положительная динамика отмечается в 64%, отсутствие динамики в 32% и отрицательная динамика прослеживается в 4% случаев. Средний показатель роста составил 11%. [4]

При реализации предложенных программ, авторы рекомендуют использовать бригадный подход, при котором сопровождение пациента осуществляется штатом специалистов: психотерапевтом, социальным работником, медицинским психологом. [4]

Также, необходимо отметить, что программа комплексной реабилитации больных с БА нуждается в обязательном внедрении работы с родственниками и ухаживающими за пациентом людьми. В случае если данные лица не будут привлечены к соответствующим мероприятиям, существует риск адаптации методик только в условиях нахождения пациентов в стационаре. Работа над расширением контекста условий, при которых будут осуществляться предложенные мероприятия, позволят пациентам продолжать реабилитацию в рамках амбулаторного сопровождения.

1. А.С. Котов, д.м.н., профессор, Ю.В. Елисеев, Е.И. Семенова, Болезнь Альцгеймера: от теории к практике// Медицинский совет, 2015, С. 41-44.
2. Гаврилова, С. И., Современные представления о болезни Альцгеймера// Научно-методический центр по изучению болезни Альцгеймера и ассоциированных с ней расстройств НЦПЗ РАМН, Москва – 2017.
3. И.И. Шереметьева, В.И. Бабушкина, Клинико-психопатологические особенности деменций альцгеймеровского типа на стадиях умеренной и тяжелой деменции// Сборник научных работ «Избранные вопросы психиатрии», Москва – 2014, С. 156 – 159.
4. М.И.Каменецкая, Психологическое сопровождение пациентов геронтологических отделений в рамках психиатрического стационара// Сборник научных работ «Избранные вопросы психиатрии», Москва – 2014, С. 82 – 85.
5. Науменко А.А., Громова Д.О., Трофимова Н.В., Преображенская И.С., Диагностика и лечение болезни Альцгеймера//Кафедра нервных болезней и нейрохирургии ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова», 2016, С. 91 – 97.
6. Соловьева Е., Руководство по диагностике и лечению болезни Альцгеймера// НейроNEWS, Украина – 2011.
7. Blennow K, de Leon MJ, Zetterberg H. Alzheimer's disease. Lancet. 2006 Jul 29. 368(9533): 387-403.
8. Braak H, Braak E. Neuropathological tagging of Alzheimer-related changes. Acta Neuropathol (Berl). 1991;82:239-59.
9. Frank EM. Effect of Alzheimer's disease on communication function. J S C Med Assoc. 1994 Sep. 90(9): 417-23.
10. http://www.vixri.com/d2/Stjuart%20Gamilton%20_Psixelogija%20starenija.pdf
11. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
12. KR_Cogn_2018_gl2_p1.pdf (remedium.ru)

Скрябина О.А.

Механизмы функционирования сенсорной системы и коррекция её нарушений в условиях сенсорной комнаты

*ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрав России
(Россия, Киров)*

doi: 10.18411/scienceconf-06-2021-21

Современная наука отдает себе отчет в том, что изучаемые еще с античных времен пять органов чувств человека (зрение, обоняние, слух, вкус, осязание) отражают сложные механизмы функционирования сенсорной системы организма, которая гораздо богаче, чем могло казаться античному исследователю. Сенсорные процессы оказывают непосредственное влияние на формирование и развитие высших психических функций.

Сенсорная система – особая система, способная обнаруживать, распознавать, анализировать и передавать ощущения от внутренних органов и из окружающей среды

в центральную нервную систему с последующей интеграцией конечной обработки сенсорных стимулов для осознания и формирования картины мира.

Сенсорные сигналы, поступая в головной и спинной мозг, провоцируют фильтрацию и способствуют запуску различных реакций: головному мозгу свойственно в большей степени опознавание, так называемых, сенсорных образов, а работа спинного мозга связана с чувствительностью тела, интерорецепцией и внутренней чувствительностью. Благодаря скоплению аксонов происходит передача информации из спинного мозга в головной. В данном случае роль главных восходящих трактов спинного мозга, способных передать подобную информацию, играют дорзальные столбы, расположенные вдоль задней поверхности спинного мозга. Существуют и спинно-мозжечковые тракты, при помощи которых осуществляется связь с мозжечком, а также спинно-таламический тракт, необходимый для болевой чувствительности.

Головному мозгу присуща львиная доля сенсорных входов. Среди нервов, занимающихся исключительно сенсорикой, можно выделить обонятельный, зрительный и вестибуло-слуховой нерв. Кроме них передачу сенсорных сигналов осуществляют лицевой, языкоглоточный, тройничный нервы.

Сенсорные сигналы проходят несколько уровней обработки, важнейшим из которых является таламус, представляющий собой целую структуру, благодаря которой все сенсорные потоки, за исключением обоняния, поступают в кору больших полушарий. Другими словами, таламус можно охарактеризовать с позиции важнейшего информационного фильтра, работа которого осуществляется по заказу коры больших полушарий.

За счет четверохолмия среднего мозга, являющегося местом расположения древних зрительных и слуховых центров, таламус пропускает новые сигналы.

Таким образом, результат слаженной работы происходит подъем сенсорной информации в кору больших полушарий, где находятся зрительный, слуховой, вкусовой и прочие центры.

В затылочной доле расположена зрительная кора, в височной – слуховая, а за чувствительность отвечает область, находящаяся в районе центральной борозды. Каждая из этих зон имеет первичную, вторичную и третичную кору, главной задачей которой является узнавание более сложных образов.

Первичная зрительная кора отвечает за узнавание линий, вторичная зрительная кора - за узнавание геометрических фигур, а третичная - это уже лица конкретных людей. После обработки в конкретных сенсорных центрах сенсорная информация передается в ассоциативную теменную кору, где находятся нейроны, способные работать одновременно с разными сенсорными потоками.

Если же происходит нарушение обработки сенсорной информации сенсорными органами, то есть происходит патология проводящей системы, сенсорная дезинтеграцией, то это приводит к комплексному церебральному расстройству. Такой ребенок неправильно интерпретируют повседневную сенсорную информацию, в том числе тактильную, слуховую, зрительную, обонятельную, вкусовую и двигательную, что в свою очередь приводит к проблемам поведения, обучения, развития речи, координации.

По данным Блохина Б. М., Садовской Ю. Е.; Троицкая Н. Б. к основным факторам риска развития нарушений сенсорной обработки приводят постнатальные факторы, но они не являются единственными:

- генетические факторы риска – наследственное отягощение по линии отцов составляло 30,7% случаев, по линии матери – 5,8 %;
- средовые - тип взаимодействия/воспитания, эмоциональная депривация с матерью, социальная депривация, продолжительные госпитализации с/без оперативными вмешательствами без матери, наличие члена семьи

- с тяжелым психическим заболеванием, проживающего совместно – 65,4% случаев;
- пре- и перинатальные – 54 % случаев;
- постнатальные - профили нейроразвития и сенсорной истории на первых годах жизни – 93,7 % случаев.

В связи с постнатальными факторами риска у детей возникает «сенсорная защита» (Садовская Ю.Е) и симптомы ее нередко связывают с нарушением сенсорной интеграции. Проявления нарушений сенсорной интеграции могут возникнуть достаточно рано, вместе с тем их вполне можно отследить. Например, ребенок начинает переворачиваться, садиться, ползти гораздо позднее, чем его сверстники - все это может являться первым сигналом окружению ребенка о нарушениях сенсорных процессов.

В дальнейшем малыш может испытывать трудности ориентировки в пространстве, самостоятельном одевании, спуске по лестнице и так далее.

Среди проблем сенсорной интеграции нередко встречается и задержка речевого развития, которая может проявляться также и в плохом запоминании стихов.

Некоторые признаки нарушений сенсорной интеграции отмечаются в тактильной системе: при недостаточном развитии тактильного восприятия ребенок может искать дополнительные прикосновения, испытывать сильное желание прикоснуться до всего и всех. Ему свойственно плохое ощущение боли или высокой температуры, а иногда такие дети пытаются навредить себе: ущипнуть, укусить, стукнуться головой, разодрать рану; они любят залезать туда, где мало места; постоянно тянут предметы в рот, таким образом изучая их.

О недостаточном развитии вестибулярной системы говорит следующее поведение: ребенок не ходит, а постоянно бегает или двигается вприпрыжку, часто кружится, любит прыгать с высоты, качаться на качелях.

Недостаточное развитие проприорецептивной системы проявляется в проблемах с навигацией в помещении, в сложностях повторения движений; во время ходьбы ребенок топаёт ногами, а когда сидит за столом, стучит ими по полу или об стул.

Пониженное восприятие слуховой системы имеет следующие признаки: ребенок не отвечает, когда его называют по имени, ему свойственно издавать различные клацающие или свистящие звуки, предпочитает при высокой громкости слушать телевизор или музыку, любит бывать в шумных местах, иногда разговаривает сам с собой.

Признаками сниженного восприятия зрительной системы являются затруднение в поиске схожих предметов, отсутствие видения целой картинки в предложенных фрагментах, затрудненный контроль движения предмета глазами, привычка к яркому свету.

Пониженное восприятие вкусовой системы можно распознать благодаря таким признакам: ребенок лижет, пробует на вкус несъедобные предметы; любит пищу, отличающуюся интенсивным вкусом; ест волосы, жуёт пальцы или одежду.

Сенсорное восприятие играет довольно значимую роль в формировании ребенка и дальнейшем развитии. Окружающий мир и все события, происходящие вокруг, воспринимаются человеком с помощью органов чувств, реагируя на влияния окружающей среды, каждый из них передает соответствующую информацию мозгу. В зависимости от качества работы сенсорной системы картина мира ребенка будет либо реальной, либо искаженной. Сенсорный поток, поставляя информацию в ЦНС, является основным фактором, обеспечивающим созревание мозга ребенка, и предопределяет развитие его поведения и психики.

Для проведения коррекционных мероприятий, в основе которых лежат методы сенсорной интеграции, необходимо создать оптимальные условия, для получения достаточной сенсорной стимуляции.

Одним из таких условий является сенсорная комната. Оборудование в сенсорной комнате способно активизировать мозг через стимуляцию базовых чувств: зрения, слуха, обоняния, осязания, вестибулярных, и других рецепторов. Систематические занятия являются мощным инструментом сенсорного, познавательного, эмоционального и творческого развития, регулирования процессов возбуждения и торможения, развития познавательной сферы, расширения мировоззрения ребенка.

1. Анохин П.К. - Биология и нейрофизиология условного рефлекса. - М., 1968.-9 с.
2. Айрес Э. Джин. Ребенок и сенсорная интеграция, понимание скрытых проблем развития. — М.: Теревинф, 2009. — 268 с.
3. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. ДЦП. Киев, 1988 - с. 19-32.
4. Бернштейн Н.А. «Биомеханика и физиология движений». М.-Воронеж, 1997.-255 с.
5. Выготский Л.С. Психология. М.: ЭКСМО-Пресс, 2000 1008 с. (Серия "Мир психологии").
6. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М.: Академия, 2005. 238 с.
7. Иванова М.В., Коваленко О.В. Психологические особенности формирования тендерной идентичности в младшем школьном возрасте. -Иркутск, 2005. 114 с.
8. Казанцева Л.З., Юрьева Э.А., Николаева Е.А., Семякина С.В., Василев С.Ц. Основные методы лечения детей, страдающих митохондриальными заболеваниями: Методические указания. — М., 2001. — 24 с.
9. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста.— М.: Медицина, 1979.— 607 с.
10. Кон И.С. Ребенок и общество. М.: Издательский центр "Академия", 2003. - 336 с.11 .Курс общей психологии. Русский жестовый язык. Различия в поведении мальчиков и девочек / Режим доступа: i-folders.ru/zhest/2/index.htm.
11. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М., изд-во Академ. Проект, 2000., 3-изданиею. 282 с.
12. Манелис Н.Г. Ранний аутизм. Психологические и нейропсихологические механизмы // Шк. здоровья. -1999. -N 2. С. 6-22.
13. Митин А. Е. Тендерный подход в физическом воспитании дошкольников // VII Всерос. научно-практической конференции «Дети России образованны и здоровы»: Тез.докл. 2009. - С. 246-249.
14. МКБ-10 Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. Санкт-Петербург, 1994. — 300 с.
15. Осипенко Т.Н. Неврологическая характеристика дошкольного периода детства. Альманах «Исцеление». - Вып.2 / Под ред.И.А.Скворцова — М.:Тривола, 1995. - С. 83-101.
16. Ремшмидт Х. Аутизм. Клинические проявления, причины и лечение: Пер. с нем. — М.: Медицина, 2003. — 120 с.

Seijo N.

No One is on My Side: The Role of Abuse in Eating Disorders

Center for Psychotherapy and Trauma

doi: 10.18411/scienceconf-06-2021-22

Abstract

Eating disorders are considered some of the most difficult to treat and have the highest mortality rate of all mental disorders (Agras, 2001). Among them, anorexia nervosa is one of the psychiatric diagnoses with the highest mortality rate (Arcelus et al., 2011). In a longitudinal study conducted by Bulkin et al. (2007) from 1980 to 2005, it was found that applying medication and working with behavior yielded inconclusive results (Openshaw, et al. 2004). If eating disorders were solely dependent on food, it would make sense that changing eating behaviors makes it easier to get out of the disorder. Unfortunately, however, this is often not the case. The clinical case presented here is a clear example of the relationship between eating disorders and trauma, particularly sexual, emotional, power, and physical abuse.

Keywords: eating disorder, anorexia nervosa, abuse, psychotherapy