

ский, фармакологический, гигиенический, физиологический, социальный и др. Концепция и метод изучения названной проблемы пока не предложены. Их необходимо разрабатывать. Одним из вариантов концепции может быть «поаспектное» расчленение сложной проблемы на элементарные задачи с последующей интеграцией полученных результатов в принципы и методы обоснованного подбора комплекса психотропных средств и вида трудовой деятельности в соответствии с клиническими и социальными характеристиками больных. Это позволит в большей степени реализовать лечебный и реабилитационный потенциал фармако- и трудотерапии психически больных.

1. Карпов А. М., Макаричков Н. С., Бурчагина Н. А. // Казанский мед. ж. — 1990. — № 4. — С. 291 — 293.
2. Карпов А. А., Бурчагина Н. А., Зимакова И. Е. и др. XV конференция по клинической фармакологии с международным участием «Актуальные вопросы клинической фармакологии». — Тез. докл. — Волгоград, 1990. — С. 58.
3. Карпов А. М., Бурчагина Н. А., Макаренко С. Л., Макаричков Н. С. // Журн. невропатол. и психиатр. — 1991. — № 11. — С. 42 — 44.
4. Клинические и организационные основы реабилитации психически больных / Под ред. М. М. Кабанова и Ч. Вайзе. — М., 1980.
5. Ястребов В. С. // Журн. невропатол. и психиатр. — 1991. — № 11. — С. 3 — 6.

Поступила 21.03.94.

УДК 616.895.8—009.2—053.2—08

## КОРРЕКЦИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ НЕКОТОРЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

А. В. Горюнова

Научный центр психического здоровья (директор — акад. РАМН М. Е. Вартанян) РАМН, г. Москва

Реферат. На детях, больных шизофренией, изучены двигательные нарушения и определена их связь с психическими расстройствами в младенчестве. Обследованы 112 детей раннего возраста: у 80 из них была отмечена односторонняя отягощенность, у 32 — двусторонняя. Выделены особенности пострурально-моторного развития и разнообразные двигательные расстройства, которые сопоставимы с психическим эндогенным заболеванием в младенчестве или шизотипическим диатезом как проявлением шизофренического развития и могут диагностироваться в первый год жизни. Ранняя коррекция нарушений моторного развития, направленная на нормализацию и стимуляцию моторики с акцентом на тренировку нормальных поз и движений, способствует созреванию не только двигательных, но и психических функций, стимулирует развитие высших интегративных центров, оказывающих тормозящее влияние на активность стволовых механизмов.

КЕЧЕ ЯШЬТӨГЕ БАЛАЛАРДА ОЧРЫЙ ТОРГАН  
КАЙБЕР ПСИХИК АВЫРУЛАР ВАКЫТЫНДА  
ХЭРЭКЭТЛЭНУ БОЗЫЛУНЫ ТӨЗЭТҮ

А. В. Горюнова

Шизофрения белән авыручы 112 балада хәрәкәтләнү бозылу очрақлары өйрәнелгән һәм аларның кеше яшьтәге психик тайпылышлары белән бәйләнеше билгеләнгән.

Хәрәкәтләнү бозылуын дәрәс позалар һәм хәрәкәтләр аша үз вакытында коррекцияләү (төзәтү) физик һәм психик функцияләрнең иртә өлгөрүенә этәреш ясыһ һәм катлаулы интеграл үзәк механизмнарның активлығын тоткарлауы үзәкләрнең үсешенә стимул бирә.

CORRECTION OF MOTOR DISORDERS IN SOME  
PSYCHIC DISEASES IN THE EARLY AGE

A. V. Goryunova

Summary. In children with schizophrenia the motor disorders are studied and their connection with psychic disfunctions in infancy is defined. As many as 112 children of the early age are examined: one-sided burdening is revealed in 80 of these, doubled-sided burdening — in 32 of these. The peculiarities of postural motor development and various motor disfunctions are noted, which can be correlated with psychic endogenic disease in infancy or schizotypal diathesis as a manifestation of schizophrenic development and can be diagnosed in the first year of life. The early correction of motor development disorders directed to the normalization and stimulation of motility with an accent on the training of normal poses and motions, provides the maturation of not only motor but also psychic functions, stimulates the development of high integrative centers having an inhibiting effect on the truncal mechanisms activity.

Топическая диагностика двигательных нарушений при психических заболеваниях весьма сложна, тем более в процессе формирования моторики, поскольку эти расстройства связаны с нарушением функциональных связей внутри двигательного анализатора и носят транзиторный характер. Систематика моторных нарушений при психических заболеваниях у детей до 3 лет не проводилась прежде всего в силу трудности диагностики самих психических заболеваний. В то же время, по наблюдениям ряда исследователей [1 — 5], двигательные расстройства обнаруживаются у 65% — 89% детей и взрослых, больных шизофренией.

На примере детей раннего возраста, страдающих шизофренией, потомстве больных, у которых наблюдается накопление психопатологических расстройств, предпринята попытка изучения двигательных нарушений в младенчестве. Исходя из основной сущности шизофрении — расщепления психических процессов и интегративных характеристик двигательного анализатора — в основу исследования была положена гипотеза о принципиальной возможности выявления в раннем онтогенезе генетически детерминированных проявлений специфически искаженного формирования локомоторики и психических функций у носителей шизофренических генов в потомстве больных и их коррекции.

Цель настоящего исследования — описание вариантов формирования моторного развития и двигательных нарушений у детей от родителей, больных шизофренией, выбор лечебно-реабилитационной коррекции при этих расстройствах.

Обследованы 112 детей раннего возраста: у 80 из них была больна мать, у 30 — отец, у 32 — оба родителя. 46 детей были под наблюдением с первых месяцев жизни. К моменту обследования был болен 41 ребенок. За основу развития головного мозга ребенка первого года жизни взяты степень выраженности врожденных двигательных автоматизмов, сроки редукции безусловных рефлексов и формирование реакций: рефлексов позы, установочных, выпрямляю-

щих, равновесия, зрительно-моторной координации. Включение новых уровней регуляции определяли по следующим признакам: стриарного уровня — по появлению мимических синергий, смеха, пирамидного — по рефлексу схватывания, корковых механизмов — по первым целенаправленным движениям и навыкам. Разработана методика обследования детей первых лет жизни с выполнением заданий на проверку статической и динамической координации тела, грубой и тонкой моторики рук, пальцев, скорости движений. Параллельно в схеме оценивали развитие психических функций по параметрам, детальное изложение которых представлено в других работах.

Двигательные нарушения обнаружены у 80% детей группы высокого риска, связанного с шизофренией, причем у заболевших они выявлялись практически у всех. Обобщая спектр этих отклонений, мы предложили следующую систематику: 1) расстройства общей двигательной активности; 2) нарушения статомоторного развития; 3) нарушения регуляции коркового и экстрапирамидного компонентов двигательного акта; 4) изменения мышечного тонуса; 5) патологические двигательные феномены.

Изменение общей двигательной активности — это первое, что обращает на себя внимание при исследовании двигательной сферы этих детей. У 60% детей на первом году жизни отмечалась малая двигательная активность (так называемый «удобный» ребенок). Дети не стремились к изменению положения тела, передвижению в пространстве. Другой вариант — двигательная гиперреактивность — на первом году встречался реже (у 20%) и проявлялся в избыточных движениях конечностей, поворотах тела по горизонтали, общем беспокойстве. К моменту становления ходьбы малая активность сменялась двигательной гиперактивностью, когда ребенок постоянно стремился передвигаться, требовал, чтобы его водили. Также часто встречались нарушения статомоторного развития. В их основе лежат нарушения безусловных рефлексов в виде замедленного угасания примитивных рефлекторных механизмов с одновременной задержкой формирования постуральных рефлексов: установочных рефлексов на голову, цепных туловищных, выпрямляющих рефлексов, реакций равновесия и опоры. В результате этого тормозилось развитие двигательных навыков, направленных на приспособление туловища к вертикальному положению, установкам шеи, туловища, плечевого пояса, таза, ног ребенка к различным положениям, искажалась последовательная формула постурально-моторного развития. Например, сначала происходило формирование поворота туловища, а затем удержание головы, сидение, а потом перевороты; овладение ходьбой предшествовало ползанию; созревание функций равновесия опережало выпрямление, а последнее — ротацию. Если в нормальных условиях реакции равновесия и выпрямления гармонично взаимодействуют друг с другом, составлял единый постуральный механизм для выполнения общих двигательных актов, то у 67% детей группы высокого риска этот механизм несогласован.

В процессе проспективного исследования моторики детей группы высокого риска, помимо нормального установления локомоторики. Второй вариант характеризовался кратковременным отставанием на отдельных этапах со скачкообразными эпизодами в развитии, но мало измененной постурально-моторной формулой (у 47%). У 2/3 детей этой группы отставание в развитии наблюдалось до 9 месяцев, у 1/3 — до одного года 4 месяцев.

Третий вариант моторного развития (у 36%) заметно отличался от двух предыдущих. Значительно искаженная задержка моторного развития сочеталась с нарушениями формирования интегративных связей двигательного анализатора со зрительным, слуховым, вестибулярным, кинестетическим, а также с незрелостью и неравномерностью созревания основных психических функций, своеобразием речевого развития и нередким возникновением эпизодических психопатологических симптомов. Его отличали также выраженная дисгармония темпов созревания уровня регуляции локомоторных функций, скачкообразность развития, искажение в последовательности приобретения и смены установочных реакций, трудность фиксации положения и поз туловища, а в последующем задержка формирования навыков и тонких дифференцированных движений. Дети в возрасте от 10 до 12 месяцев не могли самостоятельно садиться, вставать, ползать, переходить из горизонтального положения в вертикальное, хотя хорошо удерживали приданное положение. Ходьба, двигательные навыки, другие локомоции оставались неловкими; дети не могли стоять на одной ноге, прыгать, удерживать равновесие. Такое состояние моторной недостаточности глубоко специфично для развития детей с эндогенной психической патологией. При формальной сформированности исполнительного звена моторики — первичного мотонейрона, проводящих путей, двигательного ядра коркового отдела, бездейственными оказываются высшие системы интеграции и перекодирования, афферентного синтеза, то есть внутри функциональной двигательной системы вследствие неравномерности созревания ее звеньев обнаруживается феномен расщепления в виде хаотического переслаивания отдельных элементарных движений и отсутствия кинетической мелодии или серийно организованных движений. С возрастом эти расстройства становятся менее заметными, но все же у половины детей второй группы и почти у всех детей третьей при исследовании возрастной регуляции компонентов двигательного акта обнаружены несоразмерность, импульсивность, уловчатость движений, большое количество синкинезий, снижение скорости движений, отсутствие сложных, соответствующих возрасту движений, диспрактические отклонения и др. О диссоциированных нарушениях движений свидетельствуют также задержка развития зрительно-моторной координации (51%), позднее оформление эмоций мимическими движениями, бедность и невыразительность мимики и смеха (44%), задержка редукции двигательного компонента комплекса оживления и рефлекса хватания.



Следующим расстройством со стороны двигательной сферы являлось нарушение мышечного тонуса. Типичным для детей группы высокого риска оказалась мышечная гипотония (у 79%). Генез мышечной гипотонии представлялся неоднозначным. Скорее всего, она возникла вследствие недостаточности структур экстрапирамидной системы, ретикулярной формации, что подтверждалось неврологическими симптомами поражения. Параллельно с этим механизмом формировался порочный круг реципрокной обратной афферентации. Измененная информация о состоянии исполнительного звена с мышц, суставов, сухожилий при гипокинезии приводила к нарушению восприятия собственного тела в пространстве, что поддерживало низкий мышечный тонус. Привлекала внимание дисрегуляция тонуса мышц разгибателей и сгибателей конечностей, заметная при исследовании мышечного тонуса, эмоциональных реакциях, ходьбе на носочках, опоре на цыпочках.

Патологические двигательные феномены у детей с шизофренией и из группы высокого риска носят очаговый и диффузный характер. Очаговые симптомы, как правило, связаны с гипоксически-травматическим поражением ЦНС. Диффузные двигательные расстройства одинаково часто встречались у детей как с перинатальными поражениями, так и без них, что указывало на основную роль в их развитии генетически обусловленных механизмов. К ним относятся расстройства в системе иннервации зрения, нарушения содружественных движений глазных яблок, атаксия зрения, гиперкинезы, диспрактические расстройства, двигательные стереотипии и др. Особый интерес представляют гиперкинезы мимических мышц или орофациальные гиперкинезы. Непроизвольные движения в оро-фациальной области обнаруживались на протяжении всей жизни больных шизофренией, не получивших нейролептической терапии. По мнению некоторых авторов [1], они свидетельствуют об участии подкорковых ядер в эндогенном процессе и являются специфическим проявлением шизофрении.

Таким образом, среди разнообразных двигательных расстройств при психических заболеваниях у детей большое место занимают нарушения развития, которые можно обнаружить с первых месяцев жизни. Основываясь на собственном многолетнем опыте работы с такими детьми, мы полагаем, что направленное развитие локомоторики и коррекцию аномальных навыков нужно начинать как можно раньше, не дожидаясь клинических признаков моторных расстройств. Необходимость ранней выработки нормальных поз и движений у детей группы высокого риска вызвана тем, что у детей первых месяцев жизни мотивация движений остается недостаточной, а уровень произвольной двигательной активности — низкой. Проведение массажа и лечебной физкультуры вначале в виде простых, а затем более сложных рефлекторных движений формирует сенсомоторный опыт ребенка, восполняет дефицит собственной сенсорной афферентации, способствует выработке нормальных реакций выпрямления, равновесия, целенаправленных произвольных движений, то есть преодолению патологического стереотипа

двигательного развития. Кроме того, пассивные движения стимулируют выработку кинестетических и зрительных ощущений схемы движений, закрепление образа движений в нервной системе и возможность быстрее воспроизведения. Направленная тренировка различных цепных реакций и навыков помогает обеспечить своевременную и более гармоничную выработку двигательных актов, что, в свою очередь, активизирует развитие психических и речевых навыков. Наряду с тренировкой общей моторики необходима стимуляция предречевых, речевых, эмоциональных и познавательных реакций. В этой стратегии важное место отводится развитию манипулятивной функции рук. Формирование способности к правильному захвату, соотношению захвата с размерами предмета, разнообразных действий с ним, оказывают влияние на правильное восприятие окружающего мира и развитие высшей нервной деятельности. Кроме тренировки произвольной двигательной деятельности используют различные виды массажа, направленные прежде всего на стимуляцию гипотоничных мышц, ванны с морской солью, подводный массаж.

В целом комплекс массажа и лечебной физкультуры соответствует физиологическим комплексам, применяемым у детей первых лет жизни. Его отличает лишь многократное повторение приемов для закрепления необходимых позиций и поз, связанное с особенностями психической сферы ребенка. Для правильного планирования комплексной коррекции и стимуляции психомоторного развития необходимо предварительно определить, какие показатели моторики отстают от хронологического срока, какому периоду развития и регуляции они соответствуют.

Специфические особенности постурально-моторного развития с дисгармонией созревания внутри двигательного анализатора при отсутствии очагового двигательного дефекта сопоставимы с психическими эндогенными заболеваниями в младенчестве или с шизотипическим диатезом как клиническим проявлением шизофренического развития и могут диагностироваться в первые месяцы жизни. Наиболее угрожаем в плане будущих психических заболеваний третий вариант развития, характеризующийся широкой дезорганизацией созревания нервной системы с вовлечением не только двигательного, но и зрительно-моторного, эмоционального, познавательного и даже физического развития. Неправильная интерпретация моторных отклонений и отнесение их только к патологии эфферентных систем приводят к ошибочной постановке диагноза детского церебрального паралича и односторонней лечебной тактике.

Ранняя коррекция моторного развития, направленная на нормализацию и стимуляцию моторики с акцентом на тренировку нормальных поз и движений способствует созреванию не только двигательного, но и зрительного и кинестетического анализаторов, психических функций, стимулирует развитие высших интегративных центров, оказывающих тормозящее влияние на активность стволовых механизмов, уменьшает функциональную недостаточность межанализаторных и внутрианализаторных связей и препятствует вторичной психической задержке.

1. Башина В. М. Ранняя детская шизофрения.— М., 1989.
2. Буторина Н. Е. Особенности нарушений психофизического развития детей от больных шизофренией родителей.— Дисс. д-ра мед. наук.— М., 1978.

3. Вроно М. Ш. // Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста.— М., 1986.

4. Heinrichs D. W., Buchanan R. W. // Am. psychiatry.— 1988.— Vol. 145.— P. 11—18.

5. Kolacowska T., Williams A. O., Jamber K. et. al. // Brit. psychiatry.— 1985.— Vol. 146.— P. 348—357.

Поступила 05.02.94.

УДК 340.631:340.66

## МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ И СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ОСУЖДЕННЫХ С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Н. В. Вострокнутов, В. А. Гурьева, В. И. Посохова

ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, г. Москва

Реферат. Установлено, что показатель распространенности психических отклонений среди несовершеннолетних, отбывающих наказание, составил 53,7%, при этом констатирована стабильная структура следующих психических отклонений: остаточных явлений органического поражения головного мозга различного генеза (29,6%), психопатий (13,7%), олигофрении (8,8%), шизофрении (0,9%). Изложена программа социально-медицинской реабилитации несовершеннолетних правонарушителей с психическими отклонениями.

ПСИХИКАСЫНА ПАТОЛОГИЯЛЕ ХӨКЕМ ИТЕЛГЭН  
БЭЛИГЬ БУЛМАГАН ЯШУСМЕРЛЭРНЕ  
РЕАБИЛИТАЦИЯЛЭУДЭ МЕДИК-ПСИХОЛОГИК  
ХЭМ СОЦИАЛЬ-МЕДИК ЯРДЭМ

Н. В. Вострокнутов, В. А. Гурьева, В. И. Посохова

Хөкөм ителгэн бэлигь булмаган яшусмердэ психик тайпылышларның таралганлығы күрсәтелгән һәм аларны социаль-медицина реабилитация программасы китерелгән.

MEDICO-PSYCHOLOGICAL SERVICE AND SOCIO-  
MEDICAL REHABILITATION OF CONVICTED  
PERSONS UNDER AGE WITH PSYCHIC PATHOLOGY

N. V. Vostroknutov, V. A. Guryeva, V. I. Posokhova

Summary: It is established that the index of occurrence of psychic disfunctions among convicted persons under age comprises 53.7%, under these conditions the stable structure of the following psychic disfunctions is stated: residual phenomena of the organic disorder of the brain of various genesis (29.6%), psychopathies (13.7%), oligophrenia (8.8%), schizophrenia (0.9%). The program of socio-medical rehabilitation of convicted persons under age with psychic disfunctions is presented.

Рост подростковой преступности на современном этапе обусловлен следующими факторами:

— увеличением количества семей с социально-психологическими, криминологическими факторами риска, когда из-за педагогической несостоятельности родителей, низкого материального уровня, конфликтности семейных отношений детям не обеспечивается такое воспитание, которое предупреждает у них нарушения психосоциального развития;

— «омоложением» преступности несовершеннолетних за счет опережающего роста случаев правонарушений среди младшей подростковой группы (11—14 лет) и девочек-подростков;

— существенным увеличением среди несовершеннолетних правонарушителей числа подростков, у которых отклонения в поведении и психосоциальном развитии сочетаются с психическими нарушениями (более 55—60% по различным источникам). Следовательно, необходимо обратить особое внимание на проблемы принудительного перевоспитания и исправления несовершеннолетних правонарушителей с психиче-

скими отклонениями в специальных учебно-воспитательных учреждениях и воспитательно-трудовых колониях.

Настоящая работа посвящена особенностям социально-медицинской реабилитации в воспитательно-трудовых колониях. Они заключаются в том, что подростки-правонарушители с психической патологией, не исключаяющей вменяемости, нуждаются в комплексном реабилитационном подходе, при котором специфические воспитательные меры должны сочетаться с лечебно-оздоровительными, психокоррекционными мероприятиями и социально-психологической, правовой поддержкой. Успешная реабилитация таких подростков с учетом состояния их психического здоровья способствует индивидуализации наказания, опрочичению репрессивной направленности мер исправления и защита прав и законных интересов несовершеннолетних осужденных. При этом программа социально-медицинской реабилитации несовершеннолетних осужденных с психической патологией в воспитательно-трудовой колонии должны учитывать следующие показатели: 1) клинко-психопатологическую структуру психических нарушений и аномалий у подростков-правонарушителей; 2) характер средовой психической дезадаптации воспитанников к условиям режима исправления и различие непатологических и патологических форм нарушений поведения; 3) социально-психологическую, криминологическую характеристику личности несовершеннолетних осужденных.

Повторные (1965—1993 гг.) массовые профилактические осмотры несовершеннолетних осужденных в воспитательно-трудовых колониях выявили у них достаточно стабильную структуру следующих психических отклонений: остаточных явлений органического поражения головного мозга различного генеза (в 1965 г.— у 30,8%, в 1993 г.— у 29,6%), психопатий и психопатических черт характера (в 1965— у 14,5%, в 1993 г.— у 13,7%), олигофрении (в 1965 г.— у 5,5%, в 1993 г.— у 8,6%), шизофрении (в 1965 г.— у 0,9%, в 1993 г.— у 0,9%). Показатель распространенности психических отклонений (аномалий) среди несовершеннолетних, отбывающих наказание, составил 53,7%.

Социально-психологический анализ показывает, что в 49,7% случаев до направления в ВТК воспитанники росли в неполной семье, в 56% — семейные отношения характеризовались стойкой конфликтностью с гипопекой. Конфликтные внутрисемейные отношения более чем