорными нарушениями: «Психические

функции», «Сенсорный дефект», «Соматическое здоровье», «Психологические характеристики», «Активность и участие» и «Факторы окружающей среды», включающие уровень микро- и макроокружения. Позиция «Активность и участие» в МКФ характеризует основную цель профессиональной реабилитации детей с ограниченными возможностями – обеспечение участия ребёнка в повседневной деятельности и является отличительной характеристикой исследований, базирующихся на принципах МКФ и обеспечивающих психосоциальную направленность реабилитации. Стандартные клинические исследования не учитывают взаимодействие ребенка с его семьей, средовыми, экологическими факторами и степень его участия в повседневной деятельности (Law M. et al., 2004).

Описание составляющих, которые определяют психическое здоровье, дает информацию как об «проблемных» моментах (высокий уровень тревоги, депрессии, нарушения поведения, недостаток физической активности, отсутствие достаточного круга общения и т.п.), которые в будущем являются мишенями для терапии и коррекции; так и о ресурсных сторонах, которые могут являться опорой для реабилитационных программ (сохранность абстрактного мышления, способности к самообслуживанию, мотивация на развитие, адекватное отношение к собственному дефекту и т.п.). Особенно актуальным и значимым в реабилитации представляется использование ресурсов социального окружения ребенка.

В соответствии с положением ВОЗ, уровень психического здоровья человека характеризуется сочетанием биологических, социальных и психологических факторов. Вклад этих факторов в формирование психического здоровья детей с сенсорными нарушениями определял соответствующий его уровень. При этом учитывалось, что наличие дефекта не всегда однозначно определяет уровень функционирования. Психологические, биологические и социальные ресурсы и адаптация к окружающей среде ребенка с дефектом могут определять высокий уровень психического здоровья, что и должно являться конечной целью любого реабилитационного процесса.

Критериями **высокого уровня психического здоровья** являлись: отсутствие жалоб и клинической симптоматики; низкий/средний уровень тревоги, депрессии, агрессии, суицидального риска; отсутствие алекситимии или риск; 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. К данной категории относились дети без психических расстройств и имеющие психическую патологию в стадии ремиссии при социальной адаптации.

Критериями **среднего уровня психического здоровья** являлись: наличие преходящей клинической симптоматики, средний уровень тревоги, агрессии, депрессии, суицидального риска, группа риска алекситимии/алекситимия; наличие проблем, связанных с восприятием собственного дефекта, самооценкой, межличностных отношений; средний/низкий уровень качества жизни; низкая физическая активность; проблемы адаптации, связанные с микро- или макроокружением; патологические типы воспитания. К данной категории относились дети с донозологическими состояниями и психическими расстройствами в стадии неполной ремиссии, ситуации дезадаптации в социальной ситуации.

Критериями **низкого уровня психического здоровья** являлись: наличие психопатологической симптоматики, нарушения поведения, сочетанная психическая патология; проблемы межличностных отношений в течение длительного времени; высокий уровень тревоги, депрессии, агрессии, суицидального риска; алекситимия; диснозогнозия/анозогнозия; низкий/средний уровень качества жизни; тяжёлые соматические заболевания; низкая физическая активность; проблемы адаптации, связанные с микро- или макроокружением; патологические типы воспитания; алкоголизация родителей, асоциальные семьи. К данной категории относились дети с психическими расстройствами в стадии декомпенсации.

Таким образом, сформулированные критерии уровней психического здоровья детей опираются на наличие/отсутствие психопатологических нарушений, характер взаимодействия ребёнка с социальной средой, уровень адаптации и наличие ресурсов (индивидуальных, средовых). В целом, высокий уровень психического здоровья определён у 19% детей, средний – у 37,5%, низкий – у 43,5%, без значимых различий у учащихся с нарушениями слуха и зрения ($p > 0,05$). Соотношение данных категорий на этапе обследования и в динамике после проведения реабилитационных программ представлено в таблице 4. Анализируя основания 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. Уровни психического здоровья ребенка определяли объём реабилитационных мероприятий.

Основой для создания реабилитационных программ послужила разработанная модель формирования психического здоровья детей с

нарушениями слуха и зрения, базирующаяся на принципах МКФ (таблица 2).

Таблица 2 – 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 Психообразовательная работа с населением – повышение уровня осведомлённости в вопросах психического здоровья

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. Специфика проводимого исследования – работа с ребёнком в «естественных условиях» – образовательной среде с привлечением семьи (не в условиях медицинского учреждения) – обеспечивала психосоциальную направленность реабилитации и возможность разработки долгосрочных рекомендаций, охватывающих все сферы жизни ребёнка. Задачи реабилитационных программ, разработанных с учетом принципов Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, 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.

С учетом высокой распространённости психических расстройств в медицинскую составляющую сопровождения детей и подростков с нарушениями слуха и зрения, помимо традиционно «обязательных» специалистов (офтальмолог, сурдолог, педиатр), должен быть включён врач-психиатр, который, помимо констатации основного психиатрического диагноза («стабильно» протекающих психических расстройств – умственная отсталость, специфические расстройства психического развития, органические расстройства и т.д.), выявляет ранние признаки аффективных и невротических расстройств, суицидальные тенденции в поведении, определяет спектр превентивных и терапевтических мероприятий; осуществляет консультирование семьи и семейную терапию, проведение образовательных семинаров для педагогов и социальных работников с целью ознакомления с особенностями психического развития детей с различными нарушениями онтогенеза.

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. Внутри каждой программы имеется диапазон объёма помощи в зависимости от

определённой с помощью факторного анализа клинической специфичности психических расстройств. 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 3). Каждый следующий этап включает объем мероприятий предыдущего и дополнительную помощь в зависимости от тяжести психопатологии.

Таблица 3 – 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 Й	Превентивное	<ul style="list-style-type: none"> -определение основных механизмов сано- и патогенного реагирования, - выявление факторов риска развития психопатологии и их коррекция, - мониторинг психического здоровья детей, - определение прогноза - профилактика развития рентных установок 		
	Психогигиеническое	<ul style="list-style-type: none"> - сохранение и укрепление психического здоровья, - формирование мотивации и установок на ведение здорового образа жизни, - 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, - предупреждение семейных конфликтов, консультации и помощь в ситуации острых конфликтов в семье. 		
		Снижение уровня негативных переживаний, связанных 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 		

		<p>прогнозах и способах терапии</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>Психотерапевтическое Психокоррекционное (техники арт-терапии, поведенческой, семейной терапии)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - навыки распознавания и дифференциации эмоций - навыки оптимальной коммуникации со сверстниками и взрослыми, коррекция агрессивных тенденций, - повышение стрессоустойчивости, - 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 тревоги и фрустрирующих переживаний, связанных с наличием дефекта 	<ul style="list-style-type: none"> коррекция эмоциональной сферы, формирование эмоц. лексикки, эмпатии, способности вербализации чувств, -коррекция познавательной сферы, мышления, внимания -формирование адекватной ВКБ
	<p>Обеспечение оптимального уровня социальной активности</p>	<p>вовлечение в общественную деятельность, укрепление авторитета среди сверстников, организация досуга, хобби</p>	
Н И З К И Й	<p>Психотерапевтическое (мультимодальный подход: техники арт-терапии, поведенческой, семейной терапии)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - работа с неадекватными стереотипами поведения, - снижение уровня депрессии, тревоги, - коррекция детско-родительских отношений, - коррекция агрессивных тенденций, - формирование навыка решения межличностных проблем, - выявление и коррекция ранних признаков аддикций 	
		<ul style="list-style-type: none"> - снижение уровня тревоги - повышение самооценки, коррекция восприятия «Я». - отреагирование переживаний по поводу наличия дефекта, снижение его стигматизирующего влияния. 	<ul style="list-style-type: none"> -психотерапия и коррекция алекситимических проявлений,профилактика соматизации психопатологических симптомов, - формирование адекватной ВКБ
	<p>Психофармакотерапия – по показаниям</p>	<p>ноотропы, сосудистые, метаболические препараты, противотревожные, антидепрессанты</p>	

Программы учитывали статистически выявленные факторы, определяющие клиническую специфичность психических расстройств при нарушениях слуха и зрения в детском возрасте. Решение задач терапии и профилактики психических нарушений строилось с опорой на выявленные индивидуальные и средовые ресурсы. Проводилось консультирование семьи, коррекция детско-родительских отношений; проведение образовательных семинаров для педагогов и социальных работников; скрининг психического здоровья педагогического коллектива, помощь при выявлении синдрома эмоционального выгорания. 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.

Основной акцент в медицинском аспекте реабилитационных мероприятий был направлен на улучшение клинического состояния ребенка, что достигалось, в соответствии с рекомендациями ВОЗ (World Health Organization, 2013), в основном, психотерапевтическими методами, как более адекватными для детского возраста; в некоторых случаях использовалась психофармакотерапия. При выборе психотерапевтических методов должны быть учтены клинко-психологические особенности детей обсуждаемой категории: речевые нарушения, специфическое недоразвитие эмоциональной сферы, воображения, ассоциативного мышления, интеллекта, снижение мотивации, низкая коммуникативная способность, дефицит коммуникативных навыков, необходимость «дозированной» нагрузки на орган зрения для слабовидящих детей. В контексте мультимодального подхода и «онтогенетически ориентированной» психотерапии (Эйдемиллер Э. Г., 2005; Шевченко Ю. С., 2012) психотерапевтическая работа строилась в соответствии с клинко-психологическим профилем ребёнка. Использовались поведенческие техники, игровая терапия, арт-терапия, семейная терапия. В зависимости от специфики выявленных психических нарушений техники поведенческой терапии применялись с различными целями – уменьшение частоты проявления симптомов (страхи, навязчивые состояния, агрессивность), стимулирование желательного поведения с использованием систематических подкреплений, формирование навыков и умений. Психотерапевтическое и психокоррекционное воздействие на детей, имеющих недоразвитие эмоциональной сферы, включало: эмоциональную поддержку, обеспечивающую подготовку к вербальным способам взаимодействия, приемы, стимулирующие осознание эмоций и расширение способности их вербального выражения с опорой на невербальные средства взаимодействия, формирование эмоциональной лексики как компонента

эмоционально-вербальной зрелости при обязательном включении семьи и педагогов.

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, была разработана технология дистанционного консультирования.

Сочетание психотерапевтических, психофармакологических, психокоррекционных, психогигиенических и психообразовательных мероприятий, в зависимости от уровня психического здоровья детей, включение семьи и педагогов позволило у 30% детей достигнуть высокого ($p=0,0006$) и 49% среднего ($p=0,0014$) уровня психического здоровья, стабилизировать эмоциональное состояние детей и расширить возможности их социальной адаптации (таблица 4).

Таблица 4 – 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%	$p=0,0006, \chi^2=11,77$

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.

Таким образом, разработанная модель ориентируется на оптимизацию психического здоровья (клинического состояния и психологических характеристик), уровня активности и участия, работу с непосредственным окружением ребенка и макроокружением и обозначает круг основных направлений, которые должны быть учтены в реабилитационном процессе. Выделение уровней психического здоровья определяет объем реабилитационных мероприятий. Определенные

факторы уточняют 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.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования психического здоровья 368 учащихся специализированных (коррекционных) школ-интернатов I-II и III-IV вида 7-18 лет позволяют сформулировать следующие выводы:

1. У учащихся специализированных (коррекционных) школ-интернатов с нарушениями слуха и зрения выявляется высокая распространённость психических расстройств (79%), среди которых чаще встречаются смешанные специфические расстройства развития (42,4%), органические расстройства (13,3%) и умственная отсталость легкой степени (12,5%).

2.1. В структуре психических расстройств у детей с нарушениями слуха значимо ($p=0,0000$) преобладают специфические расстройства психического развития (64%), речевые расстройства (94%) и умственная отсталость (21,5%); 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 29,3% 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 соответственно у 81,8% и 74,5% матерей детей с нарушениями слуха и зрения, в раннем возрасте 60,3% детей перенесли тяжёлые интоксикации или травмы, все дети имеют сопутствующую соматоневрологическую патологию, чаще выявлялись 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 (37,9%).

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 он 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 ($p=0,011$) 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 – у 10% и 26% 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 ($p=0,0000$) – 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.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ ТЕМЫ

Результаты исследования определяют необходимость включения динамического наблюдения врача-психиатра в процесс медико-психолого-педагогического сопровождения детей с сенсорными нарушениями. Описанные клинично-феноменологические особенности психического статуса детей с сенсорными нарушениями необходимо учитывать для ранней диагностики психических расстройств у учащихся с сенсорными нарушениями. Квалификация психического статуса должна оцениваться с учётом клинично-динамического подхода и оценки влияния семейной и специфической образовательной среды.

Предложенные опросники могут быть использованы в качестве скрининговых методов для изучения суицидального риска и алекситимии у широкого круга лиц с ОВЗ для определения групп риска и дальнейшего клинического обследования.

При выборе психотерапевтических методов работы с детьми необходимо учитывать особенности клинично-психологического профиля детей с нарушениями слуха и зрения: речевые нарушения, специфическое

недоразвитие эмоциональной сферы, воображения, ассоциативного мышления, интеллекта, дефицит коммуникативных навыков, снижение мотивации. Перспективой развития психотерапевтической помощи для глухих является налаживание службы взаимодействия врача и профессионального сурдопереводчика, либо специализация психотерапевта в знании жестового языка.

Выбор программы реабилитации определяется систематизацией всей совокупности биологических, психопатологических, психологических и социальных факторов, которые позволяют определить уровень психического здоровья ребёнка и соотнести его с возможностями направлений реабилитации (психотерапия, психофармакотерапия, психогигиена, психопрофилактика и т.п.). Приоритет психосоциальной составляющей реабилитации должен определяться перспективой успешной интеграции ребёнка в общество с минимизацией последствий его инвалидизирующего заболевания и вторичных дефектов.

Перспективой дальнейшего развития темы является применение разработанных подходов, принципов и модели в процессе сопровождения учащихся с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в условиях инклюзивного образования, в практику медико-психолого-педагогического сопровождения учащихся коррекционных школ иного профиля. Другим важным направлением является дальнейшая разработка адаптированных диагностических методов выявления психопатологической симптоматики у детей с ОВЗ и адаптированных психотерапевтических методов в контексте «онтогенетически ориентированной» психотерапии.

Результаты исследования могут быть использованы в процессе подготовки и повышения квалификации врачей-психиатров, психологов, дефектологов, логопедов, педагогов, работающих в условиях специального, инклюзивного образования.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ ПО ТЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

СТАТЬИ В НАУЧНЫХ ЖУРНАЛАХ, ВКЛЮЧЕННЫХ В ПЕРЕЧЕНЬ ВАК РФ

1. Карауш, И. С. Медико-психологическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья / Б. А. Дашиева, И. С. Карауш, И. Е. Куприянова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 5 (62). – С. 33-35.
2. Карауш, И. С. Тревога у детей с ограниченными возможностями здоровья и её коррекция препаратом «Тенотен» / Б. А. Дашиева, И. С. Карауш, И. Е. Куприянова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 6 (63). – С. 88-91.
3. Карауш, И. С. Медико-психологическое сопровождение детей с нарушениями слуха / И. С. Карауш, И. Е. Куприянова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 3 (66). – С. 47-49.
4. Карауш, И. С. Психическое здоровье детей с задержкой психического развития (обзор) / И. Е. Куприянова, Н. Ю. Семенова, Б. А. Дашиева, И. С. Карауш // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 1 (64). – С. 45-49.
5. Карауш, И. С. Психическое здоровье детей: клиническое и социальное исследование / В. Я Семке, И. Е. Куприянова, Б. А. Дашиева, И. С. Карауш, Н. Ю. Семенова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 3 (66). – С. 71-76.
6. Карауш, И. С. Актуальные вопросы и перспективы психолого-педагогического и медико-социального сопровождения процессов обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья / И. Е. Куприянова, Б. А. Дашиева, И. С. Карауш // Вестник ТГПУ. – 2011. – № 10. – С. 77-79.
7. Карауш, И. С. Клинико-патобиологические закономерности развития, реабилитации, профилактики психических расстройств у детей в регионе Сибири / И. Е. Куприянова, Л. Д. Рахмазова, И. Я. Стоянова, А. В. Солонский, Е. В. Гуткевич, А. А. Агарков, Т. Ф. Скороходова, Р. Ф. Насырова, Б. А. Дашиева, Т. В. Рудникович, И. С. Карауш, Н. Ю. Семенова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4 (67). – С. 33-35.
8. Карауш, И. С. Психическое здоровье и качество жизни детей с сенсорными нарушениями (обзор иностранной литературы) / В. Я. Семке, И. Е. Куприянова, И. С. Карауш // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 5. – С. 56-60.
9. Карауш, И. С. Клинико-психологические, биологические и социальные факторы риска развития психопатологических нарушений у детей с ограниченными возможностями здоровья / И. Е. Куприянова, Б. А.

- Дашиева, И. С. Карауш // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 3. – С. 36-40.
10. Карауш, И. С. Проблемы психического здоровья детей и подростков (обзор материалов III Всемирного конгресса по культуральной психиатрии) (по материалам III Всемирного конгресса Культуральной психиатрии) / В. Я. Семке, И. Е. Куприянова, В. Ф. Лебедева, И. С. Карауш, Б. А. Дашиева // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 2 (77). – С. 70-72.
 11. Карауш, И. С. Проблемы психического здоровья детей и подростков с инвалидизирующими заболеваниями в регионе Сибири и Дальнего Востока / И. Е. Куприянова, Л. Д. Рахмазова, А. А. Агарков, И. Я. Стоянова, А. В. Солонский, Е. В. Гуткевич, Б. А. Дашиева, И. С. Карауш, Т. Ф. Скороходова, Т. В. Погорелова, К.Г. Чернышева // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 4 (79). – С. 63-66.
 12. Карауш, И. С. 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.
 13. Карауш, И. С. Клинико-психологические особенности нарушений психического здоровья у слабовидящих детей / И. С. Карауш // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 6 (75). – С. 22-26.
 14. Карауш, И. С. Психологические особенности, определяющие возможности и перспективы социализации слабослышащих и слабовидящих детей / И. С. Карауш, И. Е. Куприянова // European Social Science Journal. – 2013. – № 5 (33). – С. 254-261.
 15. Карауш, И. С. Особенности психологической диагностики детей с сенсорными нарушениями / И. С. Карауш, И. Е. Куприянова, Б. А. Дашиева, И. Я. Стоянова // Сибирский психологический журнал. – 2014. – № 51. – С. 132-140.
 16. Карауш, И. С. Тревожные состояния у детей и подростков (обзор литературы) / И. С. Карауш, И. Е. Куприянова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2014. – № 2 – С. 26-33.
 17. Карауш, И. С. Возможности применения международной классификации функционирования в изучении психического здоровья детей с сенсорными нарушениями / И. С. Карауш, И. Е. Куприянова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – № 4. – С. 62-67.
 18. Карауш, И. С. Характеристика внутренней картины болезни детей и подростков с нарушениями слуха и зрения, имеющими психические расстройства / И. С. Карауш, И. Е. Куприянова // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2015. – № 2. – С. 22-31.
 19. Карауш, И. С. Клинико-биологические закономерности и социально-

- психологические предпосылки формирования непсихотических психических расстройств у лиц, проживающих в регионе Сибири / Н. А. Бохан, М. М. Аксёнов, Т. П. Ветлугина, В. Б. Никитина, А. В. Гычев, И. Е. Куприянова, В. А. Рудницкий, О. Э. Перчаткина, Л. П. Смирнова, Е. В. Лукьянова., Б. А. Дашиева // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – №3 (88). – С. 9-18.
20. Карауш, И. С. Психические расстройства и новые возможности выявления суицидального риска у детей и подростков с инвалидизирующими заболеваниями / И. Е. Куприянова, Б. А. Дашиева, И. С. Карауш // Журнал неврологии и психиатрии. – 2015. – Т. 115. – № 7. – С. 30-34.

ПАТЕНТЫ

21. «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 г.).
22. Карауш, И. С. «Способ выявления алекситимии для последующей коррекции у подростков с сенсорными нарушениями, сопровождающимися нарушениями психологического развития» (И. Е. Куприянова, И. С. Карауш, Б. А. Дашиева, приоритетная справка № 2015114744 от 20.04.2015).

МОНОГРАФИИ

23. Психическое здоровье детей с особыми образовательными потребностями / И. Е. Куприянова, В. Я. Семке, Б. А. Дашиева, И. С. Карауш // Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2011. – 204 с.
24. Цвет и психическое здоровье / И. Е. Куприянова, И. С. Карауш // Saabrücken, Deutschland : Palmarium Academic Publishing, 2013. – 183 с.

ДРУГИЕ НАУЧНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ

25. Карауш, И. С. Психическое здоровье детей с нарушением слуха / И. С. Карауш, И. Е. Куприянова, А. В. Маланина, Р. И. Моисеева // «Онтогенетические аспекты психического здоровья населения»: тезисы докладов межрегиональной научно-практической конференции (Омск, 19-20 апреля 2010). – Томск, 2010. – С. 97-100.
26. Karaush, I. Problems of social adaptation of children with hearing disorder / I. S. Karaush, I. E. Kupriyanova, A. V. Malanina // WPA Regional Meeting materials «Traditions and Innovations in Psychiatry». – Russia, St Peters-

- burg, 2010. – 1 p.
27. Карауш И. С. Некоторые аспекты психического здоровья детей с нарушением слуха / И. С. Карауш, И. Е. Куприянова // Психосоматические и соматоформные расстройства в клинической практике: сборник материалов VI Байкальской межрегиональной конференции (Иркутск, 23-24 сентября 2010). – Иркутск, 2010. – С. 14-15.
 28. Карауш И. С. Вопросы социальной адаптации детей с нарушением слуха / И. С. Карауш, И. Е. Куприянова, А. В. Маланина // «Психическое здоровье детей и подростков (клинико-эпидемиологические и биологические аспекты)»: тезисы докладов межрегиональной научно-практической конференции (Томск, 27 апреля 2010). – Томск : Изд-во «Иван Фёдоров», 2010. – С. 88-91.
 29. Karaush, I. Children with disabilities: mental health and social adaptation. / I. Kupriyanova, I. Karaush // 15th World Congress of Psychiatry (18-22 September). – Buenos Aires, Argentina, 2011. – P. O5.25.
 30. Карауш, И. С. Проблемы социальной адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья и перспективы медико-психолого-педагогического сопровождения / И. С. Карауш, И. Е. Куприянова, А. В. Маланина // «Роль личности учителя в решении главных задач Новой школы»: Сборник материалов всероссийской научно-практической конференции с международным участием (29-30 марта, 2011). – Томск, 2011. – С. 76-80.
 31. Карауш, И. С. Коррекция препаратом Тенотен детских ранних признаков тревоги у детей с ограниченными возможностями здоровья / И. Е. Куприянова, Б. А. Дашиева, И. С. Карауш // «Человек и лекарство», XVIII Российский национальный конгресс: Сборник материалов конгресса (Москва, 11-15 апреля 2011). – М., 2011. – С. 322-323.
 32. Карауш, И. С. Новые подходы к медико-психологическому сопровождению детей с нарушениями в развитии / И. Е. Куприянова, Б. А. Дашиева, И. С. Карауш, Н. Ю. Семенова // Современные технологии психиатрического и наркологического сервиса / под научной редакцией академика РАМН В.Я. Семке. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2011. – Том 4. – С. 51-53.
 33. Карауш, И. С. Клинико-психологические, биологические и социальные факторы риска развития психопатологических нарушений у детей с ограниченными возможностями здоровья / Б. А. Дашиева, И. С. Карауш // «Актуальные вопросы психиатрии»: тезисы докладов Российской научно-практической конференции (Чита, 25-26 октября 2011). – Чита, 2011. – С. 57-59.
 34. Карауш, И. С. Особенности семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья / И. С. Карауш, Б. А. Дашиева // «Актуальные вопросы психиатрии»: тезисы докладов Российской научно-практической конференции (Чита, 25-26 октября 2011). – Чита,

2011. – С. 87-89.
35. Karaush, I. S. Problems of mental health in children with hearing disorders / I. S. Karaush // *European Psychiatry*. – 2011. – Vol. 26. – Suppl. 1. – P. 307.
 36. Карауш, И. С. Медицинские аспекты комплексного медико-психолого-педагогического сопровождения процессов воспитания и обучения детей с ограниченными возможностями здоровья / И. Е. Куприянова, И. С. Карауш // Теоретические и прикладные аспекты дошкольного и коррекционного образования: коллективная монография / под ред. О. И. Киселёвой, А. В. Яцук ; ФГОУ ВПО «Томский государственный педагогический университет». – Томск : Изд-во Том. гос. гед. ун-та, 2012. – 196 с.
 37. Карауш, И. С. Синдром эмоционального выгорания у педагогов коррекционных школ / Б. А. Дашиева, И. С. Карауш // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: сборник тезисов докладов межрегиональной научно-практической конференции (Красноярск, 3-4 декабря 2012) / под. ред. В. Я. Семке, Н. А. Бохана. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2012. – С. 35-36.
 38. Карауш, И. С. Качество жизни родителей слабослышащих детей / И. С. Карауш // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: сборник тезисов докладов межрегиональной научно-практической конференции (Красноярск, 3-4 декабря 2012) / под. ред. В. Я. Семке, Н. А. Бохана. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2012. – С. 62-63.
 39. Карауш И. С. Психические расстройства у детей с ограниченными возможностями здоровья в различных регионах Сибири / И. Е. Куприянова, Б. А. Дашиева, И. С. Карауш // Современные проблемы этнокультуральной психиатрии и наркологии: сборник тезисов докладов Всероссийской научно-практической конференции (Томск, 21-22 июня 2012) / под. ред. В. Я. Семке. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2012. – С. 74-75.
 40. Карауш, И. С. Организация работы врача-психиатра в образовательных коррекционных учреждениях / И. С. Карауш, Б. А. Дашиева // Современные направления в оказании психиатрической помощи населению: сборник тезисов докладов региональной научно-практической конференции (Омск, 29-30 ноября 2012) / под. ред. В. Я. Семке, Н. А. Бохана. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2012. – С. 83-84.
 41. Карауш, И. С. Организация психиатрической помощи детско-подростковому контингенту / И. Е. Куприянова, В. Ф. Лебедева, О. А. Павлова, Б. А. Дашиева, И. С. Карауш // Современные направления в оказании психиатрической помощи населению: сборник тезисов докладов региональной научно-практической конференции (Омск, 29-30 ноября 2012) / под. ред. В. Я. Семке, Н. А. Бохана. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2012. – С. 101-103.

42. Карауш, И. С. Особенности суицидального поведения детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья / И. Е. Куприянова, Б. А. Дашиева, И. С. Карауш // Медицинская психология в России: электронный научн. журнал. – 2013. – № 2 (19). – Режим доступа: <http://medpsy.ru>.
43. Карауш, И. С. Особенности психотерапии детей с ограниченными возможностями здоровья / И. С. Карауш // Пограничные нервно-психические расстройства в Сибирском регионе (онтогенетические аспекты): сборник тезисов докладов Межрегиональной научно-практической конференции (Новокузнецк, 2-3 апреля 2013). – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2013. – С. 145-146.
44. Карауш, И. С. Проблемы психического здоровья детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья / И. Е. Куприянова, Б. А. Дашиева, И. С. Карауш // Глобальное измерение в современной науке и образовании: сборник трудов Международной научно-практической конференции (26 декабря 2012) / под. ред. О.П. Чигишевой. – Ростов-на-Дону : Издательство Международного исследовательского центра «Научное сотрудничество», 2013. – С. 38-41.
45. Karaush, I. Factors of dysontogenesis of mental development of children with sensorineural hearing disorders / I. Kupriyanova, I. Karaush // European Psychiatry. – 2013. – Vol. 28. – Supp. 1. – 1 p.
46. Карауш И. С. Некоторые аспекты психического здоровья детей с сенсорными нарушениями / И. С. Карауш // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии в современных условиях: сборник тезисов Российской научно-практической конференции «Психическое здоровье населения Забайкальского края» (Чита, 28—29 мая 2013 г.) / под ред. Н. А. Бохана, Н. В. Говорина. – Томск, Чита : Изд-во «Иван Федоров», 2013. – 214 с. – С. 95-97.
47. Карауш, И. С. Вопросы сопровождения семьи, воспитывающей детей с ограниченными возможностями здоровья / И. С. Карауш, Б. А. Дашиева // Современные проблемы теории и практики социальной педагогики: работа с семьей: Всероссийская научно-практическая конференция (14 декабря 2012) / ФГБОУ ВПО «Томский государственный педагогический университет». – Томск : Изд-во ТГПУ, 2013. – С. 146-149.
48. Карауш, И. С. Дети с нарушениями зрения – психологические характеристики и особенности коммуникации / И. С. Карауш // Теоретические и прикладные вопросы специальной педагогики и психологии: материалы международной научно-практической конференции (3-4 июня 2013). – Прага: Vedecko vydavatelske centrum «Sociosfera-CZ», 2013. – С. 10-15.
49. Karaush, I. S. Mental Health State of Children with Disabilities and Principles of Rehabilitation / I. E. Kupriyanova, B. A. Dashiyeva, I. S. Karaush //

- Pediatrics Research International Journal. – 2014. – Vol. 2014. – Article ID 149505. – P. 1-14.
50. Karaush, I. S. Peculiarities of revealing the suicidal tendencies in adolescents with disabilities / I. S. Karaush, B. Dashiyeva // EPA-1195-European Psychiatry (Munich, Germany, 1-4 March 2014). – Munich, Germany, 2014. – Vol. 29. – Suppl. 1. – P. 1.
 51. Karaush, I. Study of suicidal behavior in visually impaired adolescents / I. Kupriyanova, I. Karaush // XVI Congress of Psychiatry, WPA (Madrid, September 14-18, 2014). – Madrid, 2014. – Vol. 2. – Topic 7. – P. 43.
 52. Карауш И. С. Психическое здоровье детей с сенсорными нарушениями и возможности реабилитации / И. С. Карауш // «Междисциплинарный подход в понимании и лечении психических расстройств: миф или реальность?» : тезисы Всероссийской научно-практической конференции (Санкт-Петербург, 14-17 мая 2014). – СПб. : «Альта-Астра», 2014. – С. 97-98.
 53. Карауш, И. С. Психические расстройства у детей с сенсорными нарушениями / И. С. Карауш // Актуальные вопросы профилактики, диагностики, терапии и реабилитации психических расстройств: сборник статей. – Барнаул : ИП Колмогоров И. А., 2014. – С. 132-133.
 54. Карауш, И. С. Психологические особенности семей, воспитывающих детей с инвалидизирующими заболеваниями / И. Е. Куприянова, Б. А. Дашиева, И. С. Карауш // «Психическое здоровье семьи в современном мире»: сборник тезисов II Российской конференции с международным участием (Томск, 7-8 октября 2014) / под. ред. Н. А. Бохана. – Томск : Изд-во «Иван Фёдоров», 2014. – С. 79-81.
 55. Карауш, И. С. Психическое здоровье детей с сенсорными нарушениями с позиции международной классификации функционирования / И. С. Карауш // Детская психиатрия: современные вопросы диагностики, терапии, профилактики и реабилитации и: сб. мат-лов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием / под ред. Н. Г. Незнанова, И. В. Макарова – СПб. – 2014. – С. 97-98.
 56. Karaush, I. Дистанційне консультування (телепсихіатрія) як технологія реабілітації дітей та підлітків з обмеженими можливостями здоров'я / I. Є. Купріянова, Б. А. Дашієва, I. S. Karaush // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22. – № 4 (81) – С. 140-143.
 57. Карауш, И. С. Особенности внутренней картины болезни у детей с сенсорными нарушениями / И. С. Карауш // «Актуальные проблемы психиатрии и наркологии»: сборник тезисов Международной научно-практической конференции (Чита, 14-15 мая 2015 года). – Чита : ГБОУ ВПО ЧГМА, 2015. – С. 101-102.
 58. Karaush, I. S. Telepsychiatry: Experience of Ethnocultural Research of Mental Health of Kazakhstan and Siberia / I. E. Kupriyanova, B. A.

- Dashiyeva, I. S. Karaush // *European Psychiatry*. – 2015. – Vol. 30. – Suppl. 1. – P. 1291.
59. Karaush, I. S. Mental health of children with special education needs / I. E. Kupriyanova, B. A. Dashiyeva, I. S. Karaush // *World Cultural Psychiatry Research Review*. – 2015. – Vol. 10 (2). – P. 68-73.
60. Карауш, И. С. Аддиктивное поведение детей с тяжелыми нарушениями слуха и зрения [Электронный ресурс] / И. С. Карауш, И. Е. Куприянова // «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы: сборник материалов XVI съезд психиатров России, Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (Казань, 23-26 сентября 2015) / под общей редакцией Н. Г. Незнанова. – СПб.: Альта Астра, 2015. – С. 199-200.
61. Карауш, И. С. Роль наследственной предрасположенности в формировании психических расстройств у детей с сенсорными нарушениями / И. С. Карауш // *Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: сборник тезисов XVII научной отчетной сессии НИИ психического здоровья (Томск, 6 октября 2015) и II Российско-китайской научно-практической конференции «Актуальные вопросы биопсихосоциальной реабилитации пациентов с аффективными расстройствами (Томск, 7 октября 2015) / под ред. чл.-корр. РАН Н. А. Бохана. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2015. – Вып. 17. – С. 42-44.*
62. Карауш, И. С. Депрессивные реакции и состояния у подростков с сенсорными нарушениями / И. С. Карауш, И. Е. Куприянова // *Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: сборник тезисов XVII научной отчетной сессии НИИ психического здоровья (Томск, 6 октября 2015) и II Российско-китайской научно-практической конференции «Актуальные вопросы биопсихосоциальной реабилитации пациентов с аффективными расстройствами (Томск, 7 октября 2015) / под ред. чл.-корр. РАН Н. А. Бохана. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2015. – Вып. 17. – С.181-183.*

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

63. Технология раннего выявления психической дезадаптации у учащихся с ограниченными возможностями здоровья в условиях коррекционного образования / И. Е. Куприянова, Б. А. Дашиева, И. С. Карауш, С. В. Тюлюпо. – Томск : «Иван Федоров», 2013. – 20 с.
64. Межведомственная модель реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья, применимая на базе сельской средней общеобразовательной школы / И. Е. Куприянова, Б. А. Дашиева, И. С. Карауш, С. В. Тюлюпо, О. В. Федорова, Т. Е. Пыжик. – Томск : «Иван Федоров», 2013. – 20 с.
65. Реабилитация детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья с использованием дистанционного консультирования // И. Е. Куприянова, Б. А. Дашиева, И. С. Карауш, Л. В. Цыденова, А. В. Маланина, О. В. Федорова, Т. Е. Пыжик. – Томск : «Иван Федоров», 2014. – 14 с.