

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

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

ПРІОРИТЕТНІ ПРОБЛЕМИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

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

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

Ключові слова: діти, підлітки, психічне здоров'я

URGENT PROBLEMS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS MENTAL HEALTH CARE

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

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

Keywords: children, adolescents, mental health.

УДК 616.895:159.96+159.9(075)

Т. Г. Ветрила

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

Евпаторийская городская больница № 2

Харьковская медицинская академия последипломного образования
МОЗ України

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

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

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

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

проблем, в нашей стране находится в начале своего становления.

Рождение ребенка с ограниченными возможностями, в частности, нарушением психического развития (НПР) становится тяжелым испытанием для всей семьи. Это происходит вследствие колоссальной психологической нагрузки, которую несут члены семьи. Многие родители в сложившейся стрессовой ситуации оказываются беспомощными, их положение можно охарактеризовать как внутренний (психологический) и внешний (социальный) тупик.

Целью данной работы, учитывая важность обоих направлений негативного развития семейной системы, стала идентификация клинико-социальных особенностей

семей, воспитывающих ребенка с НПР, для использования полученных результатов при разработке системы их медико-психологического сопровождения.

С соблюдением принципов биоэтики и деонтологии на базе Евпаторийской городской больницы № 2 на протяжении 2006 – 2010 гг. проведено изучение 200 семей, в которых воспитывается ребенок с НПР (129 мальчиков и 71 девочка).

У 77% детей диагностированы нарушения кластера F8 – расстройство психологического развития, у 23% – кластера F7 – умственная отсталость. Нозологическая структура выявленных у детей нарушений представлена на рисунке 1.

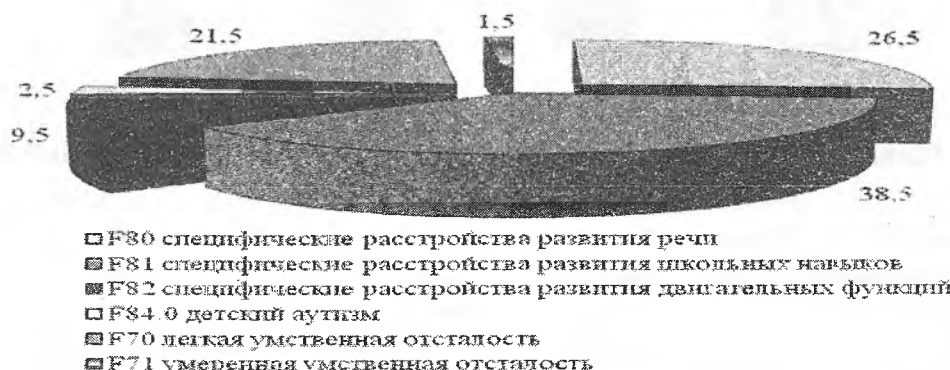


Рис. 1. Нозологическая структура нарушений психического здоровья у детей, %

Исследование проводилось в несколько этапов, последовательность которых отражена на рисунок 2.

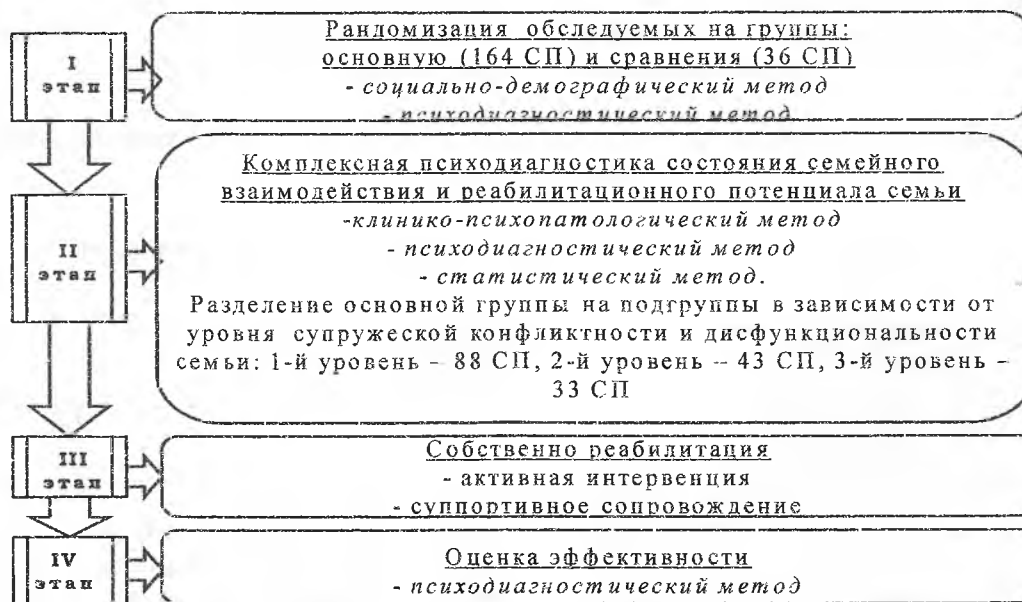


Рис. 2. Этапы исследования

Основным критерием рандомизации обследованных было состояние их семейных отношений. $82 \pm 3,8\%$ семей (164) отмечали наличие напряженности в семейных отношениях, семейных конфликтов, длящихся от 2-3 дней до нескольких недель, приводящих к озлоблению и эмоциональному отчуждению супругов. К тому же, среди супругов данной группы $86,6\%$ жен-

щин и $73,8\%$ мужчин думали о разрыве брака, а $13,4\%$ женщин и $26,2\%$ их мужей даже делали такие попытки, в отличие от $18 \pm 3,8\%$ семей (36), супружеские отношения которых отличались прочностью и отсутствием напряженности. Давность возникновения ухудшения семейных взаимоотношений представлена на рисунке 3.

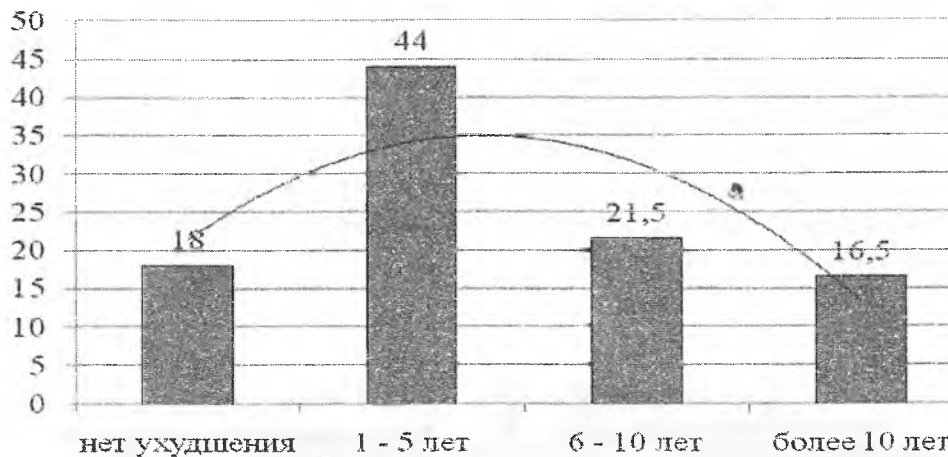


Рис. 3. Давность возникновения ухудшения семейных взаимоотношений, %

На момент обследования эти супружеские пары выявились в той или иной степени неудовлетворенными своими семейными отношениями (результаты исследования по согласно методике В. В. Столина, Т. Л. Романовой, Г. П. Бутенко) [7]. Показатели удовлетворенности браком среди женщин колебались от «полной неудовлетворенности» до «скорее удовлетворенности, чем неудовлетворенности», а среди мужчин – от «полной неудовлетворенности» до «скорее неудовлетворенности, чем удовлетворенно-

сти». В то же время, члены 36 семей, из общего числа обследованных, продемонстрировали успешность семейных отношений.

Выявленная дифференциация позволила разделить обследованные семьи на две группы – основную (164 семьи) и сравнения (36 семей).

По результатам изучения удовлетворенности браком и функционирования семьи, обследованные СП распределились следующим образом (табл. 1).

Таблица 1

Распределение обследованных супружеских пар по результатам изучения удовлетворенности браком, % $\pm m$

Тип семьи	Основная группа, n=164	Группа сравнения, n=36
Абсолютно неблагополучная	20,1 \pm 4,0	–
Неблагополучная	26,2 \pm 4,4	–
Скорее неблагополучная	53,7 \pm 5,0	–
Скорее благополучная	–	33,3 \pm 4,5
Благополучная	–	47,2 \pm 5,0
Абсолютно благополучная	–	19,4 \pm 4,0

Среди семей основной группы благополучных не было, $53,7\%$ составляли скорее неблагополучные, $26,2\%$ – неблагополучные, а $20,1\%$ – абсолютно неблагополу-

чные семьи. Среди группы сравнения встречались скорее благополучные ($33,3\%$), благополучные ($47,2\%$) и абсолютно благополучные семьи ($19,4\%$). Различия между

группами были статистически значимы ($p \leq 0,01$). Выявленная дифференциация была положена в основу при делении основной группы на подгруппы в зависимости от степени неблагополучия семьи: скорее неблагополучные (I-я степень неблагополучия, 88 семей – 1-я подгруппа), неблагополучные (II-я степень неблагополучия, 43 семьи – 2-я подгруппа), абсолютно неблагополучные (III-я степень неблагополучия, 33 семьи – 3-я подгруппа).

Психодиагностический этап складывался из нескольких последовательных стадий. После рандомизации супругов изучали состояние их психического здоровья. Затем устанавливали индивидуально-личностные характеристики супругов и верифицировали их взаимосвязь со степенью неблагополучия семьи.

После этого объективизировали вид и уровень супружеской конфликтности обследованных СП: конструктивная конфликтность – 36 СП; деструктивная конфликтность – невысокая (88 семей – 1-я подгруппа), средняя (43 семьи – 2-я подгруппа) и высокая (33 семьи – 1-я подгруппа). Полученные результаты подтвердили правильность предварительного деления на подгруппы семей основной группы.

Затем устанавливали особенности родительно-детских отношений и их связь с

уровнем супружеской конфликтности. В дальнейшем исследовали состояние супружеской коммуникации и функционирования семьи с определением уровня их дисфункциональности. В результате комплексной оценки вышеперечисленных параметров делали вывод о типе нарушения семейного взаимодействия каждой конкретной семьи.

На третьем этапе работы непосредственно проводили реабилитационные мероприятия, направленные на нивелирование негативного действия выявленных на психодиагностическом этапе мишеней медико-психологического воздействия. Реабилитационные мероприятия были комплексными и дифференцированными в зависимости от реабилитационного потенциала семьи.

На заключительном этапе работы осуществляли оценку эффективности реабилитационных мероприятий. Об эффективности судили по состоянию: а) психического здоровья и психологического благополучия членов семьи, б) родительно-детских отношений, в) функциональности семьи и семейного взаимодействия.

В ходе I этапа работы установлено, что основная масса обследованных женщин (80%) были в возрасте до 40 лет, мужчин – от 30 до 50 лет (рис. 4).

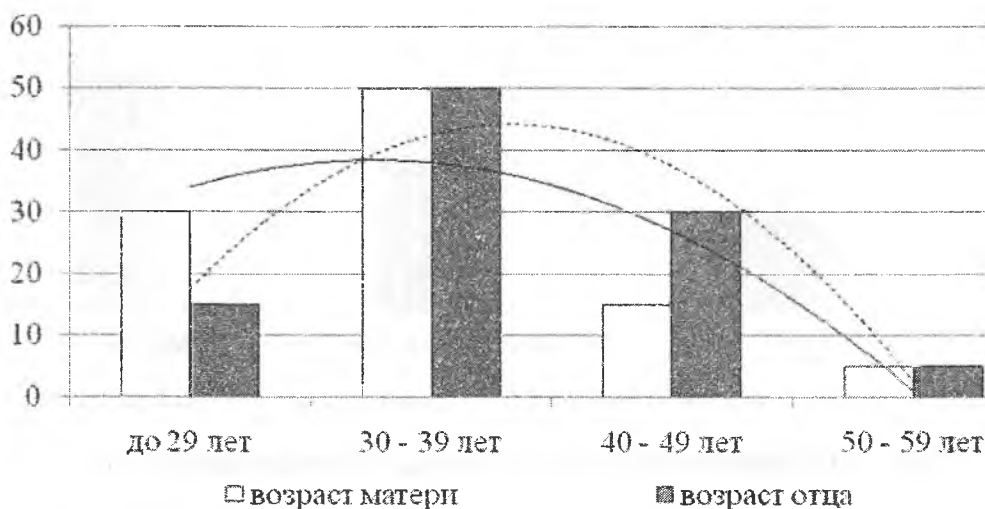


Рис. 4. Распределение обследованных супругов по возрасту, %

Одного ребенка воспитывали 31% семей, двоих – 33%, троих – 28,5%; более трех детей было у 7,5 % обследованных се-

мей (рис. 5). Во всех семьях только один ребенок страдал отклонением в развитии.

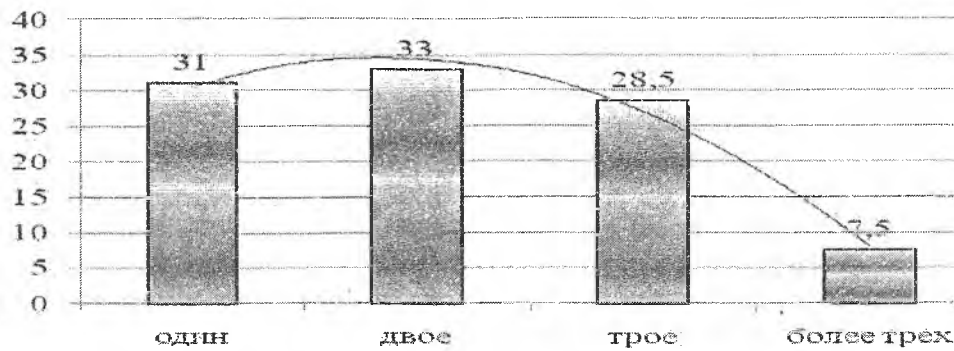


Рис. 5. Количество детей в обследованных семьях, %

Ребенок с НПР был первым по рождению у 49,5% семей, вторым – в 24,5% слу-

чаев, третьим – у 20,5% семей, более чем третьим – в 5,5% случаев (рис. 6).

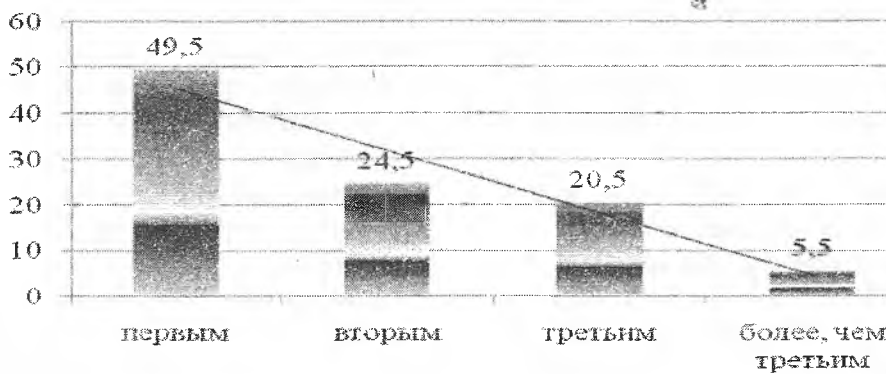


Рис. 6. Очередность рождения ребенка с НПР, %

Все семьи были социально адаптированными. Уровень образования обследованных супругов иллюстрирован рисунком 7, из которого следует, что большинство из

них имели среднее и среднее специальное образование, однако более трети женщин (42,5%) и около половины мужчин (49%), – высшее образование.

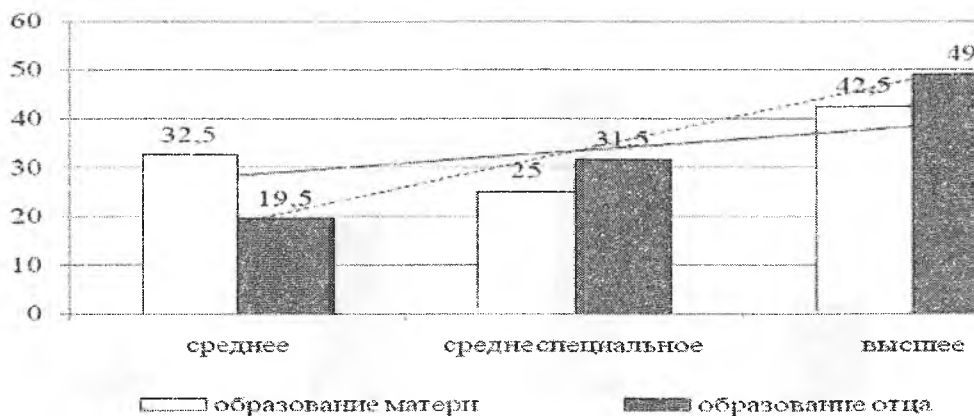


Рис. 7. Образовательный уровень обследованных, %

Собственное жилье имело значительное число семей, остальные проживали совместно с родственниками, в основном с родителями мужа или жены. Материально-

бытовые условия у 22% обследованных были хорошими, большинство (70,5%) оценило их как удовлетворительные, а 7,5% семей – как неудовлетворительные (рис. 8).

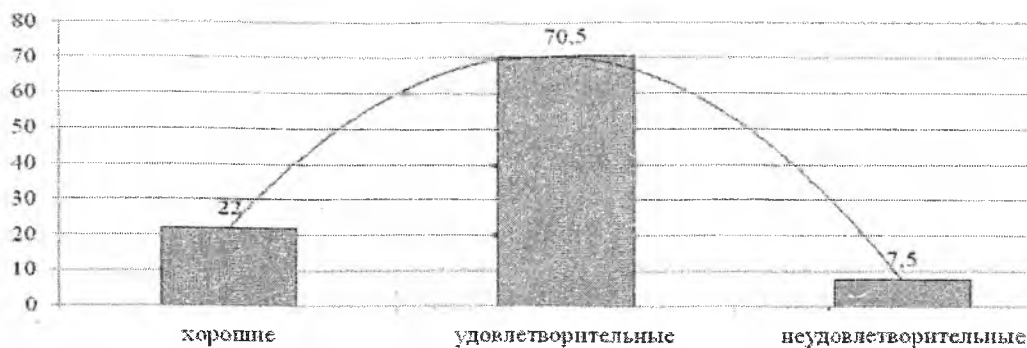


Рис. 8. Материально-бытовые условия обследованных, %

59,5% супругов состояли в первом браке, для 40,5% нынешний брак явился повторным (рис. 9).

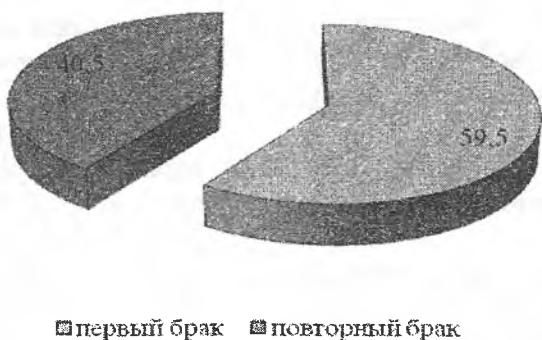


Рис. 9. Семейный статус обследованных, %

Стаж супружеской жизни в настоящем браке у 32,5% был до 10 лет, у более чем половины – 53,5% семей – от 11 до 20 лет,

14% имели семейный стаж более 20 лет (рис. 10).

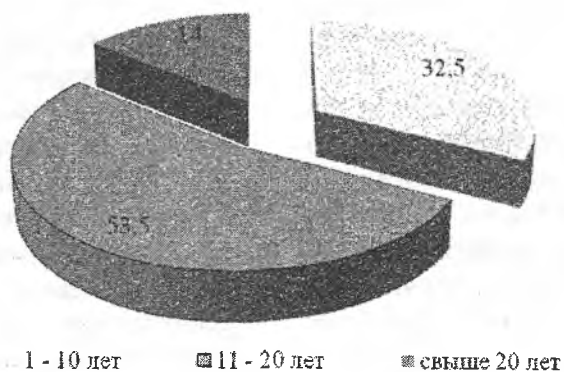


Рис. 10. Стаж семейной жизни обследованных, %

В ходе II этапа работы с применением клинико-психопатологического, психодиагностического и статистического методов

исследования установлены два варианта динамики супружеской коммуникации и функционирования семьи: благоприятный,

характеризуються адекватною зрелою сплоченою шлюбською комунікацією і успішною реалізацією основних функцій сім'ї (група порівняння, $n=36$), і неблагоприємний, проявляючийся в порушенні функціональності сім'ї (основна група, $n=164$).

По другому базовому критерію оцінки – шлюбської конфліктності – в основній групі було виділено три підгрупи, ранжированні в залежності від її глибини і тяжкості, імівші достовірні різниці між собою і групою порівняння ($p<0,05$).

Так, в першу підгрупу з невисокою шлюбською конфліктністю (перший рівень дисфункціональності) вошли $53,7\pm 5,0\%$ сімей основної групи (1-я підгрупа), со середньою ступенем конфліктності (другий рівень дисфункціональності) – $26,2\pm 4,4\%$ сімей (2-я підгрупа), з високою шлюбською конфліктністю (третій рівень дисфункціональності) – $20,1\pm 4,0\%$ сімей основної групи (3-я підгрупа).

Сравнительний аналіз клініко-соціальних характеристик обстежених в залежності від рівня дисфункціональності сім'ї, дозволив встановити наступне.

Серед шлюбів з сімей з високою шлюбською конфліктністю переобладали жінки до 30 ($63,6\pm 4,8\%$), а чоловіки – до 40 років ($60,6\pm 4,9\%$) (рис. 11); з вищим освітою ($42,4\pm 4,9\%$ жінок і $57,6\pm 4,9\%$ чоловіків) (рис. 12). Серед жінок даної підгрупи переважали керівники ($72,7\pm 4,5\%$), в той час як серед чоловіків було більше виконавців ($54,5\pm 5,0\%$) (рис. 13). В даній підгрупі обстежених іміло місце максимально велике число незадоволених своїми матеріально-бутовими умовами життя ($36,4\pm 4,8\%$ порівняно з $7\pm 2,5\%$ шлюбів со середнім рівнем шлюбської конфліктності і відсутністю невдоволення своїм матеріальним рівнем серед гармонічних сімей і шлюбів з невисокою шлюбською конфліктністю). В той же час, серед шлюбів даної підгрупи було більше, тих, хто оцінював своє матеріально-бутове становище як краще, по-

сравнению с семьями из других подгрупп основной группы ($27,3\pm 4,5\%$ против $23,3\pm 4,2\%$ шлюбів со середньою і $6,8\pm 2,5\%$ – з невисокою шлюбською конфліктністю) (рис. 13).

Основна маса жінок з підгрупи со середньою шлюбською конфліктністю (2-й рівень) були в віці до 39 років ($55,8\pm 5,0\%$) (рис. 11), іміли середнє або середнє спеціальне освітою ($67,4\pm 4,7\%$) (рис. 12), серед них керівників не було взагалі, всі 100% були виконавцями (рис. 2.13). Вік більшості чоловіків даної підгрупи ($76,7\pm 4,2\%$) був в межах від 30 до 49 років (рис. 2.11), половина ($51,2\pm 5,0\%$) іміли вище освітою (рис. 2.12), при цьому $67,4\pm 4,7\%$ були керівниками (рис. 13). $69,8\pm 4,6\%$ сімей оцінили своє матеріальне становище як задовільне, $23,3\pm 4,2\%$ – як краще (рис. 14).

Більшість шлюбів ($63,6\pm 4,8\%$ жінок, і $65,9\pm 4,7\%$ чоловіків) з першим рівнем шлюбської конфліктності виявились в одній віковій групі 30 – 39 років (рис. 11). Освітній рівень жінок у $50\pm 5,0\%$ виявився високим, у $30,7\pm 4,6\%$ – середнім; серед чоловіків вище освітою іміли $47,7\pm 5,0\%$, середнє спеціальне – $36,4\pm 4,8\%$ (рис. 12) $76,1\pm 4,3\%$ жінок були виконавцями; серед чоловіків більш половини ($55,7\pm 5,0\%$) виявились керівниками (рис. 13). Переважає більшість ($93,2\pm 2,5\%$) оцінили своє матеріальне становище як задовільне (рис. 14).

Изучение возрастного распределения у шлюбів групи порівняння показало, що основне число жінок ($72,2\pm 4,5\%$) були в віці до 40 років, а серед чоловіків $83,8\pm 3,7\%$ – в віці 30 – 49 років (рис. 11). Освітній рівень серед жінок даної групи розподілявся приблизно рівномірно (по $36,1\pm 4,8\%$ со середнім і вищим, $27,8\pm 4,5\%$ – со середнім спеціальним освітою); серед чоловіків спостігалась схожа тенденція: вище освітою іміли $41,7\pm 4,9\%$, середнє – $30,6\pm 4,6\%$ (рис. 12). В даній групі керівників було більше серед чоловіків ($52,8\pm 5,0\%$), чим серед жінок ($33,3\pm 4,7\%$) (рис. 13). Матеріально-бутовою рівень в

данной группе выявился самым высоким среди всех обследованных: более половины (52,8±5,0%) оценили его как хороший, ос-

тальные (47,2±5,0%) – как удовлетворительный (рис. 14).

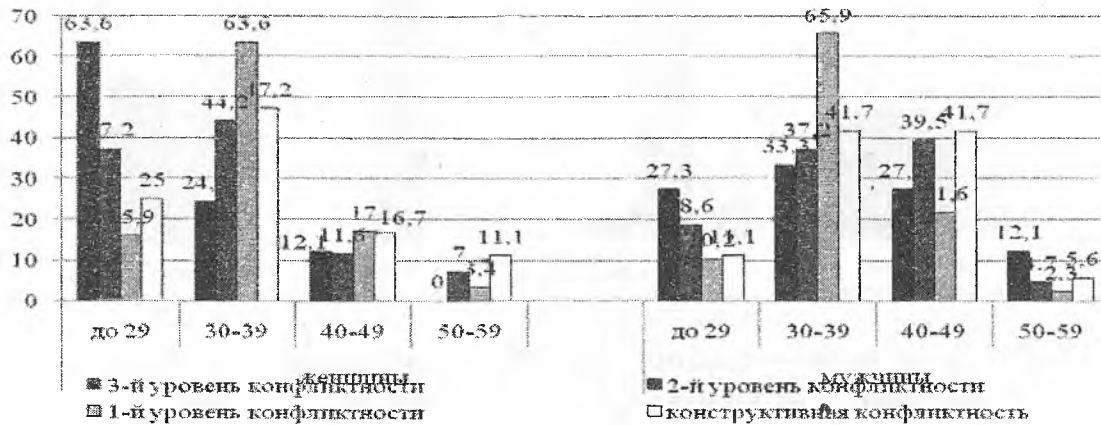


Рис. 11. Возрастное распределение супругов в зависимости от уровня супружеской конфликтности, %

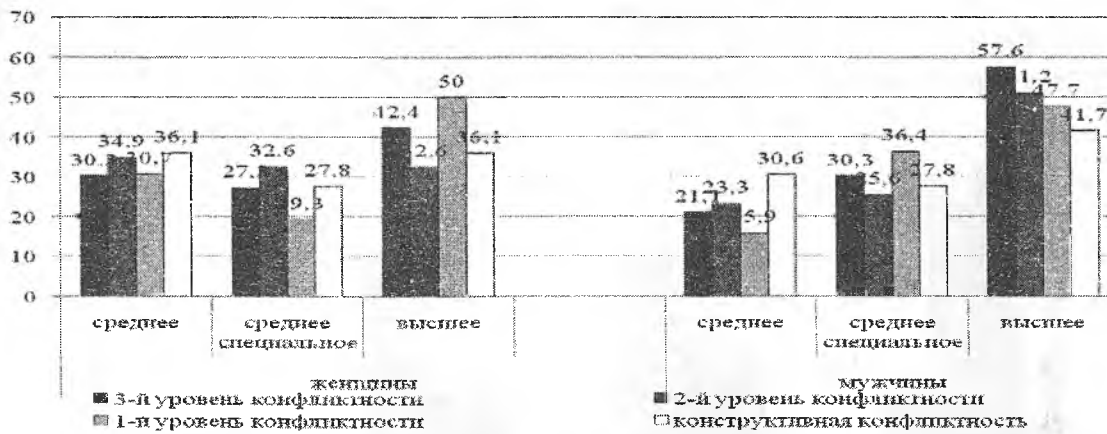


Рис. 12. Распределение образовательного уровня супругов в зависимости от уровня супружеской конфликтности, %

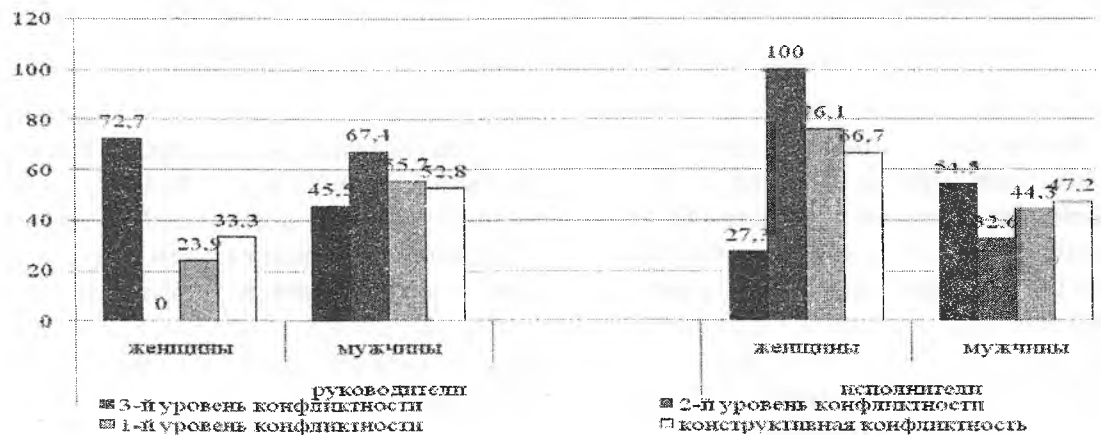


Рис. 13. Социальное положение супругов в зависимости от уровня супружеской конфликтности, %



Рис. 14. Распределение состояния материально-бытовых условий жизни в зависимости от уровня супружеской конфликтности, %

Более половины ($54,5 \pm 5,0\%$) семей третьей, а также около половины семей ($48,8 \pm 5,0\%$) второй подгрупп воспитывали одного ребенка; у большинства семей ($77,3 \pm 4,2\%$) первой подгруппы было двое

или трое детей; среди семей с гармоничным супружеством $19,4 \pm 4,0\%$ воспитывали более трех детей, у стольких же семей был один ребенок, а $61,1 \pm 4,9\%$ растили двоих или троих детей (рис. 15).

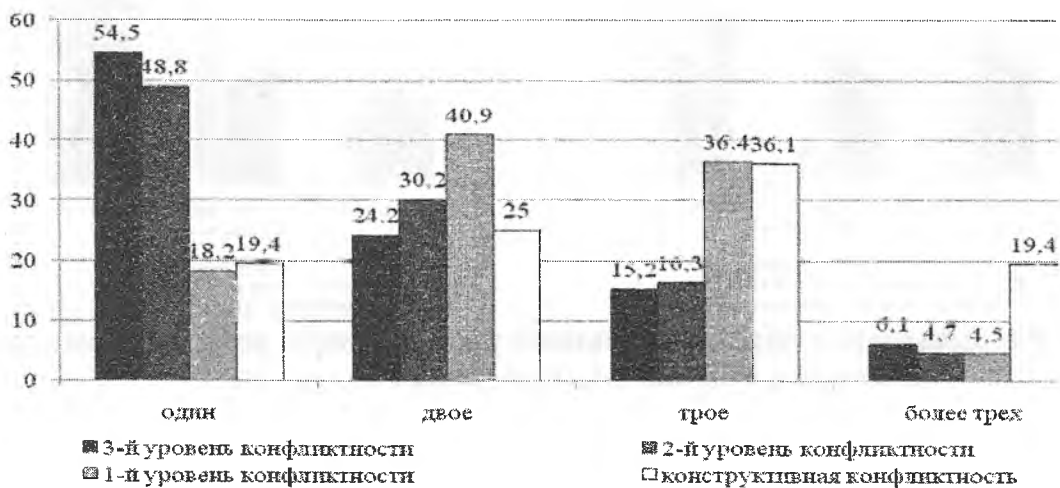


Рис. 15. Количество детей в семьях разных подгрупп, %

Нозологическое распределение нарушения психического здоровья детей было примерно равномерным во всех группах обследованных (рисунок 16): в каждой группе преобладали дети с расстройствами психологического развития; в подгруппе с 3-м уровнем супружеской конфликтности умственная отсталость присуща трети ($33,3 \pm 4,7\%$) детей, в подгруппах со 2-м уровнем супружеской конфликтности и с

гармоничным супружеством количество случаев умственной отсталости было одинаковым ($27,9 \pm 4,5\%$ и $27,8 \pm 4,5\%$, соответственно); меньше всего детей с диагнозом умственной отсталости было в группе с 1-м уровнем супружеской конфликтности (рисунок 16). Дети с диагнозом детского аутизма, в основном, росли в гармоничных семьях (рис. 16).

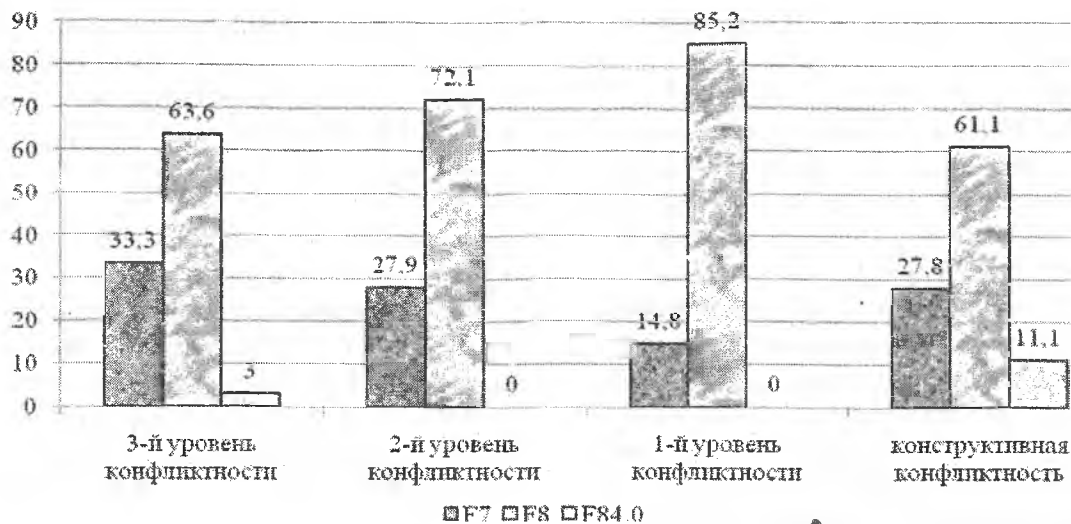


Рис. 16. Распределение нозологических единиц нарушения психического здоровья детей в зависимости от уровня супружеской конфликтности, %

У большинства супругов (69,7±4,6%) третьей подгруппы стаж семейной жизни не превышал 10 лет; во всех остальных подгруппах преобладали сроки брака от 11 до 20 лет (46,5±5,0% семей со 2-м уровнем, 68,2±4,7% семей с 1-м уровнем супружеской конфликтности и 52,8±5,0% гармоничных семей) (рисунок 17). Среди тех, кто

прожил вместе более 20 лет, наибольшее количество пар встречалось в группе сравнения (27,8±4,5%); среди остальных подгрупп наблюдался дрейф данного показателя в сторону уменьшения в зависимости от уровня конфликтности: 13,6±3,4% семей с 1-м уровнем, 9,3±2,9% семей со 2-м и только 6,1±2,4% семей с 3-м уровнем (рис. 17).

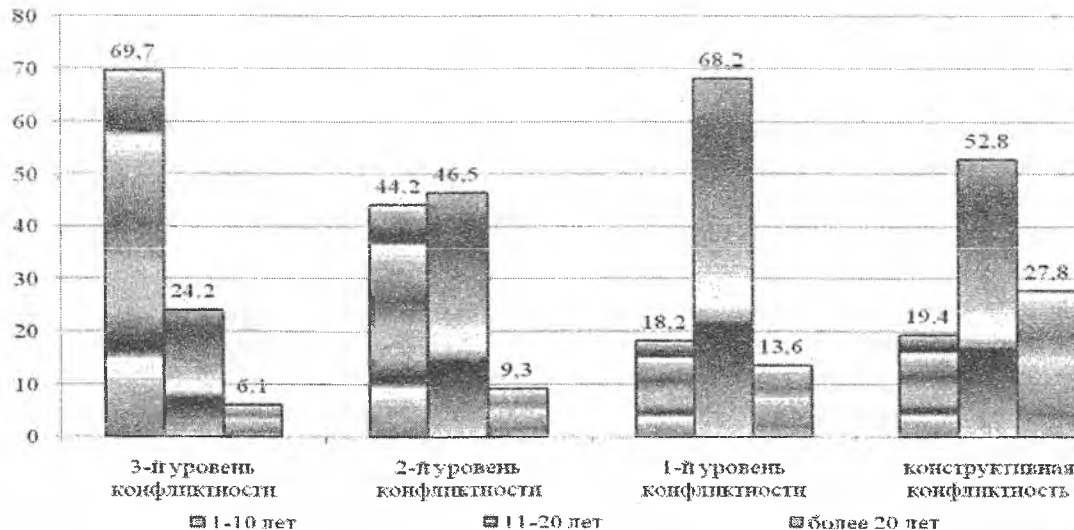


Рис. 17. Стаж семейной жизни в зависимости от уровня супружеской конфликтности, %

Таким образом, в целом, среди контингента семей, воспитывающих ребенка с НПР, преобладают матери до 40 лет со средним или средне-специальным образованием, отцы – в возрасте 30 – 49 лет в большинстве с высшим образованием, удовлетворенные своим материально-бытовыми

условиями жизни со стажем супружества до 20 лет.

Среди супругов с максимально выраженной деструктивной конфликтностью (3-й уровень дисфункциональности) преобладали женщины-руководители с высшим образованием в возрасте до 30 лет, мужчи-

ны до 40 лет с высшим образованием, по социальному статусу – преимущественно исполнители, со стажем семейной жизни до 10 лет, с наибольшей амплитудой в оценке своего материально-бытового положения: 1/3 оценивала его как неудовлетворительное, другая 1/3 – как хорошее, остальные – как удовлетворительное.

Среди женщин из подгруппы со средней степенью деструктивной супружеской конфликтности (2-й уровень дисфункциональности) преобладали женщины-исполнители со средним или средне-специальным образованием до 40 лет и мужчины-руководители в возрасте 30 – 49 лет, с высшим или средне-специальным образованием, со стажем супружеской жизни до 20 лет, в основном, удовлетворенные своими материально-бытовыми условиями жизни.

Среди семей с невысокой деструктивной супружеской конфликтностью (1-й уровень дисфункциональности) преобладали супруги в возрасте 30 – 39 лет, с высшим или средне-специальным образованием, среди женщин было больше исполнителей, среди мужчин – руководителей, с удовлетворительными материально-бытовыми условиями жизни и стажем супружества до 20 лет.

Большинство женщин из группы с конструктивной конфликтностью (функциональные семьи) были исполнителями в возрасте до 40 лет, мужчины – руководителями в возрасте до 49 лет, с высоким материальным статусом: более половины оценили его как хороший, остальные – как удовлетворительный, со стажем супружеской жизни от 11 до более 20 лет.

Таким образом, анализируя полученные данные, можно утверждать, что существует дифференциация клинико-социальных характеристик в зависимости от вида и уровня супружеской конфликтности обследованных семей. Выявленная закономерность стала основанием для выделения в структуре реабилитационного потенциала семьи, воспитывающей ребенка с ННР, отдельной составляющей, содержа-

щей оценку социально-экономической активности семьи, включающей такие параметры, как материально-бытовые условия жизни, образование и занятость родителей, наличие детей в семье, кроме ребенка с ННР.

Полученные данные положены нами в основу при разработке системы медико-психологического сопровождения семей, в которых растет ребенок с ННР, так как распределение семей по выраженности реабилитационного потенциала позволило адекватно дифференцировать предложенные медико-психологические мероприятия.

Литература

1. Зайцев Д. В. Роль семьи в социализации и подготовке к взрослой жизни детей с ограниченными интеллектуальными возможностями / Д. В. Зайцев // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2006. – № 3. – С. 49 – 65.
2. Тюрина Н. Ш. Формирование социальной компетентности родителей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии / Н. Ш. Тюрина // Практическая психология и логопедия. – 2006. – № 2. – С. 70 – 73.
3. Кришталь В. В. Системная семейная психотерапия нарушений здоровья семьи / В. В. Кришталь // Медицинская психология. – 2007. – Т. 1, № 2. – С. 3 – 8.
4. Маркова М. В. До проблеми трансформації інституту сім'ї / М. В. Маркова // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. – 2007. – № 1. – С. 91 – 94.
5. Психология семьи и больной ребенок. Учебное пособие : Хрестоматия / авторы-составители И. В. Добряков, О. В. Защиринская. – СПб. : Речь, 2007. – 400 с.
6. Ткачева В. В. Особенности диагностической работы с семьями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии / В. В. Ткачева // Коррекционная педагогика : теория и практика. – 2007. – № 5. – С. 63 – 72.
7. Тест-опросник удовлетворенности браком // Психологические тесты / Под ред. А. А. Карелина: В 2 т. – М., 2001. – Т. 2. – С. 173 – 179.

**ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНОЇ ХАРАКТЕРИСТИКИ СІМЕЙ,
ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДИТИНУ З ПОРУШЕННЯМ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ, В
ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЮ ДИСФУНКЦІОНАЛЬНОСТІ СІМ'Ї**

Т. Г. Ветрила

На основі аналізу клініко-соціальних характеристик 200 сімей, що виховують дитину з порушенням психічного розвитку, встановлена їх диференціація в залежності від виду та рівню їх подружньої конфліктності та дисфункціональності. Зроблено висновок про необхідність врахування соціальних показників життєдіяльності сім'ї при визначенні її реабілітаційного потенціалу.

Ключові слова: клініко-соціальний аналіз, сім'я, рівень дисфункціональності, дитина з порушенням психічного розвитку

**COMPARATIVE ANALYSIS OF CLINICAL-SOCIAL CHARACTERISTICS OF
FAMILIES RAISING A CHILD WITH VIOLATION OF PSYCHICAL DEVELOPMENT,
DEPENDING ON THE LEVEL OF FAMILY'S DYSFUNCTIONALITY**

T. Vyetryla

On the base of analysis of clinical and social characteristics of 200 families raising a child with of mental development was set their differentiation depending on the type and level of marital conflicts and dysfunctionality. Was made a conclusion about the necessity to take into account family social life during determination of its rehabilitation potential.

Keywords: clinical analysis of social, family, level of dysfunctionality, child with violation of mental development

УДК: 616.89 - 008.447 - 009.2 - 053.6 - 07

Т.П.Мозговая

**РОЛЬ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В
ФОРМИРОВАНИИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И
РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ**

Харьковский национальный медицинский университет МОЗ України

Ключевые слова: подростки, нарушения поведения, органическая патология
головного мозга

Введение

В настоящее время изучение расстройств поведения у подростков заслуживает особого внимания. Причиной послужил наметившийся в последние годы рост психических и поведенческих расстройств среди детского и подросткового населения, развитием алкоголизма, учащением случаев злоупотреблений психоактивными веществами и формированием дезадаптивных форм поведения [1;2;3].

С позиции приближения современной психиатрии к такой глобальной проблеме здравоохранения, как определение социальных и экономических последствий психических заболеваний среди населения,

значимость данных научных исследований существенно возрастает [4;5].

Исследования последних лет свидетельствуют в пользу мультифакторности происхождения дезадаптивных поведенческих расстройств у детей и подростков [4;5;6]. Среди множества факторов, имеющих значение в развитии гиперкинетических расстройств и расстройств поведения, ведущим считается наличие органического поражения головного мозга как следствие перинатальной патологии, что и явилось предметом нашего изучения. [7].

Цель исследования

Определение роли органической патологии в формировании гиперкинетических